

Łęk u osób z dysfunkcją wzroku

Anxiety in persons with visual impairment

Katarzyna Weronika Binder¹, Magdalena Agnieszka Wrzesińska¹,
Józef Kocur²

¹ Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej

² Wyższa Szkoła Informatyki i Umiejętności w Łodzi

Summary

Anxiety and anxiety disorders among people with visual impairment are more frequent than in the general population. It is estimated that $\frac{1}{3}$ of people with visual impairment face depression and/or anxiety, whereas 4–6% of people are diagnosed with anxiety disorders. The purpose of this paper is analyzing the occurrence of anxiety in people with visual impairment based on current information. Literature review indicates that people with visual impairment experience the common, as well as the more specific, often chronic anxiety symptoms. Despite the significance of the foregoing phenomenon and its negative consequences, literature does not explain its causes, specify the problem, and most importantly, does not provide recommendations for preventing the occurrence of anxiety in the foregoing group of people. In order to understand the nature of anxiety, it is important to learn more about its causes and consequences for health, both biopsychosocial and spiritual wellbeing. In people with visual impairment this may depend on particular conditions which these people face every day, therefore the concept of anxiety in this group of people requires a separate consideration.

Słowa kluczowe: łęk, zaburzenia lękowe, niepełnosprawność wzrokowa

Key words: anxiety, anxiety disorders, visual impairment

Wprowadzenie

Zaburzenia lękowe w ICD-10 zostały ujęte w grupie zaburzeń nerwicowych i obejmują: zaburzenia lękowe uogólnione, fobie, zaburzenia lękowe z napadami lęku, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne oraz zaburzenia związane ze stresem – ostre i pourazowe [1]. Łęk towarzyszy ponadto osobowości lękowej (unikającej) oraz może współwystępować z innymi objawami psychopatologicznymi, co najczęściej przyjmuje postać zespołu depresyjno-lękowego. Można myśleć o nim również szerzej, np.

w kontekście postaw wobec choroby (zarówno osoby z niepełnosprawnością, jak i jej opiekunów) czy etapów godzenia się z niepełnosprawnością [2].

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) określa funkcje widzenia jako funkcje zmysłowe odnoszące się do odbierania obecności świata oraz wrażenia formy, wielkości, kształtu i koloru bodźca wzrokowego. Osoby z dysfunkcją wzroku stanowią niejednorodną grupę, co wynika ze zróżnicowanego okresu wystąpienia uszkodzenia wzroku, jego przyczyn, głębokości i zakresu [3].

Według danych statystycznych w 2015 roku na świecie było ponad 34 miliony niewidomych osób, ponad 24 miliony miało głębokie zaburzenia widzenia, 214 milionów – umiarkowane, u 663 milionów zaś stwierdzono łagodną niepełnosprawność wzrokową. Utrata widzenia jest trzecią, po anemii i zaburzeniach słuchu, przyczyną niepełnosprawności; wskaźnik lat przeżytych z niepełnosprawnością w wypadku deficytów widzenia jest nieznacznie niższy od związanego z zaburzeniami lękowymi [4]. Metaanalizy pozwalają przewidywać, że do 2050 roku krótkowzroczność, która jest wiodącą przyczyną niepełnosprawności wzrokowej, będzie dotyczyć blisko połowy ogólnej populacji [5]. Z danych Głównego Urzędu Statystycznego wynika, że ponad 60 tysięcy Polaków powyżej 15. roku życia to osoby z niepełnosprawnością wzrokową [6].

Rozpowszechnienie lęku i zaburzeń lękowych w grupie osób z niepełnosprawnością wzrokową

Oszacowano, że osoby z deficytem wzroku odczuwają silniejszy lęk niż osoby bez niepełnosprawności [7, 8]. Szacuje się, że $\frac{1}{3}$ osób z niepełnosprawnością wzrokową doświadcza uczucia depresji i/lub lęku, 4–6% osób zaś ma stawianą diagnozę zaburzeń lękowych. Wykazano także, że 15,6% osób z deficytem wzroku w porównaniu z 10,7% osób prawidłowo widzących w ciągu ostatnich czterech tygodni odczuwało symptomy lęku. Powyższe badania wskazują, że zarówno symptomy odczuwane, ale nie spełniające kryteriów diagnostycznych, jak i te, które pozwalają na postawienie diagnozy depresji czy zaburzeń lękowych, są istotnym problemem zdrowotnym głównie u starszych osób z niepełnosprawnością wzrokową [9]. W innych badaniach stwierdzono objawy lękowe u ponad 30% starszych osób ze zwyrodnieniem plamki związanym z wiekiem (AMD) [10]. Van der Aa i wsp. [11] potwierdzili występowanie w ciągu ostatniego miesiąca u 0,16% osób z dysfunkcją widzenia objawów lęku panicznego bez objawów agorafobii, u 0,33% ze współwystępującymi objawami agorafobii, natomiast agorafobię bez paniki u 4,2% i fobię społeczną u 2,4% osób z tej grupy. Z kolei w ciągu ostatnich sześciu miesięcy zaobserwowano występowanie uogólnionych objawów lękowych u 1,8% osób z dysfunkcją widzenia [11].

Badanie przeprowadzone w Korei wśród osób z wrodzonym brakiem gałki ocznej wskazało na występowanie zaburzeń lękowych u blisko 30% badanych [12], natomiast japońskie badania prowadzone wśród osób z wysoką krótkowzrocznością potwierdziły te objawy u blisko 26% [13]. Zdaniem autorów wysoka krótkowzroczność często

towarzyszy pacjentom przez większość ich życia w wieku produkcyjnym, wywiera większy wpływ na sprawność w funkcjonowaniu społecznym oraz stanowi poważniejsze obciążenie dla rodzin i społeczeństwa niż to, które jest związane z występowaniem AMD czy jaskry. Jako czynnik istotnie związany z występowaniem zaburzeń lękowych wskazano przebytą operację zaćmy, co autorzy tłumaczą tym, że w razie wysokiej krótkowzroczności operacje zaćmy przeprowadzane są w młodszym wieku i nie tylko w celu wyleczenia samej zaćmy, ale również złagodzenia narastającego lęku przed pogłębianiem się krótkowzroczności. Stwierdzono ponadto, że u osób z wysoką krótkowzrocznością występowanie depresji i zaburzeń lękowych jest częstsze niż w populacji ogólnej, ale rzadsze niż u osób z chorobami stanowiącymi zagrożenie dla życia [13] czy różnymi chorobami przewlekłymi [14].

Czynniki związane z wystąpieniem lęku w niepełnosprawności wzrokowej

Lęk jest jednym z psychologicznych następstw utraty wzroku. W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że reakcje psychologiczne doznane wskutek tego typu sytuacji stresowej mogą być zależne np. od wieku wystąpienia dysfunkcji, stopnia, w jakim wpływa ona na codzienne funkcjonowanie, systemu formalnego i nieformalnego wsparcia oraz stosowanych strategii przystosowawczych [15]. Doniesienia zamieszczone w piśmiennictwie fachowym potwierdzają, że osoby, które utraciły wzrok przed 12. r. ż., prezentują wyższy poziom lęku niż te, u których utrata widzenia nastąpiła później [16]. W badaniach przeprowadzonych wśród japońskich masażyistów z dysfunkcją wzroku ujawniono, że poziom lęku obniżał się wraz z wiekiem badanych. Jako czynnik chroniący wykazano bycie w związku małżeńskim, a wysoki poziom lęku wiązał się ze skłonnością do tłumienia uczuć. Stwierdzono ponadto, że lęk mierzony jako cecha pozytywnie koreluje z bezradnością i codziennymi utrapieniami, negatywnie natomiast z samooceną i postrzeganym wsparciem emocjonalnym [17].

Badania przeprowadzone wśród osób z AMD dowodzą, że utrata wzroku w jednym oku, ze względu na towarzyszącą jej obawę o utratę widzenia w drugim oku, może być bardziej stresogenna niż utrata wzroku w obojgu oczach [18]. Podobnie większe koszty psychologiczne (w tym wyższy poziom lęku i niższa jakość życia) mogą wiązać się z łagodniejszą utratą wzroku [17, 19]. Za przyczynę takiego stanu rzeczy można uznać ciągły lęk przed dalszą deterioracją wzroku u osób z umiarkowaną niepełnosprawnością, podczas gdy osoby z poważniejszym deficytem szybciej akceptują swoją niepełnosprawność [17]. Ponadto osoby z umiarkowanym deficytem doświadczają trudności w komunikacji interpersonalnej, gdy ich niepełnosprawność nie jest widoczna dla innych. Sprawia to, że oczekuje się od nich sposobu komunikowania typowego dla osób zdrowych, a chęć sprostania temu wymaganiu rzutuje negatywnie na ich stan psychiczny [17].

Proces nabywania i akceptacji niepełnosprawności a lęk

Stelter [20] w swoich badaniach wykazała, że u osób z niepełnosprawnością może wystąpić tzw. cierpienie totalne, składające się z cierpienia: fizycznego, emocjonalnego,

socjalnego i duchowego. Ból duchowy znajduje swój wyraz w lęku przed przyszłością i w niepokoju egzystencjalnym. Cierpienie emocjonalne wiąże się z lękiem przed bólem i z poczuciem zagrożenia wynikającym z odmienności wyglądu i funkcjonowania. Wreszcie lęk jest jedną z odpowiedzi na cierpienie fizyczne, ból i ich konsekwencje oraz na trudności doświadczane w życiu społecznym [20].

Utrata wzroku jest sytuacją traumy [21], która wymusza na osobie nią dotkniętej ponowną adaptację, przeformułowanie planów życiowych oraz konieczność odnalezienia się w nowej grupie odniesienia (przejście z grupy osób sprawnych do grupy osób z niepełnosprawnością). Według teorii zawieszenia sytuacja taka wiąże się z niespójnością pomiędzy obrazem samego siebie i wizją swojego życia a zaistniałą sytuacją, zaburza obraz przyszłości, podważa celowość podejmowania decyzji, budzi lęk, niechęć i złość. Koncepcja ta zakłada, że nabycie niepełnosprawności może stanowić punkt zwrotny w życiu i mieć znaczenie rozwojowe, jednak opisywany wyżej stan zawieszenia może trwać do kilku lat [22].

O procesie stopniowego pogarszania się wzroku aż do utraty widzenia w jednym oku, ale i z uwzględnieniem przeżywanych stanów emocjonalnych, w tym lęku, pisze na podstawie własnych doświadczeń Sacks [23]. W jego wypadku lęk związany z zaburzeniami widzenia został spotęgowany diagnozą czerniaka i lękiem o przeżycie. Natomiast w poniższym opisie uwidoczniony został lęk towarzyszący pięcioletniemu chłopcu po utracie wzroku (a więc w początkowym okresie przystosowywania się do niepełnosprawności, w tzw. fazie szoku): „Dopiero po śniadaniu dostrzegłem jakąś zmianę. Nie widziałem prawie nic. Zaledwie z bliska mogłem odróżnić niebieską barwę drzwi prowadzących z kuchni do pokoju. Ogarnął mnie niepokój. Zacząłem płakać. Tuliłem się do mamy nie mogąc wykrztusić słowa, aż wreszcie wyszeptałem nieśmiało: Mamo! Ja nic nie widzę... Milczałem przerażony łzami i rozpaczą mamy, i ponownym pobytam w szpitalu. To uczucie lęku było przemożne, nawet płakać nie mogłem ze strachu” [24, str. 61]. W pierwszym okresie po wystąpieniu niepełnosprawności lęk jest jedną z typowych emocji. Może on być wywołany percepcją własnej sytuacji oraz może dotyczyć leczenia, lęku przed szpitalem, deprywacją, rozstaniem z bliskimi. W sytuacji, gdy niepełnosprawność jest stopniowo nabywana, zaniepokojenie, poczucie zagrożenia i idący za nimi lęk mogą pojawić się po jakimś czasie, gdy objawy stają się bardziej zauważalne i dokuczliwe. Ryzyko pojawienia się lęku przed dalszą utratą sprawności rośnie zwykle wraz z jej pogłębianiem się i staje się stałym elementem uczuciowości dziecka, przeplatając się z okresami nadziei na wyleczenie. Kolejnym zagrożeniem będzie lęk przed odrzuceniem przez innych.

W następnym okresie przystosowywania się do niepełnosprawności, określanym jako stadium uświadamiania sobie ograniczeń lub stadium depresji, zaczyna się analiza własnej sytuacji i próba zrozumienia jej konsekwencji. W zakresie przeżyć emocjonalnych nadal pojawiać się może lęk, związany m.in. z koniecznością podejmowania działań w zmienionych warunkach (jak np. lęk przed poruszaniem się w przestrzeni). Jest on potęgowany przez pojawiające się w początkowym okresie niepowodzenia. W kolejnych etapach – w stadium prób funkcjonowania z niepełnosprawnością i w stadium przystosowania do niepełnosprawności – zmienia się sposób funkcjonowania

psychospołecznego i postrzegania swojej sytuacji, a lęk ulega wtedy obniżeniu. Istnieje jednak nadal ryzyko kryzysu, związanego np. w okresie dorastania z kształtowaniem przyszłości, wyborem zawodu, wchodzeniem w związki [24].

Specyfika lęku doświadczanego przez osoby z niepełnosprawnością wzrokową

Lęki doświadczane przez osoby z niepełnosprawnością wzrokową, poza powszechnie występującymi, mają również charakter specyficzny i mogą dotyczyć np. samodzielnego poruszania się w terenie nieznanym [25], lęku przed upadkiem [26] czy przebywania w określonych miejscach i sytuacjach (jak np. przebywanie w autobusie, tłumie, publiczne przemawianie czy jedzenie w towarzystwie innych), co u starszych osób z deficytem wzroku opisywali van der Aa i wsp. [9]. Ograniczenia wynikające z dysfunkcji wzroku wraz z rzeczywistym lub antycypowanym brakiem dopasowania warunków w szkole lub pracy budzą lęk przed podjęciem działalności edukacyjnej lub zawodowej [25]. Opisywano ponadto lęk doświadczany przez osoby z deficytem wzroku w związkach partnerskich z osobą bez niepełnosprawności [27, 28].

W literaturze przedmiotu opisano charakterystyczne cechy osobowości osób z jaskrą pierwotną, wyrażające się m.in. przeżywaniem nieokreślonego lęku oraz lęku specyficznego, związanego np. z samotnym przeżywaniem w domu oraz z procesem chorobowym. Ze względu na uwarunkowania osobowościowe jaskra pierwotna jest opisywana jako choroba psychosomatyczna [29].

Niepełnosprawność wzrokowa może wiązać się z występowaniem wtórnych zaburzeń, jak np. zespołu Charlesa Bonneta, który dotyka około 12% starszych osób z deficytami wzroku i przejawia się halucynacjami o różnej postaci i intensywności. Mogą one przybierać tak poważne i dokuczliwe formy, że u osoby nimi dotkniętej pojawiają się lęk, a następnie obawy o własne zdrowie psychiczne [30].

Konsekwencje lęku związanego z niepełnosprawnością wzrokową

Jak pisze Czerwińska [25] w pracy poświęconej osobom tracącym wzrok, postępujące zmiany i ich wpływ na funkcjonowanie danej osoby utrudniają adekwatną ocenę własnego potencjału. Skutkiem doświadczanego lęku przed całkowitą utratą wzroku może być postawa nadmiernie asekuracyjna, kiedy to dana osoba staje się nadmiernie ostrożna i nie podejmuje nowych wyzwań, lub przeciwnie – postawa związana z zachowaniami ryzykownymi, które wynikają z nadziei na poprawę wzroku i łączą się z mechanizmami obronnymi zaprzeczenia i wyparcia [31].

Zaburzenia lękowe są głównym czynnikiem ryzyka (przed słabnącą sprawnością w lepszym oku i depresją) obniżającym jakość życia związaną ze wzrokiem u osób z wysoką krótkowzrocznością [13]. Podobny wpływ wykazano przy współwystępowaniu depresji u osób z przewlekłymi chorobami okulistycznymi, takimi jak AMD czy jaskra [10, 32, 33]. Zależność taka może być rozpatrywana jako dwukierunkowa – z jednej strony niska jakość życia spowodowana zaburzeniami widzenia może prowadzić do zaburzeń psychicznych, a z drugiej strony zaburzenia psychiczne spowodowane deficytami wzroku obniżają jakość życia [13].

Opisywane w literaturze przedmiotu interwencje związane z redukcją lęku wśród osób z niepełnosprawnością wzrokową

Yokoi i wsp. [13] uważają, że wczesne wykrycie zaburzeń psychicznych u pacjentów z wysoką krótkowzrocznością może mieć pozytywny wpływ na ich jakość życia związaną ze zdrowiem. Na podstawie przeprowadzonych badań autorzy zaproponowali twierdzenia, które mogą być wykorzystywane podczas rutynowych badań w celu przesiewowej diagnozy zaburzeń lękowych. Pochodzą one z Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) i brzmią następująco: „Mogę siedzieć spokojnie i czuć się zrelaksowany” oraz „Miewam nagłe uczucie panicznego strachu.”

Stan psychiczny osób z trudnościami zdrowotnymi pozostaje w ścisłym związku z ich funkcjonowaniem społecznym. Van der Aa i wsp. [11] dokonali metaanalizy dotyczącej wpływu interwencji psychospołecznych na poprawę zdrowia psychicznego, również w zakresie odczuwania lęku, u osób z niepełnosprawnością wzrokową. Na podstawie obserwacji powstał izraelski program mający na celu wsparcie babć i dziadków z niepełnosprawnością wzrokową obawiających się o kontakty z wnukami [34]. Ze względu na to, że trudności w komunikacji mają związek z pogorszeniem się stanu psychicznego, konieczne jest rozwijanie umiejętności w tym zakresie [17]. Sun i wsp. [29] opisują pozytywny wpływ terapii psychologicznej oraz udziału w grupach wsparcia na stan emocjonalny oraz jakość życia u osób z rozpoznaniem jaskry pierwotnej. Natomiast Ueda i Tsuda [35] zalecają stosowanie pracy grupowej połączonej z indywidualną terapią poznawczą w celu zmniejszenia dystresu, w tym napięcia i lęku u osób z nabytą niepełnosprawnością wzrokową. Wdrożenie 20-tygodniowego programu ukierunkowanego na rehabilitację psychospołeczną osób po 55. r. ż. z deficytami widzenia [36] spowodowało obniżenie poziomu związanego ze wzrokiem lęku przed upadkiem oraz, w pierwszym okresie po interwencji, lęku uogólnionego. Poziom tego drugiego wzrósł w badaniu ponowionym po upływie pół roku, co według autorów mogło być spowodowane sezonem zimowym i przemawia za potrzebą dodatkowych, wzmacniających sesji.

Kucharczyk [37] zwraca uwagę na rolę, a zarazem trudność w kształtowaniu umiejętności rozumienia emocji, dojrzałości emocjonalnej oraz rozumowania społecznego u dzieci z niepełnosprawnością wzrokową. Nabycie tych umiejętności jest utrudnione przez brak możliwości obserwowania i naśladowania innych oraz ubogie relacje interpersonalne. Co za tym idzie, dzieci te mogą mieć trudność w określaniu przeżywanych emocji. Stąd wynika potrzeba uczenia ich mówienia o swoich emocjach, przeżywanych lękach i trudnościach.

Van der Aa i wsp. [9] opisują program stopniowej opieki w zakresie depresji i zaburzeń lękowych u starszych osób z niepełnosprawnością wzrokową, w który zaangażowani zostali terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni i psychologowie z organizacji zajmujących się rehabilitacją wzroku. Program oparty na indywidualnej analizie potrzeb pacjentów zawierał okres obserwacji, poradnictwo dotyczące samopomocy oparte na metodach poznawczo-behawioralnych, trening rozwiązywania problemów oraz konsultacje lekarskie. Wykazano, że taka forma pracy może redukować objawy depresji i zaburzeń lękowych oraz chronić przed ich rozwinięciem się, a także przyczynia się do poprawy jakości życia związanej ze wzrokiem.

Przegląd literatury przedmiotu pozwala przypuszczać, że najwięcej interwencji mających na celu redukcję lęku związanego z deficytami wzroku przeprowadzono u osób poddawanych operacji zaćmy. W pierwszym doniesieniu, pochodzącym z 1981 roku, proponowano użycie słuchawek stereo z muzyką relaksacyjną [38]. Podobnie 35 lat później udowodniano, że na zmniejszenie lęku okołoperacyjnego pozytywny wpływ może mieć muzyka [39]. Wśród innych metod znalazły się również akupunktura [40] i masaż dłoni [41]. Zwrócono ponadto uwagę na rolę przedoperacyjnego informowania pacjenta, edukowania go oraz planowania opieki [42].

Wnioski

Niepełnosprawność wzrokowa związana jest z wysokim ryzykiem różnych objawów psychopatologicznych. Badania potwierdzają jednak, że brakuje właściwych i unikalnych procedur diagnostycznych i psychoterapeutycznych, które zapewnią prawidłowe funkcjonowanie osób z deficytami wzroku już w okresie dzieciństwa lub adolescencji [43].

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu można stwierdzić, że u osób z dysfunkcją wzroku istnieje podwyższone ryzyko wystąpienia zaburzeń lękowych, co może negatywnie wpływać na ich jakość życia, funkcjonowanie społeczne i zdrowotne. Prognozy epidemiologiczne wskazujące na gwałtowny przyrost liczby osób z deficytami widzenia w populacji ogólnej pozwalają przewidywać, że wrośnie zarazem liczba osób z zaburzeniami lękowymi. Prace wykorzystane w niniejszej publikacji nie wyczerpują poruszonej problematyki. Ze względów metodologicznych, w tym związanych m.in. z heterogenicznością grupy osób z dysfunkcją wzroku, nie wszystkie wyniki badań dają się uogólnić. Wciąż niewystarczająca jest liczba publikacji opisujących oddziaływanie psychospołeczne mogące zmniejszyć poziom lęku, a tym samym przyczynić się do poprawy jakości życia i sprawności funkcjonalnej osób z deficytami wzroku, a większość dotychczasowych doniesień na ten temat została przeprowadzona w populacji osób starszych.

Obserwacja funkcjonowania osób z omawianej grupy i informacje od nich zaczerpnięte pozwalają wszakże stwierdzić, że opisywane w literaturze przedmiotu rozwiązania redukujące lęk nie są powszechnie stosowane. Z jednej strony pacjenci, skupiając się na leczeniu okulistycznym, nie szukają pomocy w celu poprawy zdrowia psychicznego. Z drugiej zauważa się również potrzebę zwiększenia świadomości problemu wśród okulistów, aby w swojej praktyce zawodowej zwracali większą uwagę na doświadczenia emocjonalne pacjentów, które mogą być powiązane z zaburzeniami widzenia. Należy szczególnie podkreślić, że lekarz psychiatra odgrywa także znaczącą rolę w zespole interdyscyplinarnym odpowiedzialnym za rehabilitację psychospołeczną osoby z zaburzeniami widzenia. Doświadczenia pokazują, że na różnym etapie psychorehabilitacji osób niewidomych i słabo widzących nieodzowna jest nie tylko pomoc farmakologiczna w leczeniu zaburzeń psychicznych, ale potrzebne są również oddziaływania psychoterapeutyczne, poradnictwo dotyczące np. planowania życia w warunkach zmienionych po utracie czy pogorszeniu wzroku, zachęty do korzystania z istniejących form wsparcia ze strony grup samopomocowych oraz stowarzyszeń, a także wsparcie emocjonalne i informacyjne osób z otoczenia. Jak sugerują autorzy pracy poświęconej rehabilitacji psychospołecznej osób z deficytami wzroku [9], wspar-

cie prowadzone przez psychologów i pracowników socjalnych może mieć znaczenie prewencyjne i chronić przed wystąpieniem depresji czy zaburzeń lękowych. Jednakże u osób, które przed pogorszeniem widzenia miały już epizody zaburzeń psychicznych, pomoc taka może okazać się niewystarczająca i wówczas niezbędne jest włączenie farmakoterapii i intensywniejsze oddziaływanie psychiatryczne i psychologiczne [9].

Aby zwiększyć efektywność pracy i oddziaływań psychiatrów, psychologów, pedagogów i okulistów, konieczne jest prowadzenie interdyscyplinarnych badań ukierunkowanych na diagnostykę, profilaktykę i terapię zaburzeń lękowych u osób z dysfunkcją wzroku. Istnieje potrzeba dalszego rozwijania badań w tym zakresie nie tylko wśród dorosłych i starszych osób, ale również zainicjowania ich w grupie dzieci i młodzieży ze względu na niewielką obecnie liczbę doniesień na ten temat. Rozwój badań dotyczących tego zagadnienia powinien pozwolić na uzyskanie wyników umożliwiających opracowanie rekomendacji dla zespołów interdyscyplinarnych, w których współpracują ze sobą okuliści, psychiatrzy, psychologowie oraz przedstawiciele innych zawodów, aby usprawnić oddziaływania psychorehabilitacyjne wśród osób z zaburzeniami widzenia, co może mieć przełożenie na poprawę ich jakości życia oraz na redukcję kosztów związanych z opieką zdrowotną.

Piśmiennictwo

1. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2008.
2. Pużyński S, Wciórka J. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 2007.
3. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia: ICF. Światowa Organizacja Zdrowia; 2009.
4. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053): 1545–1602.
5. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS i wsp. *Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050*. *Ophthalmology* 2016; 123(5): 1036–1042. Doi: 10.1016/j.ophtha.2016.01.006. [Epub 2016 Feb 11].
6. Partyka, O, Wysocki MJ. *Epidemiology of eye diseases and infrastructure of ophthalmology in Poland*. *Przegl. Epidemiol.* 2015; 69(4): 773–777.
7. Soubrane G, Cruess A, Lotery A, Pauleikhoff D, Monès J i wsp. *Burden and health care resource utilization in neovascular age-related macular degeneration: Findings of a multicountry study*. *Arch. Ophthalmol.* 2007; 125(9): 1249–1254.
8. Kempen GI, Balleman J, Ranchor AV, Rens van GH, Zijlstra GR. *The impact of low vision on activities of daily living, symptoms of depression, feelings of anxiety and social support in community-living older adults seeking vision rehabilitation services*. *Qual. Life Res.* 2012; 21(8): 1405–1411.
9. Aa van der HP, Rens van GH, Comijs HC, Margrain TH, Gallindo-Garre F. i wsp. *Stepped care for depression and anxiety in visually impaired older adults: Multicentre randomised controlled trial*. *BMJ* 2015; 351: h6127.

10. Augustin A, Sahel JA, Bandello F, Dardennes R, Maurel F. i wsp. *Anxiety and depression prevalence rates in age-related macular degeneration*. Invest. Ophthalmol. Vis. Sci. 2007; 48(4): 1498–1503.
11. Aa van der HP, Margrain TH, Rens van GH, Heymans MW, Nispen van RM. *Psychosocial interventions to improve mental health in adults with vision impairment: Systematic review and meta-analysis*. Ophthalmic Physiol. Opt. 2016; 36(5): 584–606.
12. Ahn JM, Lee SY, Yoon JS. *Health-related quality of life and emotional status of anophthalmic patients in Korea*. Am. J. Ophthalmol. 2010; 149(6): 1005–1011.
13. Yokoi T, Moriyama M, Hayashi K, Shimada N, Tomita M. i wsp. *Predictive factors for comorbid psychiatric disorders and their impact on vision-related quality of life in patients with high myopia*. Int. Ophthalmol. 2014; 34(2): 171–183.
14. Langelaan M, Boer de MR, Nispen van RMA, Wouters B, Moll AC, Rens van GH. *Impact of visual impairment on quality of life: A comparison with quality of life in the general population and with other chronic conditions*. Ophthalmic Epidemiol. 2007; 14(3): 119–126.
15. Bailey IL, Hall A. *Visual impairment: An overview*. American Foundation for the Blind; 1990.
16. Ray CT, Horvat M, Williams M, Blasch BB. *Clinical assessment of functional movement in adults with visual impairments*. J. Visual Impair. Blin. 2007; 101(2): 108–113.
17. Donoyama N, Munakata T. *Trait anxiety among Japanese massage practitioners with visual impairment: What is required in Japanese rehabilitation education?* British Journal of Visual Impairment 2009; 27(1): 25–47.
18. Williams RA, Brody BL, Thomas RG, Kaplan RM, Brown SI. *The psychosocial impact of macular degeneration*. Arch. Ophthalmol. 1998; 116(4): 514–520.
19. Kilian M. *Następstwa utraty wzroku w starszym wieku. Człowiek – Niepełnosprawność – Społeczeństwo* 1995; 2(12) 2010: 89–103.
20. Stelter Ž. *Choroba, niepełnosprawność, cierpienie oraz postawy wobec nich – w teorii i badaniach*. Warszawa: Wydawnictwa Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie; 2010.
21. Golińska L. *Wpływ doświadczeń trwałego uszczerbku zdrowia na jakość życia*. Polskie Forum Psychologiczne 2009; 14(1): 5–16.
22. Malec M. *Biograficzne uczenie się osób z nabytym stygmatem*. Wrocław: Oficyna Wydawnicza „Atut”; 2008.
23. Sacks O. *Okno umysłu*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2011.
24. Kowalewski L. *Psychologiczna i społeczna sytuacja dzieci niepełnosprawnych*. W: I. Obuchowska red. *Dziecko niepełnosprawne w rodzinie*. Warszawa: WSIP; 1999. S. 55–100.
25. Czerwińska K. *Utrata wzroku w kontekście realizacji zadań rozwojowych w okresie dorosłości. Niepełnosprawność*. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej 2015; 17(17): 76–90.
26. White UE, Black AA, Wood JM, Delbaere K. *Fear of falling in vision impairment*. Optom. Vis. Sci. 2015; 92(6): 730–735.
27. Mądry I. *Małżeństwo a akceptacja inwalidztwa*. Szkoła Specjalna 1988; 5: 331–338.
28. Łuszczynski Cz. *O łagodzeniu skutków kalectwa*. Warszawa: Instytut Wydawniczy CRZZ; 1980.
29. Sun W, Wu F, Kong J, Nakahara Y, Xuan D i wsp. *Analysis on the psychological factors of glaucoma and the influence of the psychological therapy after the education on the glaucoma club*. Int. Eye Sci. 2012; 12(9): 1619–1622.
30. Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, Kuin Y, Verbeek AL, Zitman FG. *Social and psychological characteristics of elderly visually handicapped patients with the Charles Bonnet Syndrome*. Comprehensive Psychiatry 1999; 40(4): 315–319.

31. Zaorska M. *Tyflopedagog wobec problemu aktywności życiowej – zawodowej i prozawodowej osób dorosłych z niepełnosprawnością wzrokową*. Toruń: Wydawnictwo Edukacyjne; 2015.
32. Lotery A, Xu X, Zlatava G, Loftus J. *Burden of illness, visual impairment and health resource utilisation of patients with neovascular age-related macular degeneration: Results from the UK cohort of a five-country cross-sectional study*. Br. J. Ophthalmol. 2007; 91(10): 1303–1307.
33. Tastan S, Iyigun E, Bayer A, Acikel C. *Anxiety, depression, and quality of life in Turkish patients with glaucoma*. Psychol. Rep. 2010; 106(2): 343–357.
34. Gutman, C, Jaffe K. *A group intervention for visually impaired grandparents*. Journal of Visual Impairment and Blindness 2002; 96(10): 741–742.
35. Ueda Y, Tsuda A. *Differential outcomes of skill training, group counselling, and individual cognitive therapy for persons with acquired visual impairment*. Japanese Psychological Research 2013; 55(3): 229–240.
36. Alma MA, Groothoff JW, Melis-Dankers BJM, Suurmeijer TPBM, Mei van der SF, Mei van der SF. *The effectiveness of a multidisciplinary group rehabilitation program on the psychosocial functioning of elderly people who are visually impaired*. Journal of Visual Impairment and Blindness 2013; 107(1): 5–16.
37. Kucharczyk I. *Funkcjonowanie emocjonalne dzieci z niepełnosprawnością wzroku*. Niepełnosprawność. Dyskursy Pedagogiki Specjalnej 2015; 17: 91–102.
38. Gullledge SL, Kline OR. *Use of stereo headphones for patient relaxation during cataract surgery under local anesthesia*. Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina 1989; 12(4): 289–290.
39. Wiwatwongwana D, Vichitvejpaisal P, Thaikrua L, Klaphajone J, Tantong A, Wiwatwongwana A. *The effect of music with and without binaural beat audio on operative anxiety in patients undergoing cataract surgery: A randomized controlled trial*. Eye (Lond.) 2016; 30(11): 1407–1414.
40. Gioia L, Cabrini L, Gemma M, Fiori R, Fasce F i wsp. *Sedative effect of acupuncture during cataract surgery: Prospective randomized double-blind study*. Journal of Cataract and Refractive Surgery 2006; 32(11): 1951–1954.
41. Kim MS, Cho KS, Woo HM, Kim JH. *Effects of hand massage on anxiety in cataract surgery using local anesthesia*. Journal of Cataract and Refractive Surgery 2001; 27(6): 884–890.
42. Karaman Özlü Z, Tuğ Ö, Çay Yayla A. *Inevitable problems of older people: Prenursery information effect on anxiety levels in patients undergoing cataract surgery*. J. Clin. Nurs. 2016; 25(9–10): 1388–1394.
43. Saisky Y, Hasid S, Ebert T, Kosov I. *Issues in psychiatric evaluation of children and adolescents with visual impairment*. Harefuah. 2014; 153(2): 109–12, 125.

Adres: Katarzyna Weronika Binder
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej
90-674 Łódź, pl. Hallera 1
e-mail: katarzyna.binder@umed.lodz.pl

Otrzymano: 29.07.2017

Zrecenzowano: 13.10.2017

Otrzymano po poprawie: 8.11.2017

Przyjęto do druku: 17.02.2018