

Zaburzenia widzenia niezależne od przyczyn organicznych u dzieci

QUIANTA MOORE, JD^a, NAGHAM AL-ZUBIDI, MD^b, SUSHMA YALAMANCHILI, MD^c, ANDREW G. LEE, MD^d

^aStudentka Baylor College of Medicine, Houston, Teksas, Stany Zjednoczone

^bDepartment of Head and Neck Surgery, University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, Teksas, Stany Zjednoczone

^cDepartment of Ophthalmology, Rochester General Hospital, Nowy Jork, Stany Zjednoczone

^dDepartment of Ophthalmology, The Methodist Hospital, Houston, Teksas, Stany Zjednoczone

International Ophthalmology Clinics 2012; 52:107-123

NOVL, terminologię, czynniki ryzyka, objawy kliniczne i zalecane badania diagnostyczne służące rozpoznaniu tych zaburzeń u dzieci.

Terminologia

W celu zdefiniowania NOVL stosowano wiele pojęć, w tym niedowidzenie czynnościowe, psychogenne lub historyczne, konwersyjne reakcje wzrokowe, histeria oczna, konwersyjna utrata widzenia, zespół niedowidzącej dziewczynki w wieku szkolnym oraz symulacja. Różnorodne określenia nawiązują do prawdopodobnej przyczyny zaburzeń widzenia. Na przykład symulacją

Wprowadzenie

Mianem zaburzeń widzenia niezależnych od przyczyn organicznych (nonorganic visual loss, NOVL) określa się zaburzenia widzenia lub czynności wzroku, których nie można przypisać chorobie organicznej, a ich objawy nie odpowiadają wynikom obiektywnej oceny znanych zaburzeń anatomii lub fizjologii układu wzrokowego [1]. Podawana w piśmiennictwie częstość występowania NOVL u dzieci w wieku szkolnym wynosi 1,75%. W ogólnej praktyce okulistycznej NOVL może występować u 1-5% chorych [2,3]. Diagnostyka NOVL jest czasochłonna, kosztowna i wywołuje frustrację. W niniejszym artykule przedstawiono podłoże

nazywa się rozmyślnie i mające wprowadzić w błąd udawanie objawów choroby lub urazu albo ich wyolbrzymianie w celu uzyskania dodatkowych korzyści [5]. W kilku badaniach stwierdzono, że występujące u dzieci zaburzenia wzrokowe niezależne od przyczyny organicznej mają związek właśnie z zamiarem uzyskania dodatkowych korzyści. Taich i wsp. [4] podali, że 16 spośród 71 dzieci skarżyło się na pogorszenie widzenia, by móc nosić okulary. Niektóre z nich można jednak zaliczyć raczej do kategorii osób podatnych na wpływy niż do kategorii rozmyślnych symulantów [4]. Trudno też, a czasem nie sposób uznać, że ktoś umyślnie przyczynia się do wywołania objawów chorobowych, ponieważ rzadko się do tego przyznaje [6]. Z kolei okulista może rozpoznać symulację dopiero wówczas, gdy ustali, dlaczego dana osoba wywołuje u siebie objawy w celu uzyskania korzyści pierwotnych lub dodatkowych [7]. Ponieważ odróżnienie symulacji w celu osiągnięcia dodatkowych korzyści (np. zwrócenia na siebie uwagi, uzyskania możliwości noszenia okularów, zwolnienia z zajęć szkolnych) wymaga zrozumienia i wyjaśnienia motywacji chorych leżących u ich podstaw, autorzy zalecają okulistom stosowanie określenia NOVL w odniesieniu do takich chorych [7]. Okuliści zresztą na ogół nie są przygotowani do posługiwania się kryteriami diagnostycznymi swoistych zaburzeń psychicznych (takimi jak zaburzenie konwersyjne, zaburzenie somatyzacyjne, symulacja) [7]. Lessell [6] omówił problemy związane z rozpoznawaniem zaburzeń psychicznych i uznał podejmowanie takich prób przez okulistów za niewłaściwe. Ponieważ nie opracowano testów diagnostycznych pozwalających ustalić, czy NOVL jest następstwem choroby psychicznej, stresu środowiskowego lub innych czynników psychologicznych, autorzy zalecają posługiwanie się pojęciem NOVL i pozostawienie

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne zaburzeń konwersyjnych [7]

A. Jeden (lub więcej) objaw albo deficyt zaburzający czynność ruchu dowolnego lub czucia, które sugerują związek ze stanem neurologicznym lub innym stanem ogólnomedycznym
B. Czynniki psychiczne uważa się za związane z objawem lub deficytem, gdy konflikty albo inne czynniki wywołujące stres poprzedzają wystąpienie lub zaostrzenie tego objawu bądź deficytu
C. Objaw lub deficyt nie jest celowo ujawniany ani udawany (jak w zaburzeniu pozorowanym lub symulacji)
D. Mimo właściwego przeprowadzenia badania objawu lub deficytu nie można w pełni tłumaczyć stanem ogólnomedycznym, bezpośrednim działaniem substancji ani zachowaniem lub przeżyciem usankcjonowanym kulturowo
E. Objaw lub deficyt jest przyczyną istotnego z klinicznego punktu widzenia cierpienia albo zaburzeń funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych dziedzinach, albo uzasadnia potrzebę oceny medycznej
F. Objaw lub deficyt nie ogranicza się do bólu lub zaburzeń seksualnych, nie występuje wyłącznie w przebiegu zaburzenia somatyzacyjnego i nie można go lepiej wyjaśnić występowaniem innego zaburzenia psychicznego

psychiatrom oceny chorych, u których podejrzewa się wpływ stanu psychicznego na zaburzenia widzenia.

Warunkiem rozpoznania NOVL jest ustalenie, że objawów zgłaszanych przez chorego nie można w pełni przypisać przyczynom organicznym [1]. Zdaniem autorów okuliści nie powinni posługiwać się terminami przestarzałymi i potencjalnie pejoratywnymi (takimi jak symulacja, histeryczny). NOVL jest określeniem o charakterze w mniejszym stopniu oceniającym, dlatego właściwszym i zalecanym.

Podłoże

Chociaż NOVL może występować u każdego dziecka, które potrafi już mówić, najczęściej spotyka się je u dzieci przed pokwitaniem i w okresie pokwitania, między 8 a 13 r.ż., przy czym u dziewcząt w wieku średnio 10 lat, a u chłopców w wieku średnio 8 lat [8-10]. W większości opracowań liczba dziewczynek wyraźnie przewyższa liczbę chłopców, a w jednej z badanych serii dziewczynki stanowiły 92% chorych z NOVL [2]. Nie stwierdzono żadnych zdecydowanych różnic w częstotliwości występowania NOVL w różnych grupach społeczno-ekonomicznych lub rasowych. Większość dzieci z NOVL cechuje prawidłowy lub wyższy poziom inteligencji. Clarke [11] stwierdził, że u 70 dzieci z rozpoznaniem NOVL wyniki uzyskiwane w szkole nie były istotnym czynnikiem wystąpienia tego zaburzenia [11]. Natomiast zdaniem autorów innych badań dzieci dotknięte NOVL często mają kłopoty w szkole mimo ponadprzeciętnego poziomu inteligencji [8].

Podczas oceny dziecka z NOVL zawsze należy brać pod uwagę możliwość używania przemocy wobec niego lub niekorzystnego wpływu środowiska domowego bądź szkolnego. Na ogół jednak dzieci te mają kochających i troskliwych rodziców, którzy zresztą sami uważają się za nadopiekuńczych lub nadmiernie wtrącających się w życie dziecka [12]. W ocenianej przez siebie grupie Van Balen i Slijper uznali wprowadzić ojców dzieci z NOVL za autorytarnych, ale stwierdzili też, że rodzice byli zazwyczaj wyrozumiali, pomocni i dobrze przystosowani do życia w społeczeństwie. Zdaniem autorów niniejszego artykułu wykazanie wyraźnego stresu u rodziców lub ich nadmiernej dominacji jest dodatkowym czynnikiem rozwoju NOVL u dzieci, spostrzeżenie to nie powinno być jednak jedynym dowodem nieorganicznych zaburzeń widzenia u dziecka.

Wielu pytanym o to chorych z NOVL przyznaje, że w domu lub szkole podlegają czynnikom stresogennym. Bain i wsp. [10] stwierdzili występowanie problemów społecznych w domu lub szkole u 60% dzieci z ustalonym rozpoznaniem NOVL, ale żaden z nich nie był związany z wykorzystywaniem seksualnym. Natomiast Taich i wsp. [4] opisali molestowanie seksualne 4 spośród 71 badanych dzieci. Również Catalano i wsp. ustalili, że 3 spośród 23 badanych przez nich dzieci było ofiarami molestowania seksualnego, a jedno było maltretowane fizycznie. Odsetek dzieci z NOVL, wobec których udowodniono molestowanie seksualne lub maltretowanie fizyczne, jest niewielki, mimo to lekarz powinien podczas badania dziecka rozważyć taką możliwość i przeprowadzić szczerą rozmowę zarówno z dzieckiem pod nieobecność rodziców w gabinecie, jak i każdym z rodziców osobno.

Tabela 2. Kryteria diagnostyczne zaburzeń somatycznych [7]

- A. W wywiadzie liczne skargi na dolegliwości somatyczne zapoczątkowane przed 30 r.ż., trwające kilka lat i przyczyniające się do poszukiwania pomocy lekarskiej lub istotnych zaburzeń funkcjonowania społecznego, zawodowego albo w innych ważnych dziedzinach życia
- B. W przypadku występowania poszczególnych objawów w jakimkolwiek momencie trwania zaburzeń muszą być spełnione wszystkie wymienione niżej kryteria:
- (1) cztery objawy bólowe: ból związany z co najmniej 4 różnymi umiejscowieniami lub funkcjami (np. ból głowy, brzucha, kręgosłupa, stawów, kończyn, klatki piersiowej, odbytu, ból podczas miesiączki, w trakcie stosunku płciowego lub oddawania moczu)
 - (2) dwa objawy ze strony przewodu pokarmowego: są to objawy inne niż ból (np. nudności, odbijania, wymioty niezwiązane z ciążą, biegunka lub nietolerancja kilku różnych rodzajów pożywienia)
 - (3) jeden objaw ze strony narządów płciowych: co najmniej jeden objaw ze strony narządów płciowych lub narządu rodowego inny niż ból (np. obojętność płciowa, zaburzenia wzwodu prącia lub wytrysku, nieregularne miesiączkowanie, nadmierne krwawienie podczas miesiączki, wymioty przez cały okres ciąży)
 - (4) jeden objaw rzekomoneurologiczny: co najmniej jeden objaw lub deficyt sugerujący zaburzenie neurologiczne nieograniczone do bólu (objawy konwersyjne, takie jak zaburzenie koordynacji lub równowagi, porażenie lub umiejscowiony niedowład, trudności w polykaniu lub odczucie ciała obcego w gardle, bezgłos, zatrzymanie moczu, omamy, brak czucia dotyku lub sensacje bólowe, podwójone widzenie, ślepotą, głuchota, napady, objawy dysocjacyjne, takie jak amnezja, utrata świadomości inna niż omdlenie)
- C. Albo (1), albo (2):
- (1) mimo właściwego przeprowadzenia badania żaden z objawów wymienionych w kryterium B nie może być w pełni wyjaśniony znanym stanem ogólnomedycznym ani bezpośrednim działaniem substancji (np. nadużywaniem substancji, przyjmowaniem leku)
 - (2) jeśli współlistnieje stan ogólnomedyczny związany z zaburzeniem, skargi somatyczne albo ograniczenia społeczne lub zawodowe są nadmierne w stosunku do spodziewanych na podstawie danych z wywiadu, badania przedmiotowego i wyników badań laboratoryjnych
- D. Objawy nie są celowo ujawniane ani udawane (jak w zaburzeniu pozorowanym lub symulacji)

Doświadczenie autorów wskazuje, że przemoc fizyczna ani wykorzystywanie seksualne nie są zasadniczymi przyczynami zaburzeń widzenia u większości dzieci z NOVL.

Czynniki ryzyka

Dokładna etiologia NOVL u dzieci budzi kontrowersje i często nie udaje jej się ustalić, nawet po zebraniu dokładnego wywiadu lub przeprowadzeniu formalnej konsultacji psychiatry. Niektórzy chorzy spełniają kryteria pozwalające na rozpoznanie zaburzenia konwersyjnego, za które powszechnie uważa się ujawnienie się nieuświadomionych konfliktów w postaci dolegliwości fizycznych [7]. Na przykład Van Balen i Slijper [13] na podstawie wyników testów psychologicznych i zgromadzonych danych z wywiadu stwierdzili, że dzieci z NOVL mają skłonność do zgłaszania takich dolegliwości w odpowiedzi na problemy emocjonalne. Mantyarvi [2] uznała, że zaburzenia wzroku w badanej przez nią grupie 52 dzieci były reakcją na stres występujący przed pokwitaniem i w okresie pokwitania. Podobnie dzieci, które badali Wynick i wsp. [12], przypisywały pogorszenie

widzenia stresowi lub innym wcześniejszym wydarzeniom. U pozostałych chorych nie można jednak wyjaśnić przyczyn wystąpienia NOVL stresem, somatyzacją ani zaburzeniem konwersyjnym [7]. Kryteria rozpoznania zaburzenia konwersyjnego opisane w czwartym wydaniu *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* wymagają potwierdzenia występowania objawów zgromadzonych w tabeli 1 [7].

W tabeli 2 wymieniono kryteria rozpoznawania somatyzacji zawarte w tym podręczniku [2]. Z doświadczenia autorów tego artykułu wynika, że NOVL często budzi większy niepokój rodziców niż dzieci. Natomiast swoiste czynniki psychologiczne związane z tym zaburzeniem są trudne do ustalenia. Dlatego okuliści nie powinni w takiej sytuacji rozpoznawać zespołu konwersyjnego.

Catalano i wsp. [8] opisali troje dzieci, których rodzice wiąжали zaburzenia widzenia z chorobą wirusową, a Toldo i wsp. [3] stwierdzili, że u 8 spośród 58 dzieci wcześniej występowała inna choroba organiczna. Spostrzeżenia te wynikają prawdopodobnie z niedoskonałej pamięci rodziców i nie mają związku przyczynowo-skutkowego. Zdaniem autorów niniejszego artykułu większość chorych nie potrafi wskazać konkretnego wydarzenia, które leżałoby

u podłoża zaburzenia. Zazwyczaj przyznają się oni do życia w ciągłym stresie.

Objawy kliniczne

Najczęstszym objawem NOVL jest pogorszenie ostrości wzroku. Waha się ona zwykle od 20/30 do 20/100, ale opisywano wszystkie wartości [8]. Mantyjari [2] stwierdziła, że średnia ostrość wzroku badana obuocznie u 52 dzieci z rozpoznaniem NOVL wyniosła 20/50. Clarke [11] opisał, że 7% dzieci stwierdziło pogorszenie ostrości wzroku do bliży i do dali, a średnia wartość ostrości wzroku mierzona skalą Jaegera (J) wyniosła 8,6. W badaniach Bain i wsp. [10] 93% chorych z NOVL skarżyło się na pogorszenie lub zamglenie widzenia. Co ciekawe, większość dzieci zgłasza symetryczne występowanie objawów w obojgu oczach [8,10]. Drugim najczęstszym objawem NOVL są zaburzenia pola widzenia występujące nawet u 48% chorych [3]. Rzadziej opisywano pojawienie się w polu widzenia punktów, linii, zaburzenia widzenia barw i kształtów [11]. Czas trwania objawów jest bardzo różny, od jednego dnia do 36 miesięcy, a jego mediana wynosi 2 miesiące [8]. Najczęściej zgłaszanymi objawami towarzyszącymi są bóle głowy i oczu [10,11].

Badania diagnostyczne

Rozpoznanie NOVL wymaga wykluczenia organicznych przyczyn zaburzeń widzenia oraz wykazania, że wyniki badania przedmiotowego nie świadczą o podłożu organicznym, nie są jednoznaczne lub nie odpowiadają zgłaszanym objawom [1,14].

W rozpoznaniu różnicowym okulista powinien uwzględnić dane z wywiadu i wyniki badania fizykalnego, a także spostrzeżenia dotyczące zachowania chorego i sposobu jego poruszania się. Zasadnicze znaczenie ma wykluczenie przemocy fizycznej wobec dziecka lub wykorzystywania seksualnego, wyodrębnienie potencjalnych czynników wywołujących zaburzenia widzenia oraz stwierdzenie, czy u badanego nie rozpoznawano wcześniej objawów choroby psychicznej albo czy nie występowały objawy niemające podłoża organicznego. Jeśli okulista uważa rozpoznanie NOVL za wysoce prawdopodobne, może przeprowadzić dodatkowe swoiste testy i wykorzystać techniki badania, które pozwolą na uzyskanie wyników oceny widzenia bardziej wiarygodnych niż zgłaszane przez chorego, a także ujawnić нефизиologiczne odpowiedzi na

testy diagnostyczne. Niektóre z tych metod są częścią rutynowego badania okulistycznego, np. brak względnego dośrodkowego defektu odruchu źrenicznego (relative afferent pupillary defect, RAPD) u chorego, który skarży się na znaczne pogorszenie widzenia tylko w jednym oku. Na przykład jeśli dziecko zgłasza pogorszenie widzenia w jednym oku do poziomu braku poczucia światła, a jednocześnie jego źrenice wykazują prawidłowe reakcje, nie stwierdza się RAPD, a czynność drugiego oka jest prawidłowa, łatwo można ustalić rozpoznanie NOVL. W celu rozpoznawania takich zaburzeń opracowano specjalnie dodatkowe testy i badania diagnostyczne. Wykorzystanie poszczególnych z nich zależy od nasilenia objawów oraz ich jedno- lub obustronnego występowania.

Jednoczne pogorszenie widzenia

Ocenie pogorszenia widzenia w jednym oku służy kilka metod opracowanych specjalnie w tym celu. Każda z nich wymaga zasłonięcia jednego oka i oceny widzenia w obojgu oczach. Na przykład test z magicznymi kroplami lub magicznymi szklami jest szczególnie przydatny w ocenie osób podatnych na wpływy [4]. Po zastosowaniu soczewek o małej mocy lub szkła plano przed okiem, w którym dziecko zgłasza zaburzenie widzenia, albo po podaniu do tego oka kropli zawierających preparat sztucznych łez i podkreśleniu, że doprowadzi to do przejściowej poprawy widzenia i pozwoli zrozumieć, jaka jest przyczyna pogorszenia widzenia, wielu chorych zgłasza poprawę wzroku. Ten test jest przydatny zwłaszcza u dzieci [15].

Kolejną powszechnie stosowaną metodą oceny jest technika zamglenia widzenia, niepozbawiona jednak wad opisanych niżej. Wykorzystuje się w niej soczewki plusowe o stopniowo rosnącej mocy zakładane przed zdrowym okiem i bada jednocześnie ostrość wzroku obojga oczu. W końcu widzenie w zdrowym oku staje się tak zamglone, że badany musi czytać chorym okiem. Pozwala to na określenie rzeczywistej ostrości wzroku chorego oka. Z doświadczenia wiadomo jednak, że stopniowe pogarszanie widzenia w oku zdrowym za pomocą szkieł budzi podejrzenie badanego i sprawia, że może on zacząć naprzemiennie zamykać oczy i odkryć prawdziwą naturę testu. Zdaniem autorów tego artykułu alternatywne badania NOVL, takie jak test dysocjacji z użyciem pionowych pryzmatów [16], są przydatniejsze niż technika zamglenia widzenia. Test dysocjacji z użyciem pionowych pryzmatów polega na umieszczeniu przed zdrowym okiem szkła pryzmatycznego o mocy 4 dioptrii podstawą ku dołowi i utrzymywaniu przez chorego wzroku na jednej z liter na tablicy Snellena (ryc. 1). Choremu trzeba powiedzieć, że

Rycina 1. Należy polecić choremu, by patrzył obojgiem oczu na podświetloną pojedynczą literę na tablicy Snellena o określonej wartości ostrości wzroku (np. 20/40 F). Szkoło pryzmatyczne o mocy 4 dioptrii umieszcza się podstawą ku dołowi przed lepiej widzącym okiem i pokazuje literę w rzędzie znajdującym się o jedną lub dwie linie niżej niż podawana przez chorego najlepsza ostrość wzroku zdrowego oka. Jednocześnie chory powinien patrzeć obojgiem oczu na pokazywaną literę z tablicy Snellena. Trzeba go poinformować, że szkło pryzmatyczne rozdzieli obraz, co spowoduje powstanie podwójnego obrazu, a badający oceni najpierw zdrowe oko. Jeśli chory zgłasza, że widzi dwie litery F, wskazuje to na zaburzenia widzenia niezależne od przyczyn organicznych.



szkło pryzmatyczne doprowadzi do rozszczepienia obrazu i spowoduje powstanie podwójnego obrazu, a badający sprawdzi najpierw zdrowe oko. Na przykład u chorego z ostrością wzroku 20/20 w prawym oku i 20/200 w lewym oku pionowe szkło pryzmatyczne umieszcza się przed prawym okiem, po czym pokazuje choremu pojedynczą literę (np. E) z rzędu o wartości 20/40. Wówczas należy zapytać chorego, co widzi. Jeśli twierdzi, że widzi dwa obrazy (Widzę dwie litery E), badanie ujawnia nie tylko nieorganiczne podłoże pogorszenia widzenia w lewym oku, ale także pozwala na określenie ostrości wzroku chorego oka na poziomie 20/40 [16].

Obuoczne pogorszenie widzenia

Widzenie przestrzenne (stereopsja) jest możliwe dzięki połączeniu całkowicie odmiennych obrazów [17]. Wymaga ono dobrej ostrości wzroku obojga oczu [17]. Ostrość widzenia przestrzennego stosunkowo dobrze koreluje z ostrością wzroku badaną na tablicach Snellena. Ostrość widzenia przestrzennego o wartości 40 sekund kątowych odpowiada ostrości wzroku badaną na tablicach Snellena w obojgu oczach jednocześnie nie mniejszej niż 20/20. Ocenę widzenia przestrzennego umożliwiają wiele testów. Prawidłowe spostrzeganie wszystkich dziewięciu okręgów w teście Titmusa (Titmus Stereo Test, Stereo Optical Co., Chicago, IL) świadczy o prawidłowej ostrości wzroku w obojgu oczu badanego, ale ocenę może ułatwić zachowanie widzenia przestrzennego w jakimkolwiek stopniu, w zależności od zgłaszanego nasilenia upośledzenia wzroku w oku chorym [17]. Według Toldo i wsp. [3]

najbardziej wiarygodną metodą wykrycia NOVL jest ustalenie, że bardzo słaba ostrość wzroku badana na tablicach Snellena nie może współistnieć z prawidłową ostrością widzenia przestrzennego. Lekarze powinni jednak być świadomi, że niektóre makulopatie występujące u dzieci mogą prowadzić do pogorszenia centralnej ostrości wzroku przy jednoczesnym zachowaniu widzenia przestrzennego, co powoduje rozbieżność między widzeniem przestrzennym a ostrością wzroku badaną na tablicach Snellena.

Innym testem przydatnym w badaniu obuocznych zaburzeń widzenia jest badanie widzenia barwnego. Prawidłowa identyfikacja tablic w teście Ishihary (Kanehara Trading Inc., Japonia) może świadczyć, że ostrość wzroku jest w istocie lepsza od zgłaszanej przez chorego [18]. Chociaż test Ishihary opracowano do badania wrodzonych zaburzeń widzenia barwnego w osi czerwono-zielonej, a nie do badania nabytej dyschromatopsji, prawidłowy wynik przesiewowego badania widzenia barwnego u chorych zgłaszających pogorszenie widzenia powinien zrodzić podejrzenie NOVL [18]. W trakcie pokazywania tablic testu Ishihary lekarz może ponadto założyć choremu czerwono-zielone okulary tak, by czerwone szkło znalazło się przed okiem chorym, a zielone przed okiem zdrowym. Z wyjątkiem tablic 1 i 36 oko patrzące przez szkło zielone nie może dostrzec na tablicach cyfr ani linii, ponieważ takie szkło wyklucza postrzeganie barw [18,19].

Widzenie do bliży

Zasadniczo zarówno ostrość wzroku do bliży, jak i do dali, powinny odpowiadać sobie w obojgu oczu. Na przykład



Rycina 2. Duże lustro umieszcza się przed twarzą chorego skarżącego się na utratę widzenia do poziomu poczucia światła (light perception, LP) lub braku poczucia światła (no light perception, NLP) w jednym lub obojgu oczu. W trakcie badania chory powinien patrzeć na wprost. Badający przesuwając lustro na boki. Jeśli chory porusza oczyma odpowiednio do ruchu lustra, badający może stwierdzić, że jego ostrość wzroku jest lepsza niż LP lub NLP. Jeśli chory skarży się na utratę widzenia w jednym oku i ostrość wzroku na poziomie LP lub NLP, przed rozpoczęciem badania należy zasłonić zdrowe oko.



Rycina 3. Choremu zgłaszającemu utratę widzenia na poziomie liczenia palców lub gorzej poleca się patrzeć obojgiem oczu na bębenek do czasu wywołania oczopląsu optokinetycznego (optokinetic nystagmus, OKN). Badający obraca bębenek do wywołania OKN, po czym nagle zasłania zdrowe oko chorego i nadal obraca bębenek przed okiem chorym. Utrzymywanie się oczopląsu w odpowiedzi na ruch obrotowy bębna sugeruje, że ostrość wzroku jest lepsza niż zgłaszana przez chorego.

rozbieżność, w której ostrość wzroku do dali wynosi 20/400, a ostrość wzroku do bliży J2, sugeruje rozpoznanie NOVL. Trzeba jednak pamiętać, że niektóre choroby o etiologii organicznej, np. zaćma lub źrenica toniczna, mogą powodować rozbieżności między wynikami testów ostrości wzroku do dali i do bliży.

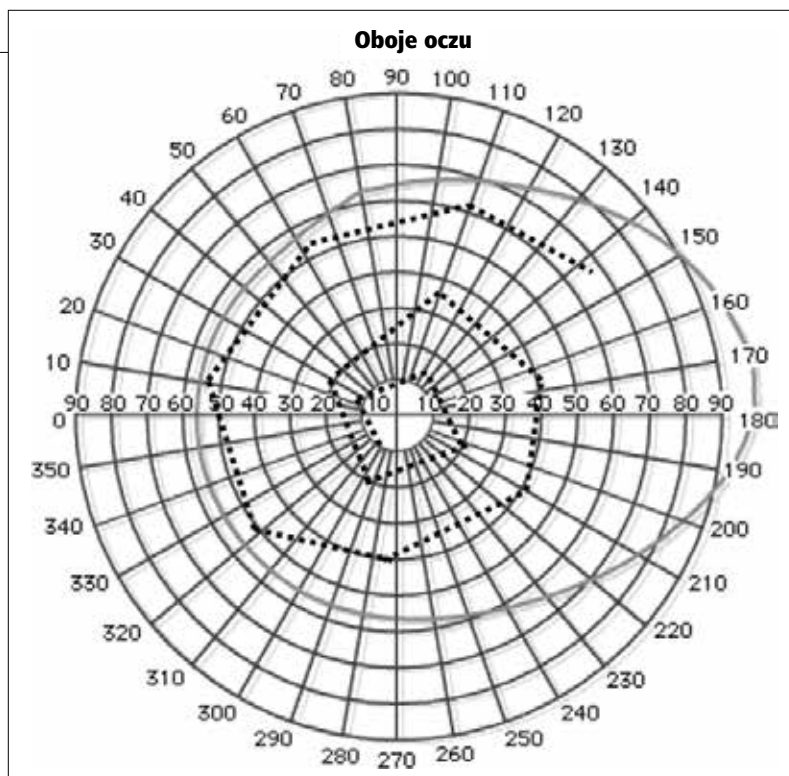
Poważne pogorszenie widzenia

Większość z omówionych badań jest przydatna jedynie u chorych z łagodnymi lub umiarkowanie nasilonymi jednostronnymi zaburzeniami widzenia. Jak na ironię, u chorych zgłaszających poważne pogorszenie widzenia łatwiej wykazać, że jest ono lepsze od zgłaszanego przez

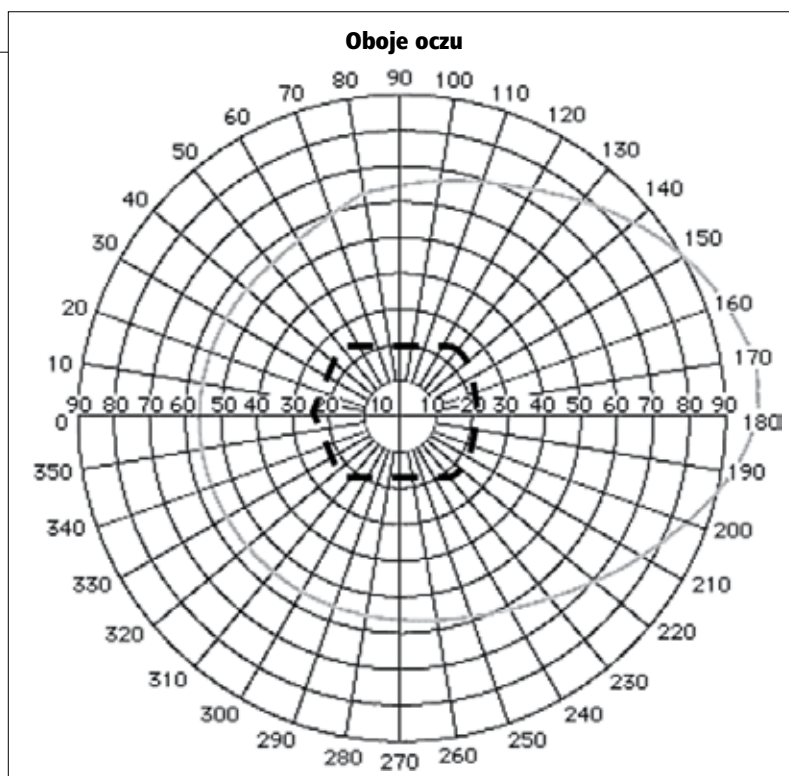
chorego. Na przykład czucie głębokie (propriocepcja) u chorych z izolowaną utratą widzenia powinno pozostawać prawidłowe. Jeśli zatem chory, mając otwarte oczy, nie potrafi dotknąć palcem wskazującym prawej ręki palca wskazującego wyciągniętej lewej ręki, należy rozpoznać NOVL.

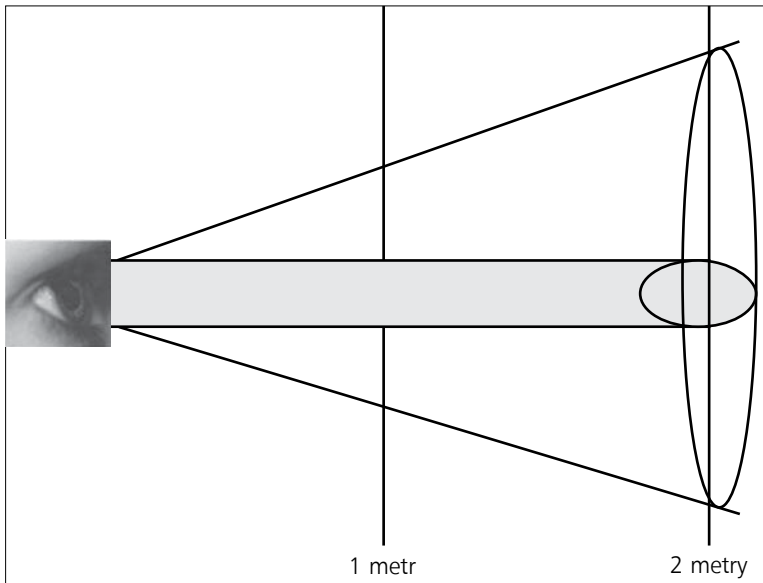
Znaczne pogorszenie widzenia u chorych, u których nie podejrzewa się występowania przyczyn organicznych, można również ocenić za pomocą kilku innych badań. Należą do nich test z lustrem oraz badanie oczopląsu optokinetycznego (optokinetic nystagmus, OKN). Test z lustrem polega na umieszczeniu dużego lustra tuż przed twarzą chorego, podczas gdy badający obserwuje

Rycina 4. Linia przerywana odpowiada spiralnie zawężonemu polu widzenia o podłożu nieorganicznym.



Rycina 5. Linia przerywana odpowiada koncentrycznie zawężonemu polu widzenia o podłożu nieorganicznym.





Rycina 6. Przedstawione na rycinie nieposzerzające się widzenie tunelowe ma podłoże niezależne od przyczyn organicznych. W przypadku zawężenia pola widzenia o charakterze organicznym pole widzenia powinno się poszerzać po spojrzeniu na obiekt z odległości 1 i 2 metrów i przypominać kształtem lejek.

znad lustra jego oczy (ryc. 2). Badający porusza lustrem w różnych kierunkach tak, by badany wodził oczami za lustrem [9]. Jeśli jego oczy śledzą ruch lustra, rozpoznaje się ostrość wzroku lepszą niż poczucie światła lub brak poczucia światła. Test z lustrem jest najbardziej przydatny u chorych z obustronnymi poważnymi zaburzeniami widzenia. Jeśli chory skarży się na utratę widzenia w jednym oku, w czasie badania trzeba zasłonić zdrowe oko [9]. W celu rozpoznania NOVL u chorych z poważnymi zaburzeniami widzenia wykorzystuje się również bębenek do wywoływania OKN (Richmond Product Inc., Albuquerque, NM). Bębenek ten obraca się przed oczyma chorego, po czym należy nagle zasłonić zdrowe oko i nadal kręcić bębenkiem przed okiem chorym (ryc. 3). Utrzymywanie się oczopląsu w reakcji na obracający się bębenek sugeruje, że ostrość wzroku jest lepsza niż ostrość pozwalająca na liczenie palców. Według Kramera i wsp. [5] test z lustrem jest bardziej wiarygodny od testu z bębenkiem do wywoływania OKN.

Utrata pola widzenia bez podłoża organicznego

U dzieci z NOVL utrata pola widzenia występuje rzadziej niż zaburzenia ostrości wzroku [10]. Niektórzy autorzy zalecają, by w celu oceny pola widzenia i wykazania braku podłoża organicznego zaburzeń wykonać perymetrię Goldmanna (Haag-Streit International, Szwajcaria) lub kampimetrię. Na podstawie automatycznego badania pola widzenia trudniej odróżnić zaburzenia o podłożu

organicznym od NOVL, a z doświadczenia autorów tego artykułu wynika, że uzyskiwane wyniki często są mało wiarygodne i trudno je interpretować. Bain i wsp. [10] opisali, że 17% dolegliwości zgłaszanych w związku z pogorszeniem widzenia polegało na utracie pola widzenia, którego najczęstszymi postaciami na podłożu nieorganicznym były utrata pola widzenia w kształcie spirali (ryc. 4), koncentryczne zawężenie pola widzenia (ryc. 5) lub tunelowe pole widzenia (ryc. 6).

W przebiegu NOVL najczęściej opisywaną postacią zaburzeń pola widzenia jest widzenie przypominające kształtem spiralę. Taki kształt pola widzenia można uzyskać tylko dzięki badaniu pola widzenia kolejno w poszczególnych południkach zgodnie z ruchem wskazówek zegara lub w przeciwnym kierunku, podczas którego pole widzenia kurczy się i przybiera kształt spirali lub zwoju. Dodanie choremu otuchy lub zachęty może sprawić, że podczas ponownego badania pole widzenia przybiera kształt prawidłowy [17]. Inną formą NOVL jest nakładanie się na siebie izopter, co można wykryć w trakcie automatycznej perymetrii kinetycznej, gdy chory postrzega bodźce świetlne mniejsze lub o mniejszym natężeniu światła wcześniej niż bodźce świetlne większe. Dzieje się tak, gdy chory zauważa przedmiot będący mniejszym bodźcem, który nakłada się na izopterę większego bodźca [17]. Nakładające się izoptery, np. pole widzenia w kształcie spirali, również można wykryć za pomocą automatycznej perymetrii kinetycznej.

Jeśli w kampimetrii lub w perymetrii Goldmanna stwierdza się zawężenie pola widzenia, w celu

Rycina 7 A i B. Konfrontacyjne badanie pola widzenia z odległości 1 i 2 metrów od chorego. Powinien on powiedzieć, kiedy po raz pierwszy dostrzeże palce badającego, który przesuwa je od obwodowej części pola widzenia (tam, gdzie chory nie widzi) do centralnej części pola widzenia (z zachowanym widzeniem). Podczas badania z odległości 2 metrów badający powinien dwukrotnie powiększyć oceniany obiekt (np. pokazywać palce z odległości 1 metra, a dłoń z odległości 2 metrów). Nieposzerzenie się pola widzenia w odległości 2 metrów sugeruje niezależny od przyczyn organicznych charakter ubytku pola widzenia.

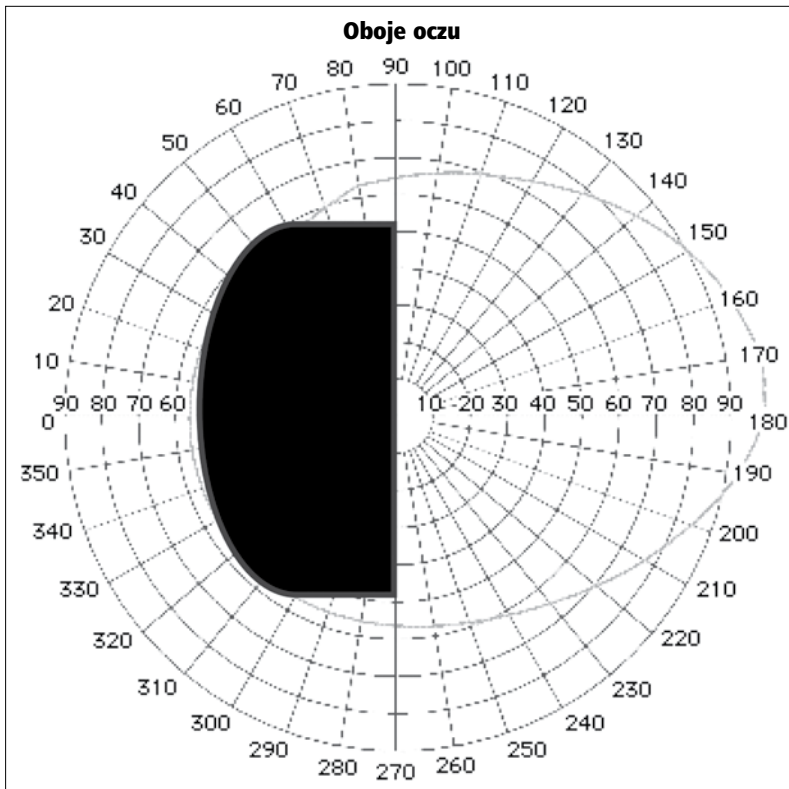


jego potwierdzenia można przeprowadzić badanie konfrontacyjne (np. 5 stopni). Po określeniu rozległości i granic przypuszczalnego zawężenia pola widzenia można je ponownie zbadać z odległości jednego i dwóch metrów (ryc. 7A, B). Tunelowe pole widzenia obejmujące 5 stopni zarówno w odległości jednego, jak i dwóch metrów, ma podłoże nieorganiczne. Inaczej jest w przypadku pola widzenia przypominającego lejek, które w odległości dwóch metrów jest szersze niż w odległości metra, co ma podłoże organiczne (ryc. 6).

Innym, rzadziej spotykanym uszkodzeniem pola widzenia u chorych z NOVL, jest jednooczne niedowidzenie połowicze (ryc. 8). Utrzymywanie się połowiczego niedowidzenia jednym okiem przy

prawidłowej czynności drugiego oka podczas badania obuocznego dowodzi NOVL. U chorych z jednoocznym połowicznym niedowidzeniem powstałym na podłożu nieorganicznym nie stwierdza się również RAPD po tej samej stronie.

U chorych z zawężeniem pola widzenia na podłożu nieorganicznym bywa przydatne badanie ruchów sakkadowych. Chory jest przekonany, że w jego trakcie będą oceniane ruchy oka, a nie pole widzenia. Badanie jest proste, szybkie i pozwala określić rzeczywiste rozmiary pola widzenia. Badający prosi chorego, by patrzył prosto przed siebie, a następnie, by spojrzął na przedmiot znajdujący się na obwodzie pola widzenia, co wiąże się z wykonaniem sakkadowego ruchu oka (np. pokazuje się



Rycina 8. U chorego zgłaszającego niedowidzenie połowicze w jednym oku i prawidłowe pole widzenia w drugim oku niezależny od przyczyn organicznych charakter jednoocznego niedowidzenia połowiczego można wykryć za pomocą perymetrii obojga oczu. Jeśli chory ma otwarte oczy, prawidłowe pole widzenia zdrowego oka powinno się nałożyć na ubytek w oku chorym z organicznym jednoocznym niedowidzeniem połowicznym i ostatecznie sprawić, że postrzegane pole widzenia będzie pełne. Utrzymywanie się niedowidzenia połowiczego w takiej sytuacji sugeruje niezależne od przyczyn organicznych podłoże ubytku pola widzenia.

choremu palec w części pola widzenia, która rzekomo nie odbiera bodźców wzrokowych) (ryc. 9). Wywołane odpowiedniego ruchu sakkadowego oka w kierunku bodźca pokazywanego na obszarze rzekomej utraty pola widzenia sugeruje NOVL.

Badania elektrofizjologiczne

Chociaż w wykrywaniu NOVL wykorzystuje się wiele badań, u niektórych chorych ustalenie takiego rozpoznania nadal budzi wątpliwości. U innych z kolei NOVL może się nakładać na organiczną przyczynę zaburzeń widzenia. W takich sytuacjach pomocne bywa przeprowadzenie badań elektrofizjologicznych (np. wieloogniskowego lub pełnopolowego elektretinogramu i wzrokowych potencjałów wywołanych [visual-evoked potential, VEP] albo wieloogniskowych VEP) w celu wykluczenia siatkówkowych przyczyn zaburzeń widzenia lub określenia stopnia pogorszenia widzenia z przyczyn organicznych [20-22]. Niestety, wyniki elektretinogramu i VEP mogą wprowadzać w błąd, zwłaszcza u chorych niedostatecznie skupionych podczas badania lub celowo unikających skupienia wzroku na bodźcu [22,23]. Mimo to

prawidłowy wynik VEP z użyciem wzorca przy określonej ostrości wzroku (odpowiednio dobrany rozmiar wzorca) pozwala podejrzewać NOVL [24]. Opisano również nowsze badania, które mogą być przydatne do wykrywania NOVL, np. perymetrię źreniczną. Rajan i wsp. [25] stwierdzili, że reakcje źreniczne u chorych podejrzewanych o NOVL są prawidłowe w kwadrantach z ubytkiem pola widzenia ustalonym w perymetrii Goldmanna. Większość lekarzy nie ma dostępu do perymetrii źrenicznej, ale autorzy są przekonani, że NOVL można rozpoznać na podstawie innych badań, do których dostęp jest bardziej powszechny.

Postępowanie

Kusi wprawdzie, by uznać NOVL za jednostkę niezależną od zaburzeń widzenia o podłożu organicznym, ale doświadczenie autorów tego artykułu świadczy o współistnieniu obu tych nieprawidłowości u niektórych chorych. Lim i wsp. [14] opisali troje chorych, u których początkowo rozpoznano NOVL, a następnie stwierdzono,

Rycina 9. Badający poleca choremu skarżącemu się na znaczne zawężenie pola widzenia, by patrzył prosto przed siebie. Następnie poleca szybkie spojrzenie (ruch sakkadowy) w kierunku przedmiotu znajdującego się w obwodowej, rzekomo niewidzącej, części pola widzenia, bez poruszania głową. Prawidłowe i dokładne spojrzenie na pokazywany przedmiot znajdujący się w polu rzekomego ubytku widzenia przemawia za niezależnym od przyczyny organicznej charakterem ubytku.



że przyczyny występujących u nich zaburzeń widzenia miały charakter organiczny. U żadnego z tych chorych nigdy nie stwierdzono prawidłowej funkcji wzrokowej, a niejednorodne reakcje w trakcie badań nie pozwalały w pełni wyjaśnić wyników odbiegających od normy [14]. U jednego z chorych podczas badania pola widzenia stwierdzono obecność mroczka centralnego, co jest bardzo nietypowe dla NOVL. W odróżnieniu od tunelowych lub spiralnych ubytków w polu widzenia mroczki centralne należy traktować jako zaburzenia o podłożu organicznym do czasu udowodnienia ich podłoża niezależnego od zmian organicznych [14]. Zdaniem autorów artykułu koniecznie trzeba przestrzegać zasady, by najpierw udowodnić występowanie NOVL, a następnie ostatecznie zaliczyć go do tej kategorii. Systematyczne działania pozwalają uniknąć nieprawidłowego rozpoznania NOVL. Jeśli w diagnostyce różnicowej nadal uwzględnia się organiczne przyczyny zaburzeń widzenia, należy rozważyć wskazania do wykonania badań dodatkowych (np. badań elektrofizjologicznych).

Nie opracowano wprawdzie jednolitej metody postępowania z chorymi z NOVL, autorzy artykułu zalecają następujący algorytm. Po pierwsze, należy ocenić, czy wyniki badań oczu, w tym oceny pola widzenia, są prawidłowe, a jeśli nie, czy odpowiadają wynikom spodziewanym u chorych z organicznym podłożem zaburzeń. Po drugie, ustalenie, że chory w rzeczywistości widzi lepiej, wymaga zastosowania rozmaitych badań. Po trzecie, trzeba uwzględnić możliwość przemocy fizycznej lub wykorzystania seksualnego dziecka oraz wyłonić potencjalne czynniki wywołujące stres albo chorobę psychiczną jako czynnik etiologiczny zaburzeń.

Po czwarte, należy przedstawić rodzicom dowody na niezależny od przyczyn organicznych charakter zaburzeń widzenia pod nieobecność dziecka w gabinecie. Takie postępowanie powinno dodać im otuchy i zapewnić sobie ich pomoc w działaniach zmierzających do powrotu dziecka do zdrowia. Po piąte, trzeba uczulić rodziców, by nie strofowali, nie karcili ani nie karali dziecka z powodu NOVL. Clarke [11] zasugerował, że taka reakcja ze strony rodziców może w rzeczywistości opóźnić bądź zakłócić proces powrotu dziecka do zdrowia. Po szóste, należy uspokoić samego chorego i jego rodzinę. Większości dzieci dotkniętych NOVL wystarczy uspokojenie i stworzenie szansy na zachowanie twarzy, np. dzięki następującemu zapewnieniu: „Po zbadaniu twoich oczu nie stwierdzam żadnych nieprawidłowości. Jest wiele przyczyn, które mogą pogarszać widzenie, np. stres. Myślę, że z biegiem czasu twoje widzenie się poprawi.” Toldo i wsp. [3] udowodnili, że u 93% dzieci, u których rozpoznano NOVL, objawy oczne ustąpiły całkowicie. Inni autorzy potwierdzili, że u większości chorych objawy ustępują w ciągu roku od ich pojawienia się. Toldo i wsp. [3] podali również, że objawy utrzymywały się od 3 dni do 48 miesięcy, a u 73% chorych całkowita poprawa nastąpiła w ciągu roku. Również Catalano i wsp. [8] stwierdzili ustąpienie objawów w ciągu 2 miesięcy u $\frac{2}{3}$ badanych. Nawrót NOVL po całkowitym wyleczeniu uważa się za rzadkość [8].

Po siódme, chociaż większość chorych nie wymaga badań oceniających stan psychiczny, niektórym mogą one przynieść pewne korzyści. Wystąpienie objawów w młodszym wieku oraz wykluczenie rozpoznania określonej choroby psychicznej są dobrymi czynnikami

rokowniczymi [3]. Toldo i wsp. [3] zauważyli jednak, że ani wiek, ani choroba psychiczna w wywiadzie nie wpływają na tempo powrotu do zdrowia. U 93% ocenianych przez nich chorych nastąpiła całkowita remisja NOVL, przy czym u 85% nastąpiło to w ciągu roku. Natomiast Taich i wsp. [4] stwierdzili, że u 23 spośród 71 badanych przez nich dzieci podłożem NOVL była choroba psychiczna. Zalecili oni, by po ustaleniu rozpoznania NOVL uwzględnić możliwość współistnienia choroby psychicznej i omówić to z rodzicami dziecka oraz lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej [4]. Skierowanie chorego na konsultację psychiatry budzi jednak kontrowersje, a autorzy opublikowanych ostatnio doniesień uważają, że u większości chorych takie postępowanie nie jest konieczne [3,8,10,11]. Autorzy niniejszego artykułu podzielają opinię, że samo rozpoznanie NOVL nie jest wskazaniem do konsultacji psychiatry [3,8,10,11]. Z ich doświadczenia wynika, że szansa dzieci z NOVL na całkowitą poprawę widzenia jest duża niezależnie od ich wieku, czasu utrzymywania się objawów i danych z wywiadu świadczących o współistnieniu choroby psychicznej.

Podsumowanie

Występowanie NOVL u dzieci jest dość częstym problemem w ogólnej praktyce okulistycznej. Etiologia i patofizjologia NOVL są różnorodne, przy czym przemoc fizyczna wobec dziecka lub jego wykorzystywanie seksualne zdarzają się rzadko. Rozpoznanie NOVL można ustalić na podstawie badań klinicznych. Autorzy preferują używanie określenia zaburzenia widzenia niezależne od przyczyn organicznych. Przed ustaleniem takiego rozpoznania należy starannie ocenić chorego, by wykluczyć nieprawidłowości organiczne, a także udowodnić, że widzi on lepiej niż to zgłasza. Rzadko zdarza się, że badania kliniczne nie wystarczają do rozpoznania NOVL, a wówczas pomocne jest przeprowadzenie badań elektrofizjologicznych. U większości chorych ustąpienie objawów nie wymaga podejmowania innych działań poza uspokojeniem dziecka. Konsultacja psychiatry może przynieść korzyść tylko niektórym chorym. Trzeba też uwzględnić możliwość nakładania się przyczyn nieorganicznych na chorobę organiczną, ponieważ współistnienie NOVL i choroby o podłożu organicznym jest stosunkowo częste.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych konfliktów interesów związanych z tym artykułem.

© 2012, Lippincott Williams & Wilkins. All rights reserved. Reprinted from *International Ophthalmology Clinics* 2012;52:107-123. Quianta Moore, Nagham Al-Zubidi, Sushma Yalamanchili, Andrew G. Lee Nonorganic Visual Loss in Children with permission of Lippincott Williams & Wilkins.

Piśmiennictwo

- Suppiej A, Gaspa G, Cappellari A, et al. The role of visual evoked potentials in the differential diagnosis of functional visual loss and optic neuritis in children. *J Child Neurol* 2011;26:58-64.
- Mantylarvi MI. The amblyopic schoolgirl syndrome. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1981;18:30-33.
- Toldo I, Pinello L, Suppiej A, et al. Nonorganic (psychogenic) visual loss in children: a retrospective series. *J Neuroophthalmol* 2010;30:26-30.
- Taich A, Crowe S, Kosmorsky GS, et al. Prevalence of psychosocial disturbances in children with nonorganic visual loss. *J AAPOS* 2004;8:457-461.
- Kramer KK, La Piana FG, Appleton B. Ocular malingering and hysteria: diagnosis and management. *Surv Ophthalmol* 1979;24:89-96.
- Lessell S. Nonorganic visual loss: what's in a name? *Am J Ophthalmol* 2011;151:569-571.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. 4th ed., text revision. Arlington, VA: American Psychiatric Publishers 2000.
- Catalano RA, Simon JW, Krohel GB, et al. Functional visual loss in children. *Ophthalmology* 1986;93:385-389.
- Barnard NAS. Visual conversion reaction in children. *Ophthalmic Physiol Opt* 1989;9:372-378.
- Bain KE, Beatty S, Lloyd C. Non-organic visual loss in children. *Eye* 2000;14:770-772.
- Clarke WN. Functional visual loss in children: a common problem with an easy solution. *Can J Ophthalmol* 1996;31:311-313.
- Wynick S, Hobson RP, Jones RB. Psychogenic disorders of vision in childhood ("visual conversion reactions"): perspectives from adolescence: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:375-379.
- Van Balen ATHM, Slijper FEM. Psychogenic amblyopia in children. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1978;15:164-167.
- Lim SA, Siatkowski RM, Farris BK. Functional visual loss in adults and children. *Ophthalmology* 2005;112:1821-1828.
- Biousse V, Newman NJ. *Neuro-Ophthalmology Illustrated*. New York: Thieme Medical Publishers Inc. 2009.
- Golnik KC, Lee AG, Eggenberger ER. The monocular vertical prism dissociation test. *Am J Ophthalmol* 2004;137:135-137.
- Beatty S. Non-organic visual loss. *Postgrad Med J* 1999;75:201-207.
- Bourke RD, Gole GA. Detection of functional visual loss using the Ishihara plates. *Aust N Z J Ophthalmol* 1994;22:115-118.
- Miller NR, Newman NJ, Biousse V, et al. *Walsh & Hoyt's Clinical Neuro-ophthalmology*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2005.
- Levin LA, Arnold AC. *Neuro-ophthalmology: The Practical Guide*. New York: Thieme Medical Publishers 2005: 255.
- Massicotte EC, Semela L, Hedges TR. Multifocal visual evoked potential in nonorganic visual field loss. *Arch Ophthalmol* 2005;123:364-367.
- Heckenlively JR, Arden GB. *Principles and Practice Of Clinical Electrophysiology of Vision*. 2nd ed. Cambridge: MIT Press 2006.
- Vrabec TR, Affel EL, Gaughan JP, et al. Voluntary suppression of the multifocal electroretinogram. *Ophthalmology* 2004;111:169-176.
- Shizhao X, Meyer D, Yoser S, et al. Pattern visual evoked potential in the diagnosis of functional visual loss. *Ophthalmology* 2001;108:76-80.
- Raja MS, Bremner FD, Eva PR. Pupilometry in the diagnosis of functional visual field loss. *J R Soc Med* 2002;95:498-500.

KOMENTARZ



Dr hab. n. med.
Anna Gotz-Więckowska
Katedra Okulistyki
i Klinika Okulistyczna,
Uniwersytet Medyczny
w Poznaniu

ZABURZENIA WIDZENIA NIEZALEŻNE OD PRZYCZYN organicznych wydają się szczególnie związane z poziomem stresu, na jaki jesteśmy narażeni. W XXI wieku w społeczeństwach takich jak nasze, kiedy praca zajmuje znaczącą część życia, którego tempo momentami wymyka się nam spod kontroli, ucieczka w chorobę czy też ukryta prośba „zwróć na mnie uwagę” wydają się szczególnie uzasadnione. Choroby o podłożu psychogenym opisywane były już przez Heraklita, który żył w latach 540–480 p.n.e. Dogs i Maurer w publikacji na temat medycyny naturalnej i zaburzeń psychosomatycznych jako motto umieścili następującą przypowieść: „Wyjźdź do przodu – powiedziała Dusza do Ciała – na mnie człowiek nie zwraca uwagi, może zwróci uwagę na ciebie. Rozchoruję się – powiedziało Ciała – może wtedy człowiek znajdzie czas dla ciebie.” Musimy mieć świadomość, że u podłoża zaburzeń psychosomatycznych leżą złożone mechanizmy ludzkiego wnętrza, dlatego diagnostyka i leczenie chorób niezależnych od przyczyn organicznych są szczególnie trudne. Przede wszystkim po wykluczeniu przyczyn organicznych zawsze musimy wziąć pod uwagę taką możliwość, pamiętać o niej. Umiejętność wdrożenia badań, które uzmysłwią rodzicom lub opiekunom dziecka psychogeny charakter zaburzenia, pozwala zaoszczędzić stresu, który wielokrotnie towarzyszy badaniom specjalistycznym, nie wspominając o znacznych kosztach tych procedur.

Autorzy omawianego artykułu we wprowadzeniu zalecają używanie pojęcia zaburzenia widzenia niezależne od przyczyn organicznych. Wydaje się ono lepiej odzwierciedlać istotę problemu niż np. histeria oczna, symulacja czy też konwersyjna utrata widzenia. Nie ma jednocześnie pejoratywnego wydźwięku. Ważnym przekazem zawartym w artykule jest informacja o występowaniu NOVL (nonorganic visual loss) również u małych dzieci, zwykle bowiem łączymy te zaburzenia z okresem poprzedzającym dojrzewanie lub z samym pokwitaniem.

Dla większości z nas nie jest zaskoczeniem zdecydowana dominacja dziewcząt w tej grupie chorych, natomiast może dziwić najczęstsze występowanie zaburzeń około 8 r.ż. u chłopców, a więc w młodszym wieku niż u dziewczynek. Podczas badania dzieci, u których podejrzewamy NOVL, zawsze należy wziąć pod uwagę przemoc w rodzinie lub wykorzystywanie seksualne, jednak jak wynika z omawianej publikacji zdecydowanie częściej są to dzieci, które mają kochających i troskliwych rodziców. Niekiedy odnosi się wrażenie, że rodzice mający szczególnie duże oczekiwania wobec dziecka i twierdzący, że ich dzieci osiągają doskonałe wyniki w każdej dziedzinie, powinni wzbudzać naszą czujność i skłonić do rozważenia takiej etiologii obserwowanych zaburzeń widzenia.

Nierzadko przyczyna obustronnego pogorszenia widzenia bywa banalna – dziecko marzy o okularach. Takie dzieci czytają szczególnie wolno i stwierdzamy znaczące pogorszenie ostrości wzroku do bliży. Można wówczas umieścić przed okiem soczewkę +2,0D sph, a po chwili dodać soczewkę -2,0D sph i często okazuje się, że uzyskujemy pełną ostrość wzroku. Autorzy omawianej publikacji przedstawiają szereg prostych metod, które można zastosować w codziennej praktyce, takich jak tzw. magiczne krople lub magiczne szkła, a także bardzo przydatny test dysocjacji z użyciem pionowych pryzmatów, oceny widzenia stereoskopowego, badania czucia głębokiego, testu z lustrem lub z bębniem wywołującym oczopląs optokinetyczny.

U dzieci i młodzieży z zaburzeniami widzenia niezależnymi od przyczyn organicznych najczęstszą dolegliwością jest znaczne pogorszenie lub utrata widzenia. Drugim zgłaszanym objawem są zaburzenia pola widzenia. Moore i wsp. omawiają techniki badania pola widzenia, które pomagają potwierdzić podejrzenie niewystępowania zmian organicznych.

Znana jest rola badań elektrofizjologicznych w diagnostyce psychogennych zaburzeń widzenia. Pomocne w badaniu osób stosujących umyślną utratę fiksacji jest badanie PVEP (stymulacja wzorcem) z zastosowaniem techniki on/off.

Moore i wsp. nie wspominają o zaleceniu rodzicom wraz z dzieckiem konsultacji i ewentualnej terapii psychologicznej, która wydaje się dobrym rozwiązaniem dla wielu z nich.

Zachęcam Państwa do przeczytania tego artykułu mogącego pomóc w rozwiązaniu problemów diagnostycznych, z którymi spotykamy się w naszej pracy z dziećmi.