

Skala (nad)używania substancji psychoaktywnych w populacji osób młodych i osób dorosłych niesłyszących i słabosłyszących w Polsce jest nieznana. Mimo to problem jest dostrzegany przez specjalistów i podejmowane są nieliczne działania prewencyjne i diagnostyczne. Lepiej pod względem diagnostycznym, jak i prewencyjnym w odniesieniu do tej grupy wypadają Stany Zjednoczone, które stają się istotnym tłem porównawczym w poniższym tekście.

(NAD)UŻYWANIE SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH PRZEZ MŁODZIEŻ GŁUCHĄ ORAZ SŁABOSŁYSZĄCĄ – SYTUACJA POLSKI NA TLE BADAŃ AMERYKAŃSKICH¹

Marcin Jewdokimow

Wydział Nauk Humanistycznych UKSW

Sytuacja w Polsce

W Polsce brakuje badań, które określałyby skalę (nad)używania substancji psychoaktywnych w populacji osób młodych, ale także osób dorosłych niesłyszących i słabosłyszących. Wyjątek stanowią tu jakościowe badania przeprowadzone przez Fundację Poza Schematami² w 2018 roku, które odsłoniły istotne mechanizmy i specyfikę tego problemu. Jadwiga Fudała, Kama Dąbrowska i Katarzyna Łukowska³ podkreślają, że nawet jeśli obecność problemu szkodliwego picia alkoholu i uzależnień we wskazanych grupach jest taka sama jak w całej populacji, to jednak z powodu specyfiki i trudności komunikacyjnych osoby te w ramach obecnego systemu rozwiązywania problemów alkoholowych – opartego na komunikacji przecież – pomocy raczej nie uzyskają. „W chwili obecnej osoby głuche mogą korzystać w bardzo ograniczonym zakresie z indywidualnych świadczeń psychoterapeutycznych, o ile zdecydują się (i będą miały szansę) pracować z tłumaczem lub jeśli mogą porozumiewać się z terapeutą pisemnie”⁴, co ze względu na zapośredniczenie kontaktów z terapeutą niesie dodatkowe problemy komunikacyjne. W Polsce uczono terapeutów języka migowego, jednak – jak podkreślają autorki – nie przyniosło to efektów umożliwiających prowadzenie terapii.

Można mówić więc o systemowym problemie, ale jednocześnie podkreślić należy incydentalne próby poradenia sobie z nim. Na przykład odpowiedzią na trudności z nauczaniem terapeutów języka migowego był bardzo ciekawy, pilotażowy projekt, przeprowadzo-

ny w Warszawie, którego celem było nauczania osób głuchych podstawowych umiejętności pomocy psychologicznej i w zakresie psychoterapii uzależnień, tak aby to one mogły nieść pomoc w swoim środowisku⁵. Inny przykład to programy skierowane już bezpośrednio do młodzieży głuchej i niedosłyszącej (w SOSW w Łodzi program o uzależnieniach dla głuchej młodzieży organizowały PZG w Łodzi i Stowarzyszenie „Słysz Serce”) oraz punkt pomocy dla osób niesłyszących i słabosłyszących z problemami alkoholowymi (www.pa-nieslyszacy.info)⁶.

Warto odnieść sytuację Polski do Stanów Zjednoczonych, gdzie zarówno zakres diagnozy, jak również metody leczenia są bardziej zaawansowane⁷.

Sytuacja w Stanach Zjednoczonych

Należy podkreślić, że ze względów kulturowych, społecznych, ale także systemowych, ekstrapolacja wniosków i rekomendacji na kontekst polski powinna być czyniona z ostrożnością. Jest to bardzo istotne również dlatego, że w analizach badacze i badaczki odnoszą się często do specyfiki funkcjonowania osób głuchych lub słabosłyszących w tamtym kontekście kulturowym, wskazując np. na kulturę Głuchych⁸ (*Deaf culture*) oraz na konkretne aspekty funkcjonowania tej społeczności, stanowiące istotne elementy procesów diagnozy i leczenia. Na przykład Debra S. Guthmann⁹ stwierdza, że „społeczność głucha i słabosłysząca jest małą, zamkniętą grupą, która postrzega

nadużywanie substancji bardzo negatywnie. Jeśli masz »zły nawyk«, jesteś postrzegany jako »zły człowiek«, który zagraża dobru i publicznemu wizerunkowi grupy. Ta wstydliva interakcja z kulturową, językową i edukacyjną izolacją Głuchych i ludzi słabosłyszących prowadzi do niechęci do przyznawania się do nadużywania narkotyków i alkoholu. Istnieje negatywne piętno związane z osobami w społeczności Głuchych, które są uzależnione¹⁰. Wskazuje ona również na problem ukrywania problemów osób ze wspólnoty Głuchych, co przekłada się na problemy z leczeniem.

Generalnie szacuje się, że poziom nadużywania substancji psychoaktywnych w grupie osób głuchych i niedosłyszących w USA wynosi tyle samo, co populacji generalnej, to znaczy ok. 8-10%¹¹. Dodatkowo, osoby te mają ograniczony dostęp do usług mających na celu rozwiązanie ich problemów, co wynika z barier komunikacyjnych oraz kulturowych^{12,13}.

Te problemy dotyczące rozpoznania skali zjawiska w populacji osób głuchych i słabosłyszących przekładają się na trudności z określeniem liczby głuchej i słabosłyszącej młodzieży w USA, która również nadużywa substancji psychoaktywnych. Jak zauważają Janet C. Titus i William L. White, problematyka używania alkoholu i narkotyków przez młodzież głuchą i słabosłyszącą jest podejmowana badawczo rzadko, a prowadzone badania mają słabe podstawy metodologiczne¹⁴. Zdaniem Titus i White przekłada się to na wniosek, mówiący o tym, że poziom używania tych substancji przez młodzież jest taki sam jak w całej populacji. Poza szacunkowymi danymi ilościowymi, z którymi z powodów metodologicznych można dyskutować, przeprowadzone w USA badania przynoszą interesujące dane dotyczące czynników ryzyka specyficznych dla tej grupy. Otóż ustalono, że z powodów językowych i kulturowych ma miejsce opóźnione rozpoznanie tego problemu w danej

grupie, przez co rozpoczynając leczenie, młodzież głucha i słabosłysząca ma większe problemy niż słyszący rówieśnicy, którzy również rozpoczynają leczenie.

Dostępne badania, których przeglądu dokonali Titus i White, pozwoliły im wskazać, że poza typowymi czynnikami ryzyka w populacji młodzieży głuchej i słabosłyszącej wskazać można jeszcze czynniki dodatkowe. Są to: problemy z dyskusją na temat substancji psychoaktywnych w rodzinie, mniejszy dostęp do

programów profilaktycznych, co bardziej dotyczy młodzieży głuchej niż niedosłyszącej¹⁵, trudności komunikacyjne w rodzinie (większość dzieci z ubytkiem słuchu ma rodziców słyszących, a nie wszystkie rodziny wybierają naukę lub biegle posługują się językiem migowym), wpływ niepełnosprawności na poczucie własnej wartości i rozwój tożsamości, izolacja społeczna i wynikający stąd stres¹⁶, przeświadczenie posiadania uzasadnienia dla używania substancji z powodu ograniczeń związanych z niepełnosprawnością i obcością wobec innych osób, głęboka potrzeba dopasowania się do słyszących rówieśników, w tym uczniów używających alkoholu i innych narkotyków¹⁷.

Tym samym – jak podkreślają autorzy – »głusi i słabosłyszący uczniowie, mający problemy

z substancjami, mogą wymagać leczenia o większej intensywności i dłuższego wsparcia po leczeniu»¹⁸.

Programy profilaktyczne w USA

W USA gros działań profilaktycznych skierowanych do głuchych i słabosłyszących odnosi się przede wszystkim do osób dorosłych. Na podstawie funkcjonowania tych programów najwięcej informacji można uzyskać w aspekcie problemów związanych z realizacją takich działań. Jak zauważa Guthmann, problemy z działaniami profilaktycznymi skierowanymi do osób głuchych i słabosłyszących

W chwili obecnej osoby głuche mogą korzystać w bardzo ograniczonym zakresie z indywidualnych świadczeń psycho terapeutycznych, o ile zdecydują się (i będą miały szansę) pracować z tłumaczem lub jeśli mogą porozumiewać się z terapeutą pisemnie, co ze względu na zapośredniczenie kontaktów z terapeutą niesie dodatkowe problemy komunikacyjne. W Polsce uczono terapeutów języka migowego, jednak nie przyniosło to efektów umożliwiających prowadzenie terapii. Można więc mówić w naszym kraju o systemowym problemie, ale jednocześnie podkreślić należy incydentalne próby poradenia sobie z nim.

związane są głównie z kwestiami komunikacyjnymi. Język odgrywa dużą rolę i jest przeszkodą podczas oceny/diagnozy problemu, samego funkcjonowania w systemie leczenia oraz na etapie powrotu do zdrowia¹⁹.

Także sam program AA stanowi wyzwanie dla tej grupy osób: „Głównym problemem, z którym borykają się głusi i słabosłyszący, którzy nadużywają substancji psychoaktywnych, a także osoby niesłyszące i niedosłyszące w ogóle, jest komunikacja. Podstawowy slogan AA, »Call before you pick up your first drink«, stanowi prawdziwy problem dla osób niesłyszących i niedosłyszących. (...) Co więcej, może to zagrażać poufności i integralności związku terapeutycznego»²⁰.

W USA funkcjonuje kilka programów leczenia szpitalnego skierowanych do osób głuchych i słabosłyszących. Przykładem może być *Program Stanu Minnesota Leczenia Uzależnień Chemicznych dla Osób Głuchych i Słabosłyszących* (MCDPDHHI – Minnesota Chemical Dependency Program for Deaf and Hard of Hearing Individuals). Wykorzystuje on filozofię Dwunastu Kroków i stosuje podejścia terapeutyczne, które zapewnia personel biegły w ASL i znający się na kulturze Głuchych. Zamiast korzystać głównie z czytania i pisanie w trakcie leczenia, bariery językowe są usuwane przez skupienie się na wykorzystaniu rysunku do zadań terapeutycznych. Wszystkie materiały pisemne zostały zmodyfikowane, aby sprostać indywidualnym potrzebom klienta, a nagrane materiały wideo są prezentowane za pomocą języka migowego, głosu i podpisów. Klienci mają dostęp do doradców lub psychologów, którzy są głusi lub słyszący, ale biegli w ASL (*American Sign Language*).

Innym ciekawym programem jest DODA (*Deaf Off Drugs and Alcohol*), który wykorzystuje narzędzia internetowe: „Program dostarczył dostosowane do potrzeb i specyfiki kulturowej narzędzia telemedyczne dla osób głuchych, u których zdiagnozowano klinicznie SUD»²¹.

Jak pokazały badania, „wyniki leczenia SUD dla niesłyszących konsumentów za pośrednictwem programu DODA nie różniły się od wyników dla niesłyszących konsumentów w tradycyjnych, dostosowanych kulturowo programach leczenia pacjentów. Sugeruje to, że internetowy program DODA może być skuteczną opcją dla niektórych niesłyszących klientów. Jednak brak istotnej różnicy w wynikach między DODA a klientami korzystającymi z usług SUD może wynikać z kwestii statystycznych, to znaczy małej próby osób z programu DODA objętych analizą»²².

Problemy profilaktyczne w odniesieniu do młodzieży

Szacuje się, że poziom nadużywania substancji psychoaktywnych w grupie osób głuchych i niedosłyszących w USA wynosi tyle samo, co w populacji generalnej, to znaczy ok. 8-10%. Dodatkowo, osoby te mają ograniczony dostęp do usług mających na celu rozwiązanie ich problemów, co wynika z barier komunikacyjnych oraz kulturowych. Jak zauważają Janet C. Titus i William L. White, problematyka używania alkoholu i narkotyków przez młodzież głuchą i słabosłyszącą jest rzadko podejmowana w badaniach, a te, które są prowadzone, mają słabe podstawy metodologiczne.

Jak podkreślają Barbara A. Berman, Leanne Streja i Debra S. Guthmann²³, skuteczna terapia i prewencja wymagają wzięcia pod uwagę specyficznych potrzeb danej grupy, a młodzież głucha i słabosłysząca w USA stanowi właśnie taką wyróżniającą się kulturowo i językowo grupę. Część z nich identyfikuje się ze społecznością Głuchych, jak również uznaje ASL jako swój pierwszy język, a język angielski jako język drugi.

W odniesieniu do młodzieży oczywiście również występują problemy komunikacyjne, które można powiązać z kwestiami substancji psychoaktywnych na kilku wymiarach, na które wskazuje Guthman. Po pierwsze, podkreślić trzeba ograniczony dostęp do informacji, który

wpływa na możliwość prowadzenia działań profilaktycznych i leczenia. Amerykańska badaczka podkreśla, że obecnie „w przypadku osób, które używają języka ASL [*American Sign Language*]²⁴ lub innego języka manualnego, konieczne jest, aby te materiały i podejścia zostały przedstawione w sposób łatwy do przetworzenia. Obecnie materiały pisemne i wizualne, które odnoszą się do tej luki wiedzy, są niewystarczające i często pisane na poziomie, którego dziecko Głuchych nie może zrozumieć. Te, które

są dostępne, nie są systematycznie dystrybuowane ani wykorzystywane”²⁵.

Po drugie, istnieje problem wewnątrzrodzinny związany z komunikacją, ponieważ 90% wszystkich rodziców dzieci niesłyszących słyszy, rodzice mogą mieć trudności komunikacyjne z rozpoznaniem problemu: „rodzice i dzieci należą do różnych kultur; rodzice mogą obawiać się »utraty dziecka dla społeczności Głuchych«, ponieważ nie są w stanie odpowiednio komunikować się ze swoimi dziećmi”²⁶, co może wpływać na pogłębianie się problemów dziecka, jak również na niedostrzeżenie symptomów przez rodziców.

Titus i White – bazując na dostępnych badaniach – uważają, że osoby głuche i słabosłyszące ze względu na dodatkowe czynniki ryzyka (wskazane powyżej) „mogą wymagać bardziej intensywnego leczenia i dłuższego wsparcia po leczeniu”²⁷.

Ze względu na różnice kulturowe, społeczne i systemowe proste przeniesienie wniosków z ustaleń amerykańskich na grunt polski jest nieuprawnione. Niemniej jednak zaprezentowane powyżej doświadczenia stanowią istotny punkt odniesienia w kształtującym się w Polsce procesie uznawania znaczenia i rozpoznawania problemu używania substancji psychoaktywnych przez populację osób niesłyszących i słabosłyszących.

Przypisy

- ¹ Projekt zostanie zakończony w grudniu 2020 roku. Zaprezentowane badania zostały przeprowadzone w ramach realizacji zadania 2.3.1. pkt 1 Narodowego Programu Zdrowia. Badania wykonała Fundacja Poza Schematami, środki na projekt przyznano w ramach konkursu przeprowadzonego przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii.
- ² M.J. Sochocki, B. Walczak, „Używanie substancji psychoaktywnych i profilaktyka w środowisku młodzieży niesłyszącej i słabosłyszącej”, *Serwis Informacyjny Uzależnienia* 1(85), 2019, s. 42-47.
- ³ J. Fudała, K. Dąbrowska, K. Łukowska, „Uzależnienie od alkoholu – między diagnozą a działaniem”, *Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich* 2013.
- ⁴ Ibidem, s. 70.
- ⁵ Ibidem.
- ⁶ Dziękuję prof. Dorocie Podgórskiej-Jachnik za wskazanie tych przykładów.
- ⁷ Prezentowany tekst powstał na bazie kwerendy tekstów anglojęzycznych, z której wynika, że to właśnie w USA mamy do czynienia z bardziej zaawansowanym podejściem do wskazanego problemu, co automatycznie plasuje je jako punkt odniesienia.
- ⁸ Pisownia głusi/Głuchych odnosi się do różnicy między kondycją fizyczną – głuchota, a kulturową – kultura Głuchych (więcej np. Wilcox, 1989). Stąd w tekstach anglojęzycznych stosuje się czasem zapis D/deaf.
- ⁹ D. Guthmann, „What to consider when deaf individuals have substance abuse issues” *Paradigm Magazine*, 16(1), 2011, 20-22.
- ¹⁰ Ibidem, s. 22.
- ¹¹ D. Moore, M. McAweeney, „Demographic characteristics and rates of progress of deaf and hard of hearing persons receiving

substance abuse treatment”, *American Annals of the Deaf*, 151(5), 2006, 508-512.

- ¹² Np. D. Guthmann, V.Graham, „Substance abuse: A hidden problem within the D/deaf and hard of hearing communities”, *Journal of Teaching in the Addictions*, 3(1), 2004, 49-64.
- ¹³ Badacze i badaczki podkreślają jednak, że istnieje wiele problemów stojących na drodze odpowiedniemu zdiagnozowaniu skali problemu – czynniki komunikacyjne, kulturowe, językowe i logistyczne wpływają na trudności z uzyskaniem danych na ten temat, co skutkuje wykluczaniem osób głuche i słabosłyszących z badań populacyjnych i innych (por. B.A. Berman, L. Streja, D.S. Guthmann „Alcohol and other substance use among deaf and hard of hearing youth”, *Journal of Drug Education*, 40(2), 2010, 99-124).
- ¹⁴ J.C. Titus, W.L. White, „Substance use among youths with hearing loss: A primer for student assistance professionals”, *Student Assistance Journal*, 20(3), 2009, 14-18.
- ¹⁵ Guthmann wskazuje, że związane jest to z trudniejszym dostępem do informacji na temat zagrożeń, co wynika z problemów komunikacyjnych i dostępności odpowiednio przygotowanych materiałów (D. Guthmann, „What to consider when deaf individuals have substance abuse issues”, *Paradigm Magazine*, 16(1), 2011, 20-22).
- ¹⁶ Guthmann wskazuje na stres jako czynnik ryzyka zwiększający możliwości sięgania po używki, które mają ten stres redukować.
- ¹⁷ J.C. Titus, W.L. White, „Substance use among youths with hearing loss: A primer for student assistance professionals”, *Student Assistance Journal*, 20(3), 2009, s. 15.
- ¹⁸ Ibidem, s. 16.
- ¹⁹ D. Guthmann, „Is There a Substance Abuse Problem among Deaf and Hard of Hearing Individuals?”, http://www.mncd deaf.org/articles/problem_ad.htm
- ²⁰ Ibidem.
- ²¹ Wilson J., Guthmann D., Embree J., & Fraker S. (2015). Comparing Outcomes from an Online Substance Abuse Treatment Program and Residential Treatment Programs for Consumers who are Deaf: A Pilot Study. *JADARA*, 49(3), 172-184. Retrieved from <http://repository.wcsu.edu/jadara/vol49/iss3/3>
- ²² Ibidem.
- ²³ Berman B. A., Streja L., & Guthmann D.S. (2010). Alcohol and other substance use among deaf and hard of hearing youth. *Journal of Drug Education*, 40(2), 99-124.
- ²⁴ Jeśli chodzi o sam język ASL, to trzeba podkreślić za badaczką, że istnieją duże trudności z używaniem tego języka do działań związanych z prewencją, oceną i leczeniem nadużywania substancji psychoaktywnych: „Osoby głuche są częścią mniejszości językowej, której językiem podstawowym jest amerykański język migowy (ASL). Kiedy komunikujesz się z osobą głuchą, używanie czytania warg bez użycia amerykańskiego języka migowego nie jest wystarczające z powodu dużej liczby słów, które wyglądają podobnie na ustach. W testach, używając prostych zdań, osoby głuche rozpoznają być może trzy lub cztery słowa w każdej użytej próbie. Usiądź przed telewizorem z wyłączonym dźwiękiem i zobacz, czy możesz zrozumieć, co się mówi. Większość tego, co się mówi, nie zostanie zrozumiana, ponieważ tylko 20% mowy jest widoczne na ustach (Jeffers i Barley, 1971). Czytanie z ust nie jest realną opcją komunikacyjną dla większości osób Głuchych! ASL jest wizualnie i przestrzennie ugruntowanym językiem, który nie zapewnia bezpośredniego <łumaczenia> angielskich form i pojęć reprezentowanych przez angielskie słownictwo i składnię. Tak więc wiedza na temat zależności chemicznych nie jest dobrze przekazywana w społeczności Głuchych. Na przykład niektóre kluczowe pojęcia i terminy w leczeniu uzależnień chemicznych po prostu nie istnieją w kulturze Głuchych. W ustawieniach leczenia przeznaczonych dla głównego nurtu, język i komunikacja są przeszkodami w procesie uczestnictwa osób niesłyszących i niedosłyszących. Dobra komunikacja jest niezbędna zarówno w wymiarze edukacyjno-terapeutycznym, jak i partnerskim w dobrze zaprojektowanym programie” (D. Guthmann, „Is There a Substance Abuse Problem among Deaf and Hard of Hearing Individuals?”, http://www.mncd deaf.org/articles/problem_ad.htm).
- ²⁵ D. Guthmann, „There a Substance Abuse Problem among Deaf and Hard of Hearing Individuals?”, http://www.mncd deaf.org/articles/problem_ad.htm
- ²⁶ Ibidem.
- ²⁷ J.C. Titus, W.L. White, „Substance use among youths with hearing loss: A primer for student assistance professionals”, *Student Assistance Journal*, 20(3), 2009, s. 16.