

Psychologiczne następstwa niedowidzenia

The psychological consequences of amblyopia

Joanna Łazarczyk-Kirejczyk¹, Agata Szulc¹, Alina Bakunowicz-Łazarczyk²

¹ Z Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kierownik: dr hab. n. med. Agata Szulc

² Z Kliniki Okulistyki Dziecięcej z Ośrodkiem Leczenia Zeza Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Alina Bakunowicz-Łazarczyk

Summary: This is the review of references about problem of amblyopia and its psychosocial effects on children being cured. The study emphasizes the need for psychological approach to problems that trouble children wearing glasses, suffering from strabismus and being cured by occlusion.

Słowa kluczowe: niedowidzenie, zez, wpływ psychologiczny.

Key words: amblyopia, strabismus, psychological impact.

Niedowidzenie (ambliopia) to stwierdzone obniżenie ostrości wzroku bez przyczyny organicznej, a jeśli taka zmiana istnieje, to nie tłumaczy ona stopnia upośledzenia widzenia. Definicja ta została podana przez Bangertera i nadal obowiązuje w strabologii (1,2). Następstwem ambliopii są zmiany w fuzji obrazów, utrata widzenia stereoskopowego, a więc brak pojedynczego widzenia obuocznego. Miejszem odzwierciedlającym pierwotne zaburzenia w niedowidzeniu jest obszar prążkowanej kory wzrokowej, a także okolica ciał kolankowatych bocznych. Powstające zmiany mają charakter czynnościowy i morfologiczny (1,3,4). Początek niedowidzenia jest w ścisłej korelacji ze stanem dojrzałości układu wzrokowego, dlatego wyróżnia się okres rozwoju niedowidzenia, okres odwracalnego niedowidzenia oraz okres nawrotu ambliopii. Czynniki powodujące niedowidzenie w tych trzech okresach nie wywołują go w wieku dorosłym.

Główne przyczyny powstawania ambliopii według von Noordena w modyfikacji Camposa to:

- zez,
- różnowzroczność,
- niedowidzenie powstałe w wyniku nieużywania oka (deprawacja wzrokowa) (1,3).

W piśmiennictwie światowym istnieją pojedyncze doniesienia o tym, że niedowidzenie jest przyczyną zaburzeń natury psychicznej (5). Packwood i wsp. opisali psychospołeczny wpływ ambliopii na dorastanie i życie pacjentów ze współistniejącym zezem lub bez niego (6). Przebadano grupę 25 osób z niedowidzeniem w wieku powyżej 15. roku życia, którym zadano 20 pytań dotyczących przyczyn występowania niedowidzenia i jego leczenia, edukacji, samooceny, wpływu ambliopii na naukę, pracę i przyjaźnię. Badani pacjenci pochodzili z Saint Louis i Iowa w USA. Dodatkowo grupę oceniono pod względem występowania zaburzeń psychosomatycznych, obsesyjno-kompulsywnych, wrażliwości interpersonalnej, zaburzeń depresyjnych i lękowych. Wyniki porównano z wynikami grupy kontrolnej bez ambliopii, używając Hopkins Symptoms Checklist (HSCL) (7). Ba-

danie to zawierało 58 pozycji w kwestionariuszu przeznaczonym do samodzielnego wypełnienia, za jego pomocą oceniano pięć zmiennych: somatyzację, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, wrażliwość interpersonalną, depresję i lęk. Dodatkowo pacjentom wykonano badanie okulistyczne, a stwierdzone niedowidzenie było związane z ostrością wzroku poniżej 20/40, u osób z zezem zaś kąt wynosił mniej niż 8 dioptrii pryzmatycznych. Badacze stwierdzili, że w grupie 25 osób z niedowidzeniem bez zeza i osób, które wymagały operacji zeza, istniało poczucie, że ambliopia wpływała na naukę (52%), pracę (48%) oraz styl życia (50%), a także na uprawianie sportu i wybór zawodu (36%). W obu grupach pacjentów stwierdzono większy wskaźnik somatyzacji, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych, wrażliwości interpersonalnej, depresji i lęku – wg porównania z grupą kontrolną. Autorzy stwierdzili, że problemy psychologiczne powiązane z niedowidzeniem mogą wpływać na indywidualną samoocenę, pracę, naukę i przyjaźnię.

Ocena jakości życia pacjenta badana za pomocą ankiet stała się ważnym narzędziem poznawczym oceniającym funkcje życiowe, status psychologiczny u chorych z różnymi problemami okulistycznymi. Test wykorzystywany do oceny funkcji wzrokowych (VF-14), opracowany w 1994 roku, zawiera 14 pytań dotyczących aktywności powiązanych z funkcjami wzrokowymi i po raz pierwszy znalazł zastosowanie u pacjentów z zaćmą (8).

Bardziej obszerne badania dotyczące powiązania niedowidzenia, zeza i noszenia okularów z zaburzeniami psychicznymi, wykonywane za pomocą testu VF-14, zostały przeprowadzone przez Sabi, Knappa, Thompsona i Gottloba (9). Przebadali oni grupę 120 osób w wieku od 16 lat do 18 lat z niedowidzeniem i z zezem. Z grupy z ambliopią wyróżniono podgrupy: z różnowzrocznością, z zezem oraz mieszaną. Ostrość wzroku w oku z niedowidzeniem wynosiła od 0,1 do 0,6. Do badań użyto testu VF-14 i testu psychologicznego wpływu – nowego kwestionariusza składającego się z 8 części służących do określenia psychologicznego wpływu obecności słabszego oka, noszenia

szkieł i występowania zezów na codzienne funkcjonowanie. Każda z części składała się z 60 pozycji. Porównano dane obu zastosowanych testów z danymi klinicznymi. Autorzy stwierdzili, że wyniki testu VF-14 różnią się w grupie z ambliopią i bez niej, lecz trudno jest dokonać dokładnej oceny w zależności od stopnia niedowidzenia. Natomiast w teście psychologicznego wpływu stwierdzono różnice u młodzieży ze średnią i wysoką ambliopią oraz u osób z zezem i bez niego, a zwłaszcza u pacjentów z nieprzyjemnymi doświadczeniami związanymi z zasłanianiem oka. Wywnioskowano, że niedowidzenie i zez mają wpływ na poczucie dobrostanu u młodzieży oraz na ich dalsze życie i rozwój. Krytyczny kąt zezów, przy istnieniu którego występowały psychologiczne następstwa u nastolatków, wynosił więcej niż 10 dioptrii pryzmatycznych.

Steinberg i wsp. badali pacjentów z zaćmą, u których ostrość wzroku wynosiła od ruchu ręki przed okiem do 1,0, za pomocą testu VF-14 (8). Inni autorzy zastosowali VF-14 u chorych z AMD i po penetrującej keratoplastyce w stożku rogówki oraz w jaskrze (10,11,12). U wszystkich tych chorych wynik VF-14 był wysoki (ok. 78,9). Podobnie u pacjentów z oczopląsem wykazywał korelację z ostrością wzroku (13).

Van de Graaf i wsp. włączyli do badań pacjentów leczonych z powodu zarówno ambliopii, jak i zezów (14). Zastosowali test oceny poziomu życia pacjenta i test VF-14. Ocenili pięć problemów, takich jak: obawa przed utratą lepszego oka, kłopoty z oceną odległości obiektów, wzrokowa dezorientacja, dwojenie oraz problemy z relacjami interpersonalnymi. Wyniki wskazywały, że wyżej wymienione problemy z większą częstością występowały u osób z ambliopią niż u osób w grupie kontrolnej.

Horwood i wsp. stwierdzili, że dzieci noszące okulary i leczone okluzją czuły się ofiarami jawnego bullyingu w szkole (15).

Według Stanisława Orłowskiego słowo bullying jest rozumiane najczęściej jako tyranizowanie, z intencją skrzywdzenia drugiej osoby (16). Agresywny akt w dużej mierze nie jest wynikiem prowokacji i powtarza się na przestrzeni jakiegoś czasu. Określany jest często jako celowe, powtarzalne i nieprovokowane zachowania agresywne jednego sprawcy lub grupy sprawców wobec ofiary, z zamiarem sprawienia jej bólu fizycznego, przykrości, poniżenia jej lub przerażenia, najczęściej w obliczu grupy „widywów” z wyraźną nierównowagą sił – niemożnością obronienia się ofiary i poczuciem bezkarności sprawcy.

Rozpatrując bliżej to zjawisko, możemy rozróżnić kilka odmian bullyingu:

bullying bezpośredni

- fizyczny – popychanie, plucie, kopanie, uderzanie, zabieranie rzeczy i ich chowanie, zmuszanie do wykonywania poniżających, ośmieszających lub obraźliwych czynności, w tym kopro- i urofilnych oraz seksualnych,
- słowny (emocjonalny) – groźenie, poniżanie przez przezywanie, wyśmiewanie, robienie min i prowokowanie;

bullying pośredni (ukryty)

- relacyjny – obmawianie, rozpuszczanie plotek, namawianie innych do izolacji ofiary, jej odrzucania i ignorowania,
- cyber bullying – umieszczanie w sieci (e-maile, blogi, itp.) oszczerczych informacji.

Harwood i wsp. przebadali 6536 dzieci z Wysp Brytyjskich objętych programem Avon Longitudinal Study of Parents and Children, wiek dzieci to 7,5-8,5 roku (15). Stwierdzono, że znę-

canie się fizyczne lub słowne miało miejsce w odniesieniu do 35-37% dzieci noszących okulary lub stosujących zasłanianie oka. Autorzy stwierdzili też, że poczucie bycia ofiarą rozpoczynające się we wczesnych latach życia może mieć związek z psychospołecznym niedostosowaniem, może powodować wzrost lęku, odczuć depresyjnych, samotności, obniżenie poczucia wartości oraz problemy behawioralne. W tych badaniach chłopcy częściej padali ofiarami bullyingu niż dziewczęta, w szczególności jeśli byli fizycznie słabsi od rówieśników. W przypadku dziewcząt wygląd i osłabienie bliskich więzi z grupą skutkowało odczuciem, że są prześladowane. Cechy fizyczne, wzrost, waga, deformacje twarzy, choroby neurologiczne (np. padaczka), nowotwory wzmacniały poczucie bycia ofiarą. Defekty widzenia, takie jak zez czy niedowidzenie, kojarzyły się z gorszymi relacjami interpersonalnymi i niską samooceną.

Istnieje kilka badań donoszących o psychospołecznym wpływie noszenia okularów oraz negatywnych odczuciach dzieci, zwłaszcza dziewcząt (17,18,19). Nie potwierdzono jednoznacznie, czy negatywne nastawienie do dzieci wymagających korekcji wady wzroku lub dzieci z zezem sprawia, że stają się one częstszymi ofiarami społecznego odrzucania i bullyingu. Możliwe, że zez w odróżnieniu od innych defektów widzenia zaburza „kontakt wzrokowy” oraz relacje z innymi osobami, co skutkuje problemami z prawidłowym nawiązywaniem związków międzyludzkich i jest powodem psychospołecznych komplikacji.

Długofalowe badania prowadzone w Australii w grupie 6000 dzieci w wieku 13-15 lat i podobne, dotyczące 1000 osób w wieku 16-25 lat we Francji, wykazały, że niska samoocena w dzieciństwie jest znaczącym czynnikiem ryzyka depresji i zaburzeń emocjonalnych w późniejszym wieku (20,21). Satterfield badając 43 pacjentów z niedowidzeniem zezowym w wieku 15-81 lat stwierdził, że przetrwały zez powyżej 11 dioptrii pryzmatycznych w 85% koreluje ujemnie z pracą, aktywnością sportową i zabawą (22). Zez był powodem pogorszenia image'u u 72% nastolatków i 77% dorosłych. Pacjenci z zezem uzyskali znacząco gorsze wyniki testu niż osoby w grupie kontrolnej. Nieprzyjemne doświadczenie związane z zasłanianiem oka łączyło się z wysokim wynikiem testu psychologicznego wpływu. Według innych badaczy ambliopia może upośledzić perspektywę rozwoju dziecka.

Koklanis, Abel i Aroni przebadali 41 dzieci z niedowidzeniem, w wieku 3-15 lat, mieszkających w Melbourne, i ich rodziców (23). Wykonali szczegółowe badanie okulistyczne. Ostrość wzroku oka gorzej widzącego wyniosła od 6/60 wzwyż. U 26 dzieci stwierdzono dodatkowo zez zbieżny (u 22 kąt zezów <25 dioptrii pryzmatycznych, u 4 >25 dioptrii pryzmatycznych) oraz u 4 – zez rozbieżny. Większość dzieci z zezem została zoperowana. Do oceny adaptacji i problemów behawioralnych użyto The Behaviour Assessment System for Children (BASC). Rodziców przebadano za pomocą The Parent Rating Scale (PRS) oraz Self-Report Scale (SRP). Dzieci z niedowidzeniem miały poczucie porażki, stygmatyzacji, wstydu i dyskryminacji związanej z chorobą. Czują, że wszyscy zwracają na nie uwagę z powodu noszenia okularów oraz zasłonki. W trakcie trwania leczenia dzieci unikały kontaktu z obcymi osobami. Wyżej wymienione odczucia ustąpiły po zakończeniu leczenia. Z kolei rodzice podawali, że dzieci tolerowały leczenie i je akceptowały z minimalnymi negatywnymi konsekwencjami. Wyniki BASC wykazały, że

dzieci z ambliopią ujawniały minimalne problemy behawioralne i emocjonalne. Analiza PRS i SRP wskazywała na brak statystycznych relacji między rodzajem ambliopii a psychopatologią. Porównanie badań klinicznych i ankiet odzwierciedliło fakt, że stopień niedowidzenia i jego leczenie nie wpływają na funkcjonowanie psychospołeczne. Natomiast występowanie zeza znacznie pogłębiało problemów, objawiając się nadreaktywnością i agresją u leczonych dzieci.

Większość pozycji z literatury dotyczącej niedowidzenia opiera się na empirycznych przesłankach i psychologicznych paradygmatach. Na podstawie przeglądu wielośrodkowych badań i ich oceny można wysunąć wniosek, że ambliopia i jej leczenie wymagają interdyscyplinarnego podejścia integrującego metody kliniczne, socjologiczne i psychologiczne. Jest to niewątpliwie nowe wyzwanie nie tylko dla lekarzy okulistów, ale również psychiatrów i psychologów.

Piśmiennictwo:

1. Campos EC: *Major review. Amblyopia*. Surv Ophthalmol 1995, 40, 23-39.
2. Krzystkova K, Kubatko-Zielińska A, Pająkowska J, Nowak-Brygowa H: *Choroba zezowa rozpoznawanie i leczenie*. PZWL Warszawa 1997.
3. von Noorden GK: *Amblyopia. A multidisciplinary approach (Proctor Lecture)*. Invest Ophthalmol Vis Sci 1985, 26, 1704-1716.
4. Garey LJ, De Courten C: *Structural development of the lateral geniculate nucleus and visual cortex in monkey and man*. Behav Brain Res 1983, 10, 3-13.
5. Menon V, Saha J, Tandon R, Mehta M, Khokhar S: *Study of the psychosocial aspects of strabismus*. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 2002, 39, 203-208.
6. Packwood EA, Cruz OA, Rychwalski PJ, Keech RV: *The psychosocial effects of amblyopia study*. J AAPOS 1999, 3, 15-17.
7. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L: *The Hopkins Symptoms Checklist (HSCL): a self inventory*. Behav Sci 1974, 19, 1-13.
8. Steinberg EP, Tielsch JM, Schein OD, Javitt JC, Sharkey P, Casard SD, Legro MW, Diener-West M, Bass EB, Damiano AM, Steinwachs DM, Sommer A: *The VF-14: An index of functional impairment in patients with cataract*. Arch Ophthalmol 1994, 112, 630-638.
9. Sabri K, Knapp CM, Thompson JR, Gottlob I: *The VF-14 and Psychological Impact of Amblyopia and Strabismus*. IOVS, October 2006, 47(10), 4386-4392.
10. Riusala A, Sarna S, Immonen I: *Visual function index (VF 14) in exudative age related macular degeneration of long duration*. Am J Ophthalmol 2003, 135, 206-212.
11. Brahma A, Ennis F, Harper R, Ridgway A, Tullo A: *Visual function after penetrating keratoplasty for keratoconus: A prospective longitudinal evaluation*. Br J Ophthalmol 2000, 84, 60-66.
12. Parrish RK, Gedde SJ, Scott IU, Feuer WJ, Schiffman JC, Mangione CM, Montenegro-Piniella A: *Visual function and quality of life among patients with glaucoma*. Arch Ophthalmol 1997, 115, 1447-1455.
13. Pilling RF, Thompson JR, Gottlob I: *Social and visual function in nystagmus*. Br J Ophthalmol 2005, 1278-1281.
14. Van de Graaf E, Van der Sterre G, Polling J, Van Kempen H, Simonsz B, Simonsz HJ: *Amblyopia and strabismus questionnaire: Design and initial validation*. Strabismus 2004, 12, 181-193.
15. Horwood J, Waylen A, Herrick D, Williams C, Wolke D: *Common Visual Defects and Peer Victimization in Children*. IOVS, April 2005, Vol. 46, No. 4, 1177-1181.
16. Orłowski S: *Szkoła wobec agresji i przemocy (w:) Kaminska-Busko B, Szymanska J (Red.) Profilaktyka w szkole. Poradnik dla nauczycieli*. Warszawa CMPPP 2005.
17. Searle A, Norman P, Harrad R, Vedhara K: *Psychosocial and clinical determinants of compliance with occlusion therapy for amblyopic children*. Eye 2002, 16, 150-155.
18. Choong Y, Lukman H, Martin S, Laws DE: *Childhood amblyopia treatment: psychosocial implications for patients and primary carers*. Eye 2004, 18, 369-375.
19. Hrisos S, Clarke M, Wright C: *The emotional impact of amblyopia treatment in preschool children: randomized controlled trial*. Ophthalmology 2004, 111, 1550.
20. Martin G, Richardson AS, Bergen HA, Roeger L, Allison S: *Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers*. J Adolesc 2005, 28, 75-87.
21. Larosa E, Consoli SM, Hubert-Vadenay T, Le Clésiau H: *Factors associated with suicidal risk among consulting young people in a preventive health center*. Encephale 2005, 31, 289-299.
22. Satterfield D, Keltner JL, Morrison TL: *Psychosocial aspects of strabismus study*. Arch Ophthalmol 1993, 111, 1100-1105.
23. Koklanis K, Abel LA, Aroni R: *Psychosocial impact of amblyopia and its treatment: a multidisciplinary study Clinical & Experimental*. Ophthalmology ROK?, 34(8), 743-750.

Praca wpłynęła do Redakcji 18.05.2009 r. (1124)
Zakwalifikowano do druku 20.12.2009 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
lek. med. Joanna Łazarczyk-Kirejczyk
Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku
SPP ZOZ Choroszcz
pl. Brodowicza 1
16-070 Choroszcz
joanna.lazarczyk-kirejczyk@umwb.edu.pl