

PRACE ORYGINALNE

ORIGINAL CONTRIBUTIONS

Cecylia Smug, Tomasz Pawełczyk, Agnieszka Pawełczyk,
Jolanta Rabe-Jabłońska

Stan psychiczny, zaburzenia obrazu własnego ciała oraz kompetencje społeczne młodzieży z chorobą zezową

Mental state, body image disturbances and social competences in adolescents with strabismus

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

Correspondence to: Cecylia Smug, Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: celosuno@yahoo.com

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Wprowadzenie: Choroba zezowa jest poważnym zaburzeniem okulistycznym, kosmetycznym, które może powodować dyskomfort psychiczny. Opisywane jest zwiększenie częstości występowania różnych zaburzeń psychicznych u osób z zezem. U dzieci i młodzieży powoduje trudności w szkole i gorsze wyniki w sporcie. Zez może być przyczyną niekorzystnego odbioru społecznego. Może utrudniać zdobycie satysfakcjonującej pracy oraz znacząco obniżać jakość życia. **Cel pracy:** Zbadanie, czy zez powoduje wystąpienie zaburzeń psychicznych, czy wpływa na kompetencje społeczne oraz czy bywa przyczyną dysmorfofobii (według DSM-IV). **Materiał i metody:** Losowo została wybrana grupa 30 osób z zezem w wieku 13-17 lat. Grupę kontrolną stanowiło 30 osób bez zezów dobranych odpowiednio według wieku i płci. Grupy porównano pod względem występowania zaburzeń psychicznych mierzonych skalą GHQ-28. Do oceny kompetencji społecznych zastosowano Kwestionariusz Kompetencji Społecznych (KKS). Nasilenie objawów dysmorfofobii zmierzono za pomocą Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). **Wyniki:** Nie uzyskano istotnych statystycznie różnic w częstości występowania objawów depresji, niepokoju, zaburzeń funkcjonowania ani bezsenności u młodzieży z zezem w porównaniu z grupą kontrolną. Obu grup nie różnił poziom kompetencji społecznych ani częstość występowania dysmorfofobii. Stwierdzono, że młodzież w przeszłości poddana operacji przeciwzezowej wykazuje istotnie gorsze kompetencje społeczne niż młodzież niepoddana tej operacji ($p=0,006$). **Omówienie:** W piśmiennictwie nie znaleziono doniesień z badań nad kompetencjami społecznymi młodzieży z zezem ani oceny występowania wśród niej dysmorfofobii. Pod tym względem niniejsze badanie stanowi nowy wkład wiedzy w dziedzinie badania psychiki osób z chorobą zezową. Nie potwierdziło się częstsze występowanie zaburzeń psychicznych. Sugeruje się przeprowadzenie badań na większej grupie w celu określenia istoty wpływu operacji przeciwzezowej na kompetencje społeczne.

Słowa kluczowe: zez, choroba zezowa, kompetencje społeczne, dysmorfofobia, depresja, niepokój, bezsenność, zaburzenia funkcjonowania

Summary

Introduction: Strabismus is a serious ophthalmological and cosmetic disorder which may cause psychological discomfort. An increased incidence of various mental disturbances in patients with squint has been described. Affected children and adolescents experience more difficulties at school and worse results in sport. Squint may cause a disadvantageous social reception and may sometimes make it difficult to get a satisfying job. It may considerably decrease the quality of life. **Objective:** This study addressed three questions: 1) Is strabismus linked to psychiatric and psychological disorders? 2) Can it influence social competences? 3) Is it linked to dysmorphophobia (DSM-IV)? **Material and methods:** Thirty persons with strabismus at the age of 13-17 years were compared with the control group of 30 persons of the same age,

without eye problems. To detect psychiatric problems GHQ-28 scale was used. To assess social competences the Social Competence Questionnaire KKS (Kwestionariusz Kompetencji Społecznych) was used. Dismorphophobia symptoms were measured using the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE). **Results:** There were no statistically significant differences in the incidence of symptoms of depression, anxiety, sleep disorders, functioning, social competences or dysmorphophobia in adolescents with strabismus, as compared to the control group. Significantly worse social competences were shown by those adolescents with strabismus who underwent surgical treatment, as compared to other persons with squint ($p=0.006$). **Discussion:** In literature, we have not found any studies on social competences in young people with strabismus. The prevalence of dysmorphophobia was not confirmed among them. No higher incidence of psychiatric disorders was observed in our study in adolescents with strabismus.

Key words: strabismus, squint, social competences, dysmorphophobia, depression, anxiety, insomnia, functioning disorder

WSTĘP

Choroba zezowa polega na nieprawidłowym ustawieniu gałek ocznych oraz na współistniejących z nim zaburzeniach widzenia. Zez może być ukryty lub jawny, towarzyszący oraz porażenny. Zez ukryty jest spowodowany nierównowagą mięśni ocznych i ujawnia się przy przysłonięciu jednego oka. Zez jawny towarzyszący to najczęstsza postać zezu, chore oko towarzyszy zdrowemu podczas ruchów, zachowując stały kąt odchylenia. Oko może zbaczać do wewnątrz, na zewnątrz, ku górze i ku dołowi oraz skośnie. Wyróżnia się zez zbieżny wrodzony, zez jawny rozbieżny stały oraz zez rozbieżny okresowy. Jeśli dochodzi do rotacyjnego przemieszczenia osi oka pod zasłoną, mówimy o cykloforii^(1,2). Istnieją także inne postaci zezu, jednakże ich omówienie wykracza poza zakres tej pracy. Przy dużym kącie zezu zaburzenie to jest widoczne dla otoczenia. Jednak nie mniej ważna niż defekt kosmetyczny jest nierównowaga sensoryczna obu oczu, upośledzone widzenie obuoczne, a zwłaszcza zagrożenie niedowidzeniem. Dodatkowo w pewnych postaciach zezu zdarza się kompensacyjne przechylenie głowy i uniesienie podbródka w celu uzyskania poczucia głębi, co może skutkować bólami karku i dodatkowymi komplikacjami, związanymi z nieprawidłową postawą ciała⁽²⁾. Wczesna diagnoza i leczenie (zasłanianie zdrowego oka, korekcja okularowa wady refrakcji, ćwiczenia ortooptyczne lub operacja przeciwzezowa) powodują, że kąt, a także widoczność zezu zmniejszają się, a przede wszystkim nie dochodzi do powstania niedowidzenia w oku zezującym. Osobom mającym w wieku młodzieńczym nieprawidłowo ustawione gałki oczne ten defekt wyglądu towarzyszy zwykle „od zawsze” (wyjątkiem jest zez porażenny czy spowodowany inną chorobą).

Zez stanowi często przyczynę wieloletnich trudności szkolnych, polegających między innymi na problemach z czytaniem. U dzieci występują też niezręczność, nieprawidłowa ocena odległości, będące przyczyną gorszych wyników podczas lekcji wychowania fizycznego⁽³⁾. Choroba zezowa, tak jak inne choroby o charakterze przewlekłym, może prowadzić do nieprawidłowego rozwoju funkcji poznawczych, emocjonalnych czy ruchowych u dziecka⁽⁴⁾. Trudności psychologiczne stwierdzono także w innych zaburzeniach wiążących się z wadami wyglądu. Należą do nich: rozszczep wargi i podniebienia, bielactwo^(5,6), łuszczyca, hirsutyizm, blizny (np. pooparzeniowe) i inne. Badania wykazały, że osoby z rozszczepem podniebienia częściej inicjowały rozmowy

INTRODUCTION

Strabismus consists in an abnormal alignment of eyeballs and concomitant vision disorders. Squint may be either latent or manifest, concomitant and paralytic. Latent squint is caused by lack of equilibrium in ocular muscles and manifests itself with one eye covered. Concomitant manifest squint is the most prevalent form of squint, the squinting eye accompanies the healthy one while moving, maintaining a permanent angle of deviation. The eye may deviate inwards, outwards, upwards and downwards and aslant. We can differentiate between congenital convergent squint, permanent manifest divergent squint and periodical divergent squint. In case of rotational displacement of the eye under a velum, it is defined as cyclophoria^(1,2). There are also other forms of squint, however discussing them would go beyond the scope of this study. With a big angle of squint, this disorder is visible for other people. However, not less important than the cosmetic effect is the lack of sensorial equilibrium of his both eyes, impaired binocular vision, and especially the risk of amblyopia. Additionally, in some forms of squint the affected person compensatorily tilt their heads and raise their chins in order to gain a sense of depth, which may result in pain in the nape and additional defect in appearance, connected with incorrect body posture⁽²⁾. An early diagnosis and treatment (covering the healthy eye, correction of refraction by glasses, orthoptic exercises or anti-squint surgery) make the angle and also visibility of squint decrease, and, what is more important, amblyopia of the squinting eye is prevented. Those whose eyeballs in adolescence were disaligned were accompanied with this defect from the start ever (an exception is the paralytic squint or squint induced by another disease). Squint often causes long-lasting scholastic difficulties consisting, among others, in difficulties with reading. Besides, the children exhibit clumsiness and wrong evaluation of a distance, which entails worse results in physical education classes⁽³⁾. Strabismus, as other chronic diseases, may cause improper development of cognitive, emotional and motorial functions in the child⁽⁴⁾.

Psychological difficulties were also found in other appearance-related defects, such as: cleft lip and palate, vitiligo^(5,6), psoriasis, hirsutism, scars (e.g. postburn) and other. The studies indicate that people with cleft palate more often initiate conversations, imitate the interlocutor's facial movements and

wę, naśladowały mimikę i gesty rozmówcy, co autorzy badania próbują tłumaczyć mechanizmem kompensacji.

W badaniach z udziałem osób dorosłych z wyglądem odbiegającym od przeciętnego/oczekiwanego również stwierdzono istnienie zakłóceń w funkcjonowaniu psychologicznym. U kobiet z hirsutyzmem obserwuje się unikanie kontaktów społecznych, gorsze przystosowanie społeczne, niepewność co do własnej płci, niepokój. W skali GHQ (General Health Questionnaire) osoby te mają wyniki wskazujące na zaburzenia psychiczne⁽⁷⁾. Osoby z różnymi wadami wyglądu są narażone na zwiększony stres. Ponad 60% z nich ujawnia niepokój, objawy depresyjne, a nawet zwiększone ryzyko samobójstwa. Pojawia się niska samoocena, unikanie kontaktów społecznych, które mogą się wiązać z ocenianiem wyglądu, np. chodzenia na basen. Często jest także ukrywanie albo maskowanie defektu. Szacuje się, że tylko około 1% populacji ma jakiś znaczący defekt wyglądu, jednak nawet jedna trzecia kobiet i jedna czwarta mężczyzn jest niezadowolona ze swojego wyglądu. Znaczenie ma nie tyle obiektywne nasilenie defektu, ile jego subiektywne postrzeganie i przeżywanie. W skrajnej sytuacji mówimy o zaburzeniu dysmorficznym, w którym cała uwaga chorego jest skupiona na niewidocznym dla otoczenia defekcie⁽⁸⁾.

Zez może uniemożliwiać choremu podjęcie wielu zajęć i pracy w zawodach wymagających dobrego widzenia przestrzennego. Do ograniczeń związanych z chorobą zezową należą też niemożność uprawiania pewnych sportów, pełnienia niektórych ról społecznych. U większości dzieci nie zanotowano jednak dużych odchyśleń w funkcjonowaniu społecznym, choć niektóre z nich odczuwały istotne trudności w nawiązywaniu relacji interpersonalnych. Skutkowały one mniejszą liczbą kontaktów społecznych⁽⁹⁾. Problem dla 50% osób z zezem zaczyna się już w momencie nawiązywania kontaktu wzrokowego⁽¹⁰⁾. Niewłaściwe postawy otoczenia wobec dziecka (nadopieczność, obojętność lub odrzucenie) mogą sprzyjać kształtowaniu się nieprawidłowych cech osobowości⁽¹¹⁾. Negatywna postawa wobec osób z zezem i umiejętność jej werbalizacji kształtuje się około 6. roku życia⁽¹²⁾. Według Johnsa i wsp. 11% dzieci w wieku 3-8 lat jednoznacznie odrzuca rówieśnika z zezem jako towarzysza zabawy⁽¹³⁾. Niektórzy psychiatrzy zauważyli, że zez może utrudniać właściwy rozwój relacji rodzic – dziecko⁽¹⁴⁾. Choroba zezowa może zatem mieć negatywny wpływ zarówno na kształtowanie się obrazu siebie, jak i na zdolność samoakceptacji. Może powodować zachwianie poczucia bezpieczeństwa, utrudnia tworzenie i rozwijanie relacji rówieśniczych, zakłóca proces uczenia się, a nawet wpływa na poziom inteligencji^(4,15). Uprzedzenia społeczne, pojawiające się w okresie rozwojowym, mogą towarzyszyć ludziom również w dorosłości i dotyczyć nie tylko relacji pozazawodowych, ale także utrudniać zdobycie satysfakcjonującej pracy. Według pracowników firm rekrutujących do pracy widoczny zez był trzecią przyczyną odrzucania kandydata (po trądziku i widocznych brakach w uzębieniu). Osoby z zezem były postrzegane jako mniej inteligentne i mniej atrakcyjne⁽¹⁶⁾. Podobnie jak inne przewlekłe schorzenie zez może też być przyczyną zachowań agresywnych osób dotkniętych tym zaburzeniem^(4,17). W badaniach stwierdzono, że dzieci z chorobą zezową częściej mają zaburzenia psychiczne,

gestures, which the authors try to explain by a compensation mechanism.

In the research with adults whose appearance differs from the average/expected also some disturbances in psychological functioning were found. Women with hirsutism avoid social contacts, they show a lower social adjustment, uncertainty as to their gender, and anxiety. In the GHQ (General Health Questionnaire) those people's results point to mental disorders⁽⁷⁾. People with various appearance defects are exposed to a higher stress. Over 60% of them show anxiety, depression symptoms, or even an increased suicidal risk. A low self-esteem appears along with avoidance of social contacts which may be associated with evaluation of appearance, e.g. going to a swimming-pool. Besides, they frequently conceal or mask the defect. It is estimated that only about 1% of the population have a significant defect, however as many as one-third of women and one-fourth of men are dissatisfied with their appearance. A subjective perception and experiencing of one's defect seems to be more important than the objective intensity of the defect. In extreme situation we can speak about a dysmorphic disorder where the patient's entire attention is focussed on the defect which is actually invisible to others⁽⁸⁾. Strabismus may make it impossible for the affected person to undertake many assignments and jobs in those professions which require a good spatial vision. The strabismus-related limitations comprise also the inability to perform some sports and fulfill some social roles. Yet, most of the children did not show any significant deviations in social functioning, even though some found it difficult to make interpersonal relations. This resulted in decreased social contacts⁽⁹⁾. For 50% of subjects with strabismus the problem starts as early as when they make the visual contact⁽¹⁰⁾. Improper approach of adults to the child (overprotection, indifference or rejection) may be conducive to the development of abnormal personality traits⁽¹¹⁾. A negative attitude towards those affected by squint and ability to verbalize it are formed about the age of 6⁽¹²⁾. According to Johns et al., 11% of children aged 3-8 years unambiguously reject their squinting peers as their playmates⁽¹³⁾. Some psychiatrists noticed that strabismus may hamper the development of proper parent – child relationships⁽¹⁴⁾. Consequently, strabismus may negatively affect both the development of one's self-image and self-acceptance ability. It may shake one's safety feeling, hampers entering into and developing peers relationships, disturbs the learning process and even affects the intelligence level^(4,15). Social prejudices appearing in the developmental period may accompany people also in adulthood and may refer not only to non-professional relationships but also to getting a satisfying job. According to job recruitment companies, a visible strabismus was the third cause of rejecting a candidate (following acne and visible dental defects). Candidates with strabismus were perceived as less intelligent and less attractive⁽¹⁶⁾. Similarly to other chronic diseases, strabismus may cause aggressive behaviour in people affected by that disorder^(4,17). The studies confirmed that children with strabismus more often suffered from mental disorders, especially emotional and psychotic ones. Many researchers in-

zwłaszcza emocjonalne i psychotyczne. Wielu badaczy wskazuje także na występowanie istotnej poprawy funkcjonowania psychosocjalnego po leczeniu chirurgicznym zeza, także u dorosłych⁽¹⁸⁾. W badaniach zezujących nastolatków stwierdzono, że 85% chłopców i 75% dziewcząt miało problemy psychologiczne związane z tą chorobą. Po interwencji chirurgicznej odpowiednio u 97,5 i 95% nastąpiła poprawa poczucia własnej wartości oraz poczucia bezpieczeństwa⁽¹⁰⁾. Wiele problemów nie tylko nie znika wraz z końcem dzieciństwa, ale nasila się w okresie dojrzewania oraz dorosłości⁽¹⁵⁾.

Jednym z kryteriów rozpoznawania dysmorfofobii według DSM-IV jest między innymi nadmierne zaangażowanie wymaganym lub nieznacznym defektem w swoim wyglądzie⁽¹⁹⁾. Takim defektem może być nieprawidłowo ustawiona gałka oczna. Oczy, a także konieczność noszenia okularów są wymieniane w piśmiennictwie jako źródła nadmiernego zaangażowania swoim wyglądem⁽²⁰⁾. Zaangażowanie tym defektem może być powodem cierpienia lub zaburzenia funkcjonowania społecznego na wszystkich ważnych polach, co jest jednym z kryteriów tego zaburzenia. W literaturze nie ma opisów pacjentów z chorobą zezową i dysmorfofobią.

Dysmorfofobię obserwuje się również w dzieciństwie, niemniej zwykle zaczyna się w adolescencji⁽²¹⁾. Zaburzenie to ma ogromny wpływ na funkcjonowanie społeczne, osiągnięcia, bywa przyczyną wycofania społecznego, problemów szkolnych oraz prób samobójczych (Philips, 2004). Według Philips pacjenci z BDD otrzymują mniej opieki rodzicielskiej niż osoby z grupy kontrolnej⁽²²⁾. Krytyczne uwagi mogą mieć wpływ na powstanie tego zaburzenia. Często współwystępują z nim także duża depresja (70% z BDD) oraz zaburzenia lękowe (30-60%). Pewien związek występuje także między BDD a zaburzeniami z kręgu OCD – zaburzeń obsesyjno-kompulsyjnych⁽²⁰⁾.

CEL PRACY

Celem pracy było stwierdzenie, czy nastolatki z obecną lub przeszłą chorobą zezową różnią się od swoich zdrowych rówieśników w zakresie występowania objawów niektórych zaburzeń psychicznych, kompetencjami społecznymi oraz zaburzeniem obrazu własnego ciała (dysmorfofobicznym).

MATERIAŁ I METODY

Do grupy badanej (Z) włączono 30 pacjentów z 3 poradni leczenia zeza działających na terenie Łodzi. Grupę kontrolną (K) stanowiło 30 losowo wybranych uczniów 3 gimnazjów i szkół średnich na terenie Łodzi, dobranych pod względem płci i wieku, bez choroby zezowej. Projekt badania uzyskał pozytywną opinię Komisji Etycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Badanie młodzieży przeprowadzono za pisemną zgodą rodziców oraz samych badanych. Zebrano dane demograficzne, informacje na temat struktury rodziny, dane strabologiczne i informacje z badania okulistyckiego przy pomocy autorskiego kwestionariusza. Do oceny ogólnego zdrowia psychicznego zastosowano 28-pytaniową wersję kwestionariusza Goldberga: GHQ-28, którego wyniki oceniono, stosując zaproponowaną przez auto-

dicate an explicit improvement in psychosocial functioning after an operative treatment of strabismus, also in adults⁽¹⁸⁾. The examinations of squinting adolescents revealed that 85% of boys and 75% of girls had psychological problems associated with this disease. After a surgical intervention 97.5% and 95% exhibited an improvement within their self-esteem and safety feeling⁽¹⁰⁾. Many problems not only do not disappear with the end of childhood but they increase during adolescence and adulthood⁽¹⁵⁾.

One of the criteria of diagnosing dysmorphophobia according to DSM-IV is, among others, an excessive engrossment with an imaginary or insignificant defect in one's appearance⁽¹⁹⁾. Such a defect may be a misaligned eyeball. Eyes, as well as the need to wear glasses, are mentioned in literature as sources of one's excessive engrossment with one's appearance⁽²⁰⁾. An engrossment with this defect may cause suffering or disturbed social functioning in all important fields, which is one of the criteria of this disorder. There are no descriptions of patients with strabismus and dysmorphophobia in literature.

Dysmorphophobia is also observed in childhood, but it usually starts in adolescence⁽²¹⁾. This disorder largely affects the social functioning, achievements, sometimes it causes a social withdrawal, scholastic problems and suicidal attempts (Philips, 2004). According to Philips, patients with BDD obtain less parental care than those from the control group⁽²²⁾. Critical comments may contribute to this disorder. Concomitant with it is often major depression (70% with BDD) and anxiety disorders (30-60%). A certain correlation exists also between BDD and obsessive-compulsive disorders⁽²⁰⁾.

OBJECTIVE

The study was aimed at finding out whether or not adolescents with the present or past strabismus differ from their healthy peers by the occurrence of certain mental disorders, social competences and one's own body image disorder (dysmorphophobia).

MATERIAL AND METHODS

The examined group (Z) included 30 patients from 3 strabismus treating dispensaries in Łódź. The control group (K) consisted of 30 randomly selected pupils of 3 junior secondary schools and high schools in Łódź; they were selected according to gender and age, without strabismus. The project of the study was positively evaluated by the Ethical Committee at the Medical University of Łódź. The examination was carried out after a written consent was obtained from the parents and the examined adolescents. Demographic data were collected, along with the information on the family structure, strabological data and information from the ophthalmological examination, using the author's questionnaire. General mental health was evaluated using 28-question version of Goldberg's questionnaire – GHQ-28, the results of which were evaluated using the 1-2-3-4 score method proposed by the author. Social competences were evaluated using the Social Competenc-

ra metodę punktacji 1-2-3-4. Kompetencje społeczne oceniano przy pomocy Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS). W celu określenia występowania zaburzeń obrazu własnego ciała za zgodą autora użyto kwestionariusza Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) Jamesa Rosena⁽²³⁾.

Na podstawie badań trafności kryterialnej zasugerowano dla kwestionariusza GHQ-28 próg na poziomie 5/6 punktów. Rzetelność połowkowa kwestionariusza wynosi 0,95, alfa Cronbacha waha się od +0,82 do +0,93. Wskaźniki trafności: czułość 86, a swoistość 82.

Oceny kompetencji społecznych dokonano za pomocą Kwestionariusza Kompetencji Społecznych (KKS) Anny Matczak. Wykorzystano wersję KKS-A(M) – samoopisową dla młodzieży. Kwestionariusz zawiera 3 skale badające kompetencje społeczne w:

- I – sytuacjach intymnych (oznaczających bliskie kontakty interpersonalne związane z daleko idącym ujawnieniem się partnerów);
- ES – sytuacjach ekspozycji społecznej;
- A – sytuacjach wymagających zachowań asertywnych.

Współczynnik zgodności wewnętrznej (rzetelność) KKS alfa Cronbacha: dla skali I – 0,82 mężczyźni (M) i 0,80 kobiety (K); dla skali ES – 0,88 (M) i 0,88 (K); dla skali A – 0,83 (M) i 0,84 (K). Łączny – 0,94 (taki sam mężczyźni i kobiety). Błąd standardowy SEM: 5,74 (M) i 5,48 (K). Stabilność bezwzględna (stałość) – wynik łączny dla 3 skal: mężczyźni 0,89 i kobiety 0,90⁽²⁴⁾.

W celu określenia występowania zaburzeń obrazu własnego ciała użyto kwestionariusza Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) autorstwa Jamesa Rosena, przetłumaczonego na język polski⁽²³⁾. BDDE jest kwestionariuszem częściowo ustrukturalizowanym. Pozwala zdiagnozować zaburzenie dysmorfobiczne, uwzględnione w DSM-IV (w ICD-10 zaburzenie somatomorficzne). Umożliwia także ocenę negatywnego obrazu własnego ciała. Zastosowanie BDDE pozwala na wyróżnienie grupy osób z klinicznym nasileniem zaburzeń obrazu własnego ciała. Kwestionariusz posiada odpowiednią spójność wewnętrzną oraz stabilność ($r=0,94$, $p<0,01$) i porównywalność ($r=0,98$, $p<0,01$). Współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,88 dla osób z klinicznym nasileniem zaburzenia dysmorfobicznego, 0,93 dla młodzieży oraz 0,91 dla pracowników uniwersytetu.

| Zmienna Variable | Grupa Z Group Z (n=30) | Grupa K Group K (n=30) |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Wiek (średnia ±SD) Age (average value ±SD) | | |
| M [lata] M [years] | 14,4 | 14,3 |
| K [lata] K [years] | 13,7 | 13,9 |
| Płeć Gender | | |
| M | 17 | 17 |
| K | 13 | 13 |
| M – płeć męska, K – płeć żeńska. M – male, K – female. | | |

Tabela 1. Dane demograficzne osób badanych
Table 1. Demographic data of examined subjects

es Questionnaire (KKS). To determine the occurrence of one's own body image disorders, with the author's consent the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) by James Rosen was used⁽²³⁾.

According to the criteria validity studies, the threshold at the level of 5/6 scores was suggested for GHQ-28. The questionnaire split-half reliability amounts to 0.95, Cronbach alpha ranges from +0.82 to +0.93. The validity indices are: sensitivity 86, and specificity 82.

Social competences were evaluated using the Social Competences Questionnaire (KKS) by Anna Matczak. The KKS-A(M) self-descriptive version for adolescents was used. The questionnaire contains 3 scales investigating social competences in:

- I – intimate situations (meaning close interpersonal contacts connected with the partners' far reaching self-disclosure);
- ES – social exposure situations;
- A – situations which require assertive behaviours.

The internal conformity coefficient (reliability) KKS Cronbach alpha for scale I – 0.82 men (M), 0.80 women (K); for ES scale – 0.88 (M), 0.88 (K); for scale A – 0.83 (M), 0.84 (K). The total 0.94 (the same for men and women). Standard error SEM: 5.74 (M), 5.48 (K). Absolute stability – the total result for 3 scales: men 0.89, women 0.90⁽²⁴⁾.

One's own body image was determined using the Polish translation of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE) by James Rosen⁽²³⁾. BDDE is a partly structuralised questionnaire. It allows to diagnose a dysmorphophobic disorder, included in DSM-IV (in ICD-10 – somatomorphic disorder). It also enables an evaluation of one's own negative body image. The use of BDDE allows to single out a group of people with clinical severity of one's own body image. The questionnaire exhibits an appropriate internal coherence and stability ($r=0,94$, $p<0,01$) as well as comparability ($r=0,98$, $p<0,01$). The Cronbach alpha coefficient amounts to 0.88 for people with a clinical severity of dysmorphophobic disorder, 0.93 for adolescents and 0.91 for university employees.

STATISTICAL METHODS

Descriptive and statistical inference methods were used in statistical elaboration of the obtained results. The compatibility of quantitative features distributions with the normal distribution was evaluated using the Shapiro-Wilk test. Because of an incompatibility of dependent variable distributions with the normal distribution, analyses were carried out using nonparametric tests. And so in evaluation of the significance of average differences in two independent groups the U Mann-Whitney test was used, whereas in case of dependent tests (correlated measurements) – the Wilcoxon signed-rank test for bound pairs was used. Precise test probabilities p were calculated. For all analyses, $\alpha=0.05$ was assumed as the maximum allowable value of the probability to make the type I error (i.e. rejection of the real null hypothesis). Due to the occurrence of multiple comparisons, the significance level was corrected according to the procedure suggested by Bonferroni. Analyses and graphic presentations of results were made using statistical packag-

METODY STATYSTYCZNE

W opracowaniu statystycznym uzyskanych wyników wykorzystano metody opisowe i wnioskowania statystycznego. Zgodność rozkładów cech ilościowych z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Z uwagi na niezgodność rozkładów zmiennych zależnych z rozkładem normalnym analizy wykonano z wykorzystaniem testów nieparametrycznych. I tak do oceny istotności różnic wartości przeciętnych w dwóch grupach niezależnych korzystano z testu U Manna-Whitneya, a w przypadku prób zależnych (pomiaru skorelowane) – z testu Wilcoxon dla par wiązanych. Obliczano dokładne prawdopodobieństwa testowe p. Dla wszystkich analiz za maksymalną dopuszczalną wartość prawdopodobieństwa popełnienia błędu I rodzaju (tj. odrzucenia prawdziwej hipotezy zerowej) przyjęto $\alpha=0,05$. Z uwagi na występowanie porównań wielokrotnych dokonywano korekcji poziomu istotności zgodnie z procedurą zaproponowaną przez Bonferronię. Analizy i prezentacje graficzne wyników zostały wykonane z wykorzystaniem pakietów statystycznych SPSS 12.0 PL dla Windows (Statistical Package for Social Science, SPSS, Chicago Il. 1989-2003) i STATISTICA 7.1 PL dla Windows (StatSoft, Inc. 2005); licencje w posiadaniu Kliniki Zaburzeń Afektywnych, Psychotycznych i Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

WYNIKI

Grupa Z pod względem struktury płci i wieku nie różniła się od K. Zarówno w grupie Z, jak i w grupie K było 30 osób, 17 chłopców i 13 dziewcząt, średnia wieku 14,1 roku (13-17 lat).

Trzydzieści trzy osoby nosiły okulary, 29 miało wadę wzroku – dalekowzroczność występowała u 18 osób, a krótkowzroczność u 11, przy czym tylko 6 osób z grupy Z nie miało współistniejącej wady wzroku. Astygmatyzm wystąpił u 12 osób, wszystkie należały do grupy Z.

W grupie Z leczeniu operacyjnemu zeza było poddanych 14 osób, a średni czas od operacji wyniósł 2,8 roku (0 dni – 8 lat). Zez zbieżny wystąpił u 18 osób z grupy Z, ze z rozbieżny u 9, a naprzemienny u 3 osób. U żadnego badanego nie wystąpił ze z porażenny. W grupie kontrolnej okulary nosiło 7 osób (frakcja 0,23). Kąt zeza wynosił: u osób z zezem zbieżnym od 0° (osoba po leczeniu operacyjnym) do +32°. Wśród osób operowanych kąt wynosił średnio +10,5°, a u osób nieoperowanych +17°. W przypadku zeza rozbieżnego kąt wynosił od -5° do -27°. Średnio u osób operowanych wynosił -6,9°, a u osób nieoperowanych -17°.

W wyniku wykonanej analizy statystycznej nie wykazano istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupą Z a K pod względem występowania symptomów zaburzeń psychicznych mierzonych za pomocą GHQ. Ich ogólna częstość wyniosła około 33%. W poszczególnych podskalach również nie uzyskano istotnych różnic.

Wyniki uzyskane w skali GHQ-28 oceniono za pomocą metody 1-2-3-4. Przyjęto wartość graniczną stosowaną w piśmiennictwie wynoszącą 51 punktów (na podstawie metody 0-1-2-3, w której stosuje się próg 23 punktów, dodając 28, czyli liczbę pytań, uzyskujemy 51 punktów, od których traktujemy przypadek jako kli-

es SPSS 12.0 PL for Windows (Statistical Package for Social Science, SPSS, Chicago Il. 1989-2003) and STATISTICA 7.1 PL for Windows (StatSoft, Inc. 2005); licences held by the Department of Affective and Psychotic Disorders, Medical University of Łódź.

RESULTS

Group Z in respect of gender and age structure did not differ from group K. Both in group Z and in group K there were 30 persons: 17 boys and 13 girls, average age 14.1 (13-17 years). Thirty three persons wore glasses, 29 had a vision defect – 18 were far-sighted, 11 were short-sighted, and only 6 persons from group Z did not have a concomitant vision defect. Twelve persons had astigmatism, they all belonged to group Z.

In group Z 14 persons were subjected to operative treatment, the average time that lapsed from the surgery was 2.8 years (0 days – 8 years).

Convergent squint occurred in 18 persons of group Z, while divergent squint in 9, and alternating squint in 3 persons. None of the subjects had paralytic squint. Seven subjects in the control group wore glasses (fraction 0.23). The squint angle was: in those with convergent squint from 0° (a person after an operative treatment) to +32°. Among operated persons the angle was on average +10.5°, and in nonoperated +17°. In case of convergent squint the angle was from -5° to -27°. On average in operated subjects it was -6.9°, and in nonoperated it was -17°. The statistical analysis did not reveal any significant statistical differences between groups Z and K in respect of the occurrence of mental disorders symptoms measured by GHQ. Their total incidence reached approximately 33%. No differences were obtained in respective subscales, either.

| Rodzaj wady wzroku <i>Type of vision defect</i> | Grupa Z <i>Group Z</i> | |
|--|---------------------------|----------------------------|
| | n | Frakcja <i>Fraction</i> |
| Zez <i>Squint</i> | 30 | 1,0 |
| •zbieżny <i>convergent</i> | 18 | 0,6 |
| •rozbieżny <i>divergent</i> | 9 | 0,3 |
| •naprzemienny <i>alternating</i> | 3 | 0,1 |
| Wada wzroku <i>Vision defect</i> | 24 | 0,8 |
| •krótkowzroczność <i>short-sightedness</i> | 5 | 0,16 |
| •dalekowzroczność <i>far-sightedness</i> | 19 | 0,63 |
| •astygmatyzm <i>astigmatism</i> | 12 | 0,4 |
| Noszenie okularów <i>Wearing glasses</i> | 28 | 0,93 |

Tabela 2. Częstość występowania wad wzroku oraz ich rodzaju w grupie badanej

Table 2. The incidence of vision defects and their type in the examined group

niczny)⁽²⁵⁾. Uwzględniając ten próg, zaburzenia psychiczne można podejrzewać u 9 osób z grupy Z oraz u 11 osób z grupy K. Trzy osoby z grupy Z miały najwyższe wyniki w podskali A – symptomy somatyczne, po 2 osoby w skali C – zaburzeń funkcjonowania i D – depresji, 1 osoba w podskali B – niepokoju i bezsenności. Jedna osoba miała tyle samo punktów w podskalach A, C i D.

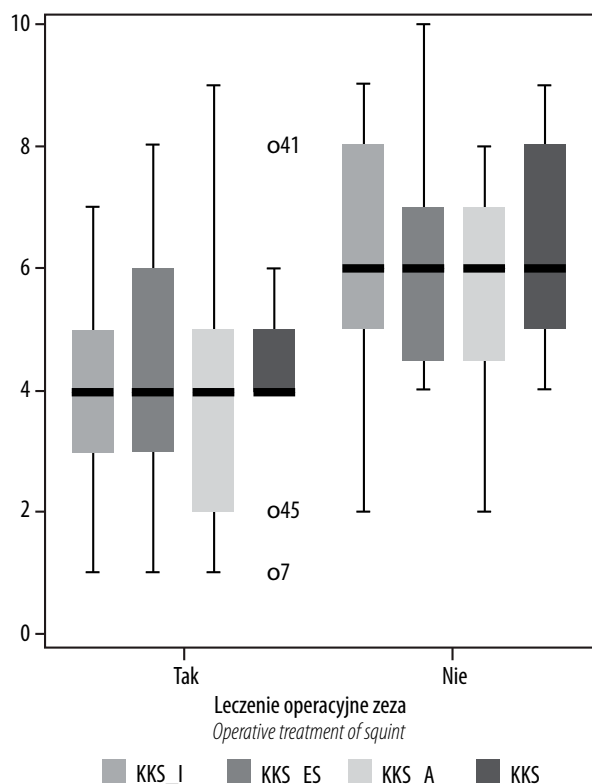
Po 3 osoby z grupy K miały dominujące zaburzenia w następujących podskalach: B – niepokoju i bezsenności, C – zaburzeń funkcjonowania oraz D – depresji. Dwie osoby miały jednakowe wyniki w podskalach odpowiednio A i B oraz C i D.

KOMPETENCJE SPOŁECZNE

Kompetencje społeczne nie różniły grupy Z od K. Z kolei osoby poddane operacji przeciwzewowej miały istotnie niższe kompetencje społeczne w porównaniu z osobami niepoddanymi operacji ($p=0,006$). Zależność potwierdziła się także w poszczególnych podskalach: asertywności ($p=0,025$), intymności ($p=0,008$) i ekspozycji społecznej ($p=0,039$).

KWESTIONARIUSZ BDDE

Nie stwierdzono różnic w kwestionariuszu BDDE pomiędzy grupą Z a grupą K. W grupie Z u jednej osoby można było postawić diagnozę dysmorfofobii, natomiast w grupie K



Rys. 1. Kompetencje społeczne młodzieży poddanej operacji przeciwzewowej w porównaniu z osobami nieoperowanymi
Fig. 1. Social competencies of adolescents subjected to anti-squint surgery, as compared to nonoperated subjects

The results obtained in scale GHQ-28 were evaluated using 1-2-3-4 method. The limit value used in literature, amounting to 51 scores, was assumed (according to method 0-1-2-3, where the limit of 23 scores is used, adding 28, i.e. the number of questions, we obtain 51 scores, from which we treat the case as clinical)⁽²⁵⁾. Using this limit, mental disorders may be suspected in 9 subjects of group Z and 11 subjects of group K.

Three subjects of group Z had the highest results in subscale A – somatic symptoms, 2 subjects in scale C – function disorders and 2 subjects in scale D – depression, 1 subject in subscale B – anxiety and insomnia. One person had the same scores in subscales A, C and D.

Three subjects of group K exhibited predominant disorders in each of the following subscales: B – anxiety and insomnia, C – function disorders and D – depression. Two subjects had the same results in subscales of respectively A and B as well as C and D.

SOCIAL COMPETENCES

Social competencies did not differ group Z from group K. On the other hand, those subjects who underwent the anti-squint surgery exhibited significantly lower social competencies, as compared to those who were not subjected to the surgery ($p=0,006$). This correlation was also confirmed in the subscales: assertiveness ($p=0,025$), intimacy ($p=0,008$) and social exposure ($p=0,039$).

BDDE QUESTIONNAIRE

No differences were found in BDDE between group Z and group K. In group Z dysmorphophobia was diagnosed in 1 person, whereas in group K – in 3 persons. Such evaluation is based on criterion A – engrossment by an imagined defect or a considerable overrating of an insignificant defect in appearance, B – which causes a clinically significant functional disorder and C – not caused by another disorder.

DISCUSSION OF RESULTS

The study we have carried out did not demonstrate a higher incidence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, functional disorders, dysmorphophobia or decreased social competencies in adolescents with squint. Similar results were obtained by certain researchers who said that adolescents with squint denied the impact of this disorder on their functioning at school, in peers group and on contacts with the opposite gender⁽²⁶⁾.

In our study among subjects with squint only one person obtained a result which allowed to establish the diagnosis of dysmorphophobia. This result is in the range obtained by other authors, according to which this disorder occurs in general population in 0.7-2.3%⁽²⁰⁾. In the group of those suffering from dysmorphophobic disorder (according to DSM-IV) 20-27% focus on eyes⁽²²⁾. The researchers confirm the increased risk of the occurrence of dysmorphophobia in case of

– u 3 osób. Oceny takiej dokonuje się w oparciu o kryterium A – zaabsorbowanie przez wyimaginowany defekt lub znaczne wyolbrzymienie nieznacznego defektu wyglądu, które powoduje znaczące klinicznie zaburzenie funkcjonowania (B) lub jest niespowodowane innym zaburzeniem (C).

OMÓWIENIE WYNIKÓW

W przeprowadzonym badaniu nie stwierdzono częstszego występowania objawów depresji, niepokoju, bezsenności, zaburzeń funkcjonowania, dysmorfofobii ani obniżonych kompetencji społecznych u młodzieży z zezem w okresie adolescencji. Podobne wyniki uzyskali niektórzy badacze – stwierdzili, że młodzież z zezem neguje wpływ tego zaburzenia na funkcjonowanie w szkole, w grupie rówieśniczej oraz na kontakty z osobami płci przeciwnej⁽²⁶⁾.

W naszym badaniu wśród osób z chorobą zezową tylko jedna osoba uzyskała wynik pozwalający na ustalenie rozpoznania dysmorfofobii. Wynik ten mieści się w przedziale uzyskanym przez innych autorów, według których zaburzenie to występuje w populacji ogólnej u 0,7-2,3%⁽²⁰⁾. W grupie osób cierpiących na zaburzenie dysmorfofobiczne (według DSM-IV) 20-27% skupia się na oczach⁽²²⁾. Badacze potwierdzają zwiększone ryzyko wystąpienia dysmorfofobii w przypadku doświadczania dokuczania ze strony innych osób z powodu defektu wyglądu. Z drugiej strony zauważono zwiększone kompetencje społeczne u młodzieży z zezem, ze względu na konieczność włożenia większego wysiłku w uzyskanie i utrzymanie pozycji w grupie rówieśniczej.

Mohney i wsp. stwierdzili u młodych dorosłych, którzy w dzieciństwie mieli zezę, większą częstość występowania różnych zaburzeń psychicznych (41 vs 30% w grupie kontrolnej⁽²⁷⁾). U młodzieży, która w dzieciństwie miała zdiagnozowany zez zbieżny, nie odnotowano większej częstości występowania zaburzeń psychicznych. Zez rozbieżny wiązał się z 3-krotnie większym prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń psychicznych niż w populacji ogólnej. Do zaburzeń tych należały prawie wszystkie znane zaburzenia psychiczne, które mogą się ujawnić w wieku adolescencji. Najczęściej występowały depresja, ADHD, zaburzenia zachowania, używanie substancji psychoaktywnych oraz alkoholu, duża depresja, dystymia. Nasze badanie nie potwierdziło powyższych obserwacji innych autorów.

Badacze próbowali ocenić wpływ choroby zezowej na interakcje społeczne u dzieci. Dzieci 3-i 8-letnie nie odrzucają rówieśników z zezem jako towarzyszy zabawy⁽¹³⁾. Jednak dzieci z chorobą zezową mogą być odrzucane przez starszych rówieśników oraz gorzej oceniane, np. przez nauczycieli⁽²⁸⁾.

Operacja przeciwzezowa według wielu autorów ma dwa aspekty: leczniczy oraz kosmetyczny. Obecnie podkreśla się, że nie powinno się pomijać efektu psychologicznego^(26,29). Większość osób po operacji przeciwzezowej spostrzega pozytywną zmianę w wyglądzie. Następuje także poprawa samooceny i pewności siebie⁽¹⁰⁾. Dotyczy to zarówno dorosłych, jak i dzieci. Nasze badanie jako retrospektywne nie umożliwia oceny tej zależności. Jednak okazało się, że kompetencje społeczne młodych

doświadczających pewnego wyśmiewania ze strony innych ze względu na defekt wyglądu. Z drugiej strony, zwiększone kompetencje społeczne były zauważalne u młodzieży z zezem, ze względu na wysiłek włożony w zyskanie i utrzymanie pozycji w grupie rówieśniczej.

Mohney et al. odkryli u młodych dorosłych, którzy w dzieciństwie mieli zez, wyższą częstość występowania różnych zaburzeń psychicznych (41% vs. 30% w grupie kontrolnej)⁽²⁷⁾. Zez rozbieżny był powiązany z 3-krotnie większym prawdopodobieństwem wystąpienia zaburzeń psychicznych, w porównaniu z populacją ogólną. U młodzieży z zezem zbieżnym zdiagnozowanym w dzieciństwie nie stwierdzono zwiększonego występowania zaburzeń psychicznych. Te zaburzenia obejmowały prawie wszystkie znane zaburzenia psychiczne, które mogą się ujawnić w okresie adolescencji. Zwykle były to: depresja, ADHD, zaburzenia zachowania, używanie psychoaktywnych substancji, duża depresja i dystymia. Nasze badanie nie potwierdziło obserwacji autorów.

Badacze próbowali ocenić wpływ choroby zezowej na interakcje społeczne u dzieci. Dzieci 3-8-letnie nie odrzucają rówieśników z zezem jako towarzyszy zabawy⁽¹³⁾. Jednak dzieci z chorobą zezową mogą być odrzucane przez starszych rówieśników oraz gorzej oceniane, np. przez nauczycieli⁽²⁸⁾.

Operacja przeciwzezowa według wielu autorów ma dwa aspekty: leczniczy oraz kosmetyczny. Obecnie podkreśla się, że nie powinno się pomijać efektu psychologicznego^(26,29). Większość osób po operacji przeciwzezowej spostrzega pozytywną zmianę w wyglądzie. Następuje także poprawa samooceny i pewności siebie⁽¹⁰⁾. Dotyczy to zarówno dorosłych, jak i dzieci. Nasze badanie jako retrospektywne nie umożliwia oceny tej zależności. Jednak okazało się, że kompetencje społeczne młodych doświadczających pewnego wyśmiewania ze strony innych ze względu na defekt wyglądu. Z drugiej strony, zwiększone kompetencje społeczne były zauważalne u młodzieży z zezem, ze względu na wysiłek włożony w zyskanie i utrzymanie pozycji w grupie rówieśniczej.

The researchers tried to evaluate the impact of strabismus on children's social interactions. 3-8-year-old children do not reject squinting peers as their playmates⁽¹³⁾. However, children with strabismus may be rejected by their older peers and were evaluated lower, for example by teachers⁽²⁸⁾.

According to many authors, anti-squint operation has two aspects: curative and cosmetic. Presently, it is emphasized that the psychological effect should not be omitted^(26,29). After the anti-squint surgery many patients notice a positive change in appearance. Besides, self-estimation and self-confidence are improved⁽¹⁰⁾. This refers both to adults and children. Ours is a retrospective study, so it does not enable an evaluation of this correlation. It appeared, however, that social competences of adolescents who were subjected to anti-squint surgery are significantly lower in all subscales: intimacy, social exposure and assertiveness, as compared to adolescents who had not undergone such surgery. This phenomenon can hardly be explained explicitly. Probably this results from that qualified to the surgery are people with a more severe squint. Mental disorders resulting from it, which appeared before the surgery, do not withdraw completely and automatically. Apart from considerable vision-related problems, some of the people who subject themselves to the surgery may find it difficult to accept their appearance. Some importance may also be ascribed to the traumatic experience connected with the surgery and separation from the safe family environment. The difference in methods of the study may be also important for evaluation of the impact of anti-squint surgery on the mental health. The authors usually perform the study 3 months after the surgery⁽¹⁰⁾. In our study on average 2.8 years (from 0 days to 8 years) passed since the surgery. On the other hand, an effective conservative treatment of squint may bear some positive aspects. Systematic exercises attended by adolescents accompanied by their parents may tighten family bonds, improve the child's self-estimation and cause a higher acceptance from parents. The result obtained in this study is important in so far as a significant component of encouraging to the anti-squint surgery is presentation of results showing that symptoms of various psychological problems regress after such treatment. This issue requires further studies, however, the analyses indi-

dzieży, która była poddana operacji przeciwzewowej, są istotnie niższe we wszystkich podskalach: intymności, ekspozycji społecznej oraz asertywności niż młodzieży niepoddanej tej operacji. Trudno to zjawisko zinterpretować jednoznacznie. Prawdopodobnie powodem jest kwalifikowanie do operacji osób z bardziej nasilonym zezem. Spowodowane nim zaburzenia psychiczne, które pojawiły się jeszcze przed operacją, nie wycofują się całkowicie i automatycznie. Oprócz znacznych problemów z widzeniem część osób poddających się operacji może mieć trudności z zaakceptowaniem swojego wyglądu. Pewne znaczenie może mieć również traumatyczne przeżycie związane z samym zabiegiem operacyjnym i z oddzieleniem od bezpiecznego środowiska rodzinnego. W ocenie wpływu operacji przeciwzewowej na psychikę ważna może być różnica w metodyce badań. Autorzy zwykle wykonują badanie 3 miesiące po operacji⁽¹⁰⁾. W naszym badaniu od operacji upłynęło średnio 2,8 roku (od 0 dni do 8 lat). Z drugiej strony skuteczne leczenie zachowawcze zezą może mieć pewne pozytywne aspekty. Systematyczne chodzenie na ćwiczenia wraz z rodzicami może zacieśniać więzi rodzinne, poprawiać samoocenę dziecka, powodować wzrost akceptacji ze strony rodziców. Wynik uzyskany w niniejszym badaniu jest o tyle ważny, że obecnie istotną składową zachęcania do operacji zezą jest prezentowanie wyników o ustępowaniu po takim leczeniu objawów różnych problemów psychologicznych. Kwestia ta wymaga dalszych badań, niemniej analizy wskazują, że jeśli przykładowo operacja zezą jawnego pierwotnego jest wykonana odpowiednio wcześniej, to jej długotrwały efekt okulistyczny jest bardziej trwały⁽³⁰⁾. Również niekorzystne oddziaływanie psychologiczne defektu na rozwój dziecka jest mniejsze.

Wielu badaczy przytacza wyniki dowodzące, że operacja zezą przynosi pozytywne skutki psychologiczne. Poprawę „psychologiczną” obserwowano także po wielu innych operacjach chirurgii plastycznej⁽³¹⁾. Archer przeprowadził ankietowe prospektywne badanie wśród rodziców 98 dzieci (średnia wieku 4,5 roku), które poddane były operacji przeciwzewowej. Nawet w tak młodym wieku wystąpiła u nich poprawa w zakresie funkcjonowania oraz jakości życia. Rodzice dzieci, u których operacja nie przyniosła oczekiwanego efektu okulistycznego, stwierdzili, że są z operacji i jej efektów zadowoleni, ponieważ poprawie uległo ustawienie gałek ocznych⁽³²⁾. Zaobserwowano także zmniejszenie nieporadności i niezgrabności w poruszaniu się. Rodzice dzieci operowanych w wieku poniżej 6 lat dostrzegli lepszą koordynację ruchową u dzieci po zabiegu, lepsze interakcje z otoczeniem i większe poczucie własnej wartości. Oceniana była także bliskość kontaktu pomiędzy rodzicem/opiekunem a dzieckiem, niemniej wpływ na nią mogło też mieć nastawienie samych rodziców⁽³³⁾. Efekt placebo może wywierać wpływ na oceny rodziców. Dziewięćdziesiąt procent rodziców dzieci z zezem uważa leczenie operacyjne za ekstremalnie ważne dla ich szczęścia oraz sukcesu w przyszłości⁽³⁴⁾. Choroba zezowa może przyczyniać się do pojawienia się problemów psychologicznych nie tylko u samych dzieci, ale także u ich matek. Wykazywały one istotnie wyższy poziom lęku, więcej cech depresji, złości. Miały więcej trudności w nawiązaniu dobrej, wspierającej i przyjacielskiej relacji z własnymi

cate that if for instance the primary manifest squint is carried out early enough, its long-lasting ophthalmological effect is more durable⁽³⁰⁾. Besides, adverse psychological effects of the defect on the child's development are lower.

Many researchers quote the results proving that anti-squint surgery brings positive psychological effects. The “psychological” improvement was also observed after many other plastic surgeries⁽³¹⁾. Archer carried out a prospective questionnaire study among parents of 98 children aged, on average, 4.5 years, which were subjected to anti-squint surgery. Even at such a young age they showed an improvement within the functioning and quality of life. Parents of those children in whom the surgery did not bring expected ophthalmological effects said that they were pleased with the surgery and its effects because the eyeballs position was improved⁽³²⁾. Furthermore, moving clumsiness and awkwardness were improved. Parents of children operated at the age below 6 years noticed a better motor coordination in children after the surgery, better interactions with the environment and self-esteem. Also the child's attachment to its parent/carer was evaluated, but this could be affected by the parents' attitude⁽³³⁾. The placebo effect may influence the parents' evaluations. Ninety percent of parents of squinting children consider the operative treatment as extremely important for the children's happiness and success in the future⁽³⁴⁾.

Strabismus may contribute to psychological problems not only in children but also in their mothers. They exhibited a significantly higher level of anxiety, more symptoms of depression and anger. They found it more difficult to enter into good, supportive and friendly relationships with their own children and showed lower capabilities of a proper emotional response, and even difficulties with a proper care for their home and living conditions⁽³⁵⁾.

No studies were found in literature on the impact of this disease on the level of social competences or occurrence of dysmorphophobic disorder. In this respect the results we obtained constitute a new contribution to the study of patients with strabismus. A major limitation of this study is that too few people participated in it.

CONCLUSIONS

1. Mental disorders (including dysmorphophobic disorders) did not occur significantly more frequently in strabismus-affected patients, as compared to the control group.
2. No significant differences were found in the range of social competences between the examined groups.
3. Adolescents subjected to anti-squint surgery exhibited worse social competences in all subscales: assertiveness, intimacy and social exposure, as compared to the group with squint without surgical treatment.

dziećmi, mniejsze zdolności do właściwej reakcji emocjonalnej, a nawet trudności w odpowiednim zadbaniu o dom i potrzeby bytowe⁽³⁵⁾.

Nie znaleziono w literaturze badań dotyczących wpływu tej choroby na poziom kompetencji społecznych ani powstawanie zaburzenia dysmorfofobicznego. Pod tym względem uzyskane przez nas wyniki stanowią nowy wkład do badania psychiki osób z chorobą zezową. Ograniczeniem niniejszej pracy jest przede wszystkim dość mała liczba osób badanych.

WNIOSKI

1. Zaburzenia psychiczne (w tym zaburzenie dysmorfofobiczne) nie występowały istotnie częściej u badanych z zezem w porównaniu z grupą kontrolną.
2. Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie kompetencji społecznych między badanymi grupami.
3. Ustalono, że młodzież poddana operacji przeciwezowej miała gorsze kompetencje społeczne we wszystkich podskalach: asertywności, intymności i ekspozycji społecznej w porównaniu z grupą z zezem bez leczenia chirurgicznego.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Niżankowska M.H.: Okulistyka. PZWL Warszawa 2007: 491-512.
2. Kański J.J.: Okulistyka kliniczna. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007: 783-836.
3. Reed M.J., Kraft S.P., Buncic R.: Parents' observations of the academic and nonacademic performance of children with strabismus. *J. Vis. Impair. Blind.* 2004; 98: 276-288.
4. Moguel-Ancheita S., Ramirez-Sibaja S., Bolde C.C., Orozco-Gómez L.P.: Study of depression and sensorial functions in children with strabismus. First phase. *Cir. Cir.* 2008; 76: 101-107.
5. Kostopoulou P., Jouary T., Quintard B. i wsp.: Objective vs. subjective factors in the psychological impact of vitiligo: the experience from a French referral centre. *Br. J. Dermatol.* 2009; 161: 128-133.
6. Silvan M.: The psychological aspects of vitiligo. *Cutis* 2004; 73: 163-167.
7. Keegan A., Liao L.M., Boyle M.: 'Hirsutism': a psychological analysis. *J. Health Psychol.* 2003; 8: 327-345.
8. Thompson A., Kent G.: Adjusting to disfigurement: processes involved in dealing with being visibly different. *Clin. Psychol. Rev.* 2001; 21: 663-682.
9. Slifer K.J., Pulbrook V., Amari A. i wsp.: Social acceptance and facial behavior in children with oral clefts. *Cleft Palate Craniofac. J.* 2006; 43: 226-236.
10. Menon V., Saha J., Tandon R. i wsp.: Study of the psychosocial aspects of strabismus. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus* 2002; 39: 203-208.
11. Goleczyk-Wojnar A.: Zaburzenia psychiczne w niektórych przewlekłych chorobach somatycznych i endokrynopatiach. W: Popielarska A., Popielarska M. (red.): *Psychiatria wieku rozwojowego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
12. Paysse E.A., Steele E.A., McCreery K.M. i wsp.: Age of the emergence of negative attitudes toward strabismus. *J. AAPOS* 2001; 5: 361-366.
13. Johns H.A., Manny R.E., Fern K.D., Ying-Sheng Hu: The effect of strabismus on a young child's selection of a playmate. *Ophthalmic Physiol. Opt.* 2005; 25: 400-407.
14. Tolchin J.G., Lederman M.E.: Congenital (infantile) esotropia: psychiatric aspects. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus* 1978; 15: 160-163.
15. Satterfield D., Keltner J.L., Morrison T.L.: Psychosocial aspects of strabismus study. *Arch. Ophthalmol.* 1994; 112: 302.
16. Mojon-Azzi S.M., Mojon D.S.: Opinion of headhunters about the ability of strabismic subjects to obtain employment. *Ophthalmologica* 2007; 221: 430-433.
17. Borge A.I.H., Weffring K.W., Lie K.K., Nordhagen R.: Chronic illness and aggressive behaviour: a population-based study of 4-year-olds. *Eur. J. Dev. Psychol.* 2004; 1: 19-29.
18. Burke J.P., Leach C.M., Davis H.: Psychosocial implications of strabismus surgery in adults. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus* 1997; 34: 159-164.
19. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Wyd. 4. American Psychiatric Association, Washington 1994.
20. Rabe-Jabłońska J., Wojtczak K.: Dysmorfofobia. Kryteria diagnostyczne, etiologia, rozpowszechnienie, obraz kliniczny, przebieg i leczenie. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2006; 1: 42-49.
21. Phillips K.A., McElroy S.L., Keck P.E. Jr i wsp.: Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *Am. J. Psychiatry* 1993; 150: 302-308.
22. Brytek-Matera A.: Obraz ciała – obraz siebie. *Difin* 2008, 100-115.
23. Rosen J.C., Reiter J.: Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behav. Res. Ther.* 1996; 34: 755-766.
24. Matczak A.: *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego*, 2001.
25. Bayati A., Beigi A.M., Salehi N.M.: Depression prevalence and related factors in Iranian students. *Pak. J. Biol. Sci.* 2009; 12: 1371-1375.
26. Oral D., Atilla H., Erkam N.: Psychosocial effects of Strabismus. *T. Klin. J. Ophthalmol.* 2001; 10: 146-152.
27. Mohny B.G., McKenzie J.A., Capo J.A. i wsp.: Mental illness in young adults who had strabismus as children. *Pediatrics* 2008; 122: 1033-1038.
28. Uretmen O., Egrilmez S., Kose S. i wsp.: Negative social bias against children with strabismus. *Acta Ophthalmol. Scand.* 2003; 81: 138-142.
29. Olitsky S.E., Sudesh S., Graziano A. i wsp.: The negative psychosocial impact of strabismus in adults. *J. AAPOS* 1999; 3: 209-211.
30. Nowakowska O., Bęben M., Loba P., Broniarczyk-Loba A.: Jaki wiek powinny osiągać dzieci z pierwotnym zezem rozbieżnym, aby można je było efektywnie operować? Wskazania na podstawie własnych wyników leczenia. *Klin. Oczna* 2009; 111: 224-228.
31. Steffen A., Klaiber S., Katzbach R. i wsp.: The psychosocial consequences of reconstruction of severe ear defects or third-degree microtia with rib cartilage. *Aesthet. Surg. J.* 2008; 28: 404-411.
32. Archer S.M. i wsp.: Social and emotional impact of strabismus surgery on quality of life in children. *J. AAPOS* 2005; 9: 148-151.
33. Mruthyunjaya P., Simon J.W., Pickering J.D., Lininger L.L.: Subjective and objective outcomes of strabismus surgery in children. *J. Pediatr. Ophthalmol. Strabismus* 1996; 33: 167-170.
34. Costello P.A., Simon J.W., Jia Y., Lininger L.L.: Acquired esotropia: subjective and objective outcomes. *J. AAPOS* 2001; 5: 193-197.
35. Akay A.P., Cakaloz B., Berk A.T., Pasa E.: Psychosocial aspects of mothers of children with strabismus. *J. AAPOS* 2005; 9: 268-273.