

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



**Bc. Zuzana Postránecká**

Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením a jejich bariéry při  
vstupu do služeb pro uživatele návykových látek

Substance use among people with hearing impairment and their barriers to accessing  
substance abuse treatment

**Diplomová práce**

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová

Praha, 2014

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 1. 5. 2014

Bc. Zuzana Postránecká

---

Identifikační záznam:

POSTRÁNECKÁ, Zuzana. *Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením a jejich bariéry při vstupu do služeb pro uživatele návykových látek.* [*Substance use among people with hearing impairment and their barriers to accessing substance abuse treatment*]. Praha 2014. 134 stran, 5 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK 2014. Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Lenka Čablová.

## **Poděkování**

Ráda bych moc poděkovala své vedoucí práce, PhDr. Lence Čablové, za trpělivost při zodpovídání všech mých dotazů a pozornost, kterou věnovala celé práci, Mgr. Jaroslavu Vackovi za pomoc při analýze dat a mým rodičům, kteří mě při psaní této práce velmi podpořili. Dále všem zúčastněným školám, respondentům, lidem a organizacím, kteří se podíleli na šíření dotazníku, Janu Wirthovi za přetlumočení dotazníku do znakového jazyka, Janě Šimečkové, za tlumočení ve škole a v České unii neslyšících a Mgr. Jitce Vrchotové, Mgr. Věře Doušové a Soně Procházkové za zodpovězení dotazů ohledně jejich zkušeností s prací se sluchově postiženými lidmi. Kompletní jmenný seznam lidí, kteří si zaslouží mé velké díky, je součástí přílohy.

## Abstrakt

Práce se zabývala vlivem sluchového postižení na vývoj člověka a jeho postavení ve společnosti v kontextu rizikových životních situací vzhledem k užívání návykových látek. Teoretická část je zaměřena na psychosociální vývoj sluchově postižených a sociální jevy, které mohou mít vliv na psychické zdraví neslyšících a nedoslýchavých. Cílem praktické části bylo především popsat výskyt užívání návykových látek ve výzkumném souboru, frekvenci, prevalenci, začátek užívání a případné nadužívání za pomoci vybraných screeningových metod a diagnostických nástrojů, subjektivní vnímání užívání návykových látek v okolí respondenta, výskyt diskriminace či šikany v průběhu života, pobytu na internátních školách a jiných zásadních životních událostí, které by mohly s užíváním návykových látek souviset. Ke sběru dat byly použity dotazníky v papírové a elektronické podobě. Pro lepší srozumitelnost byly k otázkám pořízeny videonahrávky ve znakovém jazyce. Dotazníky byly šířeny záměrným účelovým výběrem ve školách pro sluchově postižené v Praze a klubu České unie neslyšících (ČUN), dále metodou sněhové koule a samovýběrem skrze sociální sítě, organizace a weby, které se zabývají tematikou sluchového postižení. Jediným výběrovým kritériem pro účast na výzkumu byla sluchová ztráta 26 dB a více na lepším uchu, věkově ani místně účast omezena nebyla. Výsledný soubor tvořilo celkem 129 respondentů. Nejvíce respondentů bylo prelingválně neslyšících se sluchovou ztrátou více než 91 dB. Ukázalo se, že respondenti mají zkušenosti s návykovými látkami v celém spektru nabízených možností s tím, že nejčastěji užívají alkohol a konopné látky. Více než čtvrtina respondentů skóruje v dotazníku CAGE 2 a více bodů, což poukazuje na možný výskyt problémového užívání či závislosti na alkoholu. Tři respondenti z celkového vzorku splňují kritéria závislosti podle MKN-10. V porovnání s obecnou populací mají sluchově postižení vyšší celoživotní prevalenci užívání téměř všech nabízených návykových látek, vyšší frekvenci užívání marihuany a naopak nižší frekvenci užívání alkoholu a vyšší věk prvního užití všech nabízených návykových látek, kromě LSD. Druhým tématem, které tato práce řeší, je výskyt mnohých bariér, se kterými se musí sluchově postižení potýkat při vstupu do služeb pro uživatele návykových látek a zároveň poukazuje na nedostatek odborných služeb pro tuto cílovou skupinu.

**Klíčová slova:** sluchové postižení, užívání drog, návykové látky, vývojové teorie, psychologie, závislost, bariéry, komunikace, dotazníková studie, prevalence

## Abstract

The theme of study was the influence of hearing impairment on human development and his status in society in context of risk situation for substance abuse development. Theoretical part is aimed on psychosocial development of hearing impaired people and social situations, which can have an influence on mental health of deaf and hard of hearing people. The aim of practical part is mainly to describe the presence of substance use among the target group, frequency, prevalence, initiation and abuse of substances with chosen screening methods and diagnostic tools, subjective perception of substance use around the respondent, presence of discrimination or bullying, staying in residential schools and other situation of capital importance which could relate to substance abuse. Used tool of data collecting was a questionnaire in paper and electronical form. To better understanding there were made a videos in sign language. Questionnaires was spread in public school in Prague and in club named Česká unie neslyšících (Czech Union of Deaf), through the social networks, organisation and webs which are focused on hearing impairment, by the snowball method. The only one selection criterion to participate the study was the hearing loss 26 dB and more on better ear. There was no local or age selection. The final sample was consisted of 129 respondents. The majority of respondents consists of prelingual deaf with hearing loss bigger than 91 dB. Measurement showed that respondents experienced substances of the whole offered spectrum and the most used substances are alcohol and cannabis. More than one quarter of respondents scores 2 and more points in questionnaire CAGE, which refer to substance abuse or addiction. Three respondents fulfill the criteria of addiction according to MKN-10 (czech version of ICD-10). In compare with non-impaired population, the hearing impaired have higher lifelong prevalence of substance use in case of most of the substances and higher frequency of cannabis use. On the other side they have lower frequency of alcohol use and higher initiation age in case of all the measured substances except LSD. The second theme is the presence of numerous barriers the hearing impaired have to deal with in access to substance abuse treatment and to point out to the lack of professional services for this target group.

Key words: hearing impairment, substance abuse, substances, development theories, psychology, addiction, barriers, communication, questionnaire study, prevalence

## Obsah:

Úvod .....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1. Vymezení základních pojmů .....	11
2. Komunikace sluchově postižených .....	13
2.1 Vývoj mluvené řeči a odezírání .....	13
2.2 Porozumění psanému textu .....	15
3. Psychologické souvislosti sluchového postižení .....	17
3.1 Problémy v komunikaci sluchově postižených .....	19
3.2 Šikana a diskriminace .....	22
3.3 Viktimizace .....	25
3.4 Vybrané vývojové teorie v životě sluchově postižených .....	28
3.4.1 Osm věků člověka .....	28
3.4.2 Teorie přimknutí .....	32
4. Užívání návykových látek mezi sluchově postiženými .....	37
4.1 Trauma a závislost .....	39
4.2 Duální diagnózy .....	41
4.3 Psychoanalytické teorie rozvoje a udržování závislosti .....	44
4.3.1 Konfliktní zpracování vývojových úkolů dle Eriksona .....	45
4.3.2 Poruchy objektních vztahů .....	47
4.3.3 Sedm rozměrů disponované osobnosti .....	49
5. Specifické problémy sluchově postižených při vstupu do služeb v oblasti duševního zdraví .....	53
5.1 Diagnostika .....	53
5.2 Bariéry při vstupu do služeb v oblasti duševního zdraví .....	55
5.2.1 Komunikační bariéra .....	55

5.2.2	Nedostatek informací.....	57
5.2.3	Nedůvěra, stigmatizace.....	58
PRAKTICKÁ ČÁST .....		59
6.	Použité metody .....	59
6.1	Výzkumné cíle a otázky.....	59
6.2	Nástroje sběru a analýzy dat .....	60
6.3	Průběh výzkumného šetření.....	62
6.4	Výzkumný soubor.....	63
6.4.1	Sociodemografické údaje .....	63
6.4.2	Specifikace sluchového postižení respondentů .....	65
6.6	Etické normy a pravidla výzkumu.....	67
7.	Výzkumná omezení .....	68
8.	Výsledky výzkumu.....	69
8.1	Užívání návykových látek .....	69
8.2	Šikana .....	76
8.3	Identifikace .....	78
8.4	Internát .....	81
8.5	Sluchové postižení rodičů.....	82
8.6	Rizikové užívání návykových látek podle neslyšících a nedoslýchavých.....	84
8.7	Pomoc při problémech s užíváním návykových látek .....	87
8.8	Bariéry při vstupu do služeb pro uživatele návykových látek .....	88
9.	Diskuze .....	90
10.	Závěr.....	94
Literatura .....		96
Přílohy .....		107



## Úvod

Neslyšící lidé jsou v naší společnosti, stejně jako kdekoliv ve světě, minoritou. Pokud pohlédneme na sluchovou vadu z medicínského hlediska, můžeme si neslyšící lidi zařadit do skupiny lidí s postižením. Někteří Neslyšící, obzvláště ti, kteří jsou neslyšící či nedoslýchaví již od narození, či raného dětství, se však postiženými být necítí. Na Neslyšící lze totiž nahlížet i z antropologického hlediska – tedy jako na jazykovou a kulturní menšinu, která má své zvyky, uspořádání, historii a především plnohodnotný jazyk, který se od českého jazyka velmi liší. Na rozdíl od znakované češtiny, nelze simultánně používat znakový jazyk a vyslovovat slova v češtině. Tyto dva jazyky mají totiž odlišná gramatická pravidla a rozdílný větný syntax. Z toho pramení i jistá omezení při odezírání, čtení i psaní, což následně znesnadňuje sluchově postiženým komunikaci s intaktní populací. Nicméně s intaktní populací se ve svém životě budou střídat velmi často.

Majoritní kultury mají tendence minoritní zneschopňovat, podceňovat a často jim chybí potřebný vhled a především pokora vůči odlišným kulturám. Podobně smýšlejí i „vyspělé země“ o „vývojových“. Velmi přesně to ve své knize *Pod maskou benevolence*<sup>1</sup> vystihl Harlan Lane, který přirovnal přístup slyšící populace k Neslyšícím onnipotentnímu jednání evropanů při okupaci afrických zemí. Historicky byli sluchově postižení nazýváni hluchoněmými či němými, především díky tomu, že vzdělávání lidí se sluchovým postižením buď chybělo, nebo bylo dostupné jen pro někoho a v orální formě – bylo tedy po dětech, které nemají téměř žádnou slovní zásobu, vyžadováno, aby odezíraly slova, která neznají a vyslovovaly věty, které neslyší. Ty se pak vlivem nekvalitního nebo žádného vzdělání nenaučily komunikovat a staly se němými v očích obecné populace. K tomuto období můžeme pravděpodobně datovat i vznik nelichotivého označení – dumb – což lze přeložit jako němý, ale také jako hloupý. Nicméně výraz hluchoněmý je v naší kultuře stále běžně používán a není to dáno pouze historickým odkazem, ale zejména neinformovaností obecné populace o této zajímavé kultuře lidí, která je ve většině zemí stále marginalizována.

---

<sup>1</sup> Lane, H. (2013). *Pod maskou benevolence*. Praha: Karolinum.

Právě nepochopení stran obecné populace a neustálé přebírání kompetencí v rozhodování o životě Neslyšících, staví Neslyšícím do jejich životních cest obtížně překonatelné překážky. Ještě ve dvacátém století se orální metoda vyučování považovala za nejvíce efektivní a studentům byla zakázována komunikace ve znakovém jazyce. Teprve 90. léta dvacátého století začala přinášet změny v postoji k českým Neslyšícím a ve školách se postupně začala objevovat metoda totální komunikace, která sluchově postiženým dětem umožňovala více rozvíjet komunikační schopnosti a tím i schopnost vyjadřovat myšlenky a pocity. Nicméně i v důsledku netolerantního vzdělávacího systému je v komunitě Neslyšících jen velmi málo vysokoškolsky vzdělaných lidí, ačkoliv jejich počet stále stoupá spolu s odbouráváním bariér v českém vzdělávacím systému. Bohužel zatím stále nemáme Neslyšící psychiatry či právníky, kteří by se dokázali za práva Neslyšících zasazovat z pomyslné druhé strany bariéry. A právě nedostatek Neslyšících ve službách, které se orientují na oblast duševního zdraví, a důsledky nedostatečného vzdělávání spolu s přetrvávajícím stigmatem ze strany slyšící populace, jsou tématy, kterým se v této práci věnuji. Práce si bere za úkol především poukázat na nutnost vytvoření profesionálních služeb v oblasti duševního zdraví, které budou brát ohled na způsob komunikace Neslyšících, zohledňovat specifika sluchového postižení a s tím spojené komplikace ve společnosti, která je v převážné většině vůči sluchovému postižení lhostejná, a respektovat sluchově postižené jako plnohodnotné členy naší společnosti.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Vymezení základních pojmů

Vzhledem k časté nejednotnosti pojmů v odborné literatuře české i zahraniční, která se zabývá tématem sluchového postižení, považuji za nezbytné na začátku práce vymežit základní pojmy, které budu v rámci této práce používat:

**sluchové postižení** – termínem sluchové postižení se rozumí jakékoliv postižení sluchového aparátu. Tedy krom redukce sluchu (hluchota, nedoslýchavost) také ušní šelesty (tinnitus aurium), silnější vnímání zvuků z okolí (hyperacusis), silnější vnímání vlastního hlasu (autoacousis), rozdílné vnímání tónů, kdy to co slyšíme, není přesným obrazem vysílaného zvuku, a jiné závažné poruchy. V tomto textu však termín sluchové postižení bude používán především v případě snížené citlivosti sluchu.

**nedoslýchaví** – mezi nedoslýchavé se řadí jedinci, jejichž citlivost sluchu je snížena. Jedná se tedy o ty sluchově postižené, kteří jsou schopni slyšet zvuk ať už s pomocí kompenzačních pomůcek, či bez nich. Ztráta sluchu nicméně může být i tak velká, že je nedoslýchavý bez sluchadel či kochleárního implantátu prakticky hluchý. I zde v případě velké ztráty sluchu a pozdní diagnostiky může docházet k výrazným vývojovým komplikacím a poruchám komunikace.

**neslyšící** – za neslyšící by tedy měli být považováni pouze lidé úplně hluchí, kteří nejsou schopni slyšet zvuk ani při sebevětším zesílení. Bohužel v tomto případě panuje velká neshoda v terminologii, neboť podle měřítek MPSV 40/2000<sup>2</sup> se praktickou hluchotou rozumí velikost ztráty sluchu 70-89 dB, úplná hluchota je pak hodnocena výší ztráty nad 90 dB a dle zákona č.155/1998 Sb. se za neslyšící považují osoby, „které neslyší od narození, nebo ztratily sluch před rozvinutím mluvené řeči, nebo osoby s úplnou či praktickou hluchotou, které ztratily sluch po rozvinutí mluvené řeči, a osoby těžce nedoslýchavé, u nichž rozsah a charakter sluchového postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem.“<sup>3</sup> Lze se tedy setkat s označením

---

<sup>2</sup>vyhláška MPSV č. 40/2000 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů – Příloha č. 2 – Kapitola VII Smyslové orgány, oddíl B – sluch

<sup>3</sup>Zákon ze dne 11. června 1998 o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob

neslyšící u nedoslýchavého člověka. Nicméně v tomto textu bude za neslyšícího považován pouze jedinec s kompletní ztrátou sluchu. U tohoto pojmu je také důležité rozlišovat mezi prelingválně a postlingválně neslyšícími, tedy mezi těmi, kteří přišli o sluch před spontánním vytvořením a upevněním řeči, a těmi, kteří o sluch přišli později, neboť věk, ve kterém neslyšící ztratil sluch, hraje velkou roli v jeho schopnosti odezírat, srozumitelně mluvit a jinak rozvíjet své komunikační schopnosti.

**Neslyšící** – pokud se v textu setkáme s pojmem Neslyšící, který začíná velkým písmenem N, pak se jedná o označení jazykové a kulturní menšiny (v anglickém jazyce Deaf). Základním znakem komunity neslyšících je komunikace znakovým jazykem. Členem komunity neslyšících se dle Bakerové a Cokelyho (1999)<sup>4</sup> může stát každý, kdo splňuje alespoň jednu z následujících podmínek: je sluchově postižený, podílí se na věcech veřejných spojených s komunitou neslyšících, rozumí znakovému jazyku a plynně ho užívá či se dostatečně angažuje v životě komunity neslyšících. Za částečné členy se považují také slyšící děti Neslyšících rodičů, či manželé a manželky Neslyšících.

---

<sup>4</sup>Baker, C. (1999). Sign language and the Deaf community. New York: Oxford University Press

## 2. Komunikace sluchově postižených

Komunikace je nezbytným základem všech sociálních interakcí. Jedním ze základních prvků komunikace je řeč, nicméně v bezprostřední komunikaci hraje kromě jazyka významnou roli i komunikace neverbální. Vzhledem k důsledkům sluchového postižení mají neslyšící a těžce nedoslýchaví lidé často veliké problémy v dorozumívání se s okolím. Omezená je také jejich schopnost porozumění psanému textu. Způsoby komunikace jsou tedy tématem, kterému je třeba věnovat speciální pozornost v posuzování dalších skutečností sociálního začlenění a individuálního vývoje sluchově postižených.

### 2.1 Vývoj mluvené řeči a odezírání

Řeč se u slyšícího dítěte vytváří spontánně – odposlechem sebe sama a svého okolí. Nicméně k tomu, aby se řeč u dítěte spontánně vyvinula, je zapotřebí určité úrovně mentálního a tělesného zdraví a vhodných vnějších stimulů – jazykových vzorů. Jednou z příčin zabrždění tohoto přirozeného vývoje je ztráta nebo významné omezení sluchu. Důsledkem hluchoty či těžké nedoslýchavosti dítě nemůže absorbovat jazykové vzory sluchem a je tedy odkázané pouze na vizuální aspekt řeči.

K tomu, aby člověk byl schopný funkčně odezírat, nicméně potřebuje daná slova znát, a to nejen vizuální podobu slov při odezírání, ale i jejich významovou složku. Nežádá se stává, že neslyšící či nedoslýchavý člověk má určité slovo ve své slovní zásobě, je tedy schopný jej odezřít, ale někdy v minulosti nesprávně pochopil jeho význam a tudíž význam sdělení nepochopí správně. A naopak může na denní bázi používat předměty, o nichž neví, jakou mají vizuální podobu při odezírání a na otázku zdali tento konkrétní předmět používají, vám odpovědí, že nikoliv. I sebelepší neslyšící tlumočník by stěží dokázal tlumočit sdělení v řeči, kterou neovládá. A teď nemluví o překladu, nýbrž reprodukci.

Zároveň odezírání z úst je pro člověka mnohem těžší, než komunikace ve znakovém jazyce, která je také založena na vizualizaci, ale je transparentnější. Některé

hlásky se od sebe odlišují třeba jen odlišnými pohybem jazyka při stejném pohybu úst. Tyto hlásky pak není možné od sebe rozpoznat. Schopnost odezírát je dle Hrubého<sup>5</sup> závislá také na vrozených vlohách a technických okolnostech, jako jsou světelné podmínky prostoru, vzdálenost od řečníka, rychlost a preciznost jeho výslovnosti, orientace jeho mluvidel v prostoru vzhledem k odezírajícímu nebo specifika řečníka, která mohou ztížit odezírání, jako například plnovous. Schopnost odezírát se také snižuje spolu s únavou odezírajícího. Dle Rendoma<sup>6</sup> či Conrada<sup>7</sup> obecně nelze v komunikaci dvou lidí odezřít více než 26% sdělení.

Strnadová dále upozorňuje, že se vlivem nepřesného odezírání navíc může velmi snadno stát, že neslyšící člověk nesprávně pochopí význam sdělení, aniž by si toho byl vědom, což může způsobit závažné komunikační omyly: „Čeština má okolo třiceti hlásek, jejichž kombinacemi vzniká artikulovaná řeč. Jednotlivé skupiny hlásek mají tu vlastnost, že sice znějí odlišně, ale při vyslovení vypadá tvar a pohyb úst stejně. Záměna jediné hlásky znamená zároveň významnou změnu slova. Většina souhlásek je tedy zaměnitelná, několik souhlásek se při artikulaci na pohybu rtů neobjeví vůbec. A samohlásky, které by bylo možno celkem dobře vidět, jsou při běžně rychlé mluvě ovlivněny okolními hláskami tak, že je setřena jejich zřetelnost. A tak se celkem běžně stává, že člověk omylem odezře zcela jiné slovo – aniž by záměnu slova sám poznal. Kdyby se mne přitom někdo zeptal, zda jsem rozuměla, byla bych přesvědčena, že ano.“<sup>8</sup>

V tomto ohledu je jedním z nejzávažnějších témat schopnost komunikace rodičů s neslyšícím či těžce nedoslýchavým dítětem, neboť od kvality této komunikace, se bude nadále odrážet duševní vývoj dítěte. Abychom mohli s dítětem komunikovat, je třeba vyvinout funkční komunikační systém, který by poskytoval prostor k rozumové, emoční a hodnotové výchově dítěte a porozumění jeho potřebám. To jsou bohužel složky výchovy, které jsou u sluchově postižených dětí často opomíjeny v důsledku zoufalé snahy naučit dítě odezírát a srozumitelně artikulovat, což je časově, mentálně i fyzicky pro dítě velmi náročný a zdoluhavý proces.

---

<sup>5</sup>HRUBÝ, J. (1997). Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 1. díl. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených.

<sup>6</sup>Rendon, M. (1992). Deaf culture and alcohol and substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 103-110.

<sup>7</sup>Conrad, R. (1979) *The Deaf Schoolchild*. London: Harper & Row Ltd.

<sup>8</sup> Strnadová, V. (1995). *Jaké je to neslyšet*. Praha: Česká unie neslyšících.

V odborné obci dnes panuje shoda, že nejlepším komunikačním prostředkem pro sluchově postižené děti, u nichž se řeč spontánně nevyvinula, a jejich rodiče, je znakový jazyk. „U slyšícího dítěte dochází k rozvoji mluveného jazyka na základě sluchových vjemů. Proto se u něj vytvářejí primární asociační nervové spoje mezi sensorickými sluchovými (auditivními) jádry a gnostickými (rozpoznávacími) řečovými jádry mozkové kůry. Důležité je, aby bylo vystaveno jazykovým vzorům. (...) U neslyšícího dítěte se vytvářejí primární obrazy jazykových znaků na jiném sensorickém základě. Neslyšící dítě vnímá jazykové vzory zrakem, nikoliv sluchem. Proto se u neslyšících dětí, které kompenzují chybějící sluch zrakem, vytvářejí spoje mezi gnostickými a zrakovými (optickými) jádry mozkové kůry bez ohledu na to, zda se učí jazyk znakový nebo mluvený.“<sup>9</sup>

Dalším výrazným komunikačním problémem neslyšících a nedoslýchavých je snížená či kompletně vyloučená možnost slyšet vlastní hlas a tím i omezená schopnost jej tvarovat. Obzvláště prelingválně neslyšící lidé i po mnoha letech logopedické práce často nejsou schopni srozumitelně mluvit. Takže i kdyby se tito lidé naučili perfektně odezírat, nebudou schopni se v komunikaci s intaktní populací vyjádřit tak, aby jim okolí rozumělo.

## 2.2 Porozumění psanému textu

V obecné populaci často panuje mylný dojem, že v komunikaci s neslyšícím člověkem lze verbální složku snadno nahradit písemnou formou. Bohužel i zde se můžeme setkat s výrazným omezením, kterého je příčinou sluchové postižení, především u prelingválně neslyšících a těžce nedoslýchavých, kteří nemohou navázat na již vytvořenou slovní zásobu. Mateřským jazykem mnoha neslyšících je jazyk znakový, který má ovšem vlastní gramatická pravidla, jež se od psané češtiny výrazně liší. Rozdílný je především syntax věty, a pro neslyšícího čtenáře je tak význam věty velmi těžko pochopitelný i při kvalitní slovní zásobě. Písmo je přece jen grafickým vyjádřením mluveného jazyka, který neslyšící často vůbec nepoužívají. Dle Strnadové mezi nejčastější problémy sluchově postižených při čtení patří malá slovní zásoba,

---

<sup>9</sup> Strnadová, V. (1998). Současné problémy české komunity neslyšících. Praha: DeskTop publishing Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

neschopnost ztotožnit význam nového slova s pojmem, který je již známý, neznalost pojmů, které představují slovo (např. citoslovce, přirovnání zvuků), neznalost morfologie slov (zejména při změně koncovky, např. jdu – šel jsem), nerozpoznání a záměna hláskověpodobných slov (např. hrát – hrát), neznalost synonym a homonym užívaných pojmů (např. pracovat – dřít se), neznalost hovorových českých výrazů (např. střelit – prodat), neznalost frazeologie a obrazných rčení a nedostatečně osvojená správná gramatická stavba vět českého jazyka a z toho vyplývající pořadí slov ve větě.<sup>10</sup>

Podle Paula<sup>11</sup> a Traxlera<sup>12</sup> čtou Neslyšící studenti ve věku 18-19 let na úrovni 8-9 letých slyšících dětí. Díky těmto skutečnostem mnoho neslyšících i nedoslýchavých jen velmi nerado čte, čímž se výrazně omezuje významný informační mód, který by jim mohl pomoci nahradit informace, jež jim unikají nepřítomností náhodného učení a jiných způsobů sluchové percepce.

---

<sup>10</sup> Strnadová, V. (1998). Současné problémy české komunity Neslyšících I. : hluchota a jazyková komunikace. Praha: Filozofická fakulta Univerzity Karlovy.

<sup>11</sup>Paul, P. (1998)..Literacy and deafness: the development of reading, writing, and literate thought Allyn and Bacon, Needham Heights, MA.

<sup>12</sup>Traxler, C.B. (2000). The Stanford Achievement Test, 9th edition: national norming and performance standards for deaf and hard-of-hearing students. J Deaf Stud Deaf Educ, 5, pp. 337–348



### 3. Psychologické souvislosti sluchového postižení

Sluchové postižení může mít dalekosáhlé důsledky pro Neslyšícího v oblasti společenské a psychologické. Míra odlišnosti v psychologické oblasti závisí na závažnosti, době vzniku sluchového postižení, včasnosti diagnostikování sluchové vady a na specializované komplexní péči, která je prevencí různých odchylek.<sup>13</sup> Ačkoliv dostupné výzkumy předpokládají častý výskyt duševních poruch u dospělých Neslyšících<sup>14, 15, 16, 17</sup> a výskyt emočních poruch a poruch chování u Neslyšících dětí přibližně dvakrát častěji, než u slyšících dětí,<sup>18, 19, 20, 21, 22, 23</sup> je možné, že odbouráním jedné z nejstěžejnějších příčin vzniku psychických poruch u sluchově postižených, tedy komunikační bariéry, se prevalence psychopatologie u Neslyšících stane srovnatelnou s obecnou populací. Zatím nejpřesvědčivější studií na toto téma je finská studie Sinnkonena.<sup>24</sup> Finským dětem je v rámci celonárodní strategie poskytována bilingvální výuka finského znakového jazyka a verbální finštiny a jejich rodičům je poskytována vysoká podpora ve vytvoření efektivní komunikace finským znakovým jazykem. Tato

---

<sup>13</sup> Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání. Praha, Portál

<sup>14</sup> Bridgman, G., Macpherson, B., Rako, M., Campbell, J., Manning, V., Norman-Kelly, T. (2000). A national epidemiological survey of mental illness in the New Zealand Deaf community in Hjortsö, T., Lieth, L., Carlsen, c. (Eds.), *Mental health services for deaf people: a worldwide perspective*, European Society for Mental Health and Deafness, Devon, UK pp. 216–234

<sup>15</sup> Graaf, R., Bijl, R.V. (2002). Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosom Med*, 64 (2002), pp. 61–70

<sup>16</sup> Fellingner, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., et al. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(9):737-42.

<sup>17</sup> Kvam, M.H., Loeb, M., Tambs, K. (2007). Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. [Journal Article. Research Support, N.I.H., Extramural. Research Support, Non-U.S. Gov't] *Journal of Deaf Studies & Deaf Education*. 12(1):1-7, 2007 and *Aged Care*, 1999.

<sup>18</sup> Hindley, P. (2000). Child and adolescent psychiatry in Hindley, P., Kitson, N. (Eds.) *Mental health and deafness*, Whurr Publishers, London, pp. 42–74

<sup>19</sup> Gent, T., Goedhart, A.W., Hindley, P. & Treffers, P.D. (2007) Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4/2007 pp 950–958.

<sup>20</sup> Fellingner, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M. (2008). In *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Oct;17(7):414-23. doi: 10.1007/s00787-008-0683-y. Epub 2008 Sep 22.

<sup>21</sup> Fellingner, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M., et al. (2009). Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Developmental Medicine and Child Neurology* 51(8):635-41.

<sup>22</sup> Dammeyer, J. (2010). Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard-of-hearing children. *Deaf Stud Deaf Educ* 2010;15(1):50-8

<sup>23</sup> Stevenson, J., McCann, D.C., Law, C.M., Mullee, M., Petrou, S., Worsfold, S., Yuen, H.M. and Kennedy, C.R. (2011): The effect of early confirmation of hearing loss on the behaviour in middle childhood of children with bilateral hearing impairment. - *Dev Med Child Neurol*, 53(3):269-274.

<sup>24</sup> Sinnkonen, J. (1994). *Hearing impairment, communication and personality development*. Helsinki: University of Helsinki.

studie zjistila, že finské sluchově postižené děti mají stejnou prevalenci psychických poruch, jako jejich slyšící vrstevníci. Nicméně tyto výsledky zatím nebyly potvrzené žádným dalším výzkumem.

Z nedávné studie vyplývá, že výsledky Neslyšících a slyšících psychiatrických rezidentů se výrazně liší. Tyto rozdíly se dají pozorovat v případě nutkavých a impulzivních poruch (např. gambling, kleptomanie, pyromanie), kde neslyšící skórují v 23 % oproti 2 % slyšících rezidentů, poruch učení a pervazivních vývojových poruch (43 % vs 3 %), a naopak mají sníženou prevalenci u osobnostních poruch (17 % vs 43 %).<sup>25</sup> Ačkoliv doposud nejsou dostupná data o výskytu poruch chování s počátkem v dětství nebo dospívání u dospělých Neslyšících, výsledky studií ukazují na přímou spojitost mezi výskytem impulzivního chování a mírou dovedností verbálního projevu.<sup>26,27</sup> Podle následujících výzkumů je u Neslyšící populace také častější výskyt psychotických symptomů než v obecné populaci.<sup>28,29,30,31,32,33</sup>

Neslyšící děti a dospívající jsou více vulnerabilní ke vzniku psychických poruch než slyšící děti. Prevalence psychických poruch u Neslyšících dětí je až 40 %. Toto číslo ovšem zahrnuje i přechodné a mírné problémy v oblasti psychického zdraví. Riziko výskytu psychických poruch u Neslyšících dětí je odhadováno na 1,5 až dvojnásobek případů, oproti slyšícím vrstevníkům. Neslyšící děti se také zdají být více vulnerabilní ke vzniku ADHD.<sup>34</sup> Podle Vymlátilové<sup>35</sup> je “výskyt neurotických příznaků

---

<sup>25</sup>Landsberger, S.A., Diaz, D.R. (2010). Inpatient psychiatric treatment of deaf adults: demographic and diagnostic comparisons with hearing inpatients. *Psychiatr Serv*; **61**: 196–99.

<sup>26</sup>Stevenson, J., McCann, D., Watkin, P., Worsfold, S., Kennedy, C.R., on behalf of the Hearing Outcomes Study Team. (2010). The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss. *J Child Psychol Psychiatry* **51**: 77–83.

<sup>27</sup>Barker, D.H., Quittner, A.L., Fink, N.E. (2009) Predicting behavior problems in deaf and hearing children: the influences of language, attention, and parent-child communication. *Dev Psychopathol*; **21**: 373–92.

<sup>28</sup>Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Bentall, R., de Graaf, R., Vollebergh, W., van Os, J. (2005). Hearing impairment and psychosis revisited. *Schizophr Res*; **76**: 99–103.

<sup>29</sup>Stefanis, N., Thewissen, V., Bakoula, C., van Os, J., Myin-Germeys, I. (2006). Hearing impairment and psychosis: a replication in a cohort of young adults. *Schizophr Res*; **85**: 266–72.

<sup>30</sup>Stefanis, N., Thewissen, V., Bakoula, C., van Os, J., Myin-Germeys, I. (2006). Hearing impairment and psychosis: a replication in a cohort of young adults. *Schizophr Res*; **85**: 266–72.

<sup>31</sup>Brown, A.S., Cohen, P., Greenwald, S., Susser, E. (2000). Nonaffective psychosis after prenatal exposure to rubella. *Am J Psychiatry*; **157**: 438–43.

<sup>32</sup>Thacker, A.J. (1994) Formal communication disorder: sign language in deaf people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*; **165**: 818–23.

<sup>33</sup>Landsberger SA, Diaz DR. (2011). Identifying and assessing psychosis in deaf psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep*; **13**: 198–202.

<sup>34</sup>Remmel, E., Bettner, J.G., Weinberg, A.M. (2003). Theory of mind development in deaf children. In: Clark, M.D., Marschark, M., Karchmer, M., editors. *Context, cognition and deafness*. Washington DC: Gallaudet University Press, p. 113-34.

a poruch chování u neslyšících dětí signifikantně vyšší než u běžné populace školního nebo adolescentního věku. Někteří autoři na základě svých výzkumů nacházejí výskyt psychopatologických projevů u 10 %, jiní až u 30 % neslyšících dětí. Shodují se v názoru, že 5 % z celkové populace neslyšících dětí potřebuje psychiatrickou léčbu a hospitalizaci.“ Titus poukazuje na výskyt vážných emočních poruch u 8-22 % neslyšících dětí (oproti 2-10 % v celkové populaci).<sup>36</sup>

Přítěžující okolností v diagnostice psychických poruch u Neslyšících dětí je výrazně omezená slovní zásoba u emočních témat, omezené chápání a rozpoznání emocí a schopnost regulace emocí.<sup>37</sup> Neslyšící děti dále vykazují mezery ve vývoji osobnosti a schopnosti předvídat reakce okolí. „Omezené komunikační možnosti poznamenávají rozvoj poznávacích procesů, ale i sociální kontakty a dovednosti. Děti nechápou motivy jednání svého okolí, neorientují se v mezilidských vztazích. Mají možnost získat jen málo smysluplných sociálních zkušeností, protože ty k nim pronikají chaoticky.“<sup>38</sup> Tyto deficity predisponují sluchově postižené děti ke vzniku psychických poruch a zároveň omezují schopnosti dítěte se s tímto problémem vypořádat.<sup>39</sup>

### 3.1 Problémy v komunikaci sluchově postižených

„Slepota odděluje člověka od věcí, hluchota od lidí“. Tento známý výrok od dětství hluchoslepe Heleny Kellerové velmi přesně vystihuje pravděpodobně největší problém sluchově postižených se všemi závažnými důsledky – komunikační bariéru. Sluchově postižení se mohou často cítit osaměle i ve skupině lidí. Z vlastní zkušenosti o tomto vypovídá Věra Strnadová, která je i díky ztrátě sluchu až po upevnění řeči

---

<sup>35</sup> Vymlátílová, E. (1997). Sluchově postižené dítě in Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. Dětská klinická psychologie.

<sup>36</sup> Titus, J. C. Cultural Variables and Substance Abuse in the Deaf Population in presentation Substance Abuse Treatment in the Deaf Adolescent Population: The Challenge to Build a Better Future. Supported by the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) through a technical assistance subcontract (270-2003-00006)

<sup>37</sup> Gray C.D., Hosie, J.A., Russell, P.A., Ormel, E.A. (2003). Emotional development in deaf children: facial expression display rules and theory on mind. In: Clark, M.D., Marschark, M., Karchmer, M., editors. Context, Cognition and Deafness. Washington, DC: Gallaudet University Press, 135-60.

<sup>38</sup> Vymlátílová, E. (1997). Sluchově postižené dítě in Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. Dětská klinická psychologie.

<sup>39</sup> Hindley, P.A. (2005). Mental health problems in deaf children. Current Paediatrics, 15, 114-119.

schopná srozumitelně mluvit a odezírat: „Ve větší skupině slyšících vrstevníků jsem byla zcela závislá na tom, zda se některá slyšící kamarádka vzdá vlastní zábavy a bude mi „překládat“, co právě kdo řekl a proč se všichni smějí. Samozřejmě, že jí obvykle velká část společné zábavy přitom unikla, takže toho překládání bylo velmi málo. Většinou mě přítelkyně ujistila, že mi všechno potom poví. Jenže jsem si vždy moc přála vědět to hned, abych se mohla také zúčastnit společné zábavy. Být jen divákem, který ničemu a nikomu kolem sebe nerozumí, je vždy frustrující zážitek.“<sup>40</sup> Ze zkušenosti psycholožky Kristiny Kratochvílové<sup>41</sup> mnoho neslyšících lidí má zraňující zážitky již z raného dětství, kdy měli pocit, že se s nimi rodiče dostatečně nebaví nebo že se častěji baví s jejich slyšícím sourozencem.

Neslyšící jsou opakovaně vystavováni frustracím z neúspěšné komunikace se slyšícím okolím a pokud se jim nepodaří nalézt uspokojivý způsob komunikace s okolím, bývají často izolováni jak od slyšících, tak neslyšící populace. Z předchozích kapitol je patrné, že neslyšící dítě nikdy nemůže být schopno odezřít celou konverzaci, a to i v případě dostatečné slovní zásoby a málokteré skutečně neslyšící dítě se naučí srozumitelně mluvit. Pokud tedy v tomto případě není dítě učeno znakovému jazyku, je pravděpodobné, že bude v budoucnu selhávat v komunikaci jak se slyšícími tak sluchově postiženými a zůstává v tzv. „bezjazyčí“. Podle průzkumu z psychiatrické kliniky v Severní Americe se celých 75 % Neslyšících rezidentů nedokázalo plynně domluvit verbálně ani znakováním.<sup>42</sup> Opakované neúspěchy v komunikaci mohou vést k uzavírání se do sebe, vyhýbání se kontaktu s lidmi, pocitům nepochopení a opuštěnosti. „Takový člověk pak začne upouštět od svých motivací – záměrů a plánů, které měl před vznikem sluchové vady. Začne pochybovat o svých schopnostech a možnostech. Jeho sebevědomí se oslabí a může u něho vzniknout celkový pocit – komplex méněcennosti.“<sup>43</sup> Kratochvílová popisuje časté pocity trvalé úzkosti z toho, že se jim něco znovu nepodaří, popř. že budou vysmíváni, pocity studu, nízké sebehodnocení a sebeobviňování.<sup>44</sup>

---

<sup>40</sup> Strnadová, V. (1995). Jaké je to neslyšet. Praha: Česká unie neslyšících.

<sup>41</sup> Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících. Info-zpravodaj 04/2009, p 22.

<sup>42</sup> Black, P.A., Glickman, N.S. (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American Deaf and hard-of-hearing inpatients. J Deaf Stud Deaf Educ, 11, pp. 303–321

<sup>43</sup> Pulda, M., Lejska, M. (1996). Jak žít se sluchovou vadou. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

<sup>44</sup> Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících. Info-zpravodaj 04/2009, p 22.

Neslyšící dítě, které je vedeno pouze k odezírání a učení správné artikulaci bez pomoci znakového jazyka, je zpravidla 2-3 roky pozadu za slyšícími vrstevníky. Výzkumy ukazují, že ti, kteří jsou od raného dětství vystavováni znakovému jazyku, budou mnohem pravděpodobněji velmi dobře ovládat znakování již ve věku spontánního jazykového vývoje slyšících dětí, na rozdíl od těch, kteří se učí používat mluvený jazyk.<sup>45</sup> Podle Titus však celých 71 % rodinných příslušníků v rodinách, kde se vyskytuje Neslyšící, neumí komunikovat ve znakovém jazyce.<sup>46</sup> Samozřejmě pokud dítě za pomoci sluchadel či po implantaci kochleárního implantátu je schopno rozpoznávat jednotlivá slova či fonémy, popř. jeho sluchová vada vznikla až po upevnění řeči, je vhodné jej s ohledem na jeho vlastní preference k verbálnímu projevu vést. U neslyšících a těžce nedoslýchavých je však znakový jazyk jediným prostředkem, který jim umožňuje sdílet pocity a myšlenky beze strachu z neúspěšné komunikace a je důležitým nástrojem vývoje a sociální kompetence Neslyšícího člověka.<sup>47</sup>

Stěžejní dopady na vývoj člověka a jeho duševní zdraví má komunikace v primární rodině. U dětí, které nejsou schopné se dorozumět ve své primární rodině, je pravděpodobnost vzniku psychické poruchy až čtyřnásobná, oproti dětem, které se úspěšně se svou rodinou dorozumívají, a hrozí jim častěji šikana ve školním prostředí.<sup>48</sup> Nicméně až 90 % sluchově postižených dětí se narodí od slyšících rodin.<sup>49,50</sup> Slyšící rodiče Neslyšícího dítěte jsou pak postaveni před volbu, zda budou své dítě učit pouze verbálnímu projevu a odezírání, anebo jej i sebe začnou učit znakovému jazyku a poskytnou tak dítěti veškeré možné výrazové prostředky, které by mohlo potřebovat. Přičemž se ukazuje, že dítě, které je od raného dětství učeno totální komunikaci, tedy kombinaci mluveného slova s vizualizačními technikami, jako je znakový jazyk,

---

<sup>45</sup>Marschark, M. (1997). Raising and educating a deaf child. NY: Oxford University Press.

<sup>46</sup>TITUS, J. C. Cultural Variables and Substance Abuse in the Deaf Population in presentation Substance Abuse Treatment in the Deaf Adolescent Population: The Challenge to Build a Better Future. Supported by the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) through a technical assistance subcontract (270-2003-00006)

<sup>47</sup>Higgins, P. C., & Nash, J. E. (1997). Understanding deaf socially. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.

<sup>48</sup> Fellingner, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M., Goldberg, D. (2009) Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Dev Med Child Neurol*, 51, pp. 635–641

<sup>49</sup> Guthmann, Debra & Graham, Vicki. (2004). Substance Abuse: A Hidden Problem Within the D/deaf and Hard of Hearing Communities." *Journal of Teaching in the Addictions*. Vol. 3 (1) 49-64.

<sup>50</sup> Moores, D. (1996). *Educating the deaf: Psychology, principles, and practices*. 4th ed. Boston: Houghton Mifflin.

znakovaná čeština, prstová abeceda a jiné, si v budoucnu i lépe oslovuje verbální způsob komunikace.<sup>51</sup>

Rozdílná situace nastává v případě Neslyšících dětí Neslyšících rodičů. Ti zpravidla sluchové postižení dítěte zjistí mnohem dříve a senzitivní deprivaci mu vynahrazují častějšími vizuálními a taktilními vjemy. Samozřejmostí je pak komunikace ve znakovém jazyce od raného dětství a s tím spojené usnadnění komunikace a porozumění mezi rodiči a dětmi.

### 3.2 Šikana a diskriminace

Postavení sluchově postižených ve společnosti je určováno především znalostmi obecné populace o sluchovém postižení a postoji, které si na základě těchto (ne)znalostí vytvoří, možnostmi vzdělávání, pracovního uplatnění a také postojem samotných sluchově postižených, který zaujmou ke své sluchové vadě (ten je utvářen také rodiči a dosavadními zkušenostmi neslyšícího či nedoslýchavého v kontaktu s okolní společností). Vzhledem k tomu, že jsou neslyšící ve společnosti minoritou, a to jak z medicínského hlediska, tak z hlediska antropologického, vyskytují se v jejich životech situace, které jim fungování ve společnosti výrazně ztěžují. Tato kapitola bude zaměřena především na problém školství a zaměstnávání sluchově postižených.

V dnešní době v České republice převládají dva hlavní směry vzdělávání osob se sluchovým postižením. S ohledem na rozsah sluchové ztráty, schopnost komunikace a osobnostní dispozice, lze umístit sluchově postižené dítě do školy, která je určena obecné populaci (integrace), nebo do některé ze škol pro sluchově postižené, které jsou zřizovány jako internátní. Pokud je dítě integrováno, hrozí mu šikana vzhledem k jinakosti, kterou sluchové postižení dítěte vytváří, obtížné komunikaci a možnému sociálnímu vyčlenění. Děti s hendikepem patří do Kolářovy typologie častých obětí šikany.<sup>52</sup> Dle výzkumu prováděného v rámci této práce se 50 % lidí se sluchovým postižením, kteří byli v rámci vzdělávání integrováni alespoň jednou (v rámci ZŠ či SŠ),

---

<sup>51</sup>Dunst, C. J., Meter, D., & Hamby, D. W. (2011). Influences of sign and oral language interventions on the speech and oral language production of young children with disabilities. *CELLreviews*, 4(4). Staženo 15.4.2014 z [http://www.earlyliteracylearning.org/cellreviews/cellreviews\\_v4\\_n4.pdf](http://www.earlyliteracylearning.org/cellreviews/cellreviews_v4_n4.pdf).

<sup>52</sup> Kolář., M. (2005). *Bolest šikanování*. Praha: Portál

ve svém životě setkala s projevy jakékoliv formy diskriminace, včetně šikanování. Podle výzkumu Heiner a kol. si šikanování ve školách zažívají žáci a studenti se sluchovým postižením 2-3 krát častěji, než jejich slyšící vrstevníci.<sup>53</sup>

V prostředí škol pro sluchově postižené se setkáváme jak se šikanou mezi žáky a studenty, tak bohužel i se šikanou ze strany vychovatelů či učitelů. Dle Vysučka, který je sám Neslyšící, je šikanování ze strany pedagogů i v dnešní době velkým problémem. Vysvětlením nám zde může být především představa autorit (která je však bohužel často i skutečností), že se neslyšící či nedoslýchavé děti nebudou schopné díky komunikačním nedostatkům dovolat pomoci. Často se tak také stává v případech dětí, které jsou umístěné na internátech a nemají tudíž pravidelný kontakt s rodiči. Jeden z případů uvádí Vysuček ve své práci v rámci osobní zповědi šestadvacetiletého neslyšícího: „Na základní škole jsme měli učitele, který nás, žáky, šikanoval. Většinou mě zavedl do šatny, chytil mě pod krkem a surově mě zřackoval. Víím, že to dělal i dalším spolužákům. On si ale děti, které bil, vybíral podle toho, jaké měly rodiče. Když věděl, že rodiče nezakročí, nebo se jich nebál, jejich děti pak bil.“<sup>54</sup> Problémy v komunikaci s vychovateli popisuje Strnadová, která byla šikanovaná od starších dětí na internátu: „Slabší děti si u vychovatelky nestěžovaly. Myslím, že se ani nedokázaly pořádně vyjádřit. S tím mám osobní zkušenost. Samotné mi připadá podivné, že ačkoliv jsem před nástupem do internátu dobře mluvila, v tomto prostředí jsem se mimo školní vyučování přestala spontánně vyjadřovat. Změnila jsem se po této stránce natolik, že když se mne vychovatelka přece jen zeptala, proč pláču, řekla jsem jenom slova, která se říkala mezi dětmi: „M. nemá rád“. Nic víc a nic míň. Vychovatelka to zřejmě pochopila po svém – snad jako neopětovanou dětskou lásku či co – a tak se jenom zasmála a poslala mne pryč.“<sup>55</sup>

Šikanu mezi žáky ve specializovaných školách pro sluchově postižené si lze vysvětlit citovou deprivací (část dětí vyrůstá v internátních zařízeních; problémová komunikace v rodině) a vysokou viktimizací u mravnostních a násilných trestných činů v dětství (používání násilí je naučeným chováním či obranným mechanismem – přemístěním). Zvláštním typem šikany je pak šikana v rámci internátního zařízení.

---

<sup>53</sup>Weiner, M.T., Day, S.J., Galvan, D. (2013). Deaf And Hard Of Hearing Students' Perspectives On Bullying And School Climate. *American Annals Of The Deaf* 158.3. 334-343. Education Full Text (H.W. Wilson). Web. 6 Feb. 2014.

<sup>54</sup> Vysuček, P. (2002). Šikana, nepublikovaná bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.

<sup>55</sup>Strnadová, V. (1995). Jaké je to neslyšet. Praha: Česká unie neslyšících.

„Nejstrašnější a nejkrutější šikany se odehrávají tam, kde je oběť nucena žít společně s agresory a kde je uplatňován tvrdý hierarchicko-autoritativní přístup, pro který je příznačná tuhá vnější kázeň.“<sup>56</sup> Šikanu v rámci pobytu na internátu popisuje také Strnadová: „V době, kdy jsem byla do internátu umístěna, byl tam vůdcem fyzicky celkem vyspělý chlapec J.K., který tyranizoval celou skupinu dětí. Ne snad, že by je osobně sám mlátil. K tomu měl své nohsledy, kterým jen ukázal na některé z dětí a ti se na označené dítě hromadně vrhli a bili je. Vůdce se na to jen opodál s uspokojením díval, a to mu k pocitu moci stačilo. Odehrávalo se to před ostatními dětmi, ale nikdo se napadeného dítěte neodvážil zastat, jinak by byl příště na řadě on. (...) Po čase tyran odešel a na jeho místo nastoupil jeden z jeho nohsledů, M. Psychicky snad poněkud opožděný, ale fyzicky silný chlapec. A týrání, které začalo potom, bylo snad ještě horší než za časů K. (...). Ani křik a pláč trápených dětí nepomohl k tomu, aby vychovatelka zasáhla. Tenkrát jsem věřila, že se i vychovatelky samy bojí.(...) Fyzická bolest byla zanedbatelná v porovnání se strachem a úzkostí z opakovaného napadení. (...) Dlouho do dospělého věku jsem si myslela, že takové citové utrpení a šikanu děti prožívaly pouze v tomto konkrétním internátě. Jak se však po letech ukázalo, byl to omyl. Od neslyšících přátel, kteří vyrůstali v různých internátech, jsem se postupně dozvídala o jejich zážitcích. A byly takového rázu, že bych s nimi neměnila.“<sup>57</sup>

Dle Koláře jakákoli forma dlouhodobé šikany způsobuje psychickou deprivaci dítěte. I mírné šikanování často způsobuje poruchy sebehodnocení, narušené, negativní sebepojetí, celkovou nejistotu a stále přítomný strach. „Počáteční stadia (šikany, pozn. aut.) také často zanechávají bolestivé stopy nebo opouzdřené rány, například ve formě neurotických přenosových schémat, psychosomatických potíží apod.“<sup>58</sup> Dle Vymětala se u obětí šikany můžeme setkat s celoživotními následky ve formě úzkosti, depresivního ladění a vysoké vztahovačnosti.<sup>59</sup> Pokud šikana doroste takových rozměrů, že má dítě dlouhodobě obavy z fyzické likvidace nebo vážného fyzického či emočního utrpení, mohou psychické problémy vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu. Krom přímých dopadů šikany na duševní zdraví jedince, se můžeme obávat také ztráty důvěry člověka v okolní svět: „U obětí i svědků vede šikanování k nedůvěře k autoritám a ztrátě iluzí o společnosti, která by každému člověku měla

---

<sup>56</sup>Kolář., M. (2005). Bolest šikanování. Praha: Portál

<sup>57</sup>Strnadová, V. (1995). Jaké je to neslyšet. Praha: Česká unie neslyšících.

<sup>58</sup>Kolář., M. (2005). Bolest šikanování. Praha: Portál

<sup>59</sup> Vymětal, Š. (2001). Slovo psychologa - K problematice šikany. Info-zpravodaj 02/2001, p.26.



poskytnout ochranu proti jakékoli formě násilí. Tito lidé se v mládí "naučí", že nikdo není schopen zajistit ochranu a bezpečnost slabým a bezbranným, a tudíž nemá vlastně cenu proti bezpráví něco dělat.“ Výrazná nedůvěra vůči okolí je častým jevem mezi neslyšícími a nedoslýchavými, a to jak v kontaktu se slyšící společností, tak i v komunitě Neslyšících.

S diskriminací se sluchově postižení setkávají často i v oblasti uplatnění na trhu práce, a to především díky předsudkům a neinformovanosti obecné populace: „Potencionální zaměstnavatelé nejsou informováni o možnostech zaměstnávání těchto osob (jaký typ postižení je vhodný pro volné pracovní místo), o kompenzačních pomůckách, o úpravách pracovního prostředí (napomáhající vykonávat určitou pracovní činnost), mají nedostatek zkušeností, jsou přítomny bariéry v komunikaci, často ani nevědí o možnosti využití zákonných opatření na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.“<sup>60</sup> Dle Langer a Suralové je mezi lidmi se sluchovým postižením vyšší procento nezaměstnanosti (až jedna třetina sluchově postižených nemá zaměstnání), zastávají nižší pracovní pozice a dostávají nižší platy.<sup>61</sup> Dlouhodobá nezaměstnanost pak může vést k úzkosti, depresi, psychosomatickým symptomům a snížení sebeúcty.<sup>62</sup>

### 3.3 Viktimizace

Sluchově postižení lidé jsou vysoce viktimizováni v případech sexuálního zneužívání v dětství, sexuálního napadení v dospělosti, domácího násilí, týrání a zanedbávání.<sup>63,64</sup> Podle Edwards a kol.<sup>65</sup> přes 40 % neslyšících a nedoslýchavých dětí je

---

<sup>60</sup> Štěpánková, K. (2012). Uplatnění osob se sluchovým postižením na trhu práce v Královéhradeckém kraji, nepublikovaná diplomová práce, Masarykova universita, Česká republika.

<sup>61</sup> Langer, J. (2004). Systém péče o sluchověpostižené, jejich výchova a vzdělávání. Olomouc : Katedra Speciální pedagogiky Univerzity Palackého [online]. Dostupné na World Wide Web: <ksp.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/download/surdn/06.ppt>. In: Štěpánková, K. (2012). Uplatnění osob se sluchovým postižením na trhu práce v Královéhradeckém kraji, nepublikovaná diplomová práce, Masarykova universita, Česká republika.

<sup>62</sup> Paul, K. I., Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.

<sup>63</sup> Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (1989). Maltreatment and behavioral characteristics of youth who are deaf and hard-of-hearing. *Sexuality and Disability* 16(4): 295-317.

<sup>64</sup> Knutson, J. F., Johnson, C. R., & Sullivan, P. M. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse & Neglect*, 28 (9), 925-937.

obětí fyzického týrání a přes 25 % je zanedbávaných. Podle Sullivan a Knutsona<sup>66</sup> je u postižených dětí 3,4 krát větší pravděpodobnost, že se stanou obětí zanedbávání, fyzického či psychického týrání či sexuálního zneužívání, než děti, které nemají žádné postižení.

Studie prováděná v Norsku<sup>67</sup> na vzorku 431 Neslyšících ukazuje, že Neslyšící ženy zažily sexuální zneužívání s fyzickým kontaktem více než dvakrát častěji, než ženy bez sluchového postižení (39,6 % Neslyšících, 19,2 % slyšících) a Neslyšící muži více než třikrát častěji, než muži slyšící (32,8 % Neslyšících, 9,6 % slyšících). Rozdílná prevalence mezi skupinou Neslyšících a slyšících se ukazuje také v případě závažnosti sexuálního zneužití. Zatímco 24,9 % Neslyšících žen a 14,4 % Neslyšících mužů mělo v rámci sexuálního zneužití v dětství či dospívání pohlavní styk (věková kohorta do 18 let), v intaktní populaci se tak stalo v případě 7,5 % žen a 3,3 % mužů. Sullivan a kol.<sup>68</sup> zjistili sexuální zneužití až u 50 % sluchově postižených dětí, které navštěvovali internátní školy. Vyšší viktimizaci dětí, které navštěvují internátní školy, zjistila i výše zmíněná norská studie, která zaznamenala sexuální zneužití u 50,9 % internátních dětí, přestože některé z nich žily s rodiči.

Je odhadováno, že 83 % žen s postižením bude v průběhu svého života sexuálně napadeno.<sup>69</sup> Dle výzkumu Younga a kol.<sup>70</sup> existují důkazy o tom, že ženy s postižením jsou zneužívány větším množstvím pachatelů a po delší časový úsek, než ženy bez postižení. Výzkum dále ukazuje, že 49 % postižených žen, které zažily sexuální napadení, bylo napadeno desetkrát a vícekrát.<sup>71</sup> Ve výzkumu z roku 2002, který tvořily dvě ohniskové skupiny neslyšících a nedoslýchavých žen, se ukázalo, že Neslyšící ženy vnímají služby, které jsou určeny pro intaktní populaci, jako nedostupné. Zároveň vypověděly, že se nelze bezvýhradně spolehnout na podporu komunity

---

<sup>65</sup> Edwards, E., Vaughn, J., & Rotabi, K. S. (2005). Child abuse investigation and treatment for deaf and hard of hearing children: Ethical practice and policy. *The Social Policy Journal*, 4(3/4), 53-67.

<sup>66</sup> Sullivan, P.M. & Knutson, J.F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1257-1274 .

<sup>67</sup> Kvam, M.H. (2004). "Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway." *Child Abuse and Neglect*, 28, 241-251.

<sup>68</sup> Sullivan, P. M., Vernon, McC., & Scanlan, J. M. (1987, October). Sexual abuse of deaf youth. *American Annals of the Deaf*, 256-262.

<sup>69</sup> Stimpson, L., Best, M. C. (1991). *Courage Above All: Sexual Assault Against Women with Disabilities*. New York: DisAbled Women's Network-Toronto.

<sup>70</sup> Young, M. E., Nosek, M. A., Howland, C., Chpong, G., & Rintala, D. H. 1997. Prevalence of abuse of women with disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, S34-S38.

<sup>71</sup> Valenti-Heim, D., Schwartz, L. (1995). *The Sexual Abuse Interview for Those with Developmental Disabilities*. James Stanfield Company. Santa Barbara: California.

Neslyšících, pokud je pachatel také Neslyšící. Využití služeb tlumočnicka je v tomto případě vnímáno jako narušení soukromí a sdílení nejintimnějších detailních informací o jejich životě s cizincem, o kterém ani nemohou vědět, zda zvládne správně interpretovat jejich slova i prožitky.<sup>72</sup> Nedostatek informací z oblasti sexuální výchovy v komunitě Neslyšících, nejasné pojetí legality a ilegality jednání v této oblasti a omezené možnosti získání těchto informací činí tuto skupinu obyvatel ještě více zranitelnou.

Následující výzkumy se zaměřily v oblasti násilí v partnerských vztazích na nejvíce viktimizovanou věkovou a sociální skupinu – vysokoškolské studentky. Tyto studie ukazují, že prevalence psychického, fyzického a sexuálního násilí v partnerském vztahu je u Neslyšících vysokoškolských studentek dvojnásobná, oproti kohortě studentek bez sluchového postižení.<sup>73,74,75</sup> Výzkum Andersonové a Kobek<sup>76</sup> ukazuje, že prevalence násilí ve vztazích je v případě Neslyšících studentek vysoká. 87,5 % zkoumaných žen si v průběhu předchozího roku prožilo alespoň jednu z forem psychické agrese, 39,6 % žen bylo fyzicky napadeno svým partnerem, 19,6 % žen bylo při napadení zraněno a 56,7 % zažilo v předchozím roce sexuální nátlak ze strany partnera. Ačkoliv jsou tato čísla velmi vysoká, korelují, ba jsou o trochu nižší, v porovnání s předchozím výzkumem Andersonové.<sup>77</sup>

---

<sup>72</sup>Sadusky, J., Obinna, J. Violence against women; focus groups with culturally distinct and underserved communities (Rainbow Research, December 2002) for the Wisconsin Department of Health and Family Services. Staženo 3.4.2014 z <http://www.rainbowresearch.org/vertical/Sites/{06FC814B-ACB5-4A63-8976-E19EAD460C12}/uploads/{AF5DCB06-6ADB-4844-93DA-153D96E4AF06}.PDF>

<sup>73</sup>Anderson, M. L. (2010). Prevalence and predictors of intimate partner violence victimization in the community. (Unpublished doctoral dissertation). Gallaudet University, Washington, DC.

McQuiller Williams, L., & Porter, J. (2010, February). An examination of the incidence of sexual, physical, and psychological abuse and sexual harassment on a college campus among underrepresented populations. Paper presented at the Western Society of Criminology Conference, Honolulu, Hawaii.

<sup>74</sup>Anderson, M. L., & Leigh, I. W. (2011). Intimate partner violence against deaf female college students. *Violence against Women*, 17(7), 822–834. doi:10.1177/1077801211412544.

<sup>75</sup>McQuiller Williams, L., & Porter, J. (2010, February). An examination of the incidence of sexual, physical, and psychological abuse and sexual harassment on a college campus among underrepresented populations. Paper presented at the Western Society of Criminology Conference, Honolulu, Hawaii.

<sup>76</sup>Anderson, M. L., & Kobek-Pezzarossi, C. M. (2011). Is it abuse? Deaf female undergraduates' labeling of partner violence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17, 273-286.

<sup>77</sup>Anderson, M. L., & Leigh, I. W. (2011). Intimate partner violence against deaf female college students. *Violence against Women*, 17(7), 822–834. doi:10.1177/1077801211412544.

### 3.4 Vybrané vývojové teorie v životě sluchově postižených

Vzhledem k častému skloňování pojmů *problémového vývoje* sluchově postižených byly v této práci zohledněny dvě vývojové teorie, ve kterých lze popsat problematiku sluchového postižení a její možné dopady na psychický vývoj jedince a zároveň jsou úzce spjaty s psychoanalytickými teoriemi závislostních poruch, které budou popsány v následující kapitole. Těmito teoriemi jsou strukturální model vývoje osobnosti od Erika Eriksona v jeho známé stati Osm věků člověka a teorie attachmentu Johna Bowlbyho, která je s tématem sluchového postižení velmi silně spjata, mimo jiné v rámci separace dítěte od rodičů nastoupením do internátní školy a mezigeneračního přenosu poruch primární vazby z generace na generaci.

#### 3.4.1 Osm věků člověka

Erikson ve svém pojednání Osm věků člověka<sup>78</sup> popisuje svou koncepci psychosociálního vývoje člověka v průběhu osmi zásadních životních fází. V každé z těchto fází je nutno vyřešit určitý psychosociální konflikt neboli krizi, která obsahuje dva konfliktní póly. Pokud tuto krizi jedinec přiměřeně vyřeší, získává tím novou schopnost - ctnost. Případné nezvládnutí této krize se pak může projevit disharmonickým rozvojem osobnosti a k navrácení do rovnováhy je pak třeba vrátit se do uvažovaného vývojového stupně a krizi vyřešit zpětně.

V následující kapitole budu vycházet z předpokladu vlivu deprivace vývojových potřeb podle Eriksona na vznik či udržování látkové závislosti v souvislosti se sluchovým postižením a determinanty sluchového postižení s tím spojenými v různých stádiích života. „Eriksonova kaskáda vývojových potřeb člověka (1982) v posloupnosti: základní důvěra, autonomie, iniciativa, pílě, identita ega, intimita, plodnost, integrita ega. Za klíčovou determinantu adiktologicky rizikového vývoje je

---

<sup>78</sup>Erikson, E.H. (2002). Dětství a společnost. Praha: Argo. Český překlad originálu *Childhood and Society* (1950). New York

zde možno uvažovat (ne)naplnění nejčasnějších vývojových potřeb.<sup>79</sup> V následující části se budu věnovat problémům, se kterými se neslyšící děti vypořádávají od kojeneckého do adolescentního věku, tedy dle Eriksona v prvním až pátém stádiu vývoje identity.

V prvním roce života je úkolem dítěte získat základní **důvěru** v život a svět, která jej obrní proti prožívaným nejistotám. V tomto stádiu je stěžejní úkol především na matce, která má intenzitou své péče navodit dítěti pocit bezpečí. Nedostatek této péče vede dítě k ustanovení základní, v dalším životě přetrvávající **nedůvěře** k okolí jako ke zdroji ohrožení. Problémem neslyšícího dítěte v tomto stádiu je nemožnost slyšet matčin hlas, který je pro raná stadia vývoje velmi podstatným. „V dítěti vyvolává matčin hlas příjemné pocity. Navozují mu pocit bezpečí i tehdy, když matku nevidí. (...) Dítě, které neslyší svou matku, může mít častěji pocit opuštěnosti, ačkoliv je matka nablízku (ale není na dohled).“<sup>80</sup> Pokud se o sluchové ztrátě dítěte neví, nemohou se rodiče přizpůsobit jeho specifickým potřebám a často dochází k citové i senzitivní deprivaci dítěte. Tento problém většinou nevzniká v rodinách, kde se vyskytuje alespoň jeden neslyšící rodič. Ti na sluchový hendikep zpravidla přijdou mnohem dříve, vzhledem k vlastní zkušenosti, a zásobují dítě o poznání více vizuálními a dotekovými podněty. Sluchově postižené děti se však v 90% rodí ve slyšících rodinách.<sup>81</sup>

V druhém roce života je úkolem dítěte osvojit si sebedůvěru v možnost úspěšné vlastní volby i vůči požadavkům okolí a vytvořit si tak svou vlastní **autonomii**. Nežádoucí zkušenosti se samostatnou volbou napomáhají upevnění pocitů zahanbení a **pochybnosti** vůči sobě ve vztahu k okolí. V tomto stádiu se dítě učí mluvit, chodit a ovládat vyměšování. U neslyšících je v tomto stádium problém především s vývojem řeči a schopnosti dorozumívání se se slyšícím okolím. V tomto věku, kdy se slyšící děti spontánně učí mluvit odposlechem a napodobováním řeči svého okolí, je neslyšící dítě zpravidla postaveno před problém, který samo není schopno řešit. Pokud se mu nedá náhradní komunikační mód, než je řeč, není dítě schopné vyjadřovat své nejzákladnější potřeby. Dítě je ochuzeno o schopnost vstřebávat základní společenská pravidla, která

---

<sup>79</sup> Jeřábek, P. (2003). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

<sup>80</sup> Strnadová, V. (1998). Současné problémy české komunity neslyšících. Praha: DeskTop publishing Filozofická fakulta Univerzity Karlovy

<sup>81</sup> Guthmann, Debra & Graham, Vicki. (2004). Substance Abuse: A Hidden Problem Within the D/deaf and Hard of Hearing Communities.” Journal of Teaching in the Addictions. Vol. 3 (1) 49-64.

mu v tomto věku mají být předávána a pokud se rodiče rozhodou vzdělávat své dítě pouze orální metodou, často vůbec nerozumí, co se od něj očekává. Neslyšící dítě také zpravidla nechápe motivy jednání svého okolí, vzhledem k omezenému kontextu situací, což v něm budí pocit nejistoty.

V období 3-6 let dítě zintenzivňuje svoji **iniciativu**, svoje aktivity, objevuje svoje tělo, experimentuje, plánuje, učí se identifikací s dospělými vzory, především rodičem shodného pohlaví. U neslyšících dětí je důležité, aby ve svém okolí měli nějaké neslyšící vzory. V tomto věku je už dítě schopné poznat, že je od ostatních dětí trochu odlišné a pokud nevyrůstá mezi dalšími neslyšícími dětmi, může se cítit se svým hendikepem velmi osaměle. Na neslyšící děti jsou v tomto věku kladeny značné nároky na učení se mluvenému jazyku, což dítě zpravidla velmi vyčerpává. Nenaplnění těchto nároků pak v dítěti vyvolává pocit **viny**. Neslyšící děti jsou i mimo systematický učební proces prakticky stále na pozoru, protože pokud se nedívají, nemají žádné informace o okolní situaci.

Ve školním věku se děti učí číst a psát, učí se mít zodpovědnost samy za sebe. Do popředí autority se v životě dítěte dostává škola a učitelé. Vrstevníci pro dítě začínají mít větší význam a začínají být hlavním zdrojem utváření jeho sebevědomí. Dítě cítí silnou potřebu demonstrovat specifické kompetence ceněné společností. Pokud dítě nedokáže vyvinout dovednosti, o kterých si myslí, že jsou jeho okolím vyžadovány, rozvíjí se v něm pocit **méněcennosti**. V tomto období se rodiče neslyšícího dítěte rozhodují, zdali dítě dát do školy pro sluchově postižené nebo jej nechat integrovat do běžné školy. V obou případech se v životě dítěte bude jednat o nelehký úkol. Pokud bude dítě integrováno, bude se často potýkat se svou jinakostí vzhledem ke svým slyšícím spolužákům, a hrozí mu zde sociální vyloučení, šikana nebo naopak izolace. Často se také stává, že dítě není schopné plnit vysoké nároky učitelů, původně cílené pro intaktní populaci. Školy pro sluchově postižené, vzhledem k jejich nízkému počtu, jsou často zřizovány jako internátní a „více jak polovina dětí tak žije mimo rodinu často až do dospělosti. Citová a podnětová deprivace v takovém případě nutně poznamenává zrání osobnosti neslyšícího a ovlivňuje rodinné vztahy. Ty pak oboustranně trpí nejen vlivem omezených komunikačních schopností, ale i nedostatkem společně prožívaných radostí a starostí.“<sup>82</sup> Pokud dítě, které navštěvuje školu pro sluchově postižené, vyrůstá

---

<sup>82</sup> Vymlátílová, E. (2006). Sluchově postižené dítě in Říčan, P., Krejčířová, D. a kol, Dětská klinická psychologie, 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada

s rodiči, objevují se zde problémy s přijutím odlišnosti. „Specializovaná škola sama o sobě představuje symbol odlišnosti, dítě chodí do jiné školy, než jeho sourozenci, škola není v místě bydliště...“<sup>83</sup>. To, zdali tuto jinakost dítě přijme nebo ne, z velké části závisí na postoji okolí k jeho sluchové vadě. Pokud je skutečnost, že je dítě na specializované škole, namísto toho, aby bylo integrované na běžné škole, pro jeho rodiče neúspěchem, pak se i samo dítě bude cítit jako neúspěšné, což v něm může vzbuzovat pocit méněcennosti, který může přetrvat i do dalších životních etap.

Ve fázi adolescence je vývoj identity velmi bouřlivý, a to jak po psychické, fyzické i sociální stránce. Mají se sjednotit představy jedince o sobě samém, východiskem tohoto stádia by mělo být vědomí vlastní **identity**. Jedinec potřebuje znát své místo ve společnosti, jinak se bude cítit neukotvený ve světě i ve svém životě. Nedosažení způsobí **zmatení identity** jedince, vadné sebepojetí a nedocnění vlastních hodnot. Sluchově postižení jedinci v tomto období řeší otázku, zdali se stanou členem společnosti slyšících nebo Neslyšících. To, jak se v tomto období rozhodnou většinou určuje i jejich další směřování. „U neslyšících a nedoslýchavých adolescentů ze slyšících rodin bývá proces hledání vlastní identity náročný. Je pro ně důležité být akceptován jak rodiči, tak i vrstevníky, dalšími autoritami i skupinami, do kterých patří. Jinak zažívají pocit odcizení. Nedospějí-li k nezávislosti, dochází k pocitu nezakotvenosti. Ve věku kolem 16 let stále více cítí potřebu někam patřit, být plně přijat, moci bez bariér komunikovat s přáteli. To jim však často může být poskytnuto pouze ve společnosti neslyšících nebo nedoslýchavých.“<sup>84</sup>

Celý proces utváření identity je pro sluchově postižené velmi náročný. Neslyšící, kteří nejsou schopni se se slyšícím okolím uspokojivě dorozumívat, mají otázku ukotvení své identity v jistých ohledech podstatně snazší, než nedoslýchaví, kteří volí mezi světem slyšících a neslyšících, přičemž do ani jednoho z nich často pořádně nepasují. Obě skupiny se však během svého života musí vypořádávat s podstatně větším množstvím překážek, než intaktní populace, které se musí naučit překonat, protože

---

<sup>83</sup> Kratochvílová, K. (2009). Vývoj identity u dětí se sluchovým postižením. Info-Zpravodaj 03/2009, 25-26.

<sup>84</sup> Kratochvílová, K. (2009). Vývoj identity u dětí se sluchovým postižením. Info-Zpravodaj 03/2009, 25-26.

způsob, jakým si budujeme svou identitu, ovlivňuje celý náš život, a to buď pozitivně anebo negativně.<sup>85</sup>

### 3.4.2 Teorie přimknutí

Bowlbyho teorie attachmentu<sup>86</sup> pracuje s předpokladem primární emocionální vazby na pečovatele jako stěžejní vzhledem k celoživotnímu duševnímu vývoji člověka. Kvalita attachmentu se odvíjí nejen od schopnosti pečovatele reagovat na potřeby dítěte, ale také od jeho vlastního duševního stavu a emocionálního vyladění. „Attachment představuje vztahové médium, ve kterém se rozvíjí psychika jedince a také jeho mozek. Blízké vztahy tak představují prostředí, které je bezpodmínečnou podmínkou pro zdárný vývoj nervové soustavy. Nejedná se zde o jednostranný vztah, ale je založen na bohaté interakci mezi dítětem a pečujícím. To, jak tento vztah vypadá, je ovlivňováno přístupem pečujícího a jeho schopností adekvátně reagovat na potřeby dítěte a to především psychické.“<sup>87</sup>

Na základě klinického pozorování Bowlbyho a Ainsworth byly stanoveny tyto čtyři základní typy attachmentu:

- „Bezpečný attachment - Bezpečný attachment si vytvoří děti, jejichž rodiče byli citově dostupní, schopní přiměřeně reagovat na signály a potřeby dítěte. Ve vztahu rodič – dítě můžeme pozorovat četné okamžiky afektivního vyladění.
- Úzkostný vzdorující attachment - Úzkostný vzdorující attachment nebo-li ambivalentní formu attachmentu pozorujeme u dětí, jejich rodiče sice byli dostupní, avšak nespolehlivě. Ve zkušenosti těchto jedinců se střídají zážitky adekvátní reakce rodiče se zážitky jeho nedostatečné dostupnosti. Časté jsou rovněž zážitky, kdy rodič vpadne se svým afektivním stavem do stavu dítěte. Jedinci s touto formou vazby znejistění potřebují výraznější oporu od reálných

---

<sup>85</sup> Postránecká, Z. (2012). Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením: exploračně-korelační sonda, nepublikovaná bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.

<sup>86</sup> Bowlby, J. (2010). Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. Praha: Portál.

<sup>87</sup> Bartošová, Z., Bečvářová, M., Bečvářová, V., Lukášková, J., Měřínská, J., Schretrová, J., Ševčíková, P., Špačková, L., Vondrouš, K. Teorie Attachmentu. Studijní texty SUR.



objektů, attachmentových figur, bohužel ty samy jsou zdrojem jeho nejistoty. To utváří situaci, kdy je pro dítě mimořádně obtížné se od rodičů separovat. Často cítí zcela vědomě potřebu jejich pomoci, přičemž ale znovu a znovu zažívá, že to, co se mu dostává, není to, co potřebuje. Není však schopen rezignovat na to, že by to získal. Zůstává tedy v intenzivním kontaktu s rodiči, rodičem, který je pro něj trýznivý.<sup>88</sup>

Děti prožívají základní pocit bezpečí a blízkosti matky (či jiného pečujícího objektu) již na základě výskytu této osoby v blízkém okolí. U slyšících dětí je tato jistota prezentována mimo jiné také hlasem matky či zvuky, které doprovází její pohyb v místnosti. Pokud však dítě neslyší, může zažívat častější pocity nedostatečné blízkosti pečující osoby, není-li mu sluchová stránka nahrazena vizuální – tedy není-li tato osoba nadohled. U neslyšících dětí neslyšících rodičů (ale i u slyšících dětí neslyšících rodičů) se vyskytuje zcela jiný problém. Může se velmi snadno stát, že dítě pláče a neslyšící pečující osoba jej neslyší a tím pádem nemůže reagovat na jeho potřeby. Tomuto problému však v dnešní době lze zamezit používáním tzv. „signalizátoru pláče dítěte“, který musí neslyšící osoba mít stále u sebe, aby ji světelná signalizace na dětský pláč upozornila. Zajímavá paralela je zde vidět v případě nutnosti výrazné opory od reálných attachmentových figur v případě vytvoření tohoto typu attachmentu. Podle mnoha autorů jsou právě nesamostatnost a silné závislostní tendence na pečujících osobách velmi častým charakteristickým rysem sluchově postižených dětí a dospívajících.<sup>89,90</sup>

- „úzkostný vyhýbavý attachment - S úzkostným vyhýbavým attachmentem se setkáváme u dětí, jejichž rodiče byli málo citově dostupní, nedostatečně reagující, chladní, málo vnímaví či necitliví. Na behaviorální rovině zde pozorujeme minimalizační strategii, která vede k tomu, že je omezeno, vyloučeno chování vyhledávající blízkost. Je tomu tak proto, že na afekt dítěte rodič nereaguje afektivně, což vede k prožitku studu, self ochraňujícímu vzteku. Ten se opět neseťká s žádoucí reakcí v podobě citového vyladění u rodiče.

---

<sup>88</sup> Bartošová, Z., Bečvářová, M., Bečvářová, V., Lukášková, J., Měřínská, J., Schretrová, J., Ševčíková, P., Špačková, L., Vondrouš, K. Teorie Attachmentu. Studijní texty SUR.

<sup>89</sup> Weisel, A., Kamara, A. (2005). Attachment and Individuation of Deaf/Hard-of-Hearing and Hearing Young Adults. Journal of Deaf Studies and Deaf Education vol. 10 no. 1. Oxford University Press

<sup>90</sup> Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících. Info-zpravodaj 04/2009, pp.22-23.

Minimalizační strategie umožňuje předcházet zklamání a eskalaci negativních prožitků.

- Dezorientovaný/dezorganizovaný attachment - Rodiče těchto dětí vykazují chování, které dítě děsí, či jsou sami v intenzivní úzkosti a hrůze, případně se sami chovají nepředvídatelným, dezorganizovaným způsobem. Rodič je v tomto vztahu pro dítě zdrojem hrozby. Ohrožující je tedy ten, kdo má poskytnout zklidnění a bezpečí. Vzniká neřešitelná situace, kdy dítě poděšené rodičem hledá utišení a bezpečí u zdroje hrozby. Dítě poplašené attachmentovou figurou postrádá instinktivně daný způsob, jak odlišit pozici „útočníka“ od pozice poskytující bezpečí. V populaci týraných a zneužívaných dětí byl výskyt tohoto typu vazby zjištěn v 80% případů.<sup>91</sup>

Tento typ attachmentu je třeba brát v potaz u sluchově postižených dětí především vzhledem k vysoké viktimizaci zanedbávání, týrání a sexuálního zneužívání v dětství (viz. kapitola 3.3). Může však vzniknout i v případě milujícího rodiče, který je sám emočně dezorganizován. Dítě se pak snaží naladit na tuto pečující osobu a stává se samo dezorganizovaným. „Pokud se objeví neurotické potíže v kojeneckém období, bývá to nejčastěji nadměrná dráždivost a plačtivost, zvýšená spavost nebo naopak bdělost. Ve srovnání se slyšícími se sluchově postižené děti často vyhýbají očnímu kontaktu se svými matkami a selhávají při anticipování skutečnosti, že budou vzaty do náruče.“<sup>92</sup>

Výzkumy, které se věnovaly vztahu matky a kojence u Neslyšících,<sup>93,94</sup> popisují další problémy, které mohou tento vztah narušovat. Slyšící matky sluchově postižených dětí zakouší časté pocity stresu a depresivních stavů, když je jejich dětem diagnostikována sluchová vada, a mohou tak zanedbávat potřeby svého dítěte. Psychické potíže slyšících rodičů popisuje ze své praxe také Vymlátilová<sup>95</sup>: „Pro většinu rodičů je zjištění, že dítě neslyší, skutečným útokem na jejich rodičovskou

---

<sup>91</sup> Bartošová, Z., Bečvářová, M., Bečvářová, V., Lukášková, J., Měřínská, J., Schretrová, J., Ševčíková, P., Špačková, L., Vondrouš, K. Teorie Attachmentu. Studijní texty SUR.

<sup>92</sup> Vymlátilová, E. (1997). Sluchově postižené dítě in Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. Dětská klinická psychologie, pp. 88-102.

<sup>93</sup> Lederberg, A. R., & Prezbindowski, A. K. (2000). Impact of child deafness on mother-toddler interaction: Strengths and weaknesses. In P. E. Spencer, C. J. Ertling, & M. Marschark (Eds.), *The deaf child in the family and at school* (pp. 73–92). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

<sup>94</sup> Meadow-Orlans, K. P. (1997). Effects of mother and infant hearing status on interactions at twelve and eighteen months. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2, 27–36.

<sup>95</sup> Vymlátilová, E. (1997). Sluchově postižené dítě in Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. Dětská klinická psychologie, pp. 88-102.

sebekoncepci. Mít zdravé dítě a zajistit pokračování rodu je normální rodičovská potřeba – postižení dítěte mohou rodiče považovat za vlastní selhání. Mnoho rodičů si klade otázku, zda by nebylo lepší, kdyby se dítě vůbec nenarodilo. Pokud se rodiče nedovedou s těmito pocity vyrovnat, má to v budoucnu negativní vliv na emoční i kognitivní vývoj dítěte.“ Dalším problémem může být zvýšená pozornost matek k regulaci jejich vztahování se ke sluchově postiženým dětem a tím mohou přerušit přirozené vnímání, vyladění se na jejich potřeby. Sinkkonen dále uvádí ukončení zvukového projevu dítěte (dítě svůj hlas neslyší, tak zpravidla spontánně ukončuje svůj zvukový projev ve fázi „žvatlání“, pozn.aut.), jakožto prostředku k navázání potřebného spojení s matkou, jako situaci, kdy dítě není schopné vyjadřovat potřeby prostřednictvím zvuků a nalákat tak pečující osoby, neboť pokud je dítě nevidí, neví, že se v okolí vyskytují.<sup>96</sup>

Výzkumy, jejichž vzorkem byly neslyšící děti předškolního věku a jejich matky, ukazují, že nejvíce efektivní a pozitivní interakce mezi matkou a dítětem je podporována v případě, že a) je používána totální komunikace, tedy vizuálně komunikační i verbální projev<sup>97,98</sup>, b) mají sluchově postižené děti relativně dobře vyvinuté komunikační schopnosti (verbální či vizuálně komunikační) a c) matky sluchově postižených dětí mají vyšší stupeň vzdělání.<sup>99</sup>

Ačkoliv teorie attachmentu se zaměřuje především na rané přimknutí dítěte k pečující osobě, Bowlby věřil, že člověk má celoživotně silnou potřebu vytvářet a udržovat vazby a zároveň, že způsob vazby v dětství predikuje vzorec vazeb utvářených v dospělosti. U sluchově postižených je tato vazba na pečující osobu často narušena také nastoupením dítěte do internátní školy, a to například již v pěti či šesti letech dítěte. Podle Strnadové děti často nechápou, proč musí být v internátní škole a ztrácí tím pocit citového bezpečí – rodiče pak pro ně již nejsou zárukou ochrany.<sup>100</sup> Internátní výchova dětí i jejich rodiče ochuzuje také o společné prožitky a vzhledem k režimovému

---

<sup>96</sup>Sinkkonen, J. (1994). Hearing-impairment, communication and personality development. Unpublished doctoral dissertation. University of Helsinki, Helsinki, Finland.

<sup>97</sup>Greenberg, M. T., & Marvin, R. (1979). Attachment patterns in profoundly deaf preschool children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 25(4), 265–279.

<sup>98</sup>Meadow, K. P., Greenberg, M. T., Erting, C., & Carmichael, H. (1981). Interactions of deaf mothers and deaf preschool children: Comparison with three other groups of deaf and hearing dyads. *American Annals of the Deaf*, 126, 454–468.

<sup>99</sup>Lederberg, A. R., & Prezbindowski, A. K. (2000). Impact of child deafness on mother-toddler interaction: Strengths and weaknesses. In P. E. Spencer, C. J. Erting, & M. Marschark (Eds.), *The deaf child in the family and at school* (pp. 73–92). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

<sup>100</sup>Strnadová, V. (1995). *Jaké je to neslyšet*. Praha: Česká unie neslyšících.

dennímu programu, který je pro děti plánován (včetně učení a volnočasových aktivit), znesnadňuje dítěti osamostatnit se. Dítě si pak často vytvoří sekundární vazbu na vychovatele nebo učitele, aby tím snížilo stres z adaptace na nové prostředí.

## 4. Užívání návykových látek mezi sluchově postiženými

O vzorcích užívání návykových látek mezi sluchově postiženými toho celkově nevíme mnoho. Jedním z důvodů je nejednotná definice hluchoty a nedoslýchavosti a z toho plynoucí omezené možnosti spočítat celkovou populaci sluchově postižených, nedostatek institucí, které by se věnovaly problematice užívání návykových látek mezi sluchově postiženými a v neposlední řadě nízká schopnost určení problémů s návykovými látkami mezi sluchově postiženými lidmi díky komunikační bariéře a nedostatku informací o problémech spojených s návykovými látkami v komunitě Neslyšících.<sup>101</sup> Výzkumy omezuje také komunikační bariéra, nedůvěra sluchově postižených vůči slyšícím výzkumníkům, hrozba dvojího stigmatu (sluchové postižení a závislost) a všeobecně obtížnost nakontaktování Neslyšící populace a z toho plynoucí malý počet respondentů. Odhady o výskytu užívání návykových látek mezi sluchově postiženými se tak v minulosti opíraly spíše o dedukci nebo byly tvořené na základě výzkumu s malým vzorkem respondentů. Tyto výzkumy nicméně odhadují minimálně stejnou prevalenci užívání návykových látek mezi sluchově postiženými, jako v obecné populaci.<sup>102,103,104,105,106,107,108,109,110</sup>

K situaci v České republice se vyjádřil Vymětal: „Z poradenské praxe víme, že zneužívání návykových látek má vzrůstající tendenci také u lidí sluchově

---

<sup>101</sup> Postránecká, Z. (2012). Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením: exploračně-korelační sonda, nepublikovaná bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.

<sup>102</sup> Isaacs, M., Buckley, G., & Martin, D. (1979). Patterns of drinking among the deaf. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6, 463–476.

<sup>103</sup> McCrone, W. (1994). A two year report card on Title I of the Americans with Disabilities Act. Implications for rehabilitation counseling with deaf people. *Journal of American Deafness and Rehabilitation Association*, 28(2), 1-20.

<sup>104</sup> Kearns, G. (1989, April). A community of underserved alcoholics. *Alcohol Health and Research World*. P. 27.

<sup>105</sup> Boros, A. (1981). *Activating Solutions to Alcoholism Among the Hearing Impaired* In A.J. Schechter, (Ed.), *Drug dependence and alcoholism: Social and behavioral issues*. New York: Plenum Press.

<sup>106</sup> Boros, A., & Sanders, E. (1977). *Dimensions in the treatment of the deaf alcoholic*. Kent, OH: Kent State University.

<sup>107</sup> Isaacs, M., Buckley, G., & Martin, D. (1979). Patterns of Drinking Among the Deaf. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 6(4), 463-476.

<sup>108</sup> Johnson, S., & Lock, R. (1981). A descriptive study of drug use among the hearing impaired in a senior high school for the hearing impaired. *Drug Dependency and Alcoholism: Social and Behavioral Issues*. Schechter, E. J. (Ed.).

<sup>109</sup> Watson, E., Boros, A., & Zrimec, G. (Winter 1979). Mobilization of Services for Deaf Alcoholics. *Alcohol Health and Research World*. , 33-38.

<sup>110</sup> Postránecká, Z. (2012). Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením: exploračně-korelační sonda, nepublikovaná bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.

postižených. Těžce sluchově postižená mládež tvoří skupinu, která je ve srovnání se slyšící populací zvýšeně ohrožena drogovou závislostí. Toto vyšší riziko souvisí se zvláštnostmi jejich psychiky, výchovy i sociálních vztahů. Patří sem zvýšená důvěřivost, snadná ovlivnitelnost, narušené rodinné vztahy, snížené nároky na samostatné rozhodování, někdy pocit životní prázdnoty, pocit smyslového ochuzení a v neposlední řadě také zkreslené chápání informací o drogové problematice, které jsou určeny slyšící populaci.<sup>111</sup> Dotazníková exploračně-korelační sonda, která proběhla v České republice mezi sluchově postiženými,<sup>112</sup> ukázala úměrnou až vyšší míru užívání návykových látek v porovnání s obecnou populací u všech typů zkoumaných návykových látek.

Nedávná studie Titus, Schiller a Guthmann<sup>113</sup> porovnávala užívání návykových látek, behaviorální a psychologickou složku závislosti mezi sluchově postiženými a intaktními klienty, kteří nastoupili léčbu závislosti. Neslyšící klienti vykazovali srovnatelnou míru užívání marihuany a alkoholu. Nicméně v porovnání s obecnou populací vykazovali Neslyšící rizikovější způsoby chování, jako nižší věk prvního užití, užívání kokainu, závislost a abstinenční příznaky. Neslyšící skórovali častěji také u depresí, sebevražených myšlenek, úzkostí, traumatů a výskytu ADHD.<sup>114</sup> Nižší věk iniciace užívání návykových látek u sluchově postižených může souviset také s vysokou mírou viktimizace u sexuálních trestných činů v dětství a dospívání. Podle některých výzkumů začínají mladiství, kteří mají v anamnéze sexuální zneužívání, užívat návykové látky signifikantně dříve<sup>115,116,117</sup>, než mladiství, kteří nikdy zneužívání nebyli.

---

<sup>111</sup>Vymětal, Š. (2000). Drogová problematika u sluchově postižených. Info-Zpravodaj 03/2000, p. 22.

<sup>112</sup>Postránecká, Z. (2012). Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením: exploračně-korelační sonda, nepublikovaná bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.

<sup>113</sup>Titus, J. C., Schiller, J. A., & Guthmann, D. (2008). Characteristics of youths with hearing loss admitted to substance abuse treatment. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13, 336–350.

<sup>114</sup>Titus, Janet C. (2010). The Nature of Victimization among Youths with Hearing Loss in Substance Abuse Treatment. *American Annals of the Deaf*, v155 n1 p19-30.

<sup>115</sup>Cavaola, A., & Schiff, M. (2000). Psychological distress in abused, chemically dependent adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 13(2), 327–334.

<sup>116</sup>Harrison, P. A., Hoffmann, N. G., & Edwall, G. E. (1989). Differential drug use patterns among sexually abused adolescent girls in treatment for chemical dependency. *International Journal of the Addictions*, 24, 499–514.

<sup>117</sup>Hawke, J. M., Jainchill, N., & DeLeon, G. (2000). The prevalence of sexual abuse and its impact on the onset of drug use among adolescents in therapeutic community drug treatment. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9(3), 35–49.

## 4.1 Trauma a závislost

Psychickým traumatem se rozumí odpověď organismu člověka na zážitek, který mu způsobil bolest nebo úzkost takového rozměru, že ji běžnými obrannými mechanismy není schopen zpracovat. V případě zapojení nezralých obranných mechanismů (u PTSD se jedná zejména o disociaci), vznikají afektivní a neurotické duševní poruchy. Těmito traumatickými událostmi jsou například sexuální zneužívání, fyzické týrání či zanedbávání v dětství, fyzické napadení, znásilnění, závažná nehoda, válečné události či přírodní katastrofy. Podle Kalscheda<sup>118</sup> však může být psychické trauma důsledkem i závažné citové deprivace v dětství. Tato traumata pak mohou vyústit v posttraumatickou stresovou poruchu.

Podle Kudrleho<sup>119</sup> je jednou z reakcí na prožité trauma narušený vztah k lidem i k sobě samému, s čímž se ztotožňují i Vizinová a Preiss: „Setkání s lidskou krutostí a brutalitou zasahuje často základní důvěru člověka v dobro a smysluplnost okolního světa, prožitá bezmocnost a násilné narušení osobní integrity jsou hlubokým zásahem do jeho psychiky.“<sup>120</sup> Kudrle dále popisuje, jakožto následek tohoto narušeného vztahu k sobě samému i svému tělu, destruktivní jednání jako sebepoškozování, užívání návykových látek či prostituci, čímž dochází k retraumatizaci jedince. „V dospívání se normální integrativní funkce ega oslabují a obrany vůči traumatu, které se vynořuje k povrchu, hrozí úplným selháním. Pro přežití je pak nezbytné vzpomínku na trauma potlačit ještě důkladněji. Každé chování, které vyúsťuje ve stres, má takový účinek. Přehrávání proto začíná hrát stále významnější roli. K posílení disociace jsou důležité psychoaktivní látky – tzv. chemická disociace. Drogy, alkohol a gambling umrtvují emoce, facilitují potlačování emocí, jindy mění emoce a uvolňují ty, které by jinak zůstaly skryté (agrese). Zastavují flashbacky a noční můry a mění deprese v netečnost. Bezmoc ustupuje a (falešný) pocit kontroly začíná převládat. Závislý život je naplněn stresovými událostmi a vzrušením a trvale vysoká úroveň

---

<sup>118</sup> Kalsched, D. (2011). Vnitřní svět traumatu. Praha: Portál.

<sup>119</sup> Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost in Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, pp.130-134.

<sup>120</sup> Vizinová, D., Preiss, M. (1999). Psychické trauma a jeho terapie

stresu znečitlivuje emoce. Obojí, jak drogy, tak závislý způsob života, tedy přispívají k nezbytnému potlačování posttraumatického syndromu.<sup>121</sup>

Vzhledem k vysoké viktimizaci (viz.kapitola 3.3) a citové deprivaci (viz.kapitola 3.4) je psychické trauma u sluchově postižených závažným tématem, které může vyústit v závislost. U sluchově postižených také často dochází k tomu, že se díky komunikačním bariérám či nedůvěře s prožitým traumatem nikomu nesvěří a zároveň jsou, častěji než lidé bez sluchového postižení, traumatizováni členy rodiny<sup>122</sup>, což ještě výrazněji narušuje jejich důvěru v okolní svět. Podle výzkumu Titus skoro 49 % Neslyšících ze zkoumaného vzorku 111 respondentů, kteří nastoupili léčbu závislostí a zároveň zažili sexuální zneužití, o této události nikdy nikomu neřeklo a 10,8 % respondentů se se svým traumatem pokoušelo někomu svěřit, ale nebylo jim uvěřeno.<sup>123</sup> Podle Fonagy a Target „zlehčování zneužití a jeho nerozřešení přepovídalo kriminální chování a užívání tvrdých drog u vysoce rizikového vzorku. Existuje předpoklad, že negující stav mysli může být spojován s antisociální poruchou osobnosti, prouchami příjmu potravy, zneužíváním látek a látkovou závislostí a že zahlcené stavy mysli se pojí s poruchami, v nichž jde o pohroužení do vlastních pocitů, jako je deprese, úzkost a hraniční porucha osobnosti.“<sup>124</sup>

Výzkumy ukazují, že uživatelé návykových látek mají prožitek psychického traumatu v anamnéze velice často. Dle výzkumu Titus se zdá, že Neslyšící v léčbě závislostí se s následky traumatu potýkají ještě častěji (viz.tab.1).<sup>125</sup>

---

<sup>121</sup> Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost in Kalina, K. a kol. Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, pp.130-134.

<sup>122</sup>Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (1998). Maltreatment and behavioral characteristics of youth who are deaf and hard of hearing. *Sexuality and Disability*, 16(4), 295–319.

<sup>123</sup>Titus, Janet C. (2010). The Nature of Victimization among Youths with Hearing Loss in Substance Abuse Treatment. *American Annals of the Deaf*, v155 n1 p19-30.

<sup>124</sup> Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál

<sup>125</sup>Titus, Janet C. (2010). The Nature of Victimization among Youths with Hearing Loss in Substance Abuse Treatment. *American Annals of the Deaf*, v155 n1 p19-30.



Tabulka 1. Porovnání viktimizace mezi slyšícími a sluchově postiženými v léčbě závislosti

Typ události (celoživotní prevalence)	Respondenti se sluchovým postižením (N=111, v %)	Respondenti bez sluchového postižení (N=111, v %)
Napadení se zbraní	48	32
Fyzické týrání	42	29
Sexuální zneužívání	11	8
Emoční zneužívání	37	31
Opakované zneužití, týrání	39	32
Více pachatelů	27	26
Zneužití člověkem, kterému bylo důvěřováno	41	29
Obava o život	31	17
Neuvěření zneužití	14	12

## 4.2 Duální diagnózy

Duální diagnózou se označuje stav, kdy postižený trpí zároveň probíhající psychickou poruchou a návykovou nemocí. Symptomy těchto dvou jevů se zpravidla velmi úzce prolínají a překrývají, což zhoršuje diagnostiku jak závislostního problému, tak psychologické komorbidity. Dle Nešpora<sup>126</sup> můžeme o vztahu těchto dvou nemocí uvažovat ve smyslu vzájemného podmiňování, kdy duševní porucha vede ke vzniku závislosti nebo závislost ke vzniku duševní poruchy, či vzájemného ovlivňování, kdy tyto dvě nemoci interagují v čase a navzájem se ovlivňují. Obecně se mezi klienty léčby

<sup>126</sup> Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In: Kalina a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, pp. 233-237.

závislostních poruch vyskytují duální diagnózy velmi často a u některých duševních poruch se se závislostními problémy klienta setkáváme častěji než v obecné populaci. Podle Nešpora se to týká především depresivních poruch, poruch osobnosti, poruch příjmu potravy, sociální fobie, PTSD a patologického hráčství.<sup>127</sup> Kalina v nedávné studii shrnuje dosavadní výzkumy následovně: „Údaje o zastoupení duálních diagnóz mezi drogovou klientelou se různí, navzdory velké variabilitě zkoumaných vzorků a výzkumných metod vykazují určitou konzistenci. EMCDDA<sup>128</sup> uvádí v přehledu řady studií u klientů v léčbě 30-50 % duálních diagnóz; údaje před tímto datem jsou spíše při dolní hranici tohoto širokého rozmezí. Např. Tims et al.<sup>129</sup> Udávají 35 %, Regier et al. v r. 1990 38 %<sup>130</sup> a podobně vyznívá i první česká studie, která u vzorku 200 léčených klientů závislých na opiátech a metamfetaminu našla 35 % psychiatrické komorbidity.<sup>131</sup> Nepřeborné množství údajů od publikace EMCDDA z r. 2004 se spíše blíží 50 %. Naše šetření z r. 2012 se zjištěnými téměř 47 % psychiatrické komorbidity v klientele terapeutických komunit je spíše typické. NIDA<sup>132</sup> udává až 60 %. Je ovšem otázkou, zdali duálních diagnóz opravdu přibývá, nebo zda si jich více všímáme. U psychiatrických pacientů se závislostní porucha zjišťuje přibližně v 50 %.<sup>133,134,135,136</sup>

---

<sup>127</sup>Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace „duální diagnózy“. In: Kalina a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, pp. 233-237.

<sup>128</sup> EMCDDA (2004). Co-morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. EMCDDA: Lisbon. In: Kalina, K., Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*.

<sup>129</sup> Tims, F.M., Inciardi, J.A., Fletcher, B.W., McNeill Hroton, A. (1997). The effectiveness of innovative approaches in the treatment of drug abuse. Westport, Conn., USA/London: Greenwood Press. In: Kalina, K., Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*.

<sup>130</sup> Miovská, L., Miovský, M., Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K., Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*.

<sup>131</sup> Mravčík, V., Zábranský, T., Korčíšová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (Annual Report on Drug Situation 2002 – Czech Republic). Praha: Úřad vlády ČR. In: Kalina, K., Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*.

<sup>132</sup> NIDA (2010) Comorbidity: Addiction and other mental illnesses. Nih Pub Number: 10-5771. Bethesda, Maryland: National Institute for Drug Abuse. Downloaded from: <http://www.drugabuse.gov/publications>. In: Kalina, K., & Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*. *Adiktologie*, 13(2), 144-164..

<sup>133</sup> Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E., Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Hrvatski Rev. Psychiatrie*, 17(1). 24-34. In: Kalina, K., Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*.

<sup>134</sup> Hides, L., Samet, S., Lubman, D.I. (2010). Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: current evidence and directions for future research. *Drug Alcohol Rev.*, 29(5), 508-517. In: Kalina, K., Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*.

Jak již bylo popsáno výše (viz. Kapitola 3), vzhledem k problémové komunikaci v primární rodině i ve společnosti, častému vystavování frustracím a stresu, vysoké viktimizaci k sexuálním trestným činům, týrání, zanedbávání i šikaně, citové deprivaci, obtížnému hledání vlastní identity a svého místa ve společnosti, jsou neslyšící a nedoslýchaví zvýšeně ohroženi vznikem psychických poruch v dětství, dospívání i dospělosti. Často omezená schopnost komunikace je dále omezuje v možnostech tyto problémy řešit, čímž se psychická nestabilita může dále prohlubovat. Z dosavadních výzkumů vyplývá, že se u Neslyšících setkáváme s vyšší incidencí psychických poruch než je tomu v obecné populaci, a to především u neuróz, afektivních poruch, impulzivních poruch a poruch chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání. Porovnání výsledků sluchově postižených a intaktních klientů v léčbě závislostí nám poskytuje opět Titus.<sup>137</sup> V jejím vzorku je výskyt psychických poruch u sluchově postižených v léčbě závislostí vyšší u všech měřených proměnných (viz. Tabulka 2). Jistou spojitost mezi užíváním návykových látek u lidí s psychickou poruchou nám, za předpokladu kauzality a dřívější manifestace psychické poruchy a až následném užívání návykové látky, poskytuje teorie sebemedikace a s ní související nalezení ideální návykové látky. Teorie pracuje s předpokladem, že člověk se užitím návykové látky pokouší dosáhnou stavu kontroly či normality. Setkáváme se například velmi často s užíváním nelegálních stimulačních návykových látek mezi lidmi s ADHD, kterým je za klinických podmínek poskytována rovněž stimulační látka, v tomto případě však legální, nebo s užíváním alkoholu, u lidí s depresivní či úzkostnou poruchou, přičemž účinek alkoholu je dvojitý – nejprve excitační a později tlumivý. Stejný efekt mají antidepresiva či anxiolitika dle potřeby předepisovaná na tyto typy psychických poruch.

---

<sup>135</sup>NIDA (2010) Comorbidity: Addiciton and other mental illnesses. Nih Pub Number: 10-5771. Bethesda, Maryland: National Institute for Drug Abuse. Downloaded from: <http://www.drugabuse.gov/publications>. In: Kalina, K., Vácha, P. (2013). Duální dignózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby.

<sup>136</sup>Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.

<sup>137</sup>Titus, Janet C. (2010). The Nature of Victimization among Youths with Hearing Loss in Substance Abuse Treatment. *American Annals of the Deaf*, v155 n1 p19-30.

Tabulka 2: Porovnání výskytu psychických poruch u sluchově postižených a intaktních klientů v léčbě závislostí

	Respondenti se sluchovým postižením (N=111, v %)	Respondenti bez sluchového postižení (N=111, v %)
Depresivní poruchy	47	36
Úzkostné poruchy	15	12
Sebevražedné myšlenky	31	20
Vysoká úroveň traumatického stresu	32	24
ADHD	51	40

### 4.3 Psychoanalytické teorie rozvoje a udržování závislosti

Na výše popsané vývojové teorie (viz. kapitola 3.4) nasedají psychoanalytické teorie závislostních poruch, jak je popisuje Kalina ve své publikaci *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*.<sup>138</sup> Zde se budeme zaměřovat především na to, jaký vliv mohou mít poruchy objektivních vztahů a deficitního zpracování konfliktů vývojových stádií (dle Eriksona) na vznik a udržování závislosti, neboť se jedná o témata, která jsou úzce provázaná s problematikou sluchového postižení. Zajímavou paralelu pak představuje srovnání konfliktů Jeřábkovy „disponované osobnosti“ s konflikty, které mohou vznikat v důsledku komunikačních a sociálních bariér u sluchově postižených.

<sup>138</sup> Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

### 4.3.1 Konfliktní zpracování vývojových úkolů dle Eriksona

Podle Kaliny<sup>139</sup> může být závislostní chování důsledkem nevyřešených konfliktů identita versus chaos („droga jako prostředek dosahování falešné identity a obrany před chaosem“) a intimita versus izolace („droga jako obrana před intimitou, resp. jako prostředek dosahování pseudointimity“) s tím, že neuspokojivé řešení předchozích vývojových stádií proces řešení těchto krizí komplikuje. Dle Hajného<sup>140</sup> období separace-individuace testuje úspěšné zvládnutí předchozích stádií. Lze říci, že se jedná o zatěžkávací zkoušku dosud vybudované osobnosti. Tuto myšlenku podporuje teorie Jeřábka, který tvrdí, že za klíčovou determinantu adiktologicky rizikového vývoje lze považovat nenaplnění nejčasnějších vývojových stádií.<sup>141</sup>

Podle Eriksona jsou dosažení ego identity a schopnosti dosažení intimity hlavní, vzájemně propojené úkoly pozdní adolescence. Tvorba identity zahrnuje identifikaci se skupinami i jednotlivci, rodiči, širší rodinou, sociální skupinou i oblastí, ve které člověk žije.<sup>142</sup> To může být složité obzvláště u neslyšících, kteří neměli možnost si v dětství osvojit znakový jazyk a jejich sluchová vada je výrazně odděluje od slyšící společnosti a tudíž se obtížně integrují do obou těchto skupin. Další rizikovou skupinou jsou neslyšící, kteří sice komunikují znakovým jazykem velmi dobře, ale nechtějí být součástí komunity Neslyšících, nicméně jejich sluchová vada jim začlenění mezi intaktní populaci neumožňuje. Dle Kratochvílové je zvýšené riziko problémového vytváření identity zejména v rodinách, „které nepřijaly vadu sluchu svého dítěte a neumí s ním uspokojivě komunikovat. Dále také v běžných školách, do kterých je dítě integrováno a které nemají zkušenosti s neslyšícími dětmi ani informace o

---

<sup>139</sup>Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada Publishing, a.s.

<sup>140</sup>Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti I – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, pp 135-139.

<sup>141</sup> Jeřábek, P. (2003). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. a kol.: Základy klinické adiktologie. Praha: Grada Publishing

<sup>142</sup>Strong, M. E., Charlson, E., & Gold, R. (1992). How successful deaf teenagers experience and cope with isolation. *American Annals of the Deaf*, 137, 261-270.

problematice sluchového postižení. Potřeby neslyšícího žáka v ní tudíž nejsou dostatečně uspokojovány<sup>143</sup>

K problémům s dosažením identity může dojít i v případě zvýšené závislosti sluchově postiženého dospívajícího na pomoci rodičů. To se stává především v rodinách, kde je sluchově postižené dítě vnímáno jako méně schopné: „Pokud nejbližší okolí vnímá dítě za postiženého, bezbranného chudáčka, bude s ním také jednat jako s méně schopným, závislým člověkem, kterého je potřeba více chránit a pomáhat mu. Tímto se vytváří submisivní postavení dítěte vůči okolí. (...) Často zcela zbytečně dochází k nadměrné závislosti a nesamostatnosti i v dospělém věku. Tuto situaci často ještě zhoršuje příliš ochranný postoj rodiny (rodiče chtějí v dobré víře svého potomka ochránit od všech problémů a neuvědomují si, že mu tím spíše škodí). Člověk se tak uzavírá do „chráněného prostředí“, kde se sice cítí bezpečně, nic ho tam nemůže zranit, avšak mohou mu chybět kontakty s okolím, může se cítit osamělý a jakoby se schovával před realitou. Nemá dost sociálních dovedností, takže se nedokáže prosadit, uplatnit své schopnosti.“<sup>144</sup> Tento stav se může výrazně střetávat se separačními tendencemi adolescenta, které jsou v tomto období hlavním prostředkem individuace: „K vývoji dítěte patří období, kdy usiluje o dosažení nezávislosti na okolí, na rodičích i celém kulturním a sociálním systému. Potřebu oddělit se (separace) a udržet si vládu nad sebou a svým prožíváním lze vidět i v tom, jak se aktivně ovlivňuje látkami či aktivitami, které tyto schopnosti mají. Návykové látky disponují několika vlastnostmi, které separační tendence mohou využít. Změna vědomí, kterou navozují, je sama o sobě krokem, kterým se člověk odděluje od běžného stavu prožívání a myšlení a vytváří si sám v ten moment vlastní (obvykle příjemný a zajímavý) stav, který je méně závislý na realitě. O aplikaci drogy si navíc rozhoduje sám a tím si potvrzuje zážitek, že jeho život je v jeho rukou.“<sup>145</sup> Neuspokojená potřeba separace od rodičů vzhledem ke sníženým schopnostem samostatného sociálního fungování tedy může vést k externalizaci těchto potřeb prostřednictvím užívání návykových látek. Snadná ovlivnitelnost a intenzivní potřeba se začlenit do idealizované skupiny může v případě

---

<sup>143</sup> Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících. Info-zpravodaj 04/2009, pp. 22-23.

<sup>144</sup> Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících. Info-zpravodaj 04/2009, pp. 22-23.

<sup>145</sup> Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina a kol. (2003). Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, pp. 135-139.

identifikace se skupinou vrstevníků, kteří užívají návykové látky, vést k abúzu či závislosti.

V období vytváření intimity jde o propojení vlastní identity s identitou druhého. Není-li tedy předchozí krize úspěšně vyřešena, bude se člověk v budoucnu střetávat s neschopností navázat plnohodnotný intimní vztah. Výzkum, který prezentuje Weisel a Kamara<sup>146</sup>, ukazuje, že v dospělosti měl zkoumaný vzorek Neslyšících vyšší strach z attachmentu i individuace, než kontrolní vzorek intaktní populace, a to navzdoru faktu, že měli tyto Neslyšící stejné vztahy (manželství, páry žijící ve společné domácnosti, bez vztahu), jako slyšící participanti. Přestože byli Neslyšící v intimním vztahu, subjektivně tento vztah vnímali odlišně. Vzhledem k tomu, že komunita Neslyšících je poměrně malá, vyskytuje se zde mnohdy problém i s nedostatečným množstvím intimních partnerů. Samozřejmě je možné navázat vztah se slyšícím člověkem, tato smíšená partnerství nicméně nejsou příliš častá. Neuspokojení této vývojové potřeby nebo její nedostatečné naplnění lze považovat za rizikový faktor ke vzniku či rozvoji závislosti.

#### 4.3.2 Poruchy objektivních vztahů

Jedna z psychoanalytických teorií závislostních poruch, které pracují s konceptem poruchy objektivních vztahů, popisuje stav neurčitého napětí z neschopnosti vyjadřovat diferencované emoce: „Krystal se domnívá, že drogově závislý člověk nedokáže pojmenovávat a rozlišovat různé aspekty svých emočních stavů. Namísto prožívání diferencovaných pocitů, jako je smutek, zlost nebo štěstí, prožívá globální fyziologické stavy a napětí. To mu znemožňuje nechat se vést emocemi při chápání sebe samého a ochromuje důležitý zdroj informací a zpětných vazeb. Člověk nedokáže rozpoznat smysl jednotlivých stavů vzrušení a již jejich samotná existence se pro něj stává zdrojem úzkosti. Užívání návykových látek je jednou z možností, jak dosáhnout uklidnění a uvolnění.“<sup>147</sup> Pokud bychom uvažovali nad tím, že omezená schopnost rozpoznání a diferenciací emocí je rizikovým faktorem rozvoje a udržování závislosti,

---

<sup>146</sup>Weisel, A., Kamara, A. (2005). Attachment and individuation of deaf/hard-of-hearing and hearing young adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 10(1):51-62.

<sup>147</sup>Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.

tato teorie by vysvětlovala zvýšený výskyt užívání návykových látek u Neslyšících, kteří v dětství selhávali v komunikaci s rodiči a naopak totožnou incidenci u sluchově postižených, kterým se podařilo s rodiči úspěšnou komunikaci navázat (viz. výzkum Sinnkonena<sup>148</sup>). Vytvoření efektivního komunikačního systému mezi matkou a dítětem, může poskytnout cenná vodítka k rozpoznání emočního stavu dítěte a prostřednictvím afektivního vyladění pomoci dítěti ke zvědomění emočních stavů, jejich rozpoznání a pojmenování. Jak již bylo popsáno výše, u některých neslyšících dětí je zřetelná výrazně omezená slovní zásoba u emočních témat, omezené chápání a rozpoznání emocí a schopnost regulace emocí<sup>149</sup>, což může být důsledkem nepřítomnosti bezpečné vazby mezi matkou a dítětem v raném stádiu vývoje. Dá se předpokládat, že neúspěšné navázání bezpečného vztahu s matkou předurčuje i vytváření vztahů v budoucnosti. Strach z opětovné neúspěšné komunikace, kterou Neslyšící zažíval v dětství, v něm pak může vzbuzovat vyšší úzkost v kontaktu se slyšícími i v dospělosti.

U lidí, kteří nejsou schopni se uspokojivě dorozumívat přichází v úvahu také teorie externalizace, tedy vyjadřování vnitřních konfliktů směrem navenek prostřednictvím užívání návykových látek. Podle McDougallové<sup>150</sup> lze prostřednictvím externalizace vnitřní bolesti a intrapersonálních problémů, které nejsou uspokojivě řešeny, dosáhnout kýženého uvolnění. Hajný popisuje v rámci teorie orální fixace neschopnost fixovaného vyjádřit případně agresivní, kritické nebo separační myšlenky, které jsou pak vyjádřeny za podpory užití návykové látky: „Uživatel se pak cítí dost silný, aby řekl rodičům, co si o nich myslí, alkoholik je naprosto upřímný a nebojí se v tu chvíli důsledků svého jednání, bezohlednost závislých vůči citům, přáním i majetku blízkých lze vidět jako výraz skrytých a narhomaděných agresivních tendencí, které nebylo možné vyjádřit jinou cestou.“<sup>151</sup> Za externalizaci těchto separačně-individuačních myšlenek však můžeme považovat již samotné užívání návykové látky. Tyto obavy z vyjádření nelibých pocitů vůči pečující osobě se zvyšují se stupněm závislosti na této osobě, bohužel, jak je patrné s předchozí podkapitoly, (viz. kapitola 4.3.1) rodiče své Neslyšící děti zneschopňují velmi často.

---

<sup>148</sup> Sinnkonen, J. (1994). Hearing impairment, communication and personality development. Helsinki: University of Helsinki.

<sup>149</sup> Gray C.D., Hosie, J.A., Russell, P.A., Ormel, E.A. (2003). Emotional development in deaf children: facial expression display rules and theory on mind. In: Clark, M.D., Marschark, M., Karchmer, M., editors. Context, Cognition and Deafness. Washington, DC: Gallaudet University Press, 135-60.

<sup>150</sup> Leeds a Mrgenstern, op.cit., s.63 ab.; Khantizan et al. (2005). In: Kalina, K. (2013). Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii. Praha: Grada Publishing.

<sup>151</sup> Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina a kol. (2003). Drogy a drogová závislost 1 – mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, pp.135-139.



### 4.3.3 Sedm rozměrů disponované osobnosti

Na základě psychoanalytických koncepcí nevědomí, Self a konfigurace či organizace funkcí Ega, formuloval Jeřábek<sup>152</sup> jádrovou osobnostní strukturu lidí, kteří jsou závislí na návykových látkách. Jedná se tedy o určité dispozice k vytvoření závislosti v průběhu života. Pro srovnání jsou uváděny konflikty lidí se sluchovým postižením, které mohou vznikat v součinnosti s nevhodným prostředím, ve kterém neslyšící či nedoslýchavý člověk vyrůstá a dospívá, a přístupem okolí k jeho sluchové vadě. Nejedná se tedy o charakteristiku „osobnosti neslyšícího“, ale pouze o modelové situace, které mohou v životě neslyšících či nedoslýchavých lidí nastat v kontextu psychologického vývoje ve společnosti, která je primárně tvořena intaktní populací.

Jeřábek závislostní osobnost popisuje v těchto sedmi dimenzích:

- *„Chabá integrace identity ega (především ve smyslu deficientní integrace sebezpojetí a sebeúčinnosti). Platí pravidlo: čím problematictější identita, tím je méně zvědoměná. Čím je nižší integrace sebezpojetí a sebeúčinnosti (extrémem je chaos), tím méně jedinec ví, co vlastně činí.“*

V tomto případě tedy budeme hovořit především o nezvládnutí konfliktu vývojového stádia identita versus chaos (jak je popsán v kapitole 3.4.1 a 4.3.1), což může nastat v případě nejednoznačné identifikace se sociální skupinou, ve které se sluchově postižený vyskytuje nebo by se vyskytovat chtěl (tedy příslušnost ke komunitě Neslyšících či slyšících). Tento konflikt může vzniknout i následkem neschopnosti individuace a separace neslyšícího od hyperprotektivních rodičů. Tento konflikt se prohlubuje nezvládnutím předchozích vývojových úkolů.

---

<sup>152</sup>Jeřábek, P. (2008). Psychopatologie Zavislosti. In Kalina, K. a kol. (2008): Základy klinické adiktologie. Kap. 4. Praha: Grada Publishing.

- *„Narušená internalizace objektových vztahů - Pravděpodobně v imanentní souvislosti s předchozím je zvýšena (někdy až extrémně) interpersonální senzitivita a nejistota včetně vědomí/nevědomí subjektivního ohrožení ve vztazích. S tím souvisí nízká frustrační tolerance, tendence k „psychologickému sadomasochizmu“, autodestrukci, viktimologické pozici.“*

Problémovému vývoji objektních vztahů u některých neslyšících či nedoslýchavých je věnována kapitola 3.4.2 a 4.3.2. Jedná se především o problémovou primární vazbu sluchově postiženého dítěte na intaktní matku (či jinou pečující osobu), která nemá dostatek informací o vhodném přístupu k dítěti se sluchovým postižením, či nedostatek empatie a afektivního vyladění pečujícího v důsledku frustrace z problematického přijetí faktu sluchového postižení dítěte. Tímto způsobem může být narušena i schopnost vytváření bezpečných vztahů neslyšícího či nedoslýchavého člověka v dospělosti.

- *„Vývojově nízká úroveň defenzivní organizace - (popření, projekce až projektivní identifikace, štěpení, dissociace, odehrávání-agování, omnipotence, idealizace a/nebo devaluace, únik, auto/hetero-destruktivita či –agresivita, somatizace).“*

K používání primitivních obranných mechanismů dochází zpravidla při traumatizaci dítěte v dětství či dospívání. U sluchově postižených je třeba s touto konfigurací počítat vzhledem k vysoké viktimizaci u mravnostních trestných činů, týrání, zanedbávání a šikany (viz. kapitola 3.2 a 3.3). Častý výskyt somatizace pak popisuje Kratochvíl u sluchově postižených dětí, které jsou soustavně přetěžovány (výkon ve škole, nároky na učení se verbálnímu projevu a odezírání nebo citové či výchovné přizpůsobení v rodině), či v případě narušených sociálních vztahů v rodině.<sup>153</sup>

---

<sup>153</sup> Vymětal, Š. (2001). Psychosomatické poruchy u dětí. Info-zpravodaj 01/2001, p.23.

- *„Nízká integrace superega - a z toho vyplývající problémy s prožíváním viny a studu, paranoidní tendence, narcistické zápasy o obdiv a zbožňování.“*

Kernberg popisuje případy nedostatečné integrace superega u lidí, jejichž ego struktura není dobře organizovaná ani dosud nevytváří stabilní systém, což se projevuje nápadnou impulzivností, prudkými změnami nálad, rozporuplnými pocity a chováním, směsicí vytěsnění, rozštěpení a dalších obran a smíšenými pregenitálními a genitálními cíli ve vztazích. Zároveň uvádí infantilní a narcistické osobnosti jako reprezentanty této neurotické úrovně.<sup>154</sup> Opět se tedy dostáváme k nedostatečně vytvořené ego identitě, komplikacím v intimních vztazích a používání primitivních obran. Impulzivnost a prudké změny nálad jsou u Neslyšících popisovány často také jako reakce na frustraci z neúspěšné komunikace. „Osobnost neslyšícího“ popisuje Vymlátílová. „Traduje se, že neslyšící jsou rigidní, sociálně nezralí, infantilní, impulzivní, egocentričtí a vztahovační. (...) Někteří psychiatři nalézají u neslyšících v adolescenci typický shluk příznaků, který zahrnuje nedostatek empatie, sobectví, vymáhání okamžitého splnění vlastních přání, impulzivní chování s nedostatečnou sebekontrolou a zvýšenou agresivitou.“<sup>155</sup>

- *„Nízká integrace emocí včetně (ne)schopnosti jejich vědomého prožívání, která se příznakově projevuje emoční labilitou, nepřiměřeností, ambivalencí, odehráváním emocí (agováním) v nepatřičném kontextu.“*

Nízká integrace emocí a neschopnost jejich popisu může souviset s nevytvořením bezpečné vazby mezi matkou a dítětem (viz. kapitola 3.4.2 a 4.3.2.) a zároveň s komunikačními nedostatky sluchově postižených v důsledku malé slovní zásoby, s čímž souvisí i omezená schopnost rozpoznávání emocí.

---

<sup>154</sup> Fonagy, P., Target, M. (2005). Psychoanalytické teorie – perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie. Praha: Portál.

<sup>155</sup> Vymlátílová, E. (2006). Sluchově postižené dítě. In: Říčan, P., Krejčířová, D. a kol (2006). Dětská klinická psychologie 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, a.s, pp. 88-102.

- *„Distorze percepčně kognitivního zpracování reality, samotnými pacienty označovaná jako „vytváření konstrukcí“. Jev je blízký teorii konstruktového alternativizmu G.A.Kellyho (1955). Nabízí se i představa vývojově nízké integrace emočních a kognitivních funkcí. Zde by vstupovala do hry rozporuplná dynamika osobnosti, kdy neuspokojivý emoční stav a frustrace potřeb narušují až rozvracejí percepčně kognitivní proces (Beck, 1948).“*

Vzhledem k omezeným možnostem percepce sluchových vjemů z okolí Neslyšící často vypadávají z kontextu situací, které se kolem nich odehrávají. Nežádá se stává, že sluchově postižení v určitých situacích vůbec nechápu jednáni lidí ve svém okolí (když se neřívají, nemají žádné informace a ve skupině lidí není možné sledovat veškeré dění), protože mají mnohdy jen málo smysluplných sociálních zkušeností, které k nim pronikají chaoticky. K vytváření konstrukcí se tedy často uchýlit musí. V komunitě Neslyšících panuje velká nedůvěra nejen vůči slyšícím, ale i vůči ostatním Neslyšícím, což může také souviset s narušeným vývojem bazální důvěry, jak je popisován v kapitole 3.4.1, který souvisí s časnou citovou deprivací a frustrací. Omezené komunikační možnosti poznamenávají rozvoj poznávacích procesů, ale i sociální kontakty a dovednosti.

- *„Motivační distorze, inkongruence a ambivalence. Motivační schémata platná pro konvenční osobnosti zůstávají v platnosti, jsou však kontaminována silnou intrapsychickou tenzí a další výše uvedenou patologií. Navíc jsou překryta autonomizací motivu návykové látky.“*

## 5. Specifické problémy sluchově postižených při vstupu do služeb v oblasti duševního zdraví

### 5.1 Diagnostika

Efektivní komunikace je v léčbě psychických poruch klíčová. Klient musí být schopný vyjádřit své pocity a psychiatr musí být schopný tomuto vyjádření rozumět. Když má prelingválně neslyšící či těžce nedoslýchavý člověk slabé znalosti znakového i mluveného jazyka, bude mít obrovské potíže s popisováním pocitů a myšlenek. Za těchto okolností může být složité a někdy až nemožné zjistit přítomnost psychické poruchy. Ve výsledku tedy některé psychické poruchy u neslyšících zůstanou nediodagnostikovány, popř. mohou být diagnostikovány chybně. Nejčastější problémy v diagnostice psychických poruch u sluchově postižených prezentuje ve své knize John C. Denmark<sup>156</sup>:

- Psychická porucha nemusí být rozpoznána

Problémy v komunikaci mohou maskovat přítomnost psychické poruchy někdy i po mnoho let. Bohužel většina lidí, kteří pracují s neslyšícími a nedoslýchavými klienty, není schopna psychickou poruchu u svých klientů rozpoznat.

- Komunikační problémy neslyšících mohou být nesprávně diagnostikovány jako psychická porucha

Narůstající intenzita frustrace z neúspěšné komunikace se slyšícím člověkem může být prezentována silnými emočními projevy, které mohou být nesprávně vykládány jako symptom psychické poruchy.

Někteří prelingválně neslyšící či těžce nedoslýchaví mohou mít problémy komunikovat verbálně i znakovým jazykem. To může být způsobeno nedostatečným vystavením komunikačním vzorům či nereálnými požadavky na schopnosti dítěte naučit se komunikovat bez pomoci znakového jazyka. Neschopnost konceptualizace pak může vyústit v chybnou diagnostiku schizofrenie.

---

<sup>156</sup> Denmark, J.C. (1994). Deafness and Mental Health. London: Jessica Kingsley Publishers.

Psychické důsledky dlouhodobých fyzických potíží (somatizace), které nejsou léčeny kvůli komunikačním problémům, nedostatku informací, či jiným důvodům, mohou být zaměňovány za symptom afektivní či neurotické psychické poruchy.

- Chybná diagnostika

Díky nízkým komunikačním schopnostem některých sluchově postižených se může stát, že psychická porucha je diagnostikována chybně a jiná naopak není rozpoznána. Diferenciální diagnostika u neslyšících klientů se může díky nedostatku informací ukázat jako velmi náročná.

- Přehlednutí poruchy intelektu

Vzhledem k tomu, že sluchové postižení i poruchy intelektu se mohou projevat opožděním vývoje řeči a obtížnou komunikací, je možné si tyto potíže vysvětlovat jako důsledek diagnostikovaného sluchového postižení a přehlednout tak poruchu intelektu.

Kvůli těmto specifickým problémům je obtížné diagnostikovat problémy neslyšících a nedoslýchavých také v závislostní oblasti. Studie ukazují, že screeningové metody, které jsou primárně určené slyšící populaci, nejsou vhodné pro neslyšící a nedoslýchavé. Mezi nejčastější důvody patří rozdílný stupeň schopnosti číst a pochopit psaný text<sup>157</sup>, strach ze selhání v pochopení předloženého textu a kontroly těchto schopností<sup>158</sup>, neznámá terminologie používaná v dotaznících, které se zaměřují na měření závislosti<sup>159,160</sup>, chybějící zkušenost s dotazníkovým průzkumem<sup>161</sup>, nedůvěra ke

---

<sup>157</sup>COI Communications. (2004). Drug misuse and people with hearing impairment: Stage 1. London: Home Office.

<sup>158</sup> Alexander, T., DiNitto, D., & Tidblom, I. (2005). Screening for alcohol and other drugs use problems among the deaf. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 63-78.

<sup>159</sup> Guthmann, D. (1999, August 20 1999). Identifying and assessing substance abuse problems with deaf, deafened, and hard of hearing individuals. Staženo 27.3.2014 z <http://www.wou.edu/education/sped/wrocc/guthmann.htm>

Alexander, T., DiNitto, D., & Tidblom, I. (2005). Screening for alcohol and other drugs use problems among the deaf. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 63-78.

<sup>160</sup> Alexander, T., DiNitto, D., & Tidblom, I. (2005). Screening for alcohol and other drugs use problems among the deaf. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 63-78.

<sup>161</sup> Berman, B., Eckhardt, E., Kleiger, H., Wong, G., Lipton, D., Bastani, R. & Barkin, S. (2000). Developing a tobacco survey for deaf youth. *American Annals of the Deaf*, 145 No. 3.

slyšícím výzkumníkům<sup>162</sup> a strach ze stigmatizace<sup>163</sup>. Studie prováděná Alexandrem a kol.<sup>164</sup> se zaměřila na srozumitelnost dvou velmi často používaných screeningových dotazníků: AUDIT a CAGE. Neslyšící respondenti uváděli potíže ve srozumitelnosti u obou zmíněných dotazníků. Problémy s některými slovy uvedlo 88% respondentů. Pět respondentů z celkového počtu 21 nebylo schopných přečíst ani jednu z otázek položených v dotaznících a žádalo o překlad do znakového jazyka.

## 5.2 Bariéry při vstupu do služeb v oblasti duševního zdraví

Rozhodnutí vyhledat služeb psychiatra či psychoterapeuta vyžaduje velké odhodlání od každého a předpokládá určitý stupeň náhledu na vlastní problém a motivaci ke změně, obzvláště pak v adiktologických službách. Pro sluchově postižené je však toto rozhodnutí pouhým začátkem ve výčtu komplikací, které je léčbou budou provázet.

### 5.2.1 Komunikační bariéra

Vzhledem k tomu, že v České republice doposud neexistují psychoterapeutické ani psychiatrické služby, ve kterých by pracoval neslyšící či nedoslýchavý člověk a je zde dostupná pouze jedna ambulance, kde pracují dvě znakoví psychoterapeutky<sup>165</sup>, jsou sluchově postižení v převážné většině nuceni komunikovat prostřednictvím verbálního projevu a odezírání nebo využít služeb tlumočnicka. Jak již bylo řečeno výše, odezřít lze přibližně necelá třetina obsahu informací, které jsou neslyšícímu sdělovány, a to za ideálních technických podmínek.

---

<sup>162</sup> Guthmann, D. (1995). An analysis of variables that impact treatment outcomes of chemically dependent deaf and hard of hearing individuals. Staženo 27.3.2014 z [http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/Home.portal?\\_nfpb=true&ERICExtSearch\\_SearchValue\\_0=an+analysis+of+variables&searchtype=keyword&ERICExtSearch\\_SearchType\\_0=ti&\\_pageLabel=RecordDetails&objectId=0900000b80144707&accno=ED396194&\\_nfls=false](http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/Home.portal?_nfpb=true&ERICExtSearch_SearchValue_0=an+analysis+of+variables&searchtype=keyword&ERICExtSearch_SearchType_0=ti&_pageLabel=RecordDetails&objectId=0900000b80144707&accno=ED396194&_nfls=false)

<sup>163</sup> Lipton, D., & Goldstein, M. (1997). Measuring substance abuse among the deaf. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 733-754.

<sup>164</sup> Alexander, T., DiNitto, D., & Tidblom, I. (2005). Screening for alcohol and other drugs use problems among the deaf. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 63-78.

<sup>165</sup> Procházková, S. Osobní sdělení, příloha č. 3.

Podle Boothroyd a kol.<sup>166</sup> mají neslyšící a těžce nedoslýchaví lidé sotva poloviční slovní zásobu oproti intaktní populaci. U prelingválně neslyšících často nepomůže ani nahrazení mluvené složky psaným projevem, neboť např. podle Rendoma<sup>167</sup> 90 % prelingválně neslyšících čte na úrovni žáků páté třídy nebo hůře. Podobné výsledky vykazuje i studie výzkumného institutu Gallaudet<sup>168</sup> (více viz. kapitola 2.1 a 2.2 tohoto textu). Z těchto důvodů je komunikace orální metodou pro neslyšícího, který je zvyklý komunikovat ve znakovém jazyce, nejen neúčinná, nýbrž také frustrující.

V tomto případě je tedy zapotřebí využít pro efektivní komunikaci služeb tlumočnicka do znakového jazyka, což se často pojí s finančními a logistickými nároky na klienta a nutností potřebných znalostí v problematice závislostí u tlumočnicka. Krom toho se neslyšící často obávají úniku informací skrze tlumočnicka a nesvěří se pak s důležitými tématy v jeho přítomnosti.<sup>169</sup> Alexandr a kol.<sup>170</sup> tento pohled potvrzují s tím, že důvěrnost je velkým tématem v komunitě Neslyšících, neboť komunita je malá a velmi rychle se zde šíří informace. Důvěrnost je stěžejním tématem také pro mladistvé neslyšící a nedoslýchavé v kontextu sdělování choulostivých informací<sup>171</sup>. Britská studie ukazuje že většina respondentů, kteří se výzkumu účastnili, by preferovala komunikaci s terapeutem, který ovládá znakový jazyk, raději, než se spoléhat na tlumočnicka. Ačkoliv jsou si vědomi faktu, že tlumočnick by měl být vázán mlčenlivostí, upřednostňují komunikaci „jeden na jednoho“.<sup>172</sup> V neposlední řadě přítomnost třetího člověka v terapii může výrazně narušit dynamiku procesu v práci s klientem.

---

<sup>166</sup> Boothroyd, A., Geers, A.E., Moog, J.S. (1991). Practical implications of cochlear implants in children *Ear Hear*, 12 (suppl 4) , pp. 81S–89S

<sup>167</sup> Rendon, M. (1992). Deaf culture and alcohol and substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 103-110.

<sup>168</sup> Gallaudet Research Institute (1996). *Stanford Achievement Test, 9th Edition, Form S, Norms Booklet for Deaf and Hard-of-Hearing Students*. Washington, DC: Gallaudet University.

<sup>169</sup> Guthmann, D., & Blozis, S. (2001). Unique issues faced by deaf individuals entering substance abuse treatment and following discharge. *American Annals of the Deaf*, 146(3).

<sup>170</sup> Alexander, T., DiNitto, D., & Tidblom, I. (2005). Screening for alcohol and other drugs use problems among the deaf. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 63-78.

<sup>171</sup> Drug and Alcohol Education and Prevention Team. (2004). *Drug education for young deaf people: A briefing paper for practitioners working with young deaf people*. London: Alcohol Concern and Drugscope.

<sup>172</sup> FMR Research. (2002). *Drug and alcohol issues affecting those with a sensory impairment in Greater Glasgow*. Glasgow: Greater Glasgow NHS Board.



## 5.2.2 Nedostatek informací

Problémem, se kterým se pojí náhled na závislostní problematiku neslyšícího klienta, je také nízká informovanost o tomto tématu. Většina informací o návykových látkách je určena pro intaktní populaci. Neslyšící a nedoslýchaví lidé, kteří mají problémy s psaným textem, mají s porozuměním těmto informacím potíže a je tedy pravděpodobné, že komunita Neslyšících má jen omezené informace o této problematice i zdrojích těchto informací.<sup>173,174</sup> Tuto tezi potvrzuje i Mgr. Jitka Vrchotová, DiS, vedoucí poradny NRZP ČR v odpovědi na otázku, zdali si myslí, že mají Neslyšící dostatečné informace o drogách: „Špatné informace a málo. Opět hádám, ale usuzuji tak dle jejich informovanosti o jiných (běžnějších a méně závažných) tématech. Moc nevěřím tomu, že vědí, jak tuto situaci řešit.“<sup>175</sup> Omezené informace o alkoholismu a závislosti na nelegálních návykových látkách mohou dle Rendoma vést ke zvýšené incidenci užívání návykových látek,<sup>176</sup> a zároveň k omezeným schopnostem sluchově postižených se se závislostním problémem vypořádat.<sup>177</sup> Podle britské studie COI Communications Neslyšící často nejsou srozuměny s informacemi o bezpečných dávkách alkoholu nebo o rizicích spojených se sdílením injekčního materiálu.<sup>178</sup>

Podle Guthmann<sup>179</sup> rodina či přátelé Neslyšícího, který má závislostní problém, často tento problém nedokážou identifikovat, anebo nejsou schopni indikovanou osobu s jejím chováním konfrontovat. V jiných případech je chování ovlivněné působením psychoaktivní látky připisováno sluchovému postižení. Rodina a přátelé v upřímné, ale nesprávně mířené snaze pomoci, zachránit tyto osoby před důsledky jejich chování, přitom znesnadňují jedinci se závislostním problémem

---

<sup>173</sup>Roberts, B. & Mugavin, J. (2007) Alcohol and other drug use in the Australian Deaf community: A needs assessment. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and DrugCentre

Lipton, D., & Goldstein, M. (1997). Measuring substance abuse among the deaf. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 733-754.

<sup>174</sup>Lipton, D., & Goldstein, M. (1997). Measuring substance abuse among the deaf. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 733-754.

<sup>175</sup> Vrchotová, J. Osobní sdělení. Příloha č. 3.

<sup>176</sup>Rendon, M. (1992). Deaf culture and alcohol and substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 103-110.

<sup>177</sup>Guthmann, D., & Sandberg, K. (1998). Assessing substance abuse problems in deaf and hard of hearing individuals. *American Annals of the Deaf*, 143(1), 14-21.

<sup>178</sup>COI Communications. (2004). Drug misuse and people with hearing impairment: Stage 1. London: Home Office.

<sup>179</sup>Guthmann, D., & Blozis, S. (2001). Unique issues faced by deaf individuals entering substance abuse treatment and following discharge. *American Annals of the Deaf*, 146(3).

prohlédnout, jak jeho užívání alkoholu či jiných drog ovlivňuje jeho život i životy lidí v nejbližším okolí – čímž začnou závislost tohoto jedince umožňovat a snižují tak jeho motivaci k nastoupení do služeb léčby závislosti.

### 5.2.3 Nedůvěra, stigmatizace

Někteří neslyšící a nedoslýchaví považují své sluchové postižení za výrazné stigma, které může být znásobeno závislostním problémem. Strach z označkování duálním stigmatem může odradit sluchově postiženého od připuštění si závislostního problému a vyhledání léčby.<sup>180,181</sup> Lze předpokládat, že tento strach z možnosti šíření informací o rizikovém užívání návykových látek či závislosti jedince, může vést ke zhoršení sociální izolace a popření problému.

Po mnoho let je šíření neoficiálních informací nepsanou formou (Grapevine) ustálenou formou komunikace Neslyšících napříč společnostmi. Vzhledem k tomu, že komunita Neslyšících není příliš početná, informace se zde šíří velmi rychle. Členové komunity Neslyšících často vyjadřují obavy, že informace o léčbě Neslyšícího jedince, se mohou tímto způsobem rozšířit do celé komunity.<sup>182</sup> Jako důsledek se dá předpokládat rozsáhlá skrytá populace uživatelů. Na otázku, zdali je možné, že se mezi sluchově postiženými vyskytuje skrytá populace uživatelů, odpovídala Mgr. Vrchotová, DiS.: „Ano, myslím si, že je. Dokonce bych řekla, že více než mezi slyšícími. Pomoc nehledají, protože automaticky předpokládají, že se s nikým nedomluví. Určitou roli hraje i ostych nebo obava ze „šíření drbů“ mezi neslyšící.“<sup>183</sup>

---

<sup>180</sup>Guthmann, D., & Blozis, S. (2001). Unique issues faced by deaf individuals entering substance abuse treatment and following discharge. *American Annals of the Deaf*, 146(3).

<sup>181</sup>Alexander, T., DiNitto, D., & Tidblom, I. (2005). Screening for alcohol and other drugs use problems among the deaf. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 63-78.

<sup>182</sup>Roberts, B. & Mugavin, J. (2007) Alcohol and other drug use in the Australian Deaf community: A needs assessment. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre

<sup>183</sup> Vrchotová, J. Osobní sdělení, příloha č. 3.

## PRAKTICKÁ ČÁST

### 6. Použité metody

#### 6.1 Výzkumné cíle a otázky

Výzkum je primárně zaměřen na vzorce užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením a jejich postoj k léčbě závislostí. K dokreslení myšlenek popsaných v teoretické části byl zkoumán také rodinný a sociální kontext. Cílem je tedy především popsat výskyt užívání návykových látek ve výzkumném souboru, frekvenci, prevalenci, začátek užívání a případné nadužívání za pomoci vybraných screeningových metod a diagnostických nástrojů, subjektivní vnímání užívání návykových látek v okolí respondenta, výskyt diskriminace či šikany v průběhu života, pobytu na internátních školách a jiných zásadních životních událostí, které by mohly s užíváním návykových látek souviset. Výsledky budou následně porovnávány se vzorci užívání v obecné populaci.

Druhým cílem je navrhnout léčebnou intervenci, která by mohla vyhovovat specifikám lidí se sluchovým postižením na základě výsledků dotazníků, podnětů z internetových diskuzí, které proběhly v rámci sběru dat, a informací od lidí, kteří se sluchově postiženými lidmi pracují. K tomuto účelu byla sesbírána data od profesionálů, kteří pracují s neslyšícími v rámci semistrukturovaných rozhovorů a dotazníků, které jim byly zaslány přes e-mail. Tato data však budou mít pouze doplňkový charakter pro následnou diskuzi.

#### VÝZKUMNÉ OTÁZKY:

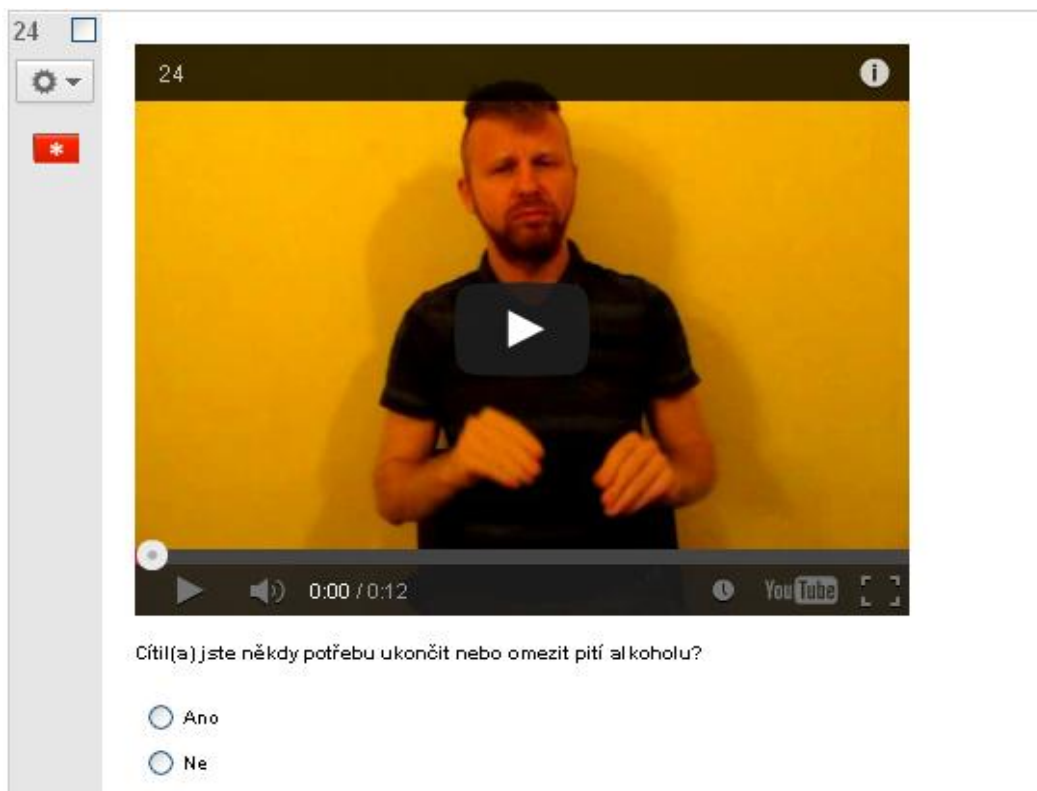
1. Jaké vzorce užívání návykových látek mají neslyšící a nedoslýchaví?
2. Souvisí výskyt šikany či diskriminace v životě sluchově postižených s užíváním návykových látek?
3. Souvisí pocit sounáležitosti s komunitou Neslyšících s užíváním návykových látek?

4. Souvisí pobyt na internátní škole v průběhu vzdělávání s užíváním návykových látek?
5. Jaký vliv má výskyt sluchového postižení rodičů na užívání návykových látek?
6. Jak vnímají sluchově postižení rizikové užívání návykových látek?
7. Jaký způsob pomoci by sluchově postižení vyhledali v případě problémů s užíváním návykových látek?
8. Využili by lidé se sluchovým postižením služeb léčby závislostí pro obecnou populaci, kdyby měli problém s užíváním návykových látek?

## 6.2 Nástroje sběru a analýzy dat

Ke sběru dat byly použity dotazníky v papírové a elektronické podobě. Vzhledem ke komunikačním specifikám cílové skupiny byly dotazníky slohově upraveny tak, aby byly co nejvíce srozumitelné a k otázkám byly pořízeny videonahrávky ve znakovém jazyce, které tlumočil rodilý mluvčí. V elektronické podobě tak měli respondenti vždy možnost si otázku pustit ve znakovém jazyce (viz. obrázek č. 1). Internetovým dotazníkům byl upraven název (Životní styl neslyšících a nedoslýchavých), aby se minimalizovala možnost preference vyplňování lidmi, kteří mají zkušenosti s návykovými látkami. Ve výčtu návykových látek je obsažena neexistující droga *relewin*, k posouzení věrohodnosti vyplněných dat. Před samotným výzkumným šetřením byly dotazníky poskytnuty pěti sluchově postiženým lidem, ke kontrole gramatické a slohové srozumitelnosti.

Obrázek č. 1: Ukázka online dotazníku



Dotazníky byly konstruované tak, aby poskytovaly odpovědi na tato témata:

- základní sociodemografické údaje (ot. 1, 2, 5, 6 a 9)
- specifikace sluchového postižení – diagnostická kritéria podle ICD-10<sup>184</sup>, nejčastěji zmiňovaný mezník upevnění řeči (ot. 3 a 4)
- informovanost o návykových látkách a způsobech pomoci - zkušenost s primární prevencí ve škole (ot. 7), informovanost o možnostech pomoci při problémovém užívání návykových látek (ot. 11), subjektivní vnímání problémového užívání (ot. 13 a 14) a výskytu užívání v okolí (ot. 28, 29 a 30)
- možné zdroje traumat či citové deprivace - způsob vzdělávání (ot. 8), pobyt na internátní škole (ot. 10), výskyt diskriminace, šikany a studu s ohledem na sluchové postižení (ot. 15, 16 a 17), sluchové postižení u rodičů (ot. 18), subjektivní vnímání vlastní identity (ot. 19)
- bariéry ve vyhledání služeb pro uživatele návykových látek (ot. 12)

<sup>184</sup><http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H90-H95>. Přístup dne 21.4.2014

- vzorce užívání návykových látek - průnikové otázky z Celopopulační studie užívání návykových látek<sup>185</sup> (ot. 21 a 31), sběrů v rámci Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR<sup>186</sup> (ot. 32), upravené otázky studie ESPAD<sup>187</sup> (ot. 22 a 23),
- problémové užívání návykových látek – screeningový dotazník CAGE<sup>188</sup> (ot. 24, 25, 26 a 27) a diagnostická kritéria podle MKN-10<sup>189</sup> (ot. 34-39)

Pro zhodnocení dotazníků byly provedeny matematické a statistické výpočty v programu SPSS Statistics 17.0.

### 6.3 Průběh výzkumného šetření

Dotazníky byly distribuovány záměrným účelovým výběrem ve školách pro sluchově postižené v Praze a klubu České unie neslyšících (ČUN), dále metodou sněhové koule skrze 12 základních subjektů na sociální síti facebook.com a oslovením všech organizací v České republice (kompletní seznam oslovených organizací v příloze č. 5), které se zaměřují na téma sluchového postižení, a které jsou dostupné v rejstříku služeb knihovny se specializovaným fondem při FRPSP, s žádostí o šíření dotazníků, a samovýběrem prostřednictvím skupiny s tematikou sluchového postižení na sociální síti facebook.com, servery kochlear.cz, ticho.cz, ruce.cz a neslyšici.cz, kde byly dotazníky vyvěšeny.

Data ve školách byla sbírána v průběhu listopadu 2013 a ledna 2014, v klubu České unie neslyšících proběhl sběr v březnu 2014. Na jedné škole byly při vyplňování pouštěny videonahrávky otázek ve znakovém jazyce a zároveň byli přítomni tlumočníci znakového jazyka, kteří odpovídali na kladené otázky. V jednom případě byla z důvodu technologických potíží přítomna pouze neslyšící studentka, která

<sup>185</sup> Běláčková, V., Nechanská, B., Chonymová, P., Horáková, M. (2012). Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky

<sup>186</sup> Mravčík, V., Chonymová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2013). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

<sup>187</sup> Csémy, L., Chonymová, P. (2012) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. Zaostřeno na drogy10, 1–12.

<sup>188</sup> Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA: Journal of the American Medical Association, 252, 1905-1907

<sup>189</sup> <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> - přístup dne 24.4.2014

tlumočila do znakového jazyka, a při sběru na jedné ze škol nebyl přítomen tlumočník vůbec, neboť zde jsou děti vzdělávané orální metodou a vedení bylo přesvědčeno, že děti k vyplňování nahrávky ani tlumočníka nepotřebují. V klubu ČUN byla přítomna neslyšící studentka, která pomáhala tlumočit. Průměrná doba vyplňování byla 40 minut. Tímto způsobem bylo sesbíráno dohromady 48 dotazníků, z nichž 7 bylo vyřazeno kvůli nedostatečným údajům.

Internetový dotazník byl spuštěn 29.1.2014 a uzavřen 8.4.2014 na serveru Qualtrics.com. U všech otázek bylo možné spustit videa ve znakovém jazyce. Průměrná doba vyplňování byla 20 minut. Prostřednictvím sociální sítě facebook.com, organizací a webů, které se věnují tématice sluchového postižení, bylo tímto způsobem sesbíráno celkem 89 dotazníků, přičemž procentuální odpad při vyplňování online byl 32 %. Jeden dotazník byl vyřazen dodatečně vzhledem k označení neexistující návykové látky.

## **6.4 Výzkumný soubor**

### **6.4.1 Sociodemografické údaje**

Jediným výběrovým kritériem pro účast na výzkumu byla sluchová ztráta 26 dB a více na lepším uchu, věkově ani místně účast omezena nebyla. Celkový počet respondentů, kteří se účastnili výzkumu, byl 178, nicméně vzhledem k neúplnosti vyplňovaných údajů či z důvodu nevěrohodnosti odpovědí bylo 49 dotazníků z výzkumu vyřazeno. Analyzováno bylo tedy celkem 129 dotazníků, z nichž 88 bylo získáno online a 41 prezenčně v rámci sběru na školách pro sluchově postižené nebo v klubu ČUN. Z celkového počtu respondentů bylo 62 % žen (N=80) a 38 % mužů (N=49) ve věku od patnácti let. Horní věková hranice nebyla omezena. Věková struktura respondentů viz. tabulka č.1.

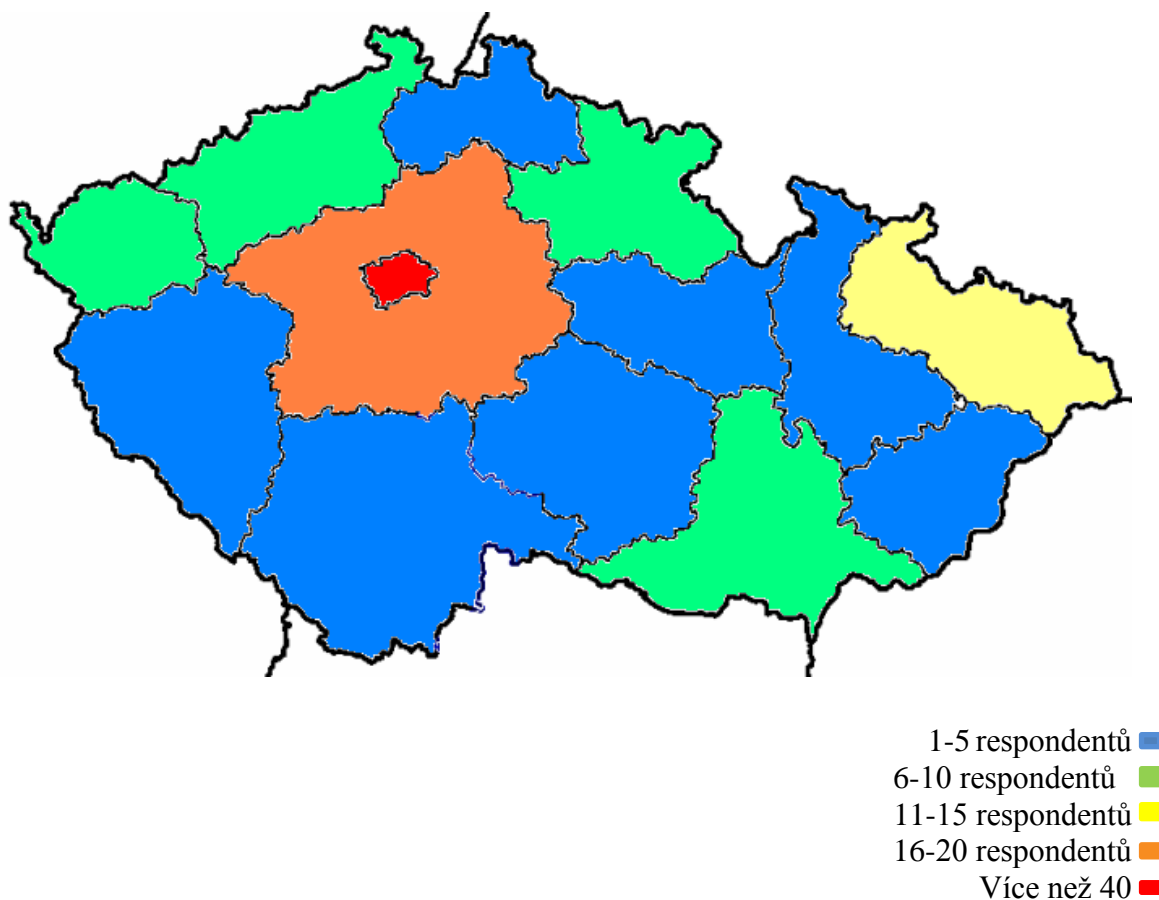
Tabulka č. 1: Věková struktura respondentů

Věk	Celkem (N=129)	% (N=129)
15 – 24 let	76	58,9 %
25 - 34 let	34	26,4 %
35 – 44 let	14	10,9 %
45 – 54 let	2	1,6 %
55 – 64 let	2	1,6 %
65 a více let	1	0,8 %

Výzkumu se zúčastnili respondenti ze všech krajů České republiky, přičemž nejvíce respondentů bylo z Prahy (31,9 %, N=41) a Středočeského kraje (19,4 %, N=25). Kompletní územní rozvrstvení respondentů viz. tabulka č.2. Respondenti byli různého vzdělání i zaměstnání. 26 respondentů udalo jako nejvyšší dosažené vzdělání základní školu (27,9 %), 14 respondentů má ukončené středoškolské vzdělání (10,8 %) a 55 má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou (42,7 %). Toto číslo však bude pravděpodobně zkreslené, neboť část respondentů, kteří vyplňovali dotazníky v rámci sběru na školách pro sluchově postižené, udalo střední školu jako nejvyšší dosažené vzdělání, přestože toho času studovali střední školu. 3 účastníci udali jako nejvyšší dosažené vzdělání Vyšší odbornou školu (2,3 %) a 21 respondentů uvedlo dokončené vysokoškolské vzdělání (16,3 %). V době výzkumu bylo v řadách respondentů zastoupeno 75 studentů, 50 lidí v zaměstnaneckém poměru nebo živnostníků, 34 respondentů pracujících na dohodu o provedení práce, bez dohody či zaměstnanecké smlouvy či přivydělávajících si brigádami, 3 respondenti byli nezaměstnaní, 2 ve starobním důchodu a 6 respondentů bylo na mateřské či rodičovské dovolené.



Obr. 2 – Zastoupení respondentů v jednotlivých krajích



#### 6.4.2 Specifikace sluchového postižení respondentů

Míra ztráty sluchu respondentů se pohybovala v celém rozsahu nabízených možností, přičemž nevíce respondentů udávalo ztrátu sluchu na lepším uchu v rozsahu 91 dB a více (41,1 %, N=53). Dalšími hojně zastoupenými skupinami byli respondenti, kteří uváděli, že jsou neslyšící (26,4 %) a respondenti se ztrátou sluchu v rozsahu 71 – 90 dB (23,3 %). Podle vyhlášky MPSV 40/2000<sup>190</sup>, bylo tedy celých 90,8 % respondentů *prakticky* nebo *úplně hluchých*.

<sup>190</sup>vyhláška MPSV č. 40/2000 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů – Příloha č. 2 – Kapitola VII Smyslové orgány, oddíl B – sluch

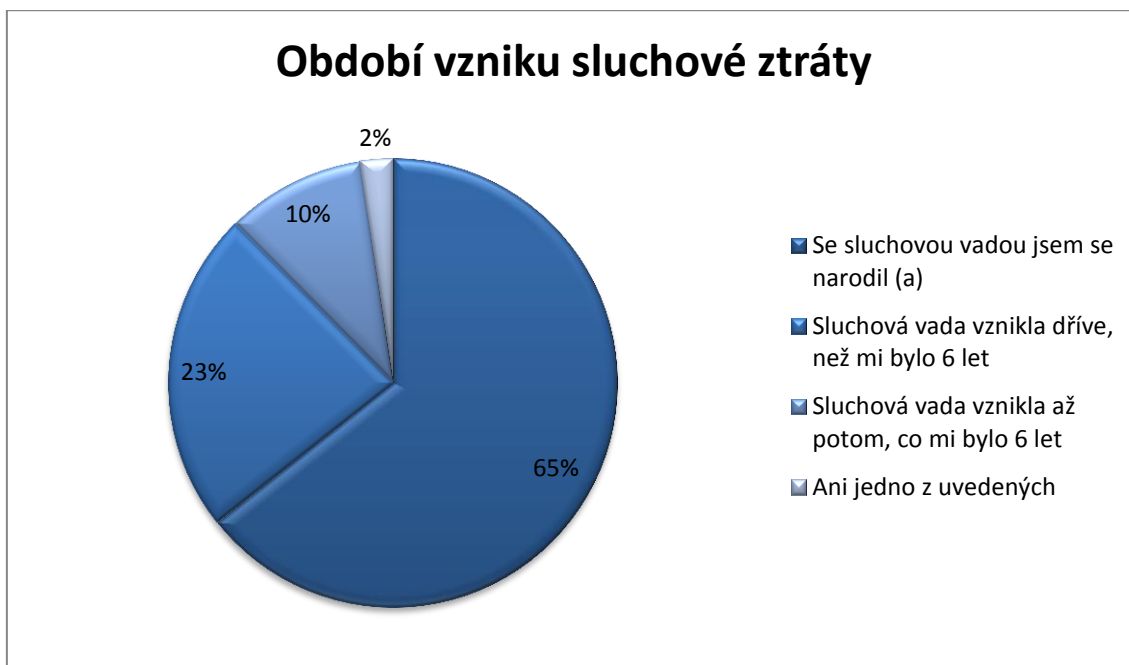
Graf. č. 1 – Sluchová ztráta respondentů



Vzhledem k významnému vlivu věku, ve kterém došlo ke ztrátě sluchu, na další vývoj člověka, bylo u respondentů zjišťováno také to, zdali jsou prelingválně nebo postlingválně neslyšící či nedoslýchaví. Zjištěno bylo, že respondenti jsou z převážné většiny neslyšící či nedoslýchaví prelingválně (87,6 %, N=113). Celkem 13 respondentů (10,1 %) uvádí vznik sluchového postižení až po dovršení šesti let věku a jedná se tedy o postilingválně neslyšící. 4 respondenti (2,3 %) udávali vznik sluchového postižení bez možnosti jednoznačného zařazení do nabízených možností. Jednalo se o následující odpovědi (přímé citace bez úprav):

- „Narodil jsem se jako nedoslýchavý a postupně došlo k progresi, okolo 15 let jsem ohluchl prakticky zcela.“
- „neví se, spekulace na RH inkompatibilitu“
- „v dětství jsem slyšela lépe, sluch postupně ztrácím (částečně vrozené, částečně po opakovaných otitidách aj. komplikacích)“
- „neví se kdy přesně“

Graf č. 2: Období vzniku sluchové ztráty



## 6.6 Etické normy a pravidla výzkumu

Základním předpokladem participace byla dobrovolnost zúčastnit se výzkumného šetření bez nároku na odměnu. Studentům ve školách byla možnost nezúčastnit se výzkumu či odstoupení v průběhu vyplňování sdělena na začátku sběru verbálně i ve znakovém jazyce, v online verzi je toto upozornění zmíněno v úvodu dotazníku. Elektronická i papírová verze dotazníku byla anonymní, nikde nebylo vyplňováno jméno, ani název studované či vystudované školy, a to z důvodu nízkého počtu škol pro sluchově postižené i studentů na nich studujících. U vyplňování dotazníků na školách a v organizacích pro sluchově postižené jsem byla vždy přítomna, případné dotazy byly zodpovídány znakovým jazykem prostřednictvím tlumočnicka bez nahlédnutí do jednotlivých dotazníků. Společně s dotazníky účastníci dostali obálky, do kterých bylo možné po vyplnění dotazníky vložit a obálku zalepit.

## 7. Výzkumná omezení

- Jazyková bariéra – vzhledem k tomu, že někteří neslyšící a nedoslýchaví lidé špatně rozumí psanému textu (viz. kapitola 2.2), je možné, že otázky nebo odpovědi respondenti zcela nebo částečně neporozuměli a odpověděli to, co považovali za správné, popř. neodpověděli vůbec. V průběhu šetření proto byli přítomni tlumočníci, kteří zodpovídali dotazy, a v internetové podobě byly dotazníky přeložené do znakového jazyka.
- Nepravděpodobnostní metoda výběru výzkumného souboru, malý výzkumný vzorek, genderová nevyváženost, věková nevyváženost a nedostatečné pokrytí všech regionů – vzhledem k obtížné dostupnosti komunity Neslyšících nebylo dosaženo reprezentativnosti vzorku zkoumané populace.
- Videá nahraná v dotazníku zhoršila dostupnost dotazníku pro lidi, kteří mají méně výkonný počítač. Na některých počítačích dotazníky nebylo možné zobrazit.
- Bylo zjištěno, že pouze 23 % lidí ze zkoumaného vzorku nemá vzdělání ukončené maturitní zkouškou (v obecné populaci se jedná o více než 50% obyvatel)<sup>191</sup>. Můžeme se tedy domnívat, že pro sluchově postižené s nižším vzděláním nebyl dotazník v této slohové úpravě dostupný.
- Mnoho sluchově postižených nemá ve slovní zásobě názvy různých návykových látek, nemohou tedy vyplnit, zdali tyto konkrétní látky užili, či nikoliv. Na základě semistrukturovaného rozhovoru s Mgr. Doušovou, která pracuje v psychologické poradně pro sluchově postižené při FRPSP, vyplynulo, že někteří neslyšící či nedoslýchaví popisují užitou látku často pouze jako *bílý prášek* či *nějakou tabletu*.
- Vzhledem k tomu, že úroveň gramotnosti souvisí se schopností efektivně komunikovat, můžeme se domnívat, že právě lidé, kteří nebyli schopni dotazník přečíst, mohou být vulnerabilnější k užívání návykových látek.

---

<sup>191</sup>[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/souhrnna\\_data\\_o\\_ceske\\_republice](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/souhrnna_data_o_ceske_republice). Přístup dne 26.5.2014

## 8. Výsledky výzkumu

### 8.1 Užívání návykových látek

V dotazníku jsme se respondentů ptali na prevalenci užívání návykových látek, frekvenci užívání alkoholu a marihuany, věk prvního užití různých návykových látek a pro upřesnění rizikovosti užívání jsme se dotazovali na otázky screeningového dotazníku CAGE a přítomnost symptomů závislosti podle MKN-10. Výsledky prevalence užití budou porovnávány s Výroční zprávou o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012<sup>192</sup>, frekvence užívání alkoholu a marihuany a věk prvního užití nelegálních návykových látek s Celopopulační studií užívání návykových látek a postojů k němu v roce 2008<sup>193</sup>. Výsledky otázek, které byly inspirované studií ESPAD<sup>194</sup> bohužel nelze porovnat, neboť je v našem vzorku jen velmi malý počet cílové skupiny šestnáctiletých. Věk prvního užití nelegálních návykových látek tedy bude porovnáván s Celopopulační studií.

Někdy v životě užilo alkohol 98,4 % respondentů (N=128), přičemž nejčastější věk prvního užití je 15 let (17,2 %, N=22), dále 17 let (16,4 %, N=21) a 13 let (12,5 %, N=16). Nejmenší udaný věk prvního užití alkoholu byl 3 roky. Před osmnáctým rokem věku, tedy před věkovým mezníkem pro legální užívání alkoholu udávaným legislativou České republiky, užilo alkohol 84,2 % respondentů (viz. graf č.3).

Nejčastěji udávaná frekvence pití alkoholu, je jednou měsíčně nebo méně často (48,1 %). Následuje užívání alkoholu s frekvencí dva až čtyřikrát za měsíc (33,3 %), dvakrát až třikrát týdně (7,8 %) a 4 krát týdně nebo častěji (2,3 %). V porovnání s obecnou populací užívají sluchově postižení méně často (viz tab.č. 2).

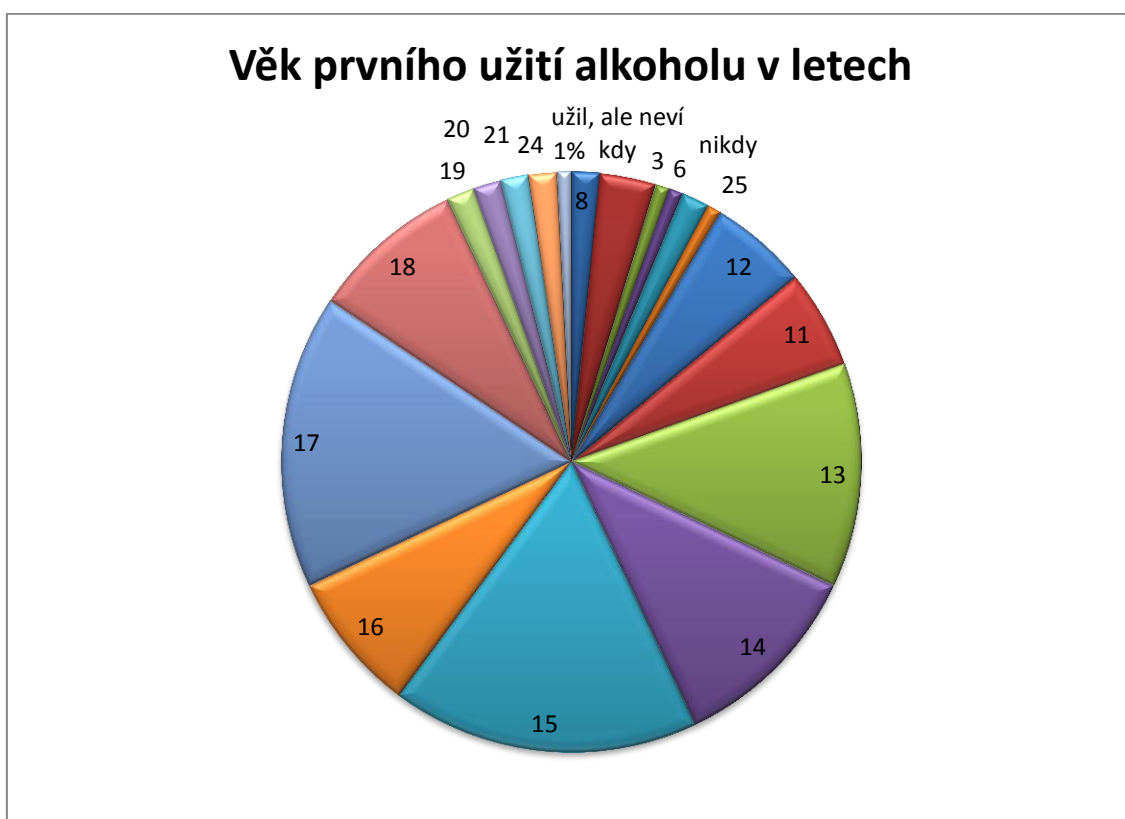
---

<sup>192</sup> Mravčík, V., Chonymová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2013). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic] Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

<sup>193</sup> Běláčková, V., Nechanská, B., Chonymová, P., Horáková, M. (2012). Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky

<sup>194</sup> Csémy, L., Chonymová, P. (2012) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. Zaostřeno na drogy10, 1–12.

Graf č.3: Věk prvního užití alkoholu v letech



Tab.č.2: Frekvence užívání alkoholu

	Sluchově postižení (%), N=129			Celopopulační studie (%), N=4500		
	Muži	Ženy	Celkem	Muži	Ženy	Celkem
4x týdně nebo častěji	6,1	0	2,3	18,4	5,3	11,8
2-3x týdně	12,2	5	7,8	29,2	12,9	21,1
2-4x za měsíc	32,7	33,8	33,3	31,3	32,4	33,7
Jednou měsíčně nebo méně často	44,9	50	48,1	15,5	18,7	23,9

Dalším zkoumaným jevem u alkoholu, byl výskyt tzv. binge drinkingu, tedy nárazového pití většího množství alkoholu. Počet udávaných alkoholových jednotek k naplnění této definice, se v jednotlivých studiích liší. V našem dotazníku byla za binge drinking považována konzumace pěti a více alkoholových jednotek při jedné příležitosti, přičemž alkoholovou jednotkou se rozumí 0,5 l dvanáctistupňového piva, 2 dcl vína nebo 0,4 dcl destilátu. Nejvíce respondentů vypovědělo, že v posledním měsíci nemělo při jedné příležitosti 5 a více alkoholových jednotek ani jednou (38,8 %). Čtvrtina respondentů jednou v předchozích 30 dnech užila více než 5 alkoholových jednotek a téměř pětina respondentů tak učinila dvakrát. Zastoupení respondentů klesá nepřímou úměrou s počtem příležitostí, ve kterých respondenti naplňovali definici binge drinkingu (viz. tabulka č.3).

Tabulka č. 3: Binge drinking v předchozích 30 dnech

Kolikrát za posledních 30 dní jste vypil(a) 5 nebo více sklenic alkoholu (pivo, víno, 0,5 dcl destilátu – velký panák) při jedné příležitosti?	Celkem	%
Ani jednou	50	38,8
Jednou	33	25,6
Dvakrát	25	19,4
Třikrát až pětkrát	10	7,8
Šestkrát až devětkrát	4	3,1
Desetkrát a vícekrát	7	5,4

Ke zhodnocení míry možné rizikovosti užívání alkoholu jsme použili dotazník CAGE<sup>195</sup>. Jedná se o krátký screeningový dotazník, který je složen ze čtyř otázek, z nichž každá reprezentuje jedno písmeno z názvu dotazníku. Při každé kladné odpovědi na tyto čtyři otázky se administruje jeden bod. Za rizikové užívání alkoholu se považuje dosažení skóre dva a více bodů. Tento dotazník je snadno použitelný i v organizacích, které nejsou specializované na léčbu či prevenci závislosti, pro časný zachycení problémů s alkoholem. V českém překladu se jedná o tyto otázky:

<sup>195</sup>Erwing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA: Journal of the American Medical Association, 252, 1905-1907

- **Cut** - Cítil(a) jste někdy potřebu ukončit nebo omezit pití alkoholu?
- **Annoyed** - Obtěžují Vás připomínky lidí ve Vašem okolí, kteří kritizují Vaše pití alkoholu?
- **Guilt** - Měl(a) jste někdy špatný pocit nebo výčitky svědomí ze svého pití alkoholu?
- **Eye-opener** - Pil(a) jste někdy alkohol hned po ránu, abyste se uklidnil(a) nebo zahnal(a) kocovinu?

V našem vzorku více než čtvrtina respondentů skóruje v dotazníku CAGE 2 a více bodů (27,1%), což podle tohoto dotazníku poukazuje na problémové užívání alkoholu či závislost. Jeden z těchto respondentů splňuje také kritéria závislosti na alkoholu podle MKN-10, vzhledem k výskytu tří a více symptomů v posledních dvanácti měsících.

Co se týče užívání nelegálních návykových látek, z celkového vzorku 128 respondentů **někdy v životě** užilo 80 lidí marihuanu, 25 lidí hašiš, 6 lidí extázi, 8 lidí LSD, 11 lidí lysohlávky, 6 lidí jiné halucinogenní rostliny nebo houby, 5 lidí kokain, 4 lidé pervitin nebo amfetaminy, 2 lidé heroin, 18 lidí léky bez předpisu lékaře a 2 lidé těkavé látky. **V posledním roce** z respondentů 25 lidí užilo marihuanu, 4 lidé hašiš, 1 člověk lysohlávky, 1 člověk jiné halucinogenní rostliny nebo houby, 1 člověk pervitin a 5 lidí léky bez předpisu lékaře. **V posledních třiceti dnech** pak 15 respondentů alespoň jednou užilo marihuanu, 1 respondent hašiš a 2 respondenti léky bez předpisu lékaře. Porovnání prevalence užití návykových látek s obecnou populací v tabulce č. 4.



Tab. č.4: Porovnání prevalence sluchově postižených a obecné populace

	Typ drogy	Sluchově postižení		Obecná populace	
		Muži (N=48)	Ženy (N=80)	Muži (N=1056)	Ženy (N=1072)
Celoživotní prevalence	Tabák	85,1	78,5	75	61,7
	Alkohol	97,9	98,7	–	–
	Konopné látky	73,5	56,2	34,9	21,2
	Extáze	8,9	2,6	5	2,2
	Pervitin nebo amfetaminy	6,6	1,3	3,4	1,7
	Kokain	4,4	3,8	3,8	0,9
	Heroin	4,4	0	1,2	0
	LSD	13,3	2,6	4,4	1,2
	Halucinogenní houby	26,7	6,4	7,7	2,9
	Těkavé látky	2,2	1,3	1,5	0,3
Léky	15,6	13,9	–	–	
Prevalence v posledních 12 měsících	Tabák	40,4	30,4	46,5	35,1
	Alkohol	81,3	76,3	88,8	79,4
	Konopné látky	28,6	16,3	13,1	5,3
	Extáze	0	0	0,7	0,5
	Pervitin nebo amfetaminy	0	1,3	0,7	0,3
	Kokain	0	0	0,8	0
	Heroin	0	0	0,4	0
	LSD	0	0	0,3	0,2
	Halucinogenní houby	4,4	0	1,2	0,3
	Těkavé látky	0	0	0,5	0
Léky	6,6	2,6	-	-	
Prevalence v posledních 30 dnech	Tabák	31,9	19	40,3	28,5
	Alkohol	64,6	61,3	78,4	61,5
	Konopné látky	18,4	8,8	6,8	2
	Extáze	0	0	0,2	0
	Pervitin nebo amfetaminy	0	0	0,3	0,1
	Kokain	0	0	0,3	0
	Heroin	0	0	0,3	0
	LSD	0	0	0,1	0,1
	Halucinogenní houby	0	0	0,4	0,1
	Těkavé látky	0	0	0,2	0
Léky	2,2	1,3	-	-	

Vzhledem k vysoké celoživotní prevalenci užívání konopných návykových látek v obecné populaci i v populaci sluchově postižených, jsme se dále tázali na frekvenci užívání marihuany v posledních 30 dnech. Zkoumáno bylo také naplnění kritérií závislosti podle MKN-10. V posledních 30 dnech konopné látky neužilo ani jednou 83,7 % respondentů. Méně často než jednou týdně je užilo 10,1 % respondentů, užití konopných látek nejméně jednou týdně udalo 3,1 % respondentů, několikrát týdně užilo 2,3 % respondentů a každý den nebo téměř každý den v předchozích třiceti dnech užívalo konopné látky 0,8 % respondentů. V porovnání s obecnou populací v předchozích třiceti dnech neužilo konopné látky výrazně méně respondentů (obecná populace – 91,4 %).

Kritéria závislosti na konopných návykových látkách podle MKN-10 z celkového vzorku splňují dva respondenti, z nichž oba udávají užití marihuany 3 krát až 4 krát týdně v předchozích třiceti dnech.

V návaznosti na užívání konopných látek nás zajímalo také to, kolik respondentů, kterým někdy v životě byla nabídnuta nějaká konopná látka, ji také někdy v životě užilo. Zjistili jsme, že konopné návykové látky užilo 83,3 % respondentů, kterým někdy v životě byly nabídnuty. Z respondentů, kteří znají osobně někoho, kdo užívá nelegální návykové látky včetně marihuany a hašiše, 72,5 % někdy užilo konopné návykové látky. Oproti tomu z těch respondentů, kteří neznají osobně někoho, kdo nelegální návykové látky užívá, jich užilo konopné látky 42,9 %. Vliv užívání nelegálních návykových látek v okolí respondentů, se ukázal být statisticky významným vzhledem k celoživotní prevalenci užití marihuany.

S obecnou populací jsme porovnávali také věkové průměry iniciace užívání nelegálních návykových látek (tab.č.7). Průměry byly počítány pouze ve věkové kategorii mladých dospělých, tedy ve věku 15 až 34 let, neboť respondenti v tomto věku tvoří většinu našeho výzkumného vzorku a Celopopulační studie nám toto rozdělení nabízí. Průměrný věk užití marihuany byl u našich respondentů 17,8 let, extázi užili respondenti poprvé průměrně ve 20,2 letech, pervitin ve 21,7 letech, kokain ve 21 letech, heroin ve 20 letech, LSD v 17,4 letech, halucinogenní houby v 20,5 letech, alkohol v kombinaci s prášky v 19,8 letech a těkavé látky v 16,5 letech.

Tab.č.5: Frekvence užití konopné látky v posledních 30 dnech – sluchově postižení

Frekvence užití	Věková skupina					Celkem (N=129)
	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	
Každý den nebo téměř každý den	1,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0,8 %
Několikrát týdně	1,3 %	5,9 %	0 %	0 %	0 %	2,3 %
Nejméně jednou týdně	5,3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	3,1%
Méně často než jednou týdně	9,2 %	17,6 %	0 %	0 %	0 %	10,1%
Ani jednou	82,9%	76,5 %	100 %	100 %	100 %	83,7 %

Tab. č.6: Frekvence užití konopné látky v posledních 30 dnech – Celopopulační studie

Frekvence užití	Věková skupina					Celkem (N=4500)
	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	
Každý den nebo téměř každý den	2,3 %	1,1 %	0,5 %	0,0 %	0,1 %	0,8 %
Několikrát týdně	3,7 %	2,0 %	0,6 %	0,1 %	0,4 %	1,4 %
Nejméně jednou týdně	7,2 %	3,6 %	2,2 %	0,5 %	0,2 %	2,7 %
Méně často než jednou týdně	9,2 %	5,7 %	1,9 %	1,0 %	0,4 %	3,7 %
Ani jednou	77,5%	87,6 %	94,8 %	98,4 %	98,8 %	91,4 %

Tab. č.7: Porovnání věkových průměrů prvního užití nelegálních návykových látek

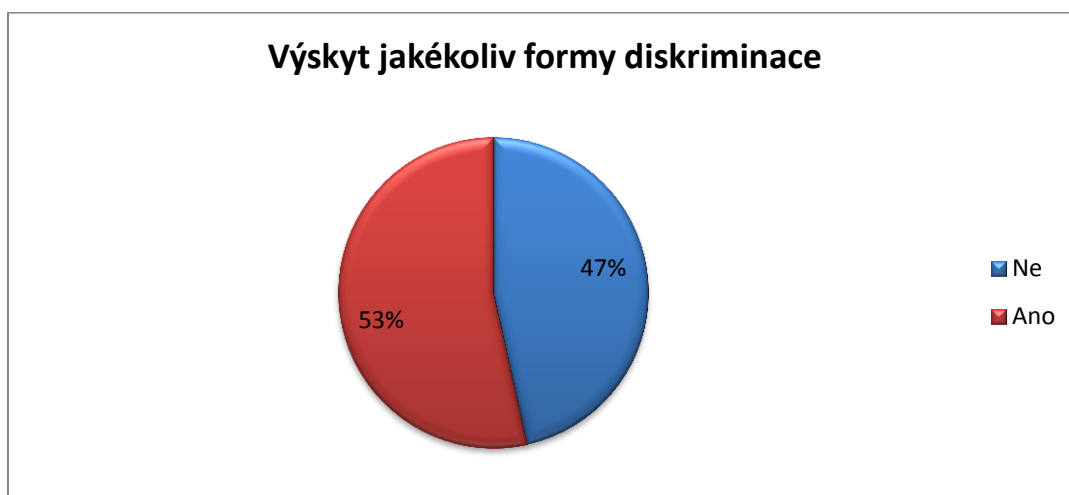
	Konopné drogy	Extáze	Pervitin	Kokain	Heroin	LSD	Halucinogenní houby
Sluchově postižení	17,8	20,2	21,7	21	20	17,4	20,5
Obecná populace	17,1	18,1	18,1	20,4	19	18,4	18,4

## 8.2 Šikana

Vzhledem k častému výskytu diskriminace a šikany v životě sluchově postižených, jak je popisováno v teoretické části (kapitola 3.2), nás zajímalo, jaké zkušenosti má náš výzkumný soubor s tímto jevem. Zjištěno bylo, že více než polovina respondentů v průběhu života zažila nějakou formu diskriminace (viz graf), přičemž nejčastěji se jednalo o šikany v rámci vzdělávání na školách pro obecnou populaci i na školách pro sluchově postižené. Rozdíl ve výskytu šikany podle typu navštěvované školy (integrace nebo škola pro sluchově postižené) nebyl statisticky významný (viz tabulka). Statistická významnost nebyla prokázána ani v případě porovnání výskytu šikany mezi respondenty, kteří v průběhu studia bydleli na internátu a těmi, kteří bydleli doma (viz. tabulka).

Dále nás zajímalo, zdali má zkušenost respondentů s jakoukoliv formou diskriminace v životě vliv na užívání návykových látek. Pro srovnání bylo použito skórování v dotazníku CAGE více než 2 body, výskyt nárazového pití velkého množství alkoholu a celoživotní, roční, i třicetidenní prevalence užití marihuany. Ani v jednom případě nebyla nalezena statistická významnost. **Zdá se tedy, že výskyt šikany v životě respondentů, nemá vliv na užívání návykových látek.**

Graf č.4: Výskyt diskriminace v životě



## Typy diskriminace popisované respondenty:

- psychická i fyzická šikana na ZŠ
- psychická i fyzická šikana na SŠ
- psychická i fyzická šikana na internátu
- šikana na vojně
- diskriminace na VŠ

– např.: „učitelka na VŠ mně vyhodila ze zkoušky, že když neslyším otázku, je to jako bych neznala odpověď, a odmítla mi otázku napsat. Na praxích mi vedoucí praxe na konci oznámila že mi praxi neuznává, protože nejsem schopna pracovat s pacienty (po 4 týdnech co jsem s nimi pracovala a byla chválena) nakonec přistoupila na to, že si praxi musím zopakovat – tzn. další 4 týdny s "asistencí" (která si stejně dělala svoje věci protože jsem ji nepotřebovala), a pak mi praxi teprve uznala.“

- diskriminace v zaměstnání

– např.: „v obchodě Albertu kvůli sluchu ( neslyšela jsem pípání u pokladny tak mě vyhodili - byla jsem tam jen dva dny )“

- „podceňování v zaměstnání“

- využívání peněz
- vše zmíněné

– např.: „to nemusím snad rozepisovat, téměř všichni neslyšící lidé zažili aspoň jednou nějakou diskriminaci či ponižování ze strany slyšících...“

- „Těch situací bylo tolik, že bych o tom mohla napsat román.“

- „vše co je vypsáno jsem zažila... bohužel...“

- ve vztahu

- např.: „Šikana, zesměšňování, posmívání (vzhled, váha, sluchové postižení). Omezování - ve vztahu se slyšícím mužem či kdo chce mít nade mnou kontrolu (nebo se o ni snaží)“

- diskriminace ze strany Neslyšících kvůli kochleárnímu implantátu

Tabulka č. 8: Výskyt diskriminace v souvislosti s pobytem na internátu v průběhu studia

Pobyt na internátu v průběhu studia	Setkal(a) jste se někdy ve svém životě s diskriminací (někdo Vás šikanoval, zesměšňoval, vysmíval se Vám, ponižoval, byl bezohledný, omezoval Vás,...)?			
	Ne		Ano	
	celkem	%	celkem	%
ne	31	45,6	37	54,4
ano	29	47,5	32	52,5

Tabulka č. 9: Výskyt diskriminace či šikany v souvislosti s integrací ve škole pro obecnou populaci

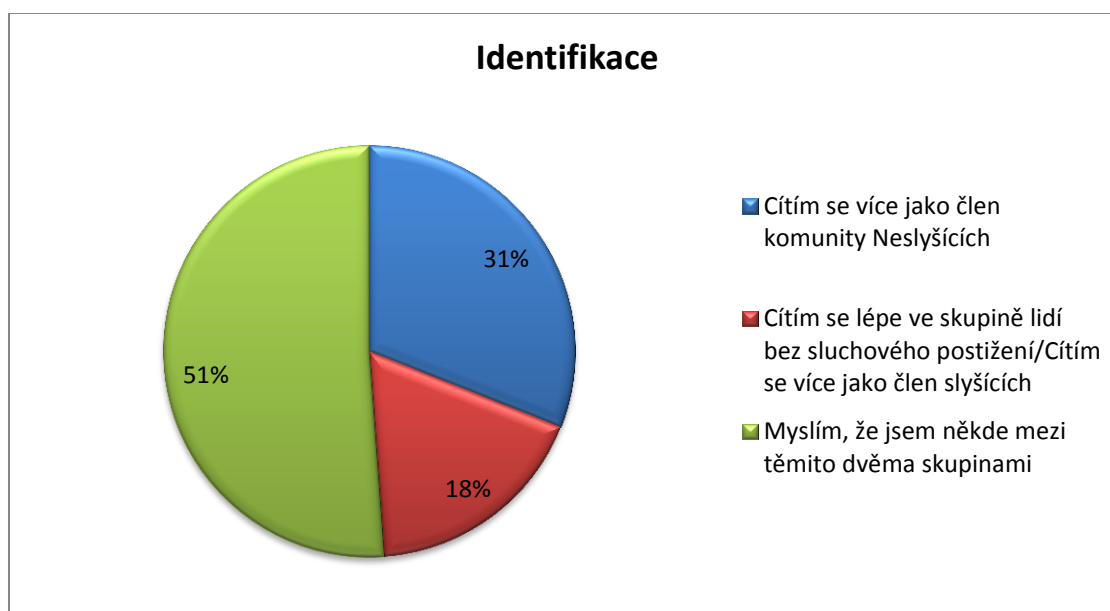
Integrace někdy v životě	Setkal(a) jste se někdy ve svém životě s diskriminací (někdo Vás šikanoval, zesměšňoval, vysmíval se Vám, ponižoval, byl bezohledný, omezoval Vás,...)?			
	Ne		Ano	
	Celkem	%	Celkem	%
Ne	9	33,3	18	66,7
Ano	51	50	51	50

### 8.3 Identifikace

Jak již bylo řečeno v úvodu této práce, někteří sluchově postižení nepovažují svou sluchovou vadu za hendikep, nýbrž za znak příslušnosti ke kulturní a jazykové menšině Neslyšících. Vzhledem k často zmiňovanému obtíženému tvoření identity u sluchově

postižených (viz. kapitola 3.4.1) a jejímu vlivu na rozvoj a udržování závislosti (viz. kapitola 4.3.1), nás zajímalo, zdali má vyhraněná identifikace s komunitou Neslyšících pozitivní vliv na výskyt užívání návykových látek. Respondenti tedy dostali otázku, zdali se cítí být více členy komunity Neslyšících či se lépe cítí mezi slyšícími, tedy zda se cítí více členy obecné populace, popř. zdali si myslí, že jsou někde mezi těmito dvěma skupinami. Nejvíce sluchově postižených se cítí být někde mezi těmito dvěma skupinami (51 %), následují ti, co se cítí být více členy komunity Neslyšících (31 %) a nejméně je lidí, kteří se více identifikují se slyšícími (18 %).

Graf č. 10: Identifikace s komunitou Neslyšících



K posouzení vlivu identifikace s těmito dvěma skupinami na užívání návykových látek, bylo použito dosažení skóru 2 a více v dotazníku CAGE, výskyt nárazového pití velkého množství alkoholu a celoživotní prevalence užití marihuany. Zjištěno bylo, že není staticky významný rozdíl v identifikaci s určenými skupinami v porovnání s dotazníkem CAGE a výskytem nárazového pití velkého množství alkoholu. V porovnání s celoživotní prevalence užití marihuany se identifikace s těmito skupinami ukázala být **statisticky významná** s tím, že ti, kteří se identifikují s komunitou Neslyšících, mají nejvyšší pravděpodobnost užití marihuany někdy v životě – 70 % respondentů v této kategorii odpovědělo, že užili marihuanu alespoň jednou v životě (viz tabulka). **Statisticky významně**

vyšlo i porovnání respondentů, kteří se cítí více identifikovaní s Neslyšícími a ostatních respondentů, v případě otázky na pravidelné užívání alkoholu. Tedy zdali užívají alkohol častěji než jednou týdně. Signifikantně méně respondentů, kteří se necítí být více členy komunity Neslyšících, uvedlo, že alkohol pijí častěji než jednou týdně (22,5 %), na rozdíl od respondentů, kteří se identifikují s komunitou Neslyšících (42,5 %). **Zdá se tedy, že identifikace s komunitou Neslyšících nemá protektivní vliv na užívání návykových látek, naopak se zdá být riziková vzhledem k užití marihuany alespoň jednou v životě a užívání alkoholu častěji než jednou týdně.**

Tabulka č. 11: Vliv identifikace s komunitou Neslyšících na užívání alkoholu – Binge drinking

	Konzumace více než 5 alkoholových jednotek při jedné příležitosti			
	ne		ano	
	Celkem	%	Celkem	%
Cítím se více jako člen komunity neslyšících	14	35,0	26	65,0
Cítím se lépe ve skupině lidí bez sluchového postižení/Cítím se více jako člen slyšících	8	34,8	15	65,2
Myslím, že jsem někde mezi těmito dvěma skupinami	28	42,4	38	57,6

Tabulka č. 12: Vliv identifikace s komunitou Neslyšících na užívání alkoholu – dotazník CAGE

	Skórování v CAGE dva a více bodů			
	ne		ano	
	Celkem	%	Celkem	%
Cítím se více jako člen komunity neslyšících	27	67,5%	13	32,5%
Cítím se lépe ve skupině lidí bez sluchového postižení/Cítím se více jako člen slyšících	18	78,3%	5	21,7%
Myslím, že jsem někde mezi těmito dvěma skupinami	49	74,2%	17	25,8%



Tabulka č. 13: Vliv identifikace s komunitou Neslyšících na užívání marihuany – celoživotní prevalence

	Užití marihuany alespoň jednou v životě			
	Ne		ano	
	Celkem	%	Celkem	%
Cítím se více jako člen komunity neslyšících	12	30,0	28	70,0
Cítím se lépe ve skupině lidí bez sluchového postižení/Cítím se více jako člen slyšících	15	65,2	8	34,8
Myslím, že jsem někde mezi těmito dvěma skupinami	31	47,0	35	53,0

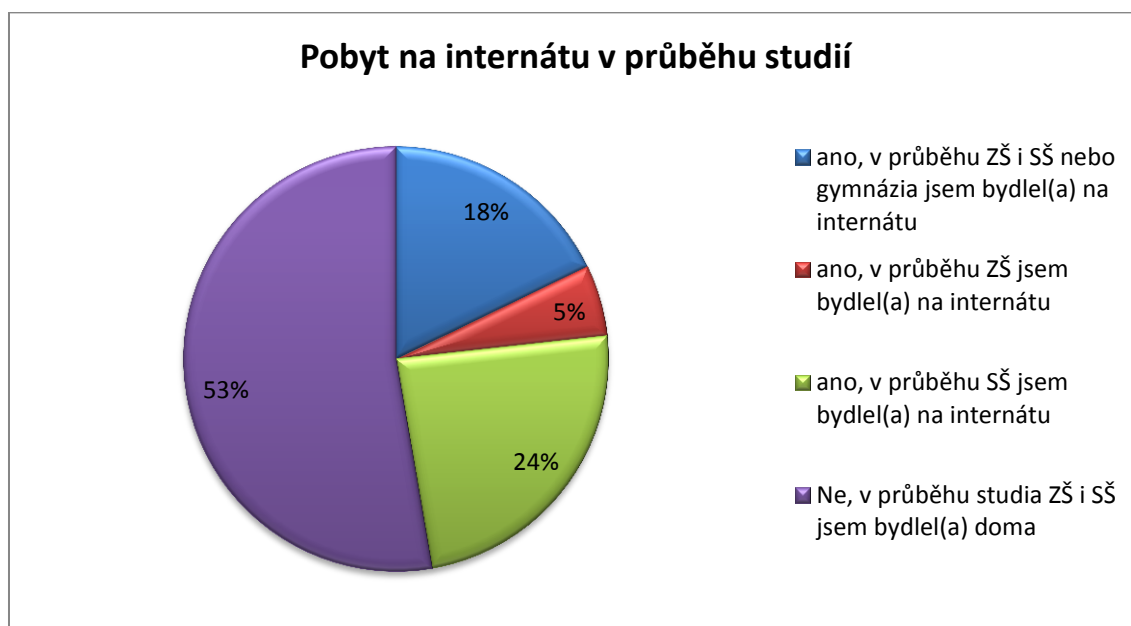
Tabulka č. 14: Užívání alkoholu častěji, než jednou týdně

Cítím se více jako člen komunity Neslyšících	Užívání alkoholu častěji, než jednou týdně			
	ne		ano	
	Celkem	%	Celkem	%
ne	69	77,5	20	22,5
ano	23	57,5	17	42,5

## 8.4 Internát

V průběhu studií většina našeho vzorku respondentů bydlela doma, což má velmi pravděpodobně souvislost s tím, že většina respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu, má trvalé bydliště v Praze nebo Středních Čechách a velká část sběru probíhala na Pražských středních školách pro sluchově postižené. Není tedy nutnost do školy dojíždět z velké vzdálenosti. Co se týče vlivu pobytu na internátu v průběhu studií na užívání návykových látek, nebyla zjištěna statistická významnost v případě skórování v dotazníku CAGE, výskytu jednorázového užití velkého množství alkoholu při jedné příležitosti, frekvence užívání alkoholu, celoživotní prevalence užití marihuany, ani ve věku prvního užití marihuany. **Zdá se tedy, že pobyt na internátu v průběhu studií nemá vliv na užívání návykových látek.**

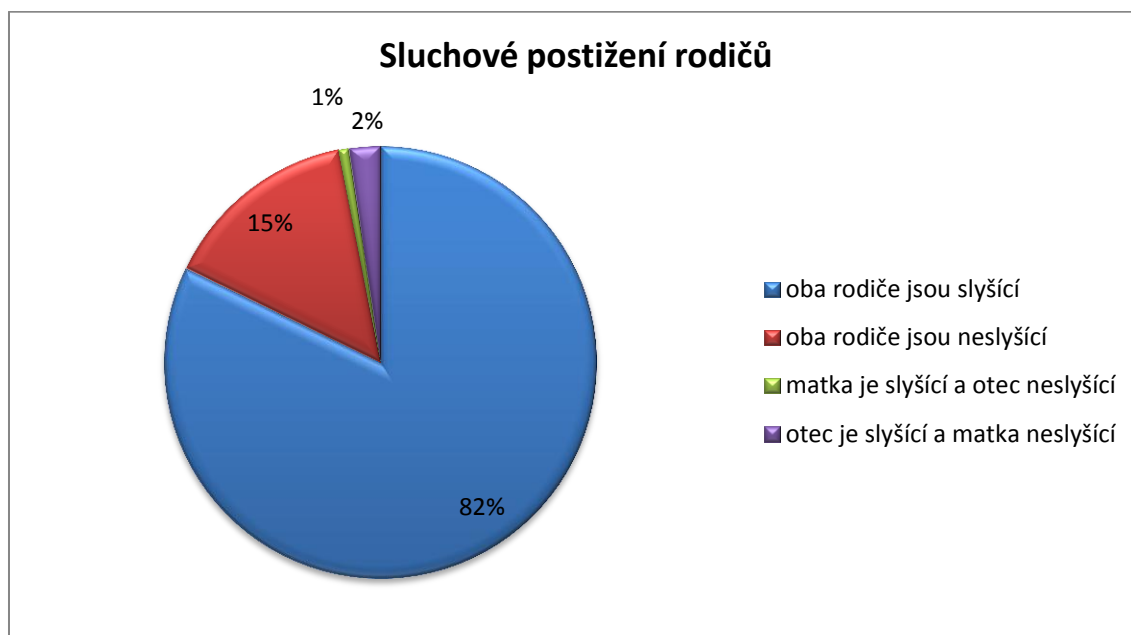
Graf č. 6: Podíl respondentů, kteří v průběhu studií žili na internátní škole



## 8.5 Sluchové postižení rodičů

To, zda může mít sluchové postižení rodičů vliv na užívání návykových látek u dětí, je tématem kapitol 3.1, 3.4 a 4.3. Zajímalo nás tedy, jaký je podíl respondentů, kteří mají rodiče slyšící a těch, kteří mají alespoň jednoho sluchově postiženého rodiče. Ukázalo se, že 82 % sluchově postižených z našeho vzorku vyrůstá s oběma rodiči bez sluchového postižení. Jedná se tedy o téměř srovnatelné číslo, jaké je udáváno v odborné literatuře (viz. kapitola 3.1), tedy že 90 % neslyšících dětí se rodí do slyšících rodin.

Graf č. 7: Výskyt sluchového postižení u rodičů respondentů



Co se týče vlivu přítomnosti sluchového postižení u rodičů na užívání návykových látek, statistická významnost se neukázala v případě dotazníku CAGE, frekvence pití alkoholu, množství alkoholu vypitého při jedné příležitosti, celoživotní prevalence marihuany, ani užívání jakýchkoliv návykových látek (včetně alkoholu) častěji, než jednou týdně. Všichni respondenti ve vzorku, kteří vyplnili pravidelné užívání pervitinu a marihuany (viz tab.) mají oba rodiče slyšící. Tato skutečnost se nicméně neukázala býti statisticky významnou vzhledem k malému množství respondentů, kteří mají alespoň jednoho neslyšícího rodiče. Zdá se tedy, že přítomnost či nepřítomnost sluchové vady u rodičů nemá vliv na užívání návykových látek respondentů.

Tab.č. 15: Vliv sluchového postižení rodičů na užívání marihuany

	Užívání marihuany častěji, než jednou týdně			
	ne		ano	
	Count	Row N %	Count	%
Alespoň jeden rodič je Neslyšící	23	100,0	0	,0
Oba rodiče jsou slyšící	99	93,4	7	6,6

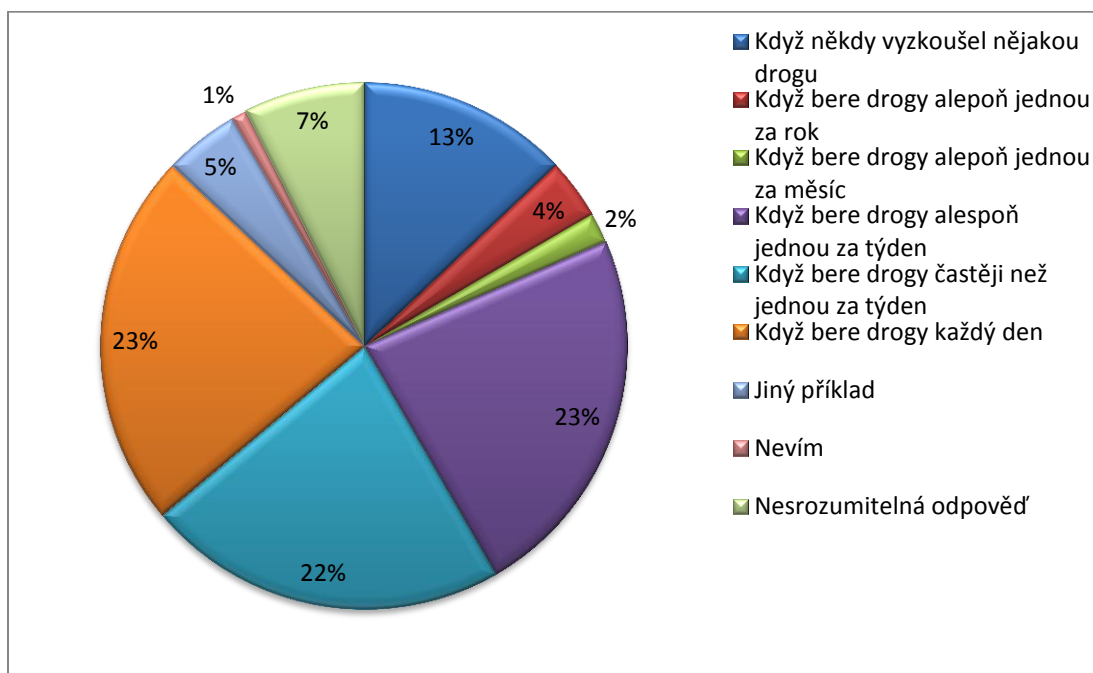
## 8.6 Rizikové užívání návykových látek podle neslyšících a nedoslýchavých

Zajímalo nás také, jaké je subjektivní vnímání rizikovosti užívání návykových látek mezi samotnými neslyšícími. Ptali jsme se na to, kdy si respondenti myslí, že by měl člověk vyhledat pomoc v případě užívání nelegálních návykových látek a alkoholu a také jaký mají pohled na užívání v komunitě Neslyšících v porovnání s obecnou populací. Nejčastější odpovědí u problémového užívání nelegálních návykových látek včetně marihuany, byla odpověď *Když bere drogy alespoň jednou za týden*, kterou zvolilo 22 % respondentů. Druhými nejčastějšími odpověďmi byly možnosti *Když bere drogy častěji než jednou za týden* (19 %) a *Když bere drogy každý den* (19 %). Podrobně viz. graf č. 7. Respondenti měli možnost zaškrtnout více možností a zároveň vyjádřit svůj vlastní pohled na problémové užívání nelegálních návykových látek.

Jiné příklady (přímé citace, bez úprav):

- „v případě silné drogy typu kokain nebo heroin, bych volil odpověď č.1 (pozn. aut.: když někdy vyzkoušel nějakou drogu), ale v případě marihuany a hašiše bych volil odpověď č.6 (pozn. aut.: když bere drogy každý den)“
- „v momentě,kdy už je to mimo sebekontrolu“
- „to se těžko posuzuje, nemám s tím zkušenost, míra toho, co vnímáme jako překročení hranice, je individuální.“
- „když prostě bez nich nemůže být“
- „když ho to omezuje v životě“
- „když by bral drogy i jen příležitostně, ale byl by třeba po nich agresivní k okolí apod.“
- „když bere drogy každou chvíli, nic se před tím nezastaví. Nevnímá okolí, jeho tělesný a psychický stav se zhorší.“
- „když bere celý život“
- „když se jeho závislost negativně projevuje na jeho povaze, dělá něco co by jinak nedělal, a nedokáže vědomě sám přestat se svojí závislostí“
- „A je na něm vidět, že bez toho nemůže být...chová se a myslí jinak...“

Graf č. 7: subjektivní vnímání problémového užívání návykových látek



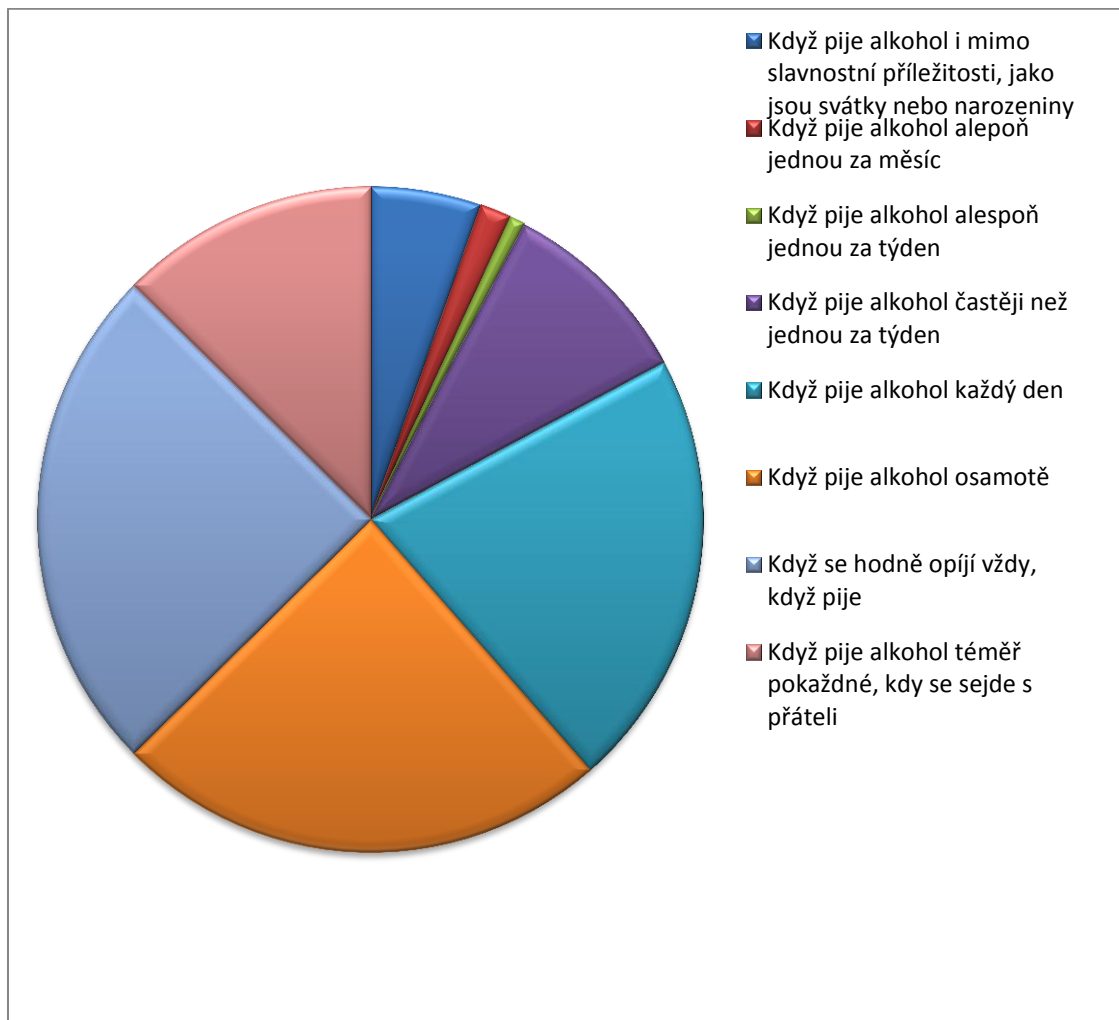
V případě subjektivního vnímání rizikového užívání alkoholu měli respondenti opět možnost vybrat více možností a vyjádřit svůj pohled na problémové pití. Nejvíce respondentů udávalo jako známku problémů s alkoholem fakt, že se člověk hodně opíjí vždy, když pije (25 %). Druhou nejkritičtější vnímanou možností, bylo pití osamotě (24 %), častou odpovědí bylo také užívání alkoholu každý den (21 %). Pouze 10 % respondentů označilo za problémové užívání, když člověk pije alkohol častěji než jednou za týden. Podrobné rozdělení viz graf.

Jiné možnosti (přímé citace, bez úprav):

- „pití alkoholu ráno po vstávání“
- „No když se bude chovat hrozně, tak do léčebny.“
- „Měl by jít, když už alkohol zasahuje do běžného provozu života, mohu pít každý den sklenku vína po jídle či sklenku piva po jídle a to neznamená, že jsem alkoholik. Takže když alkohol zasahuje do vztahu, do práce a do fungování živoa jedince a hlavně, když jedinec řeší problémy pitím, aby na problémy zapomněl a není schopen bez toho být. Potom je na místě mluvit o závislosti.“
- „když prostě bez něj nemůže být“

- „Když pije nepřiměřeně. Sklenka vína denně není alkoholismus. Nepřiměřenost definuju tak, že to člověka omezuje v osobním i pracovním životě, přestává být použitelný.“
- „když ho to omezuje v životě“
- „jakmile nad sebou začíná ztrácet kontrolu a začíná alkoholu podléhat (bez ohledu na rodinu, na práci aj.)“

Graf č. 8: Subjektivní vnímání rizikového pití alkoholu.



Z hlediska postoje k užívání návykových látek nás zajímalo také to, zdali si respondenti myslí, že Neslyšící užívají návykové látky častěji než obecná populace. Většina respondentů si myslí, že obě dvě skupiny užívají návykové látky stejnou měrou (68 %). 23 %

respondentů si myslí, že lidé bez sluchového postižení užívají návykové látky více a 9 % respondentů vyjádřilo názor, že Neslyšící užívají návykové látky více, než obecná populace.

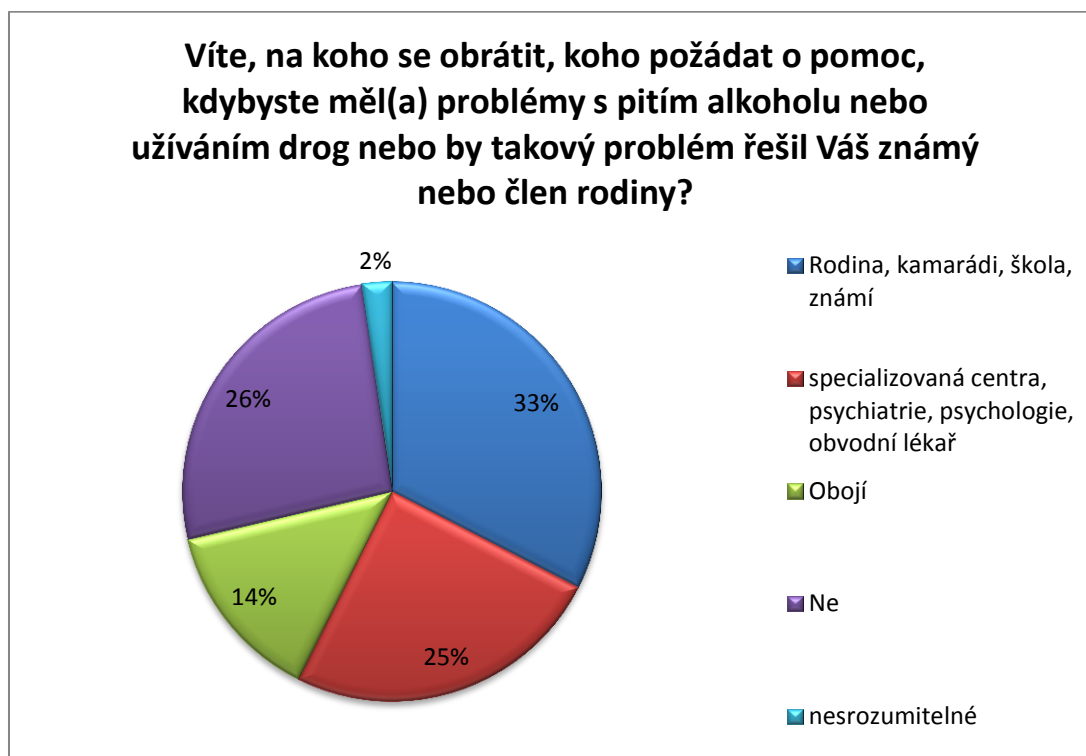
Graf č. 9: Subjektivní vnímání užívání návykových látek mezi Neslyšícími v porovnání s obecnou populací



### 8.7 Pomoc při problémech s užíváním návykových látek

Vzhledem k omezeným možnostem přístupu ke službám v oblasti psychického zdraví, včetně služeb léčby závislostí (viz. kapitola 5), nás zajímalo, na koho by se respondenti obrátili v případě vlastních problémů s užíváním návykových látek. Třetina respondentů by se obrátila na rodinu, přátele, známé, či školu (33%), čtvrtina na specializovaná centra léčby závislostí, psychiatrické či psychologické služby či obvodního lékaře (25 %), 14 % respondentů by se obrátilo jak na pomoc někoho blízkého, tak na specializované služby a 26 % respondentů neví, na koho by se mohli obrátit.

Graf č. 10: Pomoc při problémech s užíváním návykových látek



## 8.8 Bariéry při vstupu do služeb pro uživatele návykových látek

Respondenti byli také tázáni, zdali by v případě subjektivně vnímaných potíží s užíváním návykových látek vyhledali odbornou pomoc. Většina respondentů vypověděla, že by v takovém případě služby pro uživatele návykových látek vyhledala (67 %). 12 % respondentů by léčbu nevyhledalo z důvodu obav ze šíření informací v komunitě Neslyšících, 5 % respondentů vypovědělo, že by se v léčbě pravděpodobně nedomluvili, 4 % respondentů by se pokusili odvyknout bez odborné pomoci a 2 % respondentů by služby nevyhledali z důvodu obav ze šíření informací mezi Neslyšící a zároveň se domnívají, že by se ve službách pro uživatele návykových látek nedomluvili. Z těch respondentů, kteří zvolili jinou odpověď, než že by vyhledali služby pro uživatele návykových látek, by 52 % šlo raději do služeb, které by byly určené pro sluchově postižené a 48 % respondentů by služby nevyhledalo ani v tomto případě.



Zvlášť jsme hodnotili respondenty, kteří skórovali v dotazníku CAGE dva a více bodů, ty, kteří uvedli 3 a více symptomů závislosti podle MKN-10 u nějaké návykové látky a ty respondenty, kteří někdy v životě užili nějakou nelegální návykovou látku. Z respondentů, kteří skórovali v CAGE, by odbornou službu nevyhledalo 31,4 % dotazovaných, a to z důvodu strachu o šíření informací a komunikační bariéry nebo by se rozhodli situaci řešit bez odborné pomoci. Ze tří respondentů, kteří splňují klasifikaci závislosti podle MKN-10, by pouze jeden vyhledal odbornou službu. A u těch, kteří někdy v životě užili nějakou nelegální návykovou látku, je postoj stejný jako u zbytku vzorku. Odbornou službu by tedy vyhledali v 66 - 68 %.

Tabulka č. 16: Vyhledání odborných služeb v případě problémů s užíváním návykových látek

Vstup do služeb	Celkem	%
Nesrozumitelná odpověď	5	3,9
Ano, pokud bych měl(a) problém s drogami či alkoholem, zašel (zašla) bych do zařízení, které se tím zabývá	87	67,4
Ne, nechci, aby to o mně kdokoliv z neslyšících věděl	15	11,6
Ne, nejspíš by mi nerozuměli nebo bych já nerozuměl(a) jim	7	5,4
Jiná odpověď	1	0,8
ano, ale nechci, aby to o mně kdokoliv z Neslyšících věděl	2	1,6
ne, nechci, aby to o mně kdokoliv z Neslyšících věděl a asi by mi nerozuměli	2	1,6
Nevím	5	3,9
Zkusil(a) bych to sám(a) nebo s přáteli, rodinou	5	3,9

## 9. Diskuze

Na základě zodpovězení výzkumných otázek jsme se dozvěděli, že sluchově postižení mají vzorce užívání návykových látek podobné obecné populaci. Na rozdíl od lidí bez postižení však mají omezené možnosti získávání informací a k pocitu stigmatizace a nejistoty při vyhledání služeb léčby závislostí, které jsou běžné i v obecné populaci, jim přibývá ještě obava z neúspěšné komunikace. Tato skutečnost může výrazně ovlivnit rozhodnutí tyto služby vyhledat. Z našeho výzkumu je patrné, že přibližně dvě třetiny dotazovaných by neměly problém vyhledat služby v oblasti závislostí i přes sluchové postižení. Musíme však uvažovat také nad tím, že respondenti, kteří nám dotazníky vyplnili, z většiny patří k těm, kteří nemají problém se písemně dorozumívat, mají vyšší vzdělání, než je průměr obecné populace a jsou socializovaní na sociálních sítích nebo webech s tematikou sluchového postižení, pravidelně pracují s počítačem a zároveň mají při svém životním stylu čas a chuť vyplňovat dotazník, jehož vyplnění trvá přibližně 40 minut. Už samotné otevření dotazníku svědčí o schopnosti a ochotě člověka číst. O našem výzkumném vzorku jsme se dozvěděli také to, že je tvořen převážně mladými dospělými, z nichž někteří již měli šanci se vzdělávat ve znakovém jazyce, který pozitivně působí na schopnost uspokojivé komunikace. Více než padesát procent respondentů v průběhu studia základní i střední školy bydlelo doma a nikoliv na internátě, kde je na několik dětí jen několik málo vychovatelů. Strnadová ve své knize popisuje právě internát jako místo, kde ačkoliv byla obklopena neslyšícími a nedoslýchavými dětmi, její schopnost komunikace radikálně klesala.<sup>196</sup> Z výzkumu je patrné, že zkoumané sociální jevy, jako je sluchová vada rodičů, šikana nebo pobyt na internátu nemají přímý vliv na užívání návykových látek, ovšem schopnost komunikace může mít vliv na vyhledání služeb v oblasti duševního zdraví ve chvíli, kdy by tyto služby byly potřeba.

Zde je tedy třeba uvažovat nad tím, zdali by specializované služby v oblasti duševního zdraví a léčby závislostí pro sluchově postižené měly své uplatnění nebo nikoliv. Když budeme počítat se statistikami počtu lidí se sluchovým postižením v České republice, podle dotazníkového šetření Jaroslava Hrubého<sup>197</sup>, které bylo prezentováno v roce 1998, je v naší zemi přibližně 500 tisíc sluchově postižených osob, z nichž většinu tvoří starší lidé, kterým se zhoršil sluch v důsledku stáří, a 7600 osob prakticky neslyšících (sluchová ztráta 70

---

<sup>196</sup>Strnadová, V. (1995). Jaké je to neslyšet. Praha: Česká unie neslyšících.

<sup>197</sup>Hrubý, J. (1998). Kolik je u nás sluchově postižených? In: Speciální pedagogika. Roč. 8, č. 2. Praha: UK, s. 5–20.

dB a více), kteří jsou sluchově postižení od narození nebo jejichž vada vznikla v průběhu školní docházky, a u nichž tedy lze předpokládat zhoršení komunikačních schopností verbální formou. Podle Šetření zdravotně postižených osob z roku 2008<sup>198</sup> se u nás nachází 76 400 osob, jejichž sluchová ztráta je 40 dB a více. Pokud bychom tedy nejnižší odhadovaný počet prakticky neslyšících osob (7600) aplikovali na odhady užívání návykových látek v obecné populaci podle Celopopulační studie<sup>199</sup>, vyšlo by nám, že v České republice se nachází přibližně 896 sluchově postižených lidí, kteří pijí alkohol 4 krát týdně nebo častěji, 236 lidí, kteří pijí 6 a více alkoholových jednotek každý nebo téměř každý den, 209 lidí, kteří užívají konopné látky alespoň jednou týdně a 61 lidí, kteří užívají alespoň jednou týdně jiné nelegální návykové látky. V případě aplikace námi zjištěných statistik by se jednalo o 175 osob, které užívají alkohol čtyřikrát týdně nebo častěji, 410 osob, které užívají 5 a více alkoholových jednotek při jedné příležitosti desetkrát a vícekrát měsíčně, a 236 osob, které užívají konopné látky nejméně jednou týdně. Kdybychom měli počítat i s těmi sluchově postiženými, jejichž sluchová ztráta je 40 dB a více, museli bychom tato čísla vynásobit deseti.

Vzhledem k četným výzkumným omezením při dotazníkovém šetření mezi lidmi se sluchovým postižením však tato čísla nelze globalizovat. K dokreslení situace jsme proto oslovili také lidi, kteří pracují se sluchově postiženými v organizacích, které se zaměřují na sociální a psychologické poradenství nebo na psychoterapii s neslyšícími a nedoslýchavými. Na zasláné dotazy odpověděla Mgr. Věra Doušová, poradkyně z psychologické poradny při FRPSP v Praze, Mgr. Jitka Vrchotová, DiS., vedoucí poradny NRZP ČR a Soňa Procházková, psychoterapeutka pracující s neslyšícími a nedoslýchavými především v Královehradeckém kraji. U Mgr. Doušové se částečně jedná o bodový přepis semistrukturovaného rozhovoru (kompletní přepis rozhovoru a zasláných odpovědí v příloze č.3). Na základě těchto odpovědí a doporučení respondentů jsme se pokusili navrhnout psychoterapeutickou službu s adiktologickým zaměřením, která by mohla vyhovovat komunikačním potřebám sluchově postižených, kteří komunikují primárně ve znakovém jazyce.

Tato služba by měla být ideálně součástí již zaběhnuté adiktologické služby, aby měli sluchově postižení možnost zařadit se do programu pro obecnou populaci v případě obav o šíření informací mezi komunitu Neslyšících, a zároveň měli možnost využít služeb tlumočnicka či terapeuta, který rozumí problematice sluchového postižení a komunitě

---

<sup>198</sup>Novák, J., Kalnická, V. Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky. In: Statistika, 6/2008. s. 541–552.

<sup>199</sup>Běláčková, V., Nechanská, B., Chonymová, P., Horáková, M. (2012). Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky

Neslyšících. Pro práci se sluchově postiženými by stačilo vyhradit jednoho pracovníka, který by mohl současně zastávat pozici i v oblasti poradenství či terapie s obecnou populací. Sluchově postižení by tak byli pouze jeho přídatnou specializací. Tento pracovník by se měl v průběhu práce s neslyšícími a nedoslýchavými soustavně učit znakový jazyk, aby mohl postupně vést terapii bez pomoci tlumočnicka. Tlumočnickou práci by zde měl zastávat jeden, maximálně dva stálí tlumočníci, aby jejich přítomnost co nejméně narušovala dynamiku práce. V případě požadování přítomnosti vlastního tlumočnicka by vždy mělo být odmítnuto tlumočení rodinnými příslušníky. Tento terapeut by měl mít velmi dobré znalosti psychických poruch kvůli předpokladu často chybné diagnostiky u sluchově postižených (viz. kapitola 5.1) a v případě potřeby by měl terapeut či zmínění tlumočníci klienty doprovázet v ostatních službách v oblasti duševního zdraví. Důležitá by byla i znalost sociálních služeb pro sluchově postižené. Terapeut by měl být pravidelně supervidován lidmi, kteří pracují se sluchově postiženými i supervizory z oblasti psychoterapie. Co se týče technického vybavení, místnost by měla být vždy dobře osvětlená a terapeut by neměl sedět zády k oknu kvůli odezírání. Dalším důležitým vybavením by byly dva propojené počítače – jeden pro terapeuta a jeden pro klienta k možnému dovysvětlení chybějících pojmů nebo pro klienty, kterým je příjemnější komunikace psanou formou. Vhodné by bylo i zřízení online poradny s možností komunikace přes skype a pořízení svépomocných materiálů ve znakovém jazyce.

Tato služba by měla být v přímém kontaktu s organizacemi, které se zabývají sluchovým postižením, a měla by se podílet na vytváření primárně preventivních programů specializovaných na neslyšící a nedoslýchavé. Žádoucí by bylo motivovat samotné neslyšící ke studiu adiktologie, psychologie či psychiatrie (např. prostřednictvím periodik pro sluchově postižené, webových stránek či organizací, které se orientují na sluchové postižení), aby pak mohli tuto službu provozovat sami neslyšící, což by pravděpodobně mělo za následek větší důvěru v terapeutickém vztahu díky podobným životním zkušenostem a lepší bezbariérovost díky tomu, že znakový jazyk by byl mateřským klientovi i terapeutovi. Dalším důležitým úkolem této služby by pak samozřejmě byl sběr dat, která by rozšiřovala informovanost o práci s touto cílovou skupinou do ostatních služeb v oblasti duševního zdraví.

Inspirací nám může být severoamerická služba s názvem Minnesota Chemical Dependency Treatment for Deaf and Hard of Hearing Adults, která v rámci rezidenční, stacionární a ambulantní péče poskytuje individuální a skupinovou terapii ve znakovém jazyce, výukové programy, workshopy, rodinnou terapii, rekreační aktivity, podpůrné skupiny, párování služeb, plánování doléčování, léčbu dvojí ohniskem u duálních diagnóz,

svépomocné materiály obsahující DVD ve znakovém jazyce a jiné služby. Personál, který pracuje v rámci této organizace, je vzdělán jak v psychoterapii, tak v komunitě Neslyšících a plynně ovládá znakový jazyk. Touto službou prošlo od roku 1989 do roku 2010 sedmset neslyšících a nedoslýchavých z 48 států USA a 2 provincií Kanady.

## 10. Závěr

Bylo zjištěno, že sluchově postižení v našem vzorku užívají návykové látky v celém rozsahu nabízených možností. Nejčastěji užívanými návykovými látkami mezi neslyšícími a nedoslýchavými jsou alkohol, tabák a konopné látky, podobně jako v obecné populaci. Následuje užívání halucinogenních hub, LSD a léků bez předpisu lékaře. Někteří respondenti mají zkušenost i s pervitinem či amfetaminy, kokainem, heroinem, těkavými látkami a extází. Co se týče frekvence užívání vybraných návykových látek, bylo zjištěno, že respondenti v našem vzorku užívají častěji marihuanu v porovnání s obecnou populací a mají vyšší celoživotní prevalenci užití všech návykových látek, kromě pervitinu u žen. Co se týče roční a třicetidenní prevalence, sluchově postižení užívají méně než obecná populace v případě všech návykových látek, vyjma konopných, kde je jejich prevalence konstatně výrazně vyšší. Vyšší je v případě sluchově postižených i věk prvního užití všech nelegálních návykových látek, které byly zkoumány, kromě LSD. V případě alkoholu vykazují sluchově postižení nižší frekvenci užívání v porovnání s obecnou populací, nicméně ve screeningovém dotazníku CAGE, který se používá k hodnocení nadužívání alkoholu a poukazuje na možnou závislost v případě dosažení dvou a více bodů, dosahují naši respondenti tohoto skóru ve více než čtvrtině případů. Symptomy závislosti podle MKN-10 splňují tři lidé z našeho vzorku s tím, že v jednom případě se jedná o užívání alkoholu a ve dvou případech o užívání konopných látek.

Tyto výsledky podporují výstupy zahraničních studií, tedy že neslyšící a nedoslýchaví užívají návykové látky stejně nebo více než obecná populace (viz. kapitola 4). Výsledky jsou také téměř srovnatelné se studií, která byla v České republice provedena v roce 2012<sup>200</sup>, která poukazuje na vyšší celoživotní prevalenci u sluchově postižených v případě všech návykových látek vyjma tabáku, extáze a heroinu a vyšší roční i třicetidenní prevalenci u konopných návykových látek a alkoholu.

Ze zkoumaných sociálních jevů se výskyt šikany nebo jiné formy diskriminace, pobyt na internátu v průběhu studia a sluchové postižení rodičů nejeví být statisticky významnými vzhledem k užívání návykových látek. Tyto rodinné a sociální jevy je však třeba

---

<sup>200</sup> Postránecká, Z. (2012). Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením: exploračně-korelační sonda, nepublikovaná bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.

při terapii se sluchově postiženými zohledňovat, neboť mohou mít souvislost se vznikem a udržováním závislosti a dle uváděných statistik se v životě sluchově postižených vyskytují velmi často. Statistickou významnost jsme však našli v případě identifikace s komunitou Neslyšících, kdy ti, kteří se více identifikují s touto skupinou, mají vyšší celoživotní prevalenci užívání marihuany a častěji pijí alkohol vícekrát než jednou týdně, v porovnání s ostatními skupinami.

Na základě odpovědí o subjektivním vnímání rizikovitosti užívání návykových látek jsme zjistili, že povědomí o návykových látkách v komunitě Neslyšících je povětšinou racionální a nepřilíš zkreslené. V případě rizikovitosti pití alkoholu bylo nejčastěji zmiňováno jedno z kritérií závislosti podle MKN-10 (poukazování na sníženou sebekontrolu v užívání návykových látek) a jedna z nejspolehlivějších diagnostických otázek dotazníku CAGE (pití alkoholu po ránu).

V případě potíží s užíváním návykových látek by se více respondentů obrátilo spíše na rodinné příslušníky nebo blízké známé než na specializované služby, nicméně na přímou otázku, zdali by respondenti vyhledali služby v oblasti léčby závislosti, kdyby měli potíže s užíváním návykových látek, přibližně dvě třetiny respondentů odpověděly, že ano. Zbylí respondenti by se na specializované služby neobrátili nejčastěji z důvodu obav o šíření informací mezi komunitu Neslyšících, pochybností o schopnosti bezproblémové komunikace nebo by se nejprve raději obrátili na rodinu či blízké známé.

Velká část práce se zabývala také dostupností stávajících služeb v oblasti duševního zdraví a adiktologie pro tuto cílovou skupinu. Sluchově postižení zažívají ve světě, který je přizpůsoben intaktní populaci, nesporně více rizikových rodinných i sociálních situací, které mohou vést ke vzniku či udržování závislosti, a přesto v České republice stále neexistuje profesionální adiktologická služba nebo adiktologický terapeut, který by byl schopný se dorozumívat ve znakovém jazyce, a poskytnout tak člověku, který se rozhodl vyhledat pomoc v situaci, která je stigmatizující i v obecné populaci, jistotu bezbariérové komunikace a nesnižoval tak jeho motivaci k léčbě.

## Literatura

1. Alexander, T., DiNitto, D., & Tidblom, I. (2005). Screening for alcohol and other drugs use problems among the deaf. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(1), 63-78.
2. Anderson, M. L. (2010). Prevalence and predictors of intimate partner violence victimization in the community. (Unpublished doctoral dissertation). Gallaudet University, Washington, DC.
3. Anderson, M. L., & Kobek-Pezzarossi, C. M. (2011). Is it abuse? Deaf female undergraduates' labeling of partner violence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17, 273-286.
4. Anderson, M. L., & Leigh, I. W. (2011). Intimate partner violence against deaf female college students. *Violence against Women*, 17(7), 822–834.
5. Baker, C. (1999). *Sign language and the Deaf community*. New York: Oxford University Press
6. Barker, D.H., Quittner, A.L., Fink, N.E. (2009) Predicting behavior problems in deaf and hearing children: the influences of language, attention, and parent-child communication. *Dev Psychopathol*; 21: 373–92.
7. Bartošová, Z., Bečvářová, M., Bečvářová, V., Lukášková, J., Měřínská, J., Schretrová, J., Ševčíková, P., Špačková, L., Vondrouš, K. *Teorie Attachmentu. Studijní texty SUR*.
8. Běláčková, V., Nechanská, B., Chonymová, P., Horáková, M. (2012). Celopopulační studie užívání návykových látek a postojů k němu v roce 2008. Praha: Úřad vlády České republiky
9. Berman, B., Eckhardt, E., Kleiger, H., Wong, G., Lipton, D., Bastani, R. & Barkin, S. (2000). Developing a tobacco survey for deaf youth. *American Annals of the Deaf*, 145 No. 3.
10. Black, P.A., Glickman, N.S. (2006). Demographics, psychiatric diagnoses, and other characteristics of North American Deaf and hard-of-hearing inpatients. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 11, pp. 303–321
11. Boothroyd, A., Geers, A.E., Moog, J.S. (1991). Practical implications of cochlear implants in children *Ear Hear*, 12 (suppl 4) , pp. 81S–89S
12. Boros, A. (1981). *Activating Solutions to Alcoholism Among the Hearing Impaired* In A.J. Schecter, (Ed.), *Drug dependence and alcoholism: Social and behavioral issues*. New York: Plenum Press.
13. Boros, A., & Sanders, E. (1977). *Dimensions in the treatment of the deaf alcoholic*. Kent, OH: Kent State University.



14. Bowlby, J. (2010). Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem. Praha: Portál.
15. Bridgman, G., Macpherson, B., Rako, M., Campbell, J. , Manning, V., Norman-Kelly, T. (2000). A national epidemiological survey of mental illness in the New Zealand Deaf community in Hjortsö, T., Lieth, L., Carlsen, c. (Eds.), Mental health services for deaf people: a worldwide perspective, European Society for Mental Health and Deafness, Devon, UK pp. 216–234
16. Brown, A.S., Cohen, P., Greenwald, S., Susser, E. (2000). Nonaffective psychosis after prenatal exposure to rubella. *Am J Psychiatry*;157: 438–43.
17. Cavaiola, A., & Schiff, M. (2000). Psychological distress in abused, chemically dependent adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 13(2), 327–334.
18. COI Communications. (2004). Drug misuse and people with hearing impairment: Stage 1. London: Home Office.
19. Conrad, R. (1979) *The Deaf Schoolchild*. London: Harper & Row Ltd.
20. Cope with isolation. *American Annals of the Deaf*, 137, 261-270.
21. Csémy, L., Chonymová, P. (2012) Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. *Zaostřeno na drogy*10, 1–12.
22. Dammeyer, J. (2010). Psychosocial development in a Danish population of children with cochlear implants and deaf and hard-of-hearing children. *Deaf Stud Deaf Educ* 2010;15(1):50-8
23. Denmark, J.C. (1994). *Deafness and Mental Health*. London: Jessica Kingsley Publishers.
24. Drug and Alcohol Education and Prevention Team. (2004). Drug education for young deaf people: A briefing paper for practitioners working with young deaf people. London: Alcohol Concern and Drugscope.
25. Dunst, C. J., Meter, D., & Hamby, D. W. (2011). Influences of sign and oral language interventions on the speech and oral language production of young children with disabilities. *CELLreviews*, 4(4). Staženo 15.4.2014 z [http://www.earlyliteracylearning.org/cellreviews/cellreviews\\_v4\\_n4.pdf](http://www.earlyliteracylearning.org/cellreviews/cellreviews_v4_n4.pdf).
26. Edwards, E., Vaughn, J., & Rotabi, K. S. (2005). Child abuse investigation and treatment for deaf and hard of hearing children: Ethical practice and policy. *The Social Policy Journal*, 4(3/4), 53-67.
27. EMCDDA (2004). Co-morbidity. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. EMCDDA: Lisbon. In: Kalina, K.,

- & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.
28. Erikson, E.H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo. Český překlad originálu *Childhood and Society* (1950). New York
  29. Erwing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 252.
  30. Fellingner, J., Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., et al. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(9):737-42.
  31. Fellingner, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M. (2008). In *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Oct;17(7):414-23. doi: 10.1007/s00787-008-0683-y. Epub 2008 Sep 22.
  32. Fellingner, J., Holzinger, D., Sattel, H., Laucht, M., et al. (2009). Correlates of mental health disorders among children with hearing impairments. *Developmental Medicine and Child Neurology* 51(8):635-41.
  33. FMR Research. (2002). Drug and alcohol issues affecting those with a sensory impairment in Greater Glasgow. Glasgow: Greater Glasgow NHS Board.
  34. Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie – perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál.
  35. Gallaudet Research Institute (1996). *Stanford Achievement Test, 9th Edition, Form S, Norms Booklet for Deaf and Hard-of-Hearing Students*. Washington, DC: Gallaudet University.
  36. Gent. T., Goedhart, A.W., Hindley, P. & Treffers, P.D. (2007) Prevalence and correlates of psychopathology in a sample of deaf adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4/2007 pp 950–958.
  37. Graaf, R., Bijl, R.V. (2002). Determinants of mental distress in adults with a severe auditory impairment: differences between prelingual and postlingual deafness. *Psychosom Med*, 64 (2002), pp. 61–70
  38. Gray C.D., Hosie, J.A., Russell, P.A., Ormel, E.A. (2003). Emotional development in deaf children: facial expression display rules and theory on mind. In: Clark, M.D., Marschark, M., Karchmer, M., editors. *Context, Cognition and Deafness*. Washington, DC: Gallaudet University Press, 135-60.
  39. Greenberg, M. T., & Marvin, R. (1979). Attachment patterns in profoundly deaf preschool children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 25(4), 265–279.
  40. Guthmann, D. (1995). An analysis of variables that impact treatment outcomes of chemically dependent deaf and hard of hearing individuals. Staženo 27.3.2014 z [http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/Home.portal?\\_nfpb=true&ERICExtSearch\\_SearchValue\\_0=an+analysis+of+variables&searchtype=keyword&ERICExtSearch\\_SearchT](http://eric.ed.gov/ERICWebPortal/Home.portal?_nfpb=true&ERICExtSearch_SearchValue_0=an+analysis+of+variables&searchtype=keyword&ERICExtSearch_SearchT)

41. Guthmann, D. (1999). Identifying and assessing substance abuse problems with deaf, deafened, and hard of hearing individuals. Staženo 27.3.2014 z <http://www.wou.edu/education/sped/wrocc/guthmann.htm>
42. Guthmann, D., & Blozis, S. (2001). Unique issues faced by deaf individuals entering substance abuse treatment and following discharge. *American Annals of the Deaf*, 146(3).
43. Guthmann, D., & Sandberg, K. (1998). Assessing substance abuse problems in deaf and hard of hearing individuals. *American Annals of the Deaf*, 143(1), 14-21.
44. Guthmann, Debra & Graham, Vicki. (2004). Substance Abuse: A Hidden Problem Within the D/deaf and Hard of Hearing Communities.” *Journal of Teaching in the Addictions*. Vol. 3 (1) 49-64.
45. Hajný, M. (2003). Vývojové aspekty vzniku a rozvoje závislosti. In: Kalina a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, pp 135-139.
46. Harrison, P. A., Hoffmann, N. G., & Edwall, G. E. (1989). Differential drug use patterns among sexually abused adolescent girls in treatment for chemical dependency. *International Journal of the Addictions*, 24, 499–514.
47. Hawke, J. M., Jainchill, N., & DeLeon, G. (2000). The prevalence of sexual abuse and its impact on the onset of drug use among adolescents in therapeutic community drug treatment. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9(3), 35–49.
48. Hides, L., Samet, S., Lubman, D.I. (2010). Cognitive behaviour therapy (CBT) for the treatment of co-occurring depression and substance use: current evidence and directions for future research. *Drug Alcohol Rev.*, 29(5), 508-517. In: Kalina, K., & Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.
49. Higgins, P. C., & Nash, J. E. (1997). *Understanding deaf socially*. Springfield, IL: Charles C.Thomas Publishers.
50. Hindley, P.A. (2000). Child and adolescent psychiatry in Hindley, P., Kitson, N. (Eds.) *Mental health and deafness*, Whurr Publishers, London, pp. 42–74
51. Hindley, P.A. (2005). Mental health problems in deaf children. *Current Paediatrics*, 15, 114-119.
52. Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E, Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): a review of empirical evidence. *Hravard Rev. Psychiatry*, 17(1). 24-34. In: Kalina, K., & Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.

53. Hrubý, J. (1997). Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu, 1. díl. Praha : Federace rodičů a přátel sluchově postižených.
54. Hrubý, J. (1998). Kolik je u nás sluchově postižených? In: *Speciální pedagogika*. Roč. 8, č. 2. Praha: UK, s. 5–20.
55. Isaacs, M., Buckley, G., & Martin, D. (1979). Patterns of drinking among the deaf. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 6, 463–476.
56. Jeřábek, P. (2003). Psychopatologie závislosti. In Kalina, K. a kol.: *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing
57. Johnson, S., & Lock, R. (1981). A descriptive study of drug use among the hearing impaired in a senior high school for the hearing impaired. *Drug Dependency and Alcoholism: Social and Behavioral Issues*. Schecter, E. J. (Ed.).
58. Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing.
59. Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.
60. Kalsched, D. (2011). *Vnitřní svět traumatu*. Praha: Portál.
61. Kearns, G. (1989). A community of underserved alcoholics. *Alcohol Health and Research World*. P. 27.
62. Knutson, J. F., Johnson, C. R., & Sullivan, P. M. (2004). Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. *Child Abuse & Neglect*, 28 (9), 925-937.
63. Kolář, M. (2005). *Bolest šikanování*. Praha: Portál
64. Kratochvílová, K. (2009). Problémy s identitou neslyšících Kratochvílová, K. (2009). *Problémy s identitou neslyšících*. Info-zpravodaj 04/2009, pp. 22-23.
65. Kratochvílová, K. (2009). *Problémy s identitou neslyšících*. Info-zpravodaj 04/2009, pp.22-23.
66. Kratochvílová, K. (2009). *Vývoj identity u dětí se sluchovým postižením*. Info-Zpravodaj 03/2009, pp-.26-26.
67. Kudrle, S. (2003). Trauma a závislost in Kalina, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, pp.130-134.
68. Kvam, M.H. (2004). Sexual abuse of deaf children. A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway. *Child Abuse and Neglect*, 28, 241-251.

69. Kvam, M.H., Loeb, M., Tambs, K. (2007). Mental health in deaf adults: symptoms of anxiety and depression among hearing and deaf individuals. [Journal Article. Research Support, N.I.H., Extramural. Research Support, Non-U.S. Gov't] *Journal of Deaf Studies & Deaf Education*. 12(1):1-7, 2007 and *Aged Care*, 1999.
70. Landsberger SA, Diaz DR. (2011). Identifying and assessing psychosis in deaf psychiatric patients. *Curr Psychiatry Rep*; 13: 198–202.
71. Landsberger, S.A., Diaz, D.R. (2010). Inpatient psychiatric treatment of deaf adults: demographic and diagnostic comparisons with hearing inpatients. *Psychiatr Serv*; 61: 196–99.
72. Lane, H. (2013). *Pod maskou benevolence*. Praha: Karolinum.
73. Langer, J. (2004). Systém péče o sluchově postižené, jejich výchova a vzdělávání. Olomouc : Katedra Speciální pedagogiky Univerzity Palackého [online]. Dostupné na World Wide Web: <ksp.upol.cz/cz/clenove/profil/langer/download/surdn/06.ppt>. In: Štěpánková, K. (2012). *Uplatnění osob se sluchovým postižením na trhu práce v Královéhradeckém kraji*, nepublikovaná diplomová práce, Masarykova universita, Česká republika.
74. Lederberg, A. R., & Prezbindowski, A. K. (2000). Impact of child deafness on mother-toddler interaction: Strengths and weaknesses. In P. E. Spencer, C. J. Erting, & M. Marschark (Eds.), *The deaf child in the family and at school* (pp. 73–92). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
75. Leeds a Morgenstern, op.cit., s.63 ab.; Khantizan et a. (2005). In: Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada Publishing, p.264.
76. Lipton, D., & Goldstein, M. (1997). Measuring substance abuse among the deaf. *Journal of Drug Issues*, 27(4), 733-754.
77. Marschark, M. (1997). *Raising and educating a deaf child*. NY: Oxford University Press.
78. McCrone, W. (1994). A two year report card on Title I of the Americans with Disabilities Act. Implications for rehabilitation counseling with deaf people. *Journal of American Deafness and Rehabilitation Association*, 28(2), 1-20.
79. McQuiller Williams, L., & Porter, J. (2010). An examination of the incidence of sexual, physical, and psychological abuse and sexual harassment on a college campus among underrepresented populations. Paper presented at the Western Society of Criminology Conference, Honolulu, Hawaii.
80. Meadow, K. P., Greenberg, M. T., Erting, C., & Carmichael, H. (1981). Interactions of deaf mothers and deaf preschool children: Comparison with three other groups of deaf and hearing dyads. *American Annals of the Deaf*, 126, 454–468.

81. Meadow-Orlans, K. P. (1997). Effects of mother and infant hearing status on interactions at twelve and eighteen months. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 2, 27–36.
82. Miovská, L., Miovský, M., Mravčík, V. (2006). Psychiatrická komorbidita. In: Kalina, K., & Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.
83. Moores, D. (1996). *Educating the deaf: Psychology, principles, and practices*. 4th ed. Boston: Houghton Mifflin.
84. Mravčík, V., Chonymová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012 [Annual Report on Drug Situation 2012 – Czech Republic]* Mravčík, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.
85. Mravčík, V., Zábranský, T., Korčišová, B., Lejčková, P., Škrdlantová, E., Šťastná, L., Macek, V., Petroš, O., Gajdošíková, H., Miovský, M., Kalina, K., Vopravil, J. (2003). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2002 (Annual Report on Drug Situation 2002 – Czech Republic)*. Praha: Úřad vlády ČR. In: Kalina, K., & Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.
86. Nešpor, K. (2003). Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In: Kalina a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, pp. 233-237.
87. NIDA (2010) *Comorbidity: Addicition and other mental illnesses*. Nih Pub Number: 10-5771. Bethesda, Maryland: National Institute for Drug Abuse. Downloaded from: <http://www.drugabuse.gov/publications>. In: Kalina, K., & Vácha, P. (2013). *Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby*. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.
88. Novák, J., Kalnická, V. Šetření zdravotně postižených osob zaplnilo další bílé místo na mapě české statistiky. In: *Statistika*, 6/2008. s. 541–552.
89. Paul, K. I., Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282.
90. Paul, P. (1998). *Literacy and deafness: the development of reading, writing, and literate thought* Allyn and Bacon, Needham Heights, MA.
91. Postránecká, Z. (2012). *Užívání návykových látek mezi lidmi se sluchovým postižením: exploračně-korelační sonda, nepublikovaná bakalářská práce*, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.
92. Procházková, S. *Osobní sdělení, příloha č. 3*.
93. Pulda, M., Lejska, M. (1996). *Jak žít se sluchovou vadou*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

94. Rimmel, E., Bettner, J.G., Weinberg, A.M. (2003). Theory of mind development in deaf children. In: Clark, M.D., Marschark, M., Karchmer, M., editors. Context, cognition and deafness. Washington DC: Gallaudet University Press, p. 113-34.
95. Rendon, M. (1992). Deaf culture and alcohol and substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 103-110.
96. Roberts, B. & Mugavin, J. (2007) Alcohol and other drug use in the Australian Deaf community: A needs assessment. Fitzroy, Victoria: Turning Point Alcohol and Drug Centre
97. Sadusky, J., Obinna, J. (2012). Violence against women; focus groups with culturally distinct and underserved communities (Rainbow Research) for the Wisconsin Department of Health and Family Services. Staženo 3.4.2014 z <http://www.rainbowresearch.org/vertical/Sites/{06FC814B-ACB5-4A63-8976-E19EAD460C12}/uploads/{AF5DCB06-6ADB-4844-93DA-153D96E4AF06}.PDF>
98. Sinkkonen, J. (1994). Hearing-impairment, communication and personality development. Unpublished doctoral dissertation. University of Helsinki, Helsinki, Finland.
99. Stefanis, N., Thewissen, V., Bakoula, C., van Os, J., Myin-Germeys, I. (2006). Hearing impairment and psychosis: a replication in a cohort of young adults. *Schizophr Res*; 85: 266–72.
100. Stevenson, J., McCann, D., Watkin, P., Worsfold, S., Kennedy, C.R., on behalf of the Hearing Outcomes Study Team. (2010). The relationship between language development and behaviour problems in children with hearing loss. *J Child Psychol Psychiatry* 51: 77–83.
101. Stevenson, J., McCann, D.C., Law, C.M., Mullee, M., Petrou, S., Worsfold, S., Yuen, H.M. and Kennedy, C.R. (2011): [The effect of early confirmation of hearing loss on the behaviour in middle childhood of children with bilateral hearing impairment.](#) - *Dev Med Child Neurol*, 53(3):269-274.
102. Stimpson, L., Best, M. C. (1991). *Courage Above All: Sexual Assault Against Women with Disabilities*. New York: DisAbled Women's Network-Toronto.
103. Strnadová, V. (1995). *Jaké je to neslyšet*. Praha: Česká unie neslyšících.
104. Strnadová, V. (1998). *Současné problémy české komunity neslyšících*. Praha: DeskTop publishing Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
105. Strong, M. E., Charlson, E., & Gold, R. (1992). How successful deaf teenagers experience and
106. Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (1989). Maltreatment and behavioral characteristics of youth who are deaf and hard-of-hearing. *Sexuality and Disability* 16(4), pp 295-317.

107. Sullivan, P. M., Vernon, McC., & Scanlan, J. M. (1987, October). Sexual abuse of deaf youth. *American Annals of the Deaf*, 256–262.
108. Sullivan, P.M. & Knutson, J.F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1257-1274 .
109. Štěpánková, K. (2012). Uplatnění osob se sluchovým postižením na trhu práce v Královéhradeckém kraji, nepublikovaná diplomová práce, Masarykova universita, Česká republika.
110. Thacker, A.J. (1994) Formal communication disorder: sign language in deaf people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*; 165: 818–23.
111. Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Bentall, R., de Graaf, R., Vollebergh, W., van Os, J. (2005). Hearing impairment and psychosis revisited. *Schizophr Res*; 76: 99–103.
112. Tims, F.M., Inciardi, J.A., Fletcher, B.W., McNeill Hroton, A. (1997). The effectiveness of Innovative approaches in the treatment of drug abuse. Westport, Conn., USA/London: Greenwood Press. In: Kalina, K., & Vácha, P. (2013). Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie*, 13(2), 144-164.
113. Titus, J. C. Cultural Variables and Substance Abuse in the Deaf Population in presentation Substance Abuse Treatment in the Deaf Adolescent Population: The Challenge to Build a Better Future. Supported by the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT) through a technical assistance subcontract (270-2003-00006). Staženo 22.5.2014 z [http://www.chestnut.org/Portals/14/PDF\\_Documents/Lighthouse/Presentations\\_and\\_Posters/Deaf-HH\\_Slides.pdf](http://www.chestnut.org/Portals/14/PDF_Documents/Lighthouse/Presentations_and_Posters/Deaf-HH_Slides.pdf)
114. Titus, J. C., Schiller, J. A., & Guthmann, D. (2008). Characteristics of youths with hearing loss admitted to substance abuse treatment. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 13, 336–350.
115. Titus, Janet C. (2010). The Nature of Victimization among Youths with Hearing Loss in Substance Abuse Treatment. *American Annals of the Deaf*, v155 n1 p19-30.
116. Traxler, C.B. (2000). The Stanford Achievement Test, 9th edition: national norming and performance standards for deaf and hard-of-hearing students. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 5, pp. 337–348.
117. Vágnerová, M. (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál
118. Valenti-Heim, D., Schwartz, L. (1995). The Sexual Abuse Interview for Those with Developmental Disabilities. James Stanfield Company. Santa Barbara: California.



119. Vizinová, D., Preiss, M. (1999). Psychické trauma a jeho terapie. Praha: Portál.
120. Vrchotová, J. Osobní sdělení. Příloha č. 3.
121. Vymětal, Š. (2000). Drogová problematika u sluchově postižených. Info-Zpravodaj 03/2000, p. 22.
122. Vymětal, Š. (2001). Psychosomatické poruchy u dětí. Info-zpravodaj 01/2001, p.23.
123. Vymětal, Š. (2001). Slovo psychologa - K problematice šikany. Info-zpravodaj 02/2001, p.26.
124. Vymlátilová, E. (2006). Sluchově postižené dítě. In: Říčan, P., Krejčířová, D. a kol (2006). Dětská klinická psychologie 4., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada publishing, a.s, pp. 88-102.
125. Vysuček, P. (2002). Šikana, nepublikovaná bakalářská práce, Univerzita Karlova v Praze, Česká republika.
126. Watson, E., Boros, A., & Zrimec, G.(1979). Mobilization of Services for Deaf Alcoholics. Alcohol Health and Research World. , 33-38.
127. Weiner, M.T., Day, S.J., Galvan, D. (2013). Deaf And Hard Of Hearing Students' Perspectives On Bullying And School Climate. American Annals Of The Deaf 158.3. 334-343. Education Full Text (H.W. Wilson). Web. 6 Feb. 2014.
128. Weisel, A., Kamara, A. (2005). Attachment and individuation of deaf/hard-of-hearing and hearing young adults. Journal of Deaf Studies and Deaf Education 10(1):51-62.
129. Young, M. E., Nosek, M. A., Howland, C., Chapon, G., & Rintala, D. H. (1997). Prevalence of abuse of women with disabilities. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,78, S34-S38.

### Internetové a jiné zdroje:

- <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> - přístup dne 24.4.2014
- [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/souhrnna\\_data\\_o\\_ceske\\_republice](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/souhrnna_data_o_ceske_republice). Přístup dne 26.5.2014
- <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/H90-H95>. Přístup dne 21.4.2014
- Zákon ze dne 11. června 1998 o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob
- vyhláška MPSV č. 40/2000 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů – Příloha č. 2 – Kapitola VII Smyslové orgány, oddíl B – sluch

## Přílohy

### **Příloha č. 1: Seznam tabulek, grafů a obrázků**

#### **Seznam tabulek:**

Tabulka č. 1: Věková struktura respondentů

Tabulka č.2: Frekvence užívání alkoholu

Tabulka č. 3: Binge drinking v předchozích 30 dnech

Tabulka č.4: Porovnání prevalence sluchově postižených a obecné populace

Tabulka č.5: Frekvence užití konopné látky v posledních 30 dnech – sluchově postižení

Tabulka č.6: Frekvence užití konopné látky v posledních 30 dnech – Celopopulační studie

Tabulka č.7: Porovnání věkových průměrů prvního užití nelegálních návykových látek

Tabulka č. 8: Výskyt diskriminace v souvislosti s pobytem na internátu v průběhu studia

Tabulka č. 9: Výskyt diskriminace či šikany v souvislosti s integrací ve škole pro obecnou populaci

Tabulka č. 11: Vliv identifikace s komunitou Neslyšících na užívání alkoholu – Binge drinking

Tabulka č. 12: Vliv identifikace s komunitou Neslyšících na užívání alkoholu – dotazník CAGE

Tabulka č. 13: Vliv identifikace s komunitou Neslyšících na užívání marihuany – celoživotní prevalence

Tabulka č. 14: Užívání alkoholu častěji, než jednou týdně

Tabulka č. 15: Vliv sluchového postižení rodičů na užívání marihuany

Tabulka č. 16: Vyhledání odborných služeb v případě problémů s užíváním návykových látek

### **Seznam grafů:**

Graf č. 1 – Sluchová ztráta respondentů

Graf č. 2: Období vzniku sluchové ztráty

Graf č.3: Věk prvního užití alkoholu v letech

Graf č.4: Výskyt diskriminace v životě

Graf č. 5: Identifikace s komunitou Neslyšících

Graf č. 6: Podíl respondentů, kteří v průběhu studií žili na internátní škole

Graf č. 7: Výskyt sluchového postižení u rodičů respondentů

Graf č. 8: subjektivní vnímání problémového užívání návykových látek

Graf č. 9: Subjektivní vnímání rizikového pití alkoholu.

Graf č. 10: Subjektivní vnímání užívání návykových látek mezi Neslyšícími v porovnání s obecnou populací

Graf č. 11: Pomoc při problémech s užíváním návykových látek

### **Seznam obrázků:**

Obrázek č. 1: Ukázka online dotazníku

Obrázek č. 2 – Zastoupení respondentů v jednotlivých krajích

# Dotazník

---

Dobrý den,

Tímto bych Vás ráda poprosila o vyplnění dotazníku, který poslouží k zpracování mé diplomové práce. Ta může posloužit k odbourání některých bariér v léčebných zařízeních či k zlepšení primární prevence v oblasti drog na základních a středních školách pro sluchově postižené.

Dotazník je anonymní! Od výzkumu můžete kdykoliv odstoupit.

Nebude-li uvedeno jinak, zaškrtněte vždy jen jednu možnost.

Tak s chutí do toho☺

## 1. Jsem

- <sub>1</sub> Žena
- <sub>2</sub> Muž

## 2. Věk

Je mi \_\_\_ let

## 3. Rozsah sluchové ztráty:

### Levé ucho

- <sub>1</sub> 26 - 40 dB
- <sub>2</sub> 41 - 55 dB
- <sub>3</sub> 56 - 70 dB
- <sub>4</sub> 71 – 90 dB
- <sub>5</sub> 91 dB a více
- <sub>6</sub> neslyším nic

### Pravé ucho

- <sub>7</sub> 26 – 40 dB
- <sub>8</sub> 41 - 55 dB
- <sub>9</sub> 56 - 70 dB
- <sub>10</sub> 71 – 90 dB
- <sub>11</sub> 91 dB a více
- <sub>12</sub> neslyším nic

#### 4. Vznik sluchové ztráty:

- 1 Se sluchovou vadou jsem se narodil(a)
  - 2 Sluchová vada vznikla dříve, než mi bylo 6 let
  - 3 sluchová vada vznikla až potom, co mi bylo 6 let
  - 4 Ani jedno z uvedených, prosím uveďte:
- 

#### 5. Kterou nejvyšší školu jste dokončil(a)?

- 1 Základní
- 2 Základní pro sluchově postižené
- 3 Střední odborné učiliště
- 4 Střední odborné učiliště pro sluchově postižené
- 5 Střední s maturitou
- 6 Střední s maturitou pro sluchově postižené
- 7 VOŠ
- 8 VŠ – bakalářské studium, magisterské nebo doktorské studium

#### 6. Jaké je Vaše momentální zaměstnání (možno zaškrtnout více možností)?

- 1 Student
- 2 Zaměstnan(a)
- 3 Živnostník (OSVČ)
- 4 Práce na dohodu
- 5 Brigády
- 6 Práce „načerno“ – bez smlouvy, dohody
- 7 Mateřská dovolená
- 8 Nezaměstnaný/á registrovaný/á na pracovním úřadě
- 9 Nezaměstnaný/á neregistrovaný/á na pracovním úřadě
- 10 Invalidní důchod 1.stupně
- 11 Invalidní důchod 2. Stupně
- 12 Invalidní důchod 3.stupně
- 13 Starobní důchod

**7. Měli jste na ZŠ nebo SŠ nějakou přednášku o drogách a jejich účincích a dopadech? (můžete zaškrtnout dvě možnosti, v případě, že se tak stalo na ZŠ i SŠ)**

- 1 Ano, na ZŠ, přednášenou lidmi, kteří nebyli z naší školy
- 2 Ano, na ZŠ, přednášenou některým z učitelů či pracovníků mé ZŠ
- 3 Ano, na SŠ nebo gymnáziu, přednášenou lidmi, kteří nebyli z naší školy
- 4 Ano, na SŠ nebo gymnáziu, přednášenou některým z učitelů či pracovníků mé SŠ
- 5 Ne, takovou přednášku jsme na žádné škole neměli

**8. Chodil(a) jste na ZŠ nebo SŠ či gymnázium, které nebylo určeno pro sluchově postižené?**

- 1 Ano, chodil(a) jsem na ZŠ i SŠ nebo gymnázium, které nebylo určeno pro sluchově postižené
- 2 Ano, chodil(a) jsem na ZŠ, která nebyla určena pro sluchově postižené
- 3 Ano, chodil(a) jsem na SŠ nebo gymnázium, které nebylo určeno pro sluchově postižené
- 4 Ne, chodil(a) jsem na ZŠ i SŠ nebo gymnázium pro sluchově postižené

**9. Jsem z města, obce: \_\_\_\_\_** (napíšte název města nebo obce a kraje, ve kterém žijete)

**10. Žil(a) jste v průběhu studia na internátu?**

- 1 ano, v průběhu ZŠ i SŠ nebo gymnázia jsem bydlel(a) na internátu
- 2 ano, v průběhu ZŠ jsem bydlel(a) na internátu
- 3 ano, v průběhu SŠ jsem bydlel(a) na internátu
- 4 Ne, v průběhu studia ZŠ i SŠ jsem bydlel(a) doma

**11. Víte, na koho se obrátit, koho požádat o pomoc, kdybyste měl(a) problémy s pitím alkoholu nebo užíváním drog nebo by takový problém řešil Váš známý nebo člen rodiny?**

- 1 Ne
- 2 Ano

**Pokud jste v otázce 11. odpověděl ano, prosím uveďte, na koho byste se obrátili nebo kde byste žádali o pomoc:**

---

---

---

**12. Vyhledal(a) byste služby, které jsou určeny lidem, kteří mají problémy s užíváním drog či alkoholu, kdybyste problém měl(a) nebo by vám někdo říkal, že problém máte? (Můžete zaškrtnout více možností)**

- 1 Ano, pokud bych měl(a) problém s drogami či alkoholem, zašel (zašla) bych do zařízení, které se tím zabývá
- 2 Ne, nechci, aby to o mně kdokoliv z neslyšících věděl
- 3 Ne, nejspíš by mi nerozuměli nebo bych já nerozuměl(a) jim
- 4 Jiná odpověď:

---

---

---

**Pokud jste v otázce 12. odpověděli ne, kdybyste měli problém s užíváním drog nebo alkoholu, šli byste do organizace, která se zabývá problémy lidí s užíváním drog a alkoholu, která by byla určena neslyšícím a jinak sluchově postiženým? (Pokud jste odpověděli ano, nemusíte na tuto otázku odpovídat)**

- 1 Ano
- 2 Ne



**13. Kdy si myslíte, že by měl člověk vyhledat odbornou pomoc někoho, kdo léčí lidi, kteří berou drogy? Kdy si myslíte, že má člověk s užíváním drog potíže, problém?**

- 1 když někdy vyzkoušel nějakou drogu (včetně marihuany a hašiše)
  - 2 když bere drogy alespoň jednou za rok (včetně marihuany a hašiše)
  - 3 když bere drogy alespoň jednou za měsíc (včetně marihuany a hašiše)
  - 4 když bere drogy alespoň jednou za týden (včetně marihuany a hašiše)
  - 5 když bere drogy častěji než jen jednou za týden (včetně marihuany a hašiše)
  - 6 když bere drogy každý den
  - 7 jiný příklad:
- 
- 

**14. Kdy si myslíte, že by měl člověk vyhledat odbornou pomoc někoho, kdo léčí lidi, kteří mají problémy s pitím alkoholu? Kdy si myslíte, že má člověk s pitím alkoholu potíže, problém? (Můžete zaškrtnout více možností)**

- 1 Když pije alkohol i mimo slavnostní příležitosti, jako jsou svátky nebo narozeniny
  - 2 Když pije alkohol alespoň jednou za měsíc
  - 3 Když pije alkohol alespoň jednou za týden
  - 4 Když pije alkohol častěji než jednou za týden
  - 5 Když pije alkohol každý den
  - 6 Když pije alkohol osamotě
  - 7 Když se hodně opíjí vždy, když pije
  - 8 Když pije alkohol téměř pokaždé, kdy se sejde s přáteli
  - 9 jiný příklad:
- 
- 

**15. Setkal(a) jste se někdy ve svém životě s diskriminací (někdo Vás šikanoval, zesměšňoval, vysmíval se Vám, ponižoval, byl bezohledný, omezoval Vás,...)?**

- 1 Ne
- 2 Ano, prosím napište příklady:

---

---

**16. Vyskytly se ve Vašem životě nějaké překážky, které jste obtížně překonával(a)?**

- 1 Ne
  - 2 Ano, prosím napište stručně:
- 
- 

**17. Cítíte někdy pocit studu kvůli tomu, že jste sluchově hendikepovaný/á?**

- 1 Ano, ale spíše když jsem byla mladší
- 2 Ano, občas
- 3 Ano, často
- 4 Ne, nikdy jsem kvůli tomu necítil(a) pocit studu

**18. Jsou Vaši rodiče slyšící?**

- 1 Ano, oba jsou slyšící
- 2 Ne, oba jsou neslyšící
- 3 Ne, matka je slyšící a otec neslyšící
- 4 Ne, otec je slyšící a matka neslyšící

**19. Cítíte se více jako člen komunity neslyšících nebo jste radši mezi slyšícími?**

- 1 Cítím se více jako člen komunity neslyšících
- 2 Cítím se lépe ve skupině lidí bez sluchového postižení/Cítím se více jako člen slyšících
- 3 Myslím, že jsem někde mezi těmito dvěma skupinami

**20. Myslíte si, že neslyšící užívají návykové látky (včetně alkoholu) více, než slyšící?**

- 1 Ano
- 2 Ne, myslím, že slyšící užívají více
- 3 Myslím, že obě skupiny užívají stejně

## **UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK**

- **Alkohol**

**21. Jak často pijete alkohol?**

- 1 4x týdně nebo častěji
- 2 2-3x týdně
- 3 2-4x za měsíc
- 4 Jednou za měsíc nebo méně
- 5 Nepiji vůbec, jsem abstinent

**22. Kolikrát za posledních 30 dní jste vypil(a) 5 nebo více sklenic alkoholu (pivo, víno, 0,5 dcl destilátu – velký panák) při jedné příležitosti?**

- 1 Ani jednou
- 2 jednou
- 3 dvakrát
- 4 třikrát až pětkrát
- 5 šestkrát až devětkrát
- 6 desetkrát a vícekrát

**23. V jakém věku (pokud vůbec) jste POPRVÉ udělal/a nebo zkusil/a následující věci? (Zaškrtněte jedno okénko v každém řádku. Pokud jste látku zkusil/a, zaškrtněte první políčko a napište věk, ve kterém jste látku poprvé zkusil/a. Pokud jste látku nikdy nezkusil, zaškrtněte políčko Nikdy)**

**Poprvé ve věku:**

a) Pil/a pivo (alespoň 1 sklenici) .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
b) Pil/a víno (alespoň 1 sklenici) .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
c) Pil/a destilát (alespoň 1 sklenici) .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
d) Opil/a se alkoholem .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
e) Kouřil/a první cigaretu .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
f) Kouřil/a cigarety denně .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
g) Zkusil/a pervitin, amfetaminy .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
h) Užíval/a léky na uklidnění (bez doporučení lékaře) .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
i) Zkusil/a marihuanu nebo hašiš .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
j) Zkusil/a LSD nebo jiný halucinogen .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
k) Zkusil/a crack .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
l) Zkusil/a kokain .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
m) Zkusil/a re Levin .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
n) Zkusil/a extázi .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
o) Zkusil/a heroin .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
p) Zkusil/a halucinogenní houby .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
q) Čichal/a prchavé látky (toluen aj) .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
r) Požil/a alkohol s prášky .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy
s) Zkusil/a anabolické steroidy .....	<input type="checkbox"/>	..... Let	<input type="checkbox"/>	Nikdy

**24. Cítil(a) jste někdy potřebu ukončit nebo omezit pití alkoholu?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**25. Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaše pití?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**26. Měl(a) jste někdy špatný pocit nebo výčitky svědomí ze svého pití alkoholu?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**27. Pil(a) jste někdy alkohol hned po ránu, abyste se uklidnil(a) nebo zahnal(a) kocovinu?**

- 1 Ano
- 2 Ne

• **Nelegální návykové látky**

**28. Znáte osobně někoho, kdo užívá nelegální drogy (včetně marihuany a hašiše)?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**29. Už Vám někdy někdo nabídnul nelegální drogu (včetně marihuany a hašiše)?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**30. Už Vám někdy někdo nabídl jinou nelegální drogu, než je marihuana nebo hašiš?**

- 1 Ano
- 2 Ne

**31. Jak často jste v průběhu posledních 30 dní užíval(a) hašiš nebo marihuanu?**

- 1 Každý den nebo téměř každý den (5x až 7x týdně)
- 2 Několikrát týdně (3-4x týdně)
- 3 Nejméně jednou týdně
- 4 Méně často než jednou týdně
- 5 Ani jednou

32. Vyplňte prosím následnou tabulku užití drog, čtěte pozorně, vyplňte křížkem vždy jen jedno políčko v řádku v případě, že jste tuto látku někdy zkusili, pokud ne, vyplňte křížek do sloupce „nikdy“.

	Alespoň	Alespoň	Alespoň	Nikdy
Alkohol	1	17	33	49
Tabák	2	18	34	50
Marihuana	3	19	35	51
Hašiš	4	20	36	52
Extáze	5	21	37	53
LSD	6	22	38	54
Lysohlávky	7	23	39	55
Jiné halucinogenní	8	24	40	56
Kokain	9	25	41	57
Relevin	10	26	42	58
Pervitin	11	27	43	59
Amfetamin	12	28	44	60
Heroin	13	29	45	61
Uklidňující léky*	14	30	46	62
Šalvěj divotvorná	15	31	47	63
Těkavé látky**	16	32	48	64

\*uklidňující léky – např.: Diazepam, Oxazepam, Apaurin, Neurol, Xanax, Rivotril, Lexaurin, Rohypnol, Nitrazepam, Dormicum, Halcinon, Defobin, Amytal, Nembutal, Seconal, Quaalude, Doriden, Equanil, Placidyl, Valmid, Hypnogen, Stilnox, Melipramin, Anafranil, Amitriptylin, Prothiaden, Ludiomil, Deprex, Deprenon, Fluxonil, Seropram, Citalec, Zoloft, Lerivon, Wellbutrin, Efectin, Ixel, Tramal, Tramadol, Tramabene, Mabron, Kodein, Korylan, Dafalgan, Morfin, Slovalgyn, Doltard, Vendal, Oxycontin, Dolsin, Fortral, Temgesic.

Mezi tisíci prostředky, které nás zajímají, **nepatří**: Ibalgin, Ibuprofen, Paralen, Nurofen, Saridon, Aspirin, Anopyrin a další neopiátová analgetika/antipyretika – tyto prostředky neuvádijte.

\*\***rozpuštědla** (např. toluen, lepidla, ředidla, éter a rajský plyn užívané inhalací-vdechováním)

**33. Užíváte některou z níže vypsanych následujících látek jednou týdně nebo častěji? Můžete zaškrtnout více možností**

- 1 Ano, marihuanu nebo hašiš
- 2 Ano, kokain
- 3 Ano, pervitin
- 4 Ano, amfetamin, speed, mefedron, extázi nebo jiný stimulant
- 5 Ano, heroin
- 6 Ano, uklidňující léky
- 7 Ano, těkavé látky
- 8 Ano, alkohol
- 9 Ne

**Pokud jste na otázku číslo 33 odpověděl(a) ne, tímto pro Vás vyplňování končí a já Vám velmi děkuji☺**

**Pokud jste na otázku číslo 33 odpověděl(a) ano, prosím o vyplnění dalších šesti podotázek:**

**34. Cítil(a) jste někdy v průběhu posledních 12 měsíců silnou touhu užít látku, kterou jste zakroužkoval(a) v otázce 33?**

- 1 Ne
- 2 Ano (pokud jste zaškrtnl(a) více látek, napište, u které látky se Vám to stává)

\_\_\_\_\_

**35. Stávalo se Vám v průběhu posledních 12 měsíců, že jste užil(a) více látky z otázky 33, než jste původně plánoval(a) nebo jste potřeboval(a) delší čas na její shánění a zotavování se z jejích účinků?**

- 1 Ne
- 2 Ano (pokud jste zaškrtnl(a) více látek, napište, u které látky se Vám to stává)

\_\_\_\_\_

**36. Máte nějaký fyzický problem (zdravotní komplikace), který souvisí s užíváním látky z otázky 33 a přesto užíváte zmíněnou látku nadále?**

- <sub>1</sub> Ne
- <sub>2</sub> Ano (pokud jste zaškrtl(a) více látek, napište, u které látky se Vám to stává)

\_\_\_\_\_

**37. Máte pocit, že jste v průběhu posledních 12 měsíců trávil(a) méně času tím, co Vás vždycky**

- <sub>1</sub> Ne
- <sub>2</sub> Ano (pokud jste zaškrtl(a) více látek, napište, u které látky se Vám to stává)

\_\_\_\_\_

**38. Potřebujete větší množství látky z otázky 35 k tomu, abyste dosáhl stejného účinku jako když jste tuto látku užíval dříve?**

- <sub>1</sub> Ne
- <sub>2</sub> Ano (pokud jste zaškrtl(a) více látek, napište, u které látky se Vám to stává)

\_\_\_\_\_

**39. Vzal(a) jste si někdy v průběhu posledních 12 měsíců látku z otázky 35 hned po ránu, aby jste se uklidnil(a) nebo zahnal(a) nepříjemný stav?**

- <sub>1</sub> Ne
- <sub>2</sub> Ano (pokud jste zaškrtl(a) více látek, napište, u které látky se Vám to stává)

\_\_\_\_\_

A to je vše☺ Mockrát děkuji za vyplnění, pokud by Vás zajímaly výsledky, ráda Vám je po zpracování dotazníků zašlu. Můžete se na mě obrátit i v případě zájmu o více informací z oblasti závislostí a možností léčby. Stačí si o to zažádat na mém e-mailu: [postraneckaz@seznam.cz](mailto:postraneckaz@seznam.cz)

S přáním krásných dnů,

Bc. Zuzana Postránecká



### **Příloha č. 3: Odpovědi odborníků pracujících ve službách pro sluchově postižené**

**V:** Mgr. Jitka Vrchotová, DiS., vedoucí poradny NRZP ČR

**P:** Soňa Procházková, psychoterapeutka pracující s neslyšícími a nedoslýchavými

**D:** Mgr. Věra Doušová, poradkyně z psychologické poradny při FRPSP

#### **1. Máte představu, jakým způsobem se s Neslyšícími v psychiatrické (psychoterapeutické, psychologické) léčbě pracuje? Myslíte si, že je péče pro SP v oblasti psychického zdraví dostatečná?**

**V:** Ano, určitou představu samozřejmě mám, ale sama poskytuji zcela jinou službu (odborné sociální poradenství), detailně tedy tento druh péče/pomoci neznám. Není dostatečná, to, že někteří neslyšící využívají služeb „běžných“ psychologů ještě neznamená, že je jim jejich prostřednictvím poskytována služba, kterou opravdu potřebují. Problém je v tom, že psycholog/psychiatr pro neslyšící musí mít vlastně 2 odbornosti: psychologickou (psychiatrickou, psychoterapeutickou apod.) a znalost znakového jazyka. Takových lidí není mnoho.

**P:** Ano mám představu. Ne nemyslím si, že je dostatečná.

#### **2. Vyhledávají Neslyšící často služby v oblasti psychického zdraví (psychologie, psychiatrie, psychoterapie) nebo si myslíte, že se spíše snaží těmto institucím vyhýbat? Proč myslíte, že tomu tak je?**

**V:** Na jedné straně je ostych, předsudky a neznalost neslyšících. Na straně druhé pak skutečnost, že tyto služby nemohou využívat, protože tyto služby prakticky neexistují (kromě péče o děti při spec. školách a SPC).

**P:** Neslyšící jsou k těmto službám spíše doporučení. Sami mnohdy nemají povědomí o tom, co jaká služba nabízí. Je velmi malá osvěta v této oblasti. Důvodů proč tomu tak je, je více. Sami nevědí, co je to za službu. Mají již vyvinuty jiné strategie k řešení, většinou někoho z komunity. Pokud ví, tak požadují kvalitního tlumočníka a nejlépe aby osoba poskytující službu uměla znakový jazyk. Požadují osobní přístup a kontakt.

### **3. S jakými psychickými poruchami se mezi sluchově postiženými vídáte nejčastěji?**

**V:** Nejsem odborník, nemohu laicky diagnostikovat své klienty. Myslím si, ale, že zde chybí terapie pro jakkoli závislé (drogy, alkohol, léky, automaty,...), stejně jako podpora rodičů (ať už slyšících či neslyšících) a v neposlední řadě i „klasické“ manželské poradenství a terapie. Zmiňovat se o chybějící krizové pomoci (týrání, zneužívání – děti, ženy, senioři,...) již ani nemá smysl.

**P:** Depresivní stavy a s tím související. Stejně jako u slyšících.

### **4. Co si myslíte, že je příčinou psychických problémů některých SP?**

**V:** Na začátku malý a neřešený problém. Setkala jsem se i s několika neslyšícími – užívajícími léky a docházejícími na psychiatrii – u kterých jsem měla pochybnosti o tom, zda tento druh „léčby“ skutečně potřebují. Chybí zde i odborná příprava odborníků (lékařů, terapeutů) zabývajících se pomocí lidem s duševními nemocemi/poruchami. Oni „házejí“ neslyšící do jednoho pytle s ostatní klientelou a to je špatně.

**P:** Je to opravdu velmi různé. Je to co osoba to příběh.

### **5. Myslíte si, že je výskyt psychických poruch u SP častější než v obecné populaci?**

**V:** Ne, to si nemyslím.

**P:** Neumím posoudit a i kdybych napsala odpověď, tak bude postavena na mé domněnce a nikoliv na pravdě.

**D:** pravděpodobně častější výskyt psychických poruch. Důvody: špatná komunikace, nepřijetí rodiči -kvůli vadě nemožné osvojit si mluvený jazyk a rodiče si neosvojí ZJ (bezjazyčí), vzniká vakuum a na podkladě toho podnětová a citová deprivace, narušení

vztahů v primární rodině, negativní vliv na tělesný a duševní vývoj jedince s sluchovým postižením atd.

**6. Víte, jaké jsou možnosti psychiatrické léčby neslyšících? Znáte nějakého neslyšícího či nedoslýchavého člověka, který absolvoval léčbu závislostí? V jakém rozsahu? Jaké má zkušenosti?**

**V:** Ano, viz výše. Situace je velmi špatná.

**P:** Ano vím, možnosti jsou nulové a zacházení s neslyšícími u psychiatrů je tristní. Ano znám někoho kdo léčbu absolvoval. Ukončil ji, protože neměla význam, nerozuměl! Zkušenosti špatné a demotivující!

**D:** Neexistují standardy pro psychiatrickou léčbu sluchově postižených, v ČR není žádný znakový psychiatr, problémy s financováním tlumočnicků. Psychologická ambulance v rámci FRPSP je jediným zařízením pro dospělé sluchově postižené v rámci celé ČR. Sluchově postižený uživatel, který absolvoval ústavní léčbu se vůči ní vyjadřoval velmi kladně, nicméně dnes občasně užívá

**7. Myslíte si, že je v komunitě sluchově postižených častý výskyt užívání návykových látek včetně alkoholu?**

**V:** Ano, samozřejmě, proč by měli být jiní než slyšící? Závislosti se zde objevují stejně (možná i více, ale statistiky neznám) jako u slyšících.

**P:** Co to znamená častý?

**8. Které návykové látky si myslíte, že SP užívají nejčastěji?**

**V:** Nevím, neznám statistiky.

**P:** Nevím.

**9. Myslíte, že SP pijí častěji nebo více než obecná populace?**

**V:** Nevím, neznám statistiky.

**P:** Nevím. Mohlo by to tak být. Ale rozhodně nemám podklady, které to dokazují.

**10. Myslíte, že SP užívají nelegální návykové látky častěji nebo více než obecná populace?**

**V:** Nemám dost informací, abych mohla hodnotit.

**P:** Myslím, že ne.

**11. S užíváním které návykové látky se ve svém okolí vídáte nejčastěji?**

**V:** Alkohol, marihuana.

**P:** Alkohol.

**12. Obrací se na Vás SP lidé, kteří mají problémy v oblasti závislostí, popř. jejich rodinní příslušníci?**

**V:** Občas, ale není to moc časté.

**P:** Minimálně.

**D:** Lidé se závislostním problémem sem moc často nechodí nebo svůj problém zde neřeší a možná o něm ani nevědí. V průběhu cca 5 let 2 alkoholici – oba řešili během sezení jiný problém. Jeden z nich odeslán do Apolináře. 1 uživatel nelegálních NL – několik ústavním léčeb, nedoslýchavý, umí odezírat se sluchadlem. 1 člověk se poptával na problematiku závislostí – kdy už je člověk závislý, HIV pozitivní, odeslán do Sananimu, mluvil o užívání bílého prášku (pravděpodobně kokain), alkohol. 1 člověk alkohol, marihuana, pravděpodobně extáze (mluvil o prášku, pravděpodobně nezná název)

**13. Myslíte si, že by SP lidé raději chodili do služby, která je určena pro SP uživatele návykových látek, pokud by měli s užíváním návykových látek problém, než do služby, která je určena pro obecnou populaci (a dá se předpokládat, že zde nebude nikdo vzdělaný v problematice sluchového postižení)?**

**V:** To je těžké. Podle mne to bude vždy „půl na půl“. Někteří neslyšící jsou rádi „mezi svými“ a jiní raději tam, kde jsou „v anonymitě“. Pracovník poskytující terapeutické služby tohoto druhu by dle mého názoru měl poskytovat obojí. Tj. mít navázanou spolupráci s několika (2-3) centry „pro slyšící“ a docházet tam jako externí pracovník + poskytovat službu neslyšícím v „poradně pro neslyšící“. To je ideál, je samozřejmě otázkou, nakolik je to reálné.

**P:** Jdou za tím, komu důvěřují. Neřeší to z pohledu profese. Jsou velmi citliví na cokoli by je znejistilo v tom, že se domluví a že informace zůstanou tam kde mají. Také jsou citliví na to, když někdo nerozumí nejen jazyku, ale také kulturním rozdílům mezi jejich jazykovou a kulturní menšinou a většinovou populací.

**14. Myslíte si, že je mezi SP skrytá populace uživatelů nelegálních návykových látek nebo problémových pijáků alkoholu? Jakým způsobem se komunita Neslyšících staví k problémovému pití nebo užívání NL? (skrytá populace uživatelů = lidé, kteří mají problémy s užíváním návykových látek včetně alkoholu, ale nevyhledají žádnou pomoc)**

**V:** Ano, myslím si, že je. Dokonce bych řekla že více než mezi slyšícími. Pomoc nehledají, protože automaticky předpokládají, že se s nikým nedomluví. Určitou roli hraje i ostych nebo obava ze „šíření drbů“ mezi neslyšícími.

**P:** Nevím, spíše si myslím, že ano. Nevím, jak se k tomu staví komunita, ale jedinci, které znám jsou dvojího typu. Jedni nemají rádi alkohol, protože se o N. říká, že hodně pije. A druhí nemají na své pití náhled. Myslí si, že je to normální a že ve slyšící populaci je to horší.

**D:** Ano. Komunita o tom spíše ví. Někdo to považuje za normál, někdo se snaží zajistit přísun informací a upozornit.

**15. V jakém věku si myslíte, že neslyšící začínají (pokud vůbec) s užíváním nelegálních návykových látek (včetně alkoholu)?**

**V:** Nevím, asi jako slyšící? Určitou roli může hrát i internátní výchova... Jen hádám.

**P:** Velmi brzo. Mají přísun financí z důchodů a to může být jedním z důvodů. Nemají finanční brzdu.

**D:** Nedokážu odhadnout. Asi lze konstatovat, že kdo vyrůstá v internátní výchově, má možnost kontaktu s NL brzy. Záleží, zda se to na internát/do školy dostane. Pak funguje napodobování: „spolužáci to dělají, já budu taky“, ať už z důvodů potřeby se zařadit, identifikace nebo zvědavosti.

**16. Jaké mají Neslyšící informace o drogách? Myslíte, že je jejich informovanost dostatečná? Co si myslíte, že by se v tomto směru dalo udělat?**

**V:** Špatné informace a málo. Opět hádám, ale usuzuji tak dle jejich informovanosti o jiných (běžnějších a méně závažných) tématech. Moc nevěřím tomu, že vědí, jak tuto situaci řešit.

**P:** Myslím si, že je nedostatečná stejně jako u slyšící populace. Myslím si, že je nutné aby se setkávali s někým v koho by měli důvěru. Kdo by jim informace předal. Také si myslím, že by bylo vhodné zhotovit vzdělávací CD ve znakovém jazyce a tam zapojit samotné neslyšící k jejich tvorbě. Tak by pro ně bylo maximálně věrohodné. Třeba, formou hraných několika příběhů a poté vysvětlení pojmů. Zamyšlení se nad tím. Dal by se na to napsat projekt. Právě budu psát projekt na terapeutické skupiny s neslyšícími dívkami a ženami a je tady také výzva, která by se na toto dala využít. Na materiál a odměnu pro neslyšící herce, nebo figuranty. Také jeden podobný projekt znám a něco trochu vzdáleného tomuto také nyní vedu.

**D:** Na školách primární prevence – interaktivní programy (asi záleží na aktivitě pracovníků školy). V klubech pro dospělé čas od času informativní přednášky, zvou

odbroníky. Dost informací to asi není. Možná vytvořit webstránky v ZJ, přizpůsobené jejich potřebám. Web hojně využívají pro hledání informací.

**17. Jak byste si představoval ideální léčbu závislostí pro SP v České republice? Co by nemělo chybět? Pro kolik by to mělo být klientů? Jak by měl být vzdělaný personál?**

**V:** Viz výše.

**P:** Primárně by měla být v místě a s lidmi, kteří znají kulturní odlišnosti těchto klientů. Mají s nimi praxi. Alespoň část personálu by měla být neslyšící. A určitě by měl být přítomen tlumočnický (zde pak přibývá tematika „tvorby terapeutického vztahu přes tlumočnicka“) v ideálním případě by měl personál, který vede přímo terapii s klienty ovládat jejich mateřský jazyk. Samozřejmě nejsem naivní a vím, že se musí nějak začít. Pak navrhuji vytvořit oddělení jen pro tuto populaci, nebo vyčlenit pracovníka pro případnou „také“ práci s neslyšícími. Ten by měl být v oboru vzdělaný a měl by projít praxí právě v terapii s těmito lidmi. Nebo by měl být pod supervizí někoho, kdo s tím má zkušenost. Mělo by jít o osobní kontakt. Pokud píšete o vytvoření léčby přes internet, pak se obávám toho, že pokud nebudou mít v práci s vámi zkušenost nebo s tlumočnickem, kterého aktuálně pro toto zvolíte, mohlo by se to tímto zbrzdit. Ale nápad je to dobrý☺

**D:** Zachovala bych vřazování SP klientů do systému péče pro slyšící populaci, ale zaměřila bych se na lepší „vybavení“ odborníků pro práci s těmito klienty (komunita SP je malá, téměř všichni se navzájem znají. Možná se to dá nějak využít, ale já zatím nevím jak) – školení o mentalitě SP, manuál, jak zacházet se SP klientem (asi něco jako Vy zmiňujete standardy). A hlavně ošetřit možnost zajištění a pak jeho přítomnost při terapiích atd.

Níže otázky pouze pro Mgr. Doušovou z psychologické poradny při FRPSP:

### **18. S jakými problémy za Vámi neslyšící klienti nejčastěji chodí?**

Problémy s identitou (slyšící X neslyšící), partnerské, rodinné vztahy, poradenství v oblasti zaměstnání, nedůvěra vůči slyšícím, ale i neslyšícím, izolace, posudky pro soudy. Časté jsou psychické potíže z bezjazyčí. Průměrně 23 stálých klientů, cca 280 konzultací za rok. Dříve více.

### **19. S jakými problémy se mezi svými klienty setkáváte?**

SP nejrizikovější skupina vzhledem k sexuálnímu násilí, možné časté násilí v partnerských vztazích, materiální zneužívání k získání přátel, omezená možnost výběru partnera i zaměstnání. Někteří SP vzpomínají na sexuální zneužívání a šikanu na internátu stran dětí, šikana i ze strany vychovatelů. Někteří SP vypovídají, že ve svém okolí občas vidají změnu orientace z heterosexuální na homosexuální vzhledem k nedostatečným možnostem ve výběru partnera.

### **20. Jak řešíte klienty, kteří potřebují farmakologickou léčbu?**

V současné době cca 2-3 klienti, kteří navštěvují tuto poradnu jsou zároveň psychiatrickými pacienty nebo by měli být na základě již stanovené diagnózy. Spolupráce s FOKUSEm, přesměrování na adekvátní psychiatrickou léčbu. Zkušenost s každodenním tlumočením v PL společně s neslyšícím tlumočnickem – ne celý den, pouze na vizity a důležité momenty. Neexistují standardy péče pro SP v psychiatrické léčbě. Z minulosti všeobecně špatné zkušenosti s tlumočnický – nedodržování mlčenlivosti v komunitě neslyšících – nedůvěra. Dnes častěji a stále větší počet neslyšících má svého stálého tlumočnicka, který s ním chodí k doktorům, na úřady, ..., kterému důvěřuje

### **21. O jakou NL se jedná nejčastěji?**



Klient, který prošel ústavní léčbou – pervitin, u ostatních jsou užívané NL nejasné

**22. Jaké problémy nejčastěji řeší neslyšící klienti, kteří za Vámi přijdou se závislostním problémem?**

U zmíněných klientů s alkoholovým problémem se jednalo především o problémy v oblasti partnerských vztahů (trápí je, že si nemohou najít partnera), snaha rozšířit sociální dovednosti v oblasti mezilidských vztahů, rodinné problémy – oba měli slyšící rodiče, špatná komunikace, odmala na internátu, citová deprivace, nepřijetí sluchového postižení rodiči, jeden není v kontaktu s rodiči vůbec, druhý velmi zřídka). Klient, který prošel ústavní léčbou – problémy ve škole pro sluchově postižené – nepřijímám školním kolektivem, první uspokojivé přijetí vrstevníky mezi uživateli NL, otec alkoholik. Klient X – depresivní, antidepressiva, problémy s identitou, dorozumívá se pouze znakováním, nicméně vzhledem k rozšíření informace o HIV pozitivitě vyloučen z komunity Neslyšících, možná homosexuální orientace, dobrý vztah s rodinou, která ale žije v Ostravě, klient kvůli práci v Praze.

**23. Jak tyto situace řešíte? Popř. na koho se obracíte v případě závislostních problémů svých klientů?**

Sananim, Apolinář

**24. Poskytujete rodinnou terapii? Jaké jsou možnosti rodinné terapie sluchově postižených?**

Poskytujeme poradenství (v plánu absolvovat 0,5 roku Kurz rodinného poradenství – garant MUDr. V. Chvála). Pro terapii odesíláme do institucí pro slyšící populaci a snažíme se ošetřit z hlediska SP klienta (zajistit tlumočení, přijetí SP klienta apod.)

**25. Jsou klienti se závislostními problémy častěji ze slyšících nebo neslyšících rodin?**

Ze slyšících rodin.

**26. Jedná se o lidi spíše integrované do intaktní populace nebo naopak (odezírají, je jim rozumět, stýkají se se slyšícími)?**

Plně nerozumím otázce, ale jsou to klienti usilující o přijetí do nějaké skupiny, integrování mezi slyšícími se být příliš necítí. Klienti spíše se snahou odezírat a mluvit, ale nemají jistotu, zda rozumí dobře. ZJ byl pro ně lepší.

**27. Jedná se častěji o lidi, kteří bydleli na internátu?**

Ano.

**28. Jaký mají závislostní klienti profil? Vzdělání, zaměstnání, samostatnost, psychický stav?**

SOU, SŠ, Zaměstnání: problém s režimem, spolehlivostí (dodržení prac.doby) - důvod výpovědi, ale jsou považováni za šikovné, vstřícné lidi. Tito klienti se často projeví empaticky, se zájmem o druhé v kombinaci s touhou po vztazích, uznání atd.

**29. Zjistíte u svých klientů, kteří nepřišli se závislostním problémem? Jakým způsobem?**

Ne.

#### **Příloha č.4: Poděkování**

Organizace, ve kterých proběhl sběr dat:

- Česká unie neslyšících
- Gymnázium, Střední odborná škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené, Praha 2, Ječná 27
- Střední škola, základní škola a mateřská škola pro sluchově postižené Holečkova
- Střední škola, Základní škola a Mateřská škola pro sluchově postižené Výmolova

Tlumočnick dotazníku do znakového jazyka:

- Jan Wirth

Lidé, kteří pomáhali při tlumočení v průběhu sběru dat v organizacích:

- Jana Šimečková
- zástupce ředitele Bc. David Jorda a spolupracující tlumočníci a učitelé na Střední škole, Základní škole a Mateřské škole pro sluchově postižené Výmolova

Odborníci pracující se sluchově postiženými, kteří odpověděli na zasláné dotazy:

- Mgr. Jitka Vrchotová, DiS. - vedoucí Poradny NRZP ČR
- Mgr. Věra Doušová - Psychologická poradna pro sluchově postižené
- Soňa Procházková

Lidé, kteří pomáhali šířit dotazník nebo kontrolovali srozumitelnost dotazníku (či obojí):

- Barbora Herzánová
- Gabriela Pecová
- Jakub Božek
- Jakub Peřina
- Jan Hnízdil

- Jan Skorkovský
- Jan Tuček
- Jan Wirth
- Jana Šimečková
- Kristýna Mariáková
- Leoš Mačák
- Michal Seiner
- Rebecca Stoklasová
- Tomáš Pazdera

Weby, které umožnily vystavení dotazníků:

- [www.kochlear.cz](http://www.kochlear.cz)
- [www.neslysici.cz](http://www.neslysici.cz)
- [www.ruce.cz](http://www.ruce.cz)
- [www.ticho.cz](http://www.ticho.cz)

Organizace, které pomohli rozesílat dotazníky nebo vyjádřili podporu vzniku adiktologických služeb pro Neslyšící:

- Aldea, vzdělávací agentura - [www.aldea.cz](http://www.aldea.cz)
- APPN, o.s. – agentura pro neslyšící - [www.appn.cz](http://www.appn.cz)
- ASNEP a redakce časopisu Gong - [www.asnep.cz](http://www.asnep.cz) , [www.gong.cz](http://www.gong.cz)
- Česká unie neslyšících - [www.cun.cz](http://www.cun.cz)
- Elva help o.s. - [www.elvahelp.estranky.cz](http://www.elvahelp.estranky.cz)
- Knihovna se specializovaným fondem při FRPSP
- Labyrint Brno - [www.labyrintbrno.cz](http://www.labyrintbrno.cz)
- [loffelmann@free-art.cz](mailto:loffelmann@free-art.cz)
- Národní rada osob se zdravotním postižením ČR - [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz)
- Psychologická poradna pro sluchově postižené

## Příloha č. 5: Oslovené organizace

- 3Dimenze, o.s. - [www.3dimenze.net](http://www.3dimenze.net)
- Aldea, vzdělávací agentura - [www.aldea.cz](http://www.aldea.cz)
- APPN, o.s. – agentura pro neslyšící - [www.appn.cz](http://www.appn.cz)
- ASNEP a redakce časopisu Gong - [www.asnep.cz](http://www.asnep.cz) , [www.gong.cz](http://www.gong.cz)
- Awi film - [www.filmdat.cz/sdruzeni.php?detail=13](http://www.filmdat.cz/sdruzeni.php?detail=13)
- Bez hran – Hradecké centrum českého znakového jazyka o.s. - [www.bezhran.cz](http://www.bezhran.cz)
- Czech Deaf Youth - [www.czechdeafyouth.cz](http://www.czechdeafyouth.cz)
- Českomoravská jednota Neslyšících, o.s. - [www.cmjn.cz](http://www.cmjn.cz)
- Český tenisový svaz neslyšících - [ctsn.ruce.cz](http://ctsn.ruce.cz)
- ECPN - Evropské centrum pantomimy neslyšících - [www.ecpn.cz](http://www.ecpn.cz)
- Elva help o.s. - [www.elvahelp.estranky.cz](http://www.elvahelp.estranky.cz)
- Institut neslyšících pro specializované vzdělávání - [www.inpsv.com](http://www.inpsv.com)
- Knihovna se specializovaným fondem při FRPSP - <http://www.frpsp.cz/cs-CZ/nase-sluzby/informacni-sluzby/knihovna-se-specializovanim-fondem.html>
- Kulturní centrum RUCE - <http://kulturnicentrum.ruce.cz/>
- Labyrint Brno - [www.labyrintbrno.cz](http://www.labyrintbrno.cz)
- [loffelmann@free-art.cz](mailto:loffelmann@free-art.cz)
- Moravskoslezská unie neslyšících - [www.msun.cz](http://www.msun.cz)
- Národní rada osob se zdravotní postihem ČR - [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz)

