

II. Einleitung und Fragestellung

Psychosomatische Störungen sind ein in allen medizinischen Fachbereichen anerkanntes und zunehmend thematisiertes Problem. Auch die Augenheilkunde macht hierbei keine Ausnahme; jedoch wurde die Relevanz der Psychosomatik erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts bekannt (BRETHFELD 2007).

Bereits im Jahre 1895 beschrieben SIGMUND FREUD und JOSEPH BREUER in ihren „Studien über Hysterie“ die heutzutage umstrittene Konversionshysterie. Hierunter versteht man die Bildung somatischer Symptome infolge einer psychischen Abwehrreaktion.

Der Klassifizierung der unterschiedlichen Hysterieformen lagen klare Ursache-Wirkungsprinzipien zugrunde, im Falle der Konversionshysterie „ein einer Repräsentanz im Zuge der psychischen Abwehr entrissener Affekt“ (FREUD 1895), der als unbedingt notwendig für die Entstehung des Krankheitsbildes erschien.

Heute definiert sich das Fach der Psychosomatik über einen methodischen Zugang zur Krankheit unter Einbeziehung biographischer und psychosozialer Faktoren (LAMPRECHT 2004). Die Frage ob ein Leiden psychischer oder organischer Natur ist, wird als obsolet angesehen, da davon ausgegangen wird, dass in wechselndem Ausmaß immer beide Faktoren beteiligt sind.

Im Allgemeinen muss man die Diagnose einer psychogenen Sehstörung als Ausschlussdiagnose betrachten. Erst wenn die diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und sich kein Anhaltspunkt für einen pathologischen Befund zeigt, kann der Untersucher ein rein psychogenes Geschehen vermuten. Des Weiteren müssen die Patienten berücksichtigt werden, bei denen zwar Zeichen einer Pathologie gefunden werden, die Schwere der Beeinträchtigung allerdings nicht mit der Grunderkrankung korreliert, bzw. evidenzbasiert nicht auf diese zurückgeführt werden kann.

Der schmale Grat zwischen der Diagnose einer psychogenen Sehstörung und dem Übersehen einer doch vorhandenen Pathologie stellt den Untersucher vor eine große Herausforderung. Umso wichtiger ist es, bei ausbleibender Besserung der Beschwerden den Patienten weiter zu beobachten und gegebenenfalls die erfolgten Untersuchungen und Untersuchungsergebnisse zu hinterfragen und erneut durchzuführen, um eventuelle, sich erst im Laufe der Zeit entwickelnde organische Veränderungen zu bemerken. Dies zeigt sich z.B. bei einigen morphologisch zunächst unauffällig erscheinenden Netzhautdystrophien (KÄSMANN 2007).

Zur Diagnose und Therapie einer psychogenen Störung gehört zudem, sich in hohem Maße über das persönliche Umfeld, die Lebensgewohnheiten und –umstände des einzelnen Patienten zu informieren und diese bei seinen Überlegungen mit einzubeziehen.

G.L.ENGEL (1977): „Biologisches, Psychisches und Soziales sind Teile eines Ganzen, die miteinander verflochten sind und sich gegenseitig beeinflussen.“

Hierbei unterscheidet sich die Herangehensweise an organische Erkrankungen von der an psychosomatische Beschwerden (EMMERICH 2007). Erst die Kenntnis der Gesamtsituation eröffnet dem Untersucher Wege, die Lösung des Krankheitsproblems anzugehen.

Die Problematik, die sich in der Kinderophthalmologie ergibt, sind die oft erschwerten Untersuchungsbedingungen, die sich von denen bei Erwachsenen erheblich unterscheiden. Kinder sind sich der Relevanz und des Sinnes der meisten Untersuchungen nicht bewusst, hinzu kommt oftmals die Angst vor dem Untersucher als fremder Person, die unbekannte Umgebung, sowie die ängstliche Erwartung von Schmerz, wie er bei eventuellen anderen ärztlichen Untersuchungen vorgekommen ist. Meist ist auch die Kooperationsfähigkeit für mit arbeitsanspruchsvolle Untersuchungen, wie z.B. Gesichtsfeld und ERG bei Kindern geringer.

Ein weiteres zu beachtendes Unterscheidungskriterium im Umgang mit Kindern ist die fehlende Simulation (KÄSMANN 2007). Ein Kind ist sich seltener darüber bewusst, welche Folgen und vor allen Dingen welchen Gewinn seine Erkrankung gegebenenfalls mit sich bringt. Während in der Erwachsenenbehandlung die bewusste Simulation ein häufiges Problem darstellt, indem gezielt z.B. auf eine Krankschreibung, frühzeitige Berentung oder einen finanziellen Nutzen hingearbeitet wird, kann eine bewusste Aktivität in diesem Sinne bei jungen Kindern weitestgehend vernachlässigt werden. Einzig die Erkenntnis des Kindes, dass der Grad der Zuwendung nach Symptombeginn deutlich steigt, kann ein gewisses Problem im Sinne einer Symptomverstärkung darstellen. Man spricht von einem sekundären Krankheitsgewinn.

Störungen des Sehens selbst bilden im psychosomatischen Bereich eher eine Randgruppe und werden von anderen Körperbeschwerden, wie Wirbelsäulenleiden, Magenbeschwerden oder Kopfschmerzen in den Hintergrund gedrängt. Diese Tatsache ist verwunderlich, da der Sehsinn von den meisten Menschen als der Wichtigste aller fünf Sinne empfunden wird. Gerade der Verlust der Sehkraft wird als eine der entscheidendsten Einschränkungen empfunden.

Das Auge entspricht nicht nur einem Organ, mit dem man sehen, also wahrnehmen will. Es stellt sich die Frage, ob man das Wahrgenommene auch wahrhaben und erkennen will. Bewusst oder unbewusst können die Augen vor etwas verschlossen werden, so dass man das, was man nicht ertragen kann, auf körperlicher Ebene empfunden auch nicht mehr sehen kann.

Diese Arbeit verdeutlicht die Schwierigkeiten und die Komplexität der Probleme, die sich im Umgang mit psychogenen Störungen bei Kindern ergeben. Es werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der einzelnen Patientengeschichten gesucht, um Vergleiche untereinander zu stellen. Der Werdegang des Krankheitsgeschehens einzelner Patienten wird untersucht, um Anhaltspunkte für Prädisposition, Ursache, Entwicklung und gegebenenfalls Genesung zu finden.

Die Erkenntnisse aus der genauen Analyse der Patientengeschichten im Einzelnen werden mit den Ergebnissen und Thesen früherer Arbeiten, wie z.B. „Psychosomatik in der Augenheilkunde“ (BRETHFELD 2007), „Psychogene Sehstörung“ (HAASE 2003) und „Management bei chronischen Augenerkrankungen- psychosomatische Aspekte“ (EMMERICH 2007) sowie „Wenn das Auge leidet, Psychosomatik in der Ophthalmologie“ (FICKENTSCHER 2004) verglichen, um deren Aspekte zu überprüfen und neue Ansatzweisen im Umgang mit diesem schwierigen Erkrankungsbild zu finden.

Das gewählte Patientengut entspricht dem Patientengut einer Universitätsklinik und tertiärem Referenzzentrum, wie es das Universitätsklinikum des Saarlandes ist. Hierdurch findet sich einerseits das Kollektiv einer „Sammelstelle“ für unklare Patienten, als auch, durch das große Einzugsgebiet, ein Querschnitt durch die Allgemeinbevölkerung.

Dies ermöglicht, ein breitgefächertes Patientenspektrum hinsichtlich dieses speziellen Krankheitsbildes zu beobachten.

Unsere Patientengruppe bildet mit 45 Kindern nur einen geringen Anteil an der Gesamtzahl der Sehschulpatienten, dennoch ist es nötig, sich mit dieser besonderen Gruppe zu befassen, da sie oft als unterdiagnostiziert gilt und dies häufig zu einem wahren Untersuchungsmarathon und „Doctorhopping“ führt.

Die Betrachtung unserer Patienten folgt dem holistischen Ansatz, zitiert nach E.LEIBING (2005):

„Es geht immer um Kranke, nicht nur um Krankheiten“.