

Kwestionariusz rozpoznawania omamów wzrokowych

Visual Hallucination Questionnaire

STEFAN KRZYMIŃSKI, ELŻBIETA KRZYMIŃSKA

Z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Ciburzu

STRESZCZENIE. *Artykuł przedstawia kwestionariusz przeznaczony do przesiewowego rozpoznawania omamów wzrokowych u osób niedowidzących [Teunisse i wsp. 1995].*

SUMMARY. *A questionnaire for the screening of visual hallucinations in amblyopic patients [Teunisse et al., 1995] is presented.*

Słowa kluczowe: omamy wzrokowe / kwestionariusz przesiewowy

Key words: visual hallucinations/ screening questionnaire

W praktyce psychiatrycznej omamy wzrokowe wiązane są przede wszystkim z zaburzeniami świadomości. Tadeusz Bilikiewicz [7] zwracał uwagę na możliwość ich występowania przy jasnej świadomości u osób ze znacznym otępieniem i upośledzeniem wzroku.

Odwolywał się przy tym do pochodzących z lat trzydziestych badań Störringa nad *delirium diencephalicum* i późniejszych prac Reimera dotyczących halucynozy wzrokowej, pojawiającej się na podłożu organicznego uszkodzenia mózgu różnej etiologii. Wcześniej niż Störring i Reimer na występowanie omamów wzrokowych przy niezaburzonej świadomości zwracali uwagę Naville [1908] i Morsier [1936], definiując stan przez tego ostatniego autora nazwany zespołem Charlesa Bonnetta. W takich przypadkach omamy wzrokowe pojawiają się u osób z dobrym poziomem funkcjonowania poznawczego i niekiedy bez osłabienia ostrości wzroku [9].

Psychiatra w codziennej praktyce rzadko spotyka takie przypadki. Częściej może zetknąć się z nimi jako konsultant oddziału okulistycznego lub neurologicznego. Spostrzeżenia wzrokowe o charakterze omamowym mogą pojawić się po uszkodzeniu do-

wolnego odcinka szlaku wzrokowego. Najczęściej są to choroby oka – zaćma, jaskra, zwyrodnienie płamki żółtej, zmiany zwyrodnieniowe i naczyniowe siatkówki. W dalszej kolejności wymieniane są uszkodzenia spowodowane przez guzy i udary mózgu [3]. Niektórzy autorzy podają dokładniejszą lokalizację i rodzaj uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego, z którymi może się wiązać pojawienie omamów wzrokowych przy jasnej świadomości. Lance [19] wskazywał na uszkodzenia, głównie pochodzenia naczyniowego, prawej półkuli mózgu obejmujące okolicę ciemieniowo-potyliczną i niekiedy płat skroniowy. Starkstein i wsp. [23] pojawienie się omamów wzrokowych wiążą z uszkodzeniem naczyniowym okolicy skroniowo-ciemieniowo-potylicznej, również prawej półkuli. Wg Balla [1] podłoże omamów wzrokowych, zwłaszcza o charakterze zespołu Charlesa Bonnetta, mogą stanowić zaburzenia krążenia w obszarze unaczynienia tętnic kręgowo-podstawnych i tylnych mózgu. Opisano także przypadek omamów wzrokowych tego rodzaju związanych z ogniskiem udarowym w lewym płacie czołowym [2]. W większości cytowani autorzy jako omamy

traktują wszelkie nierzeczywiste spostrzeżenia wzrokowe, niezależnie od stopnia zachowania wglądu w ich nierealny charakter (obecności prawidłowego lub mylnego sądu realizacyjnego). Sądzić można, że w znacznej części przypadków nie są to omamy prawdziwe lecz, przyjmując mianownictwo zawarte w polskim piśmiennictwie, automatyzmy sensoryczne, halucynoidy, parahalucynacje [7, 16, 17, 21]. Brak różnicowania zaburzeń spostrzegania utrudnia interpretację przedstawianych w piśmiennictwie danych epidemiologicznych, tak jak fakt stosowania różnych nazw w odniesieniu do podobnych lub identycznych zjawisk wzrokowych. Poza wspomnianym już zespołem Charlesa Bonneta, występują takie pojęcia, jak „objawy wzrokowe” [8], „izolowane halucynacje wzrokowe” [13], „halucynoza wzrokowa bez towarzyszących urojeń” [3], „halucynacje wzrokowe u osób zdrowych psychicznie” [22], „spontaniczne zjawiska wzrokowe” [29].

Wyniki badań nad częstością występowania omamów wzrokowych pojawiających przy niezaburzonej świadomości zależą od populacji, w jakiej je przeprowadzano. Stwierdzano je u 1–2% osób w wieku podeszłym kierowanych do szpitali psychiatrycznych [10]. W tych granicach (ok. 1,2%) ocenili częstość występowania omamów wzrokowych w grupie chorych z późną psychozą paranoidalną Förstl i wsp. [12], Znacznie wyższe wskaźniki przedstawili Berrios i Brook [5]. Omamy wzrokowe rozpoznali u 29,3% ze 150 osobowej grupy pacjentów w wieku podeszłym, skierowanych na badanie psychiatryczne z powodu podejrzenia o takie omamy. Była to więc populacja już w jakimś stopniu wyselekcjonowana.

Starkstein i wsp. [23] w ciągu 10 lat pracy z chorymi po udarach mózgu napotkali 5 przypadków z omamami wzrokowymi. Holroyd i wsp. [14] oraz Murphy i Brown [8] badali 100-osobowe grupy pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi i naczyniowymi w obrębie plamki żółtej oka. Omamy wzrokowe o charakterze zespołu Charlesa Bonneta rozpoznali odpowiednio u 13 i 12

pacjentów, z tym, że Brown i Murphy u 59% badanych osób stwierdzili występowanie foteopsji. Lepore [20] badał 104 pacjentów ze znacznym niedowidzeniem spowodowanym uszkodzeniem różnych odcinków szlaku wzrokowego, od siatkówki oka po płaty potyliczne. U 57% tych osób występowały zaburzenia spostrzegania, które Lepore określił jako „spontaniczne zjawiska wzrokowe” (*spontaneous visual phenomena* – SVP). Elementarne SVP były częstsze (51%) od złożonych (21%). U części badanych pojawiały się obie postacie SVP. Fitzgerald [11] rozpoznał omamy wzrokowe u nieco ponad 15% osób świeżo ociemniałych. Pojawiły się one w kilka dni lub tygodni po utracie wzroku. Zauważyć warto, że treścią nie różniły się one od doznań wzrokowych występujących w zespole Charlesa Bonneta i stanach podobnych, które zwykle pojawiają się po miesiącach, a nawet latach od momentu znacznego pogorszenia wzroku.

Teunisse i wsp. [24] badali częstość występowania uporczywych i nawracających omamów wzrokowych, które klasyfikowali jako zespół Charlesa Bonneta, u niedowidzących, dorosłych osób (po 18 r.ż.), leczonych w klinice okulistycznej. Wspomniany zespół rozpoznali u 11% spośród 300 badanych. W grupie po 64 r.ż. odsetek ten był dwu i półkrotnie wyższy niż wśród młodszych pacjentów – odpowiednio 13% i 5,1%. Autorzy ci zbadali także 200 osób z dobrą ostrością wzroku i omamy wzrokowe rozpoznali u 1% badanych po 64 r.ż.

Dla przesiewowego wykrywania omamów wzrokowych u osób niedowidzących Teunisse i wsp. [24, 25] opracowali kwestionariusz, który przedstawiamy w aneksie.

KWESTIONARIUSZ SPONTANICZNYCH ZJAWISK WZROKOWYCH

W nazwie kwestionariusza autorzy umieścili pojęcie „spontanicznych zjawisk wzrokowych”. Określają go jednak jako na wpół ustrukturalizowane narzędzie pomocne w wykrywaniu złożonych omamów wzroko-

wych u osób niedowidzących [24, 25]. Składa się on z trzech części. Pierwsze dwie zawierają podstawowe informacje dotyczące badanego (część A) i ocenę stanu jego wzroku (część B). Właściwym kwestionariuszem jest część C. Poprzedza ją prośba o zgodę na przeprowadzenie badania. Jest to zrozumiałe, gdyż w swej istocie jest to badanie psychiatryczne. Pierwsze osiem pytań części C nie dotyczy bezpośrednio omamów. Odnoszą się one do ewentualnego występowania u badanego jakichkolwiek zaburzeń spostrzegania wzrokowego. Mogą to być np. makropsje lub mikropsje (pytanie 1) albo fotopsje (pytanie 5). Można je obszerniej opisać w komentarzu do tych pytań. Może to być przydatne w badaniu kontrolnym, jeśli zajdzie taka potrzeba. Pytania od 9 do 13 są już ukierunkowane na wykrywanie omamów wzrokowych. W swej ocenie badający opiera się na informacjach od pacjenta, wywiadzie uzyskanym od jego opiekuna i własnej obserwacji. Potwierdzenie, lub nawet budząca wątpliwość odpowiedź na jedno z pytań, wskazuje na możliwość doznawania przez badanego omamów wzrokowych. Pewne zaprzeczenie wszystkim z tych pytań i negatywna obserwacja badającego wyklucza takie prawdopodobieństwo. Nie ma wówczas potrzeby kontynuowania badania.

Pytania od 14 do 24 mają na celu uściślenie wcześniejszej oceny. Służą potwierdzeniu czy spostrzeżeniu, o których mówi pacjent są prawdziwymi omamami wzrokowymi, a nie pseudohalucynacjami, iluzjami, fantazjami. Nie zawsze można to ustalić z całą pewnością. Stąd trzy możliwości oceny: tak, nie, przypadek wątpliwy. Badający ocenia tu złożoność spostrzeżeń, to czy nie są one iluzjami, wyobrażeniami wywoływanymi przez badanego lub marzeniami sennymi. Badający ocenia również, do jakiej przestrzeni rzutowane są nierzeczywiste spostrzeżenia pacjenta i jego stosunek do nich – obecność lub brak wglądu (poprawność sądu realizującego). Pytanie 20 wiąże się z uznaniem przez autorów kwestionariusza

halucynacji pojawiających się co najmniej raz na cztery tygodnie za uporczywe, a występujące rzadziej za nawracające. Pytania od 21 do 24, zadawane osobie opiekującej się badanym, służą potwierdzeniu i w pewnym stopniu obiektywizacji informacji uzyskanych od pacjenta.

Interesujące są pytania 23 i 24. Nawiązują one do zjawiska, które Berrios i Brook [4, 5] odnieśli do chorych z otępieniem. Autorzy ci doszli do wniosku, że u takich osób zaburzenia spostrzegania wzrokowego obejmują iluzje i omamy oraz zjawisko, które nazwali „urojeniem sensorycznym” (*sensory delusion*). Nazwę tę nadali stanowi, w którym pacjent obrazy telewizyjne, zdjęcia w czasopiśmie, traktuje tak jakby istniały w przestrzeni trójwymiarowej, poza ramami ekranu czy gazety. Z postrzeganiem tak postaciami pacjent rozmawia, częstuje je jedzeniem, napojami. Berrios i Brook umieszczają ten objaw w grupie omamów. Wydaje się jednak, że jest on zbliżony do objawu lustra, spotykanego u osób z ciężkim otępieniem i będącego przejawem głębokiej dezorientacji. Chory nie rozpoznaje wówczas swego odbicia w lustrze i traktuje je jako obcą osobę (pytanie 24 kwestionariusza) [18]. Być może stan, któremu Berrios i Brook nadali miano urojenia sensorycznego zdarza się u osób ze znacznym osłabieniem wzroku, bez objawów otępienia. Obserwowana przez nas 81-letnia kobieta, leczona z powodu halucynozy wzrokowej o obrazie zbliżonym do zespołu Charlesa Bonneta, opisała podobne zjawisko. Podczas oglądania w telewizji filmu zobaczyła wybiegające z ekranu wilki, które rzuciły się na nią. Pacjentka ta była dotknięta znacznym osłabieniem wzroku spowodowanym zaćmą i jaskrą. Jej funkcjonowanie poznawcze było na dobrym poziomie. Zjawisko z pewnością ciekawe, chociaż wydaje się rzadkie.

Przedstawiony kwestionariusz może być pomocny w rozpoznawaniu omamów wzrokowych m.in. dlatego, że porządkuje tok badania, przechodząc do pytań bardziej ogólnych do bezpośrednio ukierunkowanych na obecność omamów. Pytania zawarte

w kwestionariuszu wymagają z pewnością standaryzacji dla polskiej populacji oraz weryfikacji w oparciu o przyjęte w polskim piśmiennictwie kryteria rozpoznawania omamów.

Oczywiście pacjent, u którego za pomocą kwestionariusza rozpoznano omamy wzrokowe, powinien zostać poddany pełnemu badaniu psychiatrycznemu, neurologicznemu i okulistycznemu.

Podziękowanie

Dr Robert J. Teunisse udostępnił kwestionariusz spontanicznych zjawisk wzrokowych oraz udzielił zgody na przetłumaczenie i opublikowanie, Department of Psychiatry, University Hospital Nijmegen, POBox 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands.

Wyrażamy mu za to serdeczne podziękowania.

PIŚMIENNICTWO

- Ball C.J.: The vascular origins of the Charles Bonnet syndrome: four cases and a review of the pathogenic mechanisms. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1991, 6, 673–679.
- Ballard C.G., Chithiramohan R.N., Handy S.: The Charles Bonnet syndrome associated with vascular pathology – classical presentation with a very atypical course. *Irish J. Psychological Med.* 1991, 8, 1, 44–45.
- Beck J., Harris M.J.: Visual hallucinosis in non-delusional elderly. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1994, 9, 531–536.
- Berrios G.E., Brook P.: The Charles Bonnet syndrome and the problem of visual perceptual disorders in the elderly. *Age and Ageing* 1982, 11, 17–23.
- Berrios G.E., Brook P.: Visual hallucinations and sensory delusions in the elderly. *Br. J. Psychiatry* 1984, 144, 662–664.
- Bhatia M.S., Khastgir U., Malik S.C.: Charles Bonnet syndrome. *Br. J. Psychiatry* 1992, 161, 409–410.
- Bilikiewicz T.: *Psychiatria kliniczna*. W: Bilikiewicz A. (red.). Wyd. 7. T. I. PZWL, Warszawa 1988.
- Brown G.C., Murphy R.P.: Visual symptoms associated with choroidal neovascularization. *Photopsias and the Charles Bonnet syndrome*. *Arch. Ophthalmol.* 1992, 110, 1251–1256.
- Damas-Mora J., Skelton-Robinson M., Jenner F.A.: The Charles Bonnet syndrome in perspective. *Psychological Med.* 1982, 12, 251–261.
- Fernandez A., Lichtshein G., Vieweg W.V.R.: The Charles Bonnet syndrome: a review. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1997, 185, 195–200.
- Fitzgerald R.C.: Visual phenomenology in recently blind adults. *Am. J. Psychiatry* 1971, 127, 11, 1533–1539.
- Förstl H., Dalgarrondo P., Riecher-Rössler A., Lotz M., Geiger-Kabisch C., Hentschel F.: Organic factories and the clinical features of late paranoid psychosis: comparison with Alzheimer's disease and normal ageing. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, 335–340.
- Gold K., Rabins P.V.: Isolated visual hallucinations and the Charles Bonnet syndrome: a review of the literature and presentation of six cases. *Compr. Psychiatry* 1989, 30, 1, 90–98.
- Holroyd S., Rabins P.V., Finkelstein D., Nicholson M.C., Chase G.C., Wiśniewski S.C.: Visual hallucinations in patients with macular degeneration. *Am. J. Psychiatry* 1992, 149, 1701–1706.
- Howard R., Levy R.: Charles Bonnet syndrome plus: complex visual hallucinations of Charles Bonnet syndrome type in late paraphrenia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1994, 9, 399–404.
- Jarosz M.: *Psychopatologia i symptomatologia ogólna*. W: Bilikiewicz A., Strzyżewski W. (red.): *Psychiatria*. PZWL, Warszawa 1992, 41–78.
- Jaroszyński J.: *Zespoły zaburzeń psychicznych*. Biblioteka Psychiatrii. T. 1. IPiN, Warszawa 1993.
- Krzywiński S. (red.): *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*. PZWL, Warszawa 1993.
- Lance J.W.: Simple formed hallucinations confined to the area of a specific visual field defect. *Brain* 1976, 99, 719–734.
- Lepore F.E.: Spontaneous visual phenomena with visual loss: 104 patients with lesions of retinal and neural afferent pathways. *Neurology* 1990, 40, 444–447.
- Pużyński S. (red.): *Leksykon psychiatrii*. PZWL, Warszawa 1993.
- Rosenbaum F., Harati Y., Rolak L., Freedman M.: Visual hallucinations in sane people: Charles Bonnet syndrome. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1987, 35, 1, 66–68.

23. Starkstein S.E., Robinson R.G., Berthier M.L.: Post-stroke hallucinatory delusional syndromes. *Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol.* 1992, 5, 2, 114-118.
24. Teunisse R.J., Cruysberg J.R.M., Verbeek A., Zitman F.G.: The Charles Bonnet syndrome: a large prospective study in the Netherlands. A study of the prevalence of the Charles Bonnet syndrome and associated factors in 500 patients attending the University Department of Ophthalmology at Nijmegen. *Br. J. Psychiatry*, 1995, 166, 254-257.
25. Teunisse R.J.: Informacja pisemna, 1997. 50.

Adres: Dr Stefan Krzywiński, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych, 66-212 Cибórz

Aneks

Spontaniczne zjawiska wzrokowe u osób niedowidzących

Formularz badania przesiewowego [Teunisse i wsp. 1995]

Numer porządkowy pacjenta:

Data badania:

Badający:

A. Dane demograficzne pacjenta

nazwisko:

inicjały:

data urodzenia:

pleć:

adres:

numer telefonu:

okulista:

lekarz domowy:

numer telefonu:

stan cywilny: żonaty / zamężna, wdowiec / wdowa, kawaler / panna,
rozwidziony/a (od lat)

sytuacja życiowa: niezależny/a, mieszka w domu starców, zakładzie opiekuńczym,
inne

mieszka samotnie: tak / nie

B. Ocena okulistyczna

oko prawe:

oko lewe:

ostrość wzroku (tablice Snellena), data

oko prawe:

oko lewe:

Prośba o zgodę na badanie (przekazana ustnie)

Szanowny/a Panie/Pani, osoby z osłabioną ostrością wzroku niekiedy spostrzegają ludzi i przedmioty w sposób zmieniony, lub widzą coś czego wcześniej nie widziały. Nie wiadomo jak często się to zdarza. W związku z badaniami jakie prowadzimy, chciałbym zadać Panu/i kilka pytań na ten temat. Zajmie to około 10 minut. Udział w badaniu jest dobrowolny. Brak zgody nie pociągnie za sobą żadnych negatywnych skutków.

Czy mogę zadawać pytania? TAK / NIE

C. Kwestionariusz spontanicznych zjawisk wzrokowych

Punktacja: nie = 0, tak = 1, niepewny = 8

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Czy Pan/i widzi osoby lub przedmioty inaczej niż wyglądają w rzeczywistości, np. większe, mniejsze, bardziej oddalone lub zbliżone? | 0 | 1 | 8 |
| 2. Czy osoby lub przedmioty są zniekształcone? | 0 | 1 | 8 |
| 3. Czy widzi Pan/i osoby lub przedmioty szczególnie wyraźnie lub nie-
zwyczajnie barwnie? | 0 | 1 | 8 |
| 4. Czy wyglądają niezwykle w jakiś inny sposób? | 0 | 1 | 8 |
| 5. Czy Pan/i widzi kropki, gwiazdki, prążki, błyski światła lub podobne
rzeczy? | 0 | 1 | 8 |
| 6. Czy Pan/i bywa zwodzony/a przez swą wyobraźnię? | 0 | 1 | 8 |
| 7. Czy Pan/i myli przedmioty? Bierze je za coś innego? | 0 | 1 | 8 |
| 8. Czy Pan/i widzi rzeczy niezwykle (dziwne)? | 0 | 1 | 8 |

Komentarz do pytań 1–8:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 9. Czy Pan/i widział/a coś (osoby/przedmioty) czego inni ludzie mogli nie
widzieć? | 0 | 1 | 8 |
| 10. Czy widział/a Pan/i coś czego nie ma w rzeczywistości? | 0 | 1 | 8 |
| 11. Czy miał/a Pan/i objawienia, widzenia (np. o treści religijnej)? | 0 | 1 | 8 |

Pytanie do osoby towarzyszącej pacjentowi:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 12. Czy według Pana/i zdarzyło się, że Pan/i (nazwisko pacjenta) widział/a
coś, czego nie widzieli inni? | 0 | 1 | 8 |
|---|---|---|---|

Obserwacje badającego

13. Zachowanie lub wypowiedzi pacjenta wskazują na możliwość omamów wzrokowych nie mieszczących się w kontekście pytań 9–13 0 1 8

Wynik „0” we wszystkich pytaniach 9–13

⇒ *omamy wzrokowe nie występują, koniec badania.*

Wynik „1” lub „8” w jednym z pytań 9–13

⇒ *możliwe omamy wzrokowe, należy przejść do pytania 14.*

Ocena badającego: możliwe omamy wzrokowe? 0 1 8

14. Czy może Pan/i opisać te zjawiska?

Ocena badającego: spostrzeżenia są ukształtowane i złożone 0 1 8

15. Czy jest możliwe by Pan/i błędnie rozpoznawał/a rzeczywiste osoby, przedmioty? Na przykład pomylił/a wiszący płaszcz z postacią ludzką 0 1 8

Ocena badającego: spostrzeżenia nie są iluzjami 0 1 8

16. Czy te osoby, przedmioty, widzi Pan/i wokół siebie, w otoczeniu, a nie tylko w myślach, wyobraźni? 0 1 8

17. Czy te spostrzeżenia może Pan/i dowolnie wywoływać? 0 1 8

Ocena badającego: spostrzeżenia wzrokowe powstają niezależnie od woli pacjenta 0 1 8

18. Czy to co Pan/i widzi jest rzeczywiście tym o czym mówi? Czy tylko przypomina osoby, przedmioty, a w rzeczywistości są to nieokreślone plamy? 0 1 8

19. Czy to co Pan/i widzi pojawia się w czasie czuwania? 0 1 8

20. Czy te zjawiska pojawiały się w ciągu ostatnich 4 tygodni? 0 1 8

Pytania do osoby towarzyszącej pacjentowi

21. Czy w Pana/i obecności Pan/i (nazwisko pacjenta/ki) widział/a coś czego nie było? 0 1 8

22. Czy sądzi Pan/i, że Pan/i (nazwisko pacjenta/ki) błędnie rozpoznaje kogoś/coś rzeczywiście istniejącego? 0 1 8

23. Czy Pan/i (nazwisko pacjenta/ki) coś co jest pokazywane w telewizji uważa za rzeczywiście obecne w pokoju? 0 1 8

24. Czy Pan/i (nazwisko pacjenta/ki) swoje odbicie w lustrze traktuje jako inną osobę? 0 1 8

Ocena badającego: czy pacjent ma omamy wzrokowe? 0 1 8