

## 5.2 Einzelfallvorstellung

### 5.2.1 A.K., w., 8 Jahre

Zur Darstellung eines anderen Aspekt psychischer Verhaltensauffälligkeit im Kindesalter, soll hier die Krankengeschichte einer jungen Patientin beschrieben werden, die mit schwerwiegenden Verhaltensänderungen auf eigentlich leichte Eingriffe reagierte.

Es handelt sich um ein Mädchen, geboren am 06.10.2000, Zustand nach Frühgeburtlichkeit bei EPH-Gestose in der 35. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 1600g.

Bei der ambulanten Erstvorstellung am 22.02.2001, im Alter von 4 Monaten 16 Tagen, fand sich beidseits eine glaukomatös exkavierte Papille mit einer CDR von 0,8 -0,9 (im Vergleich zu den ROP- Screening- Untersuchungen deutliche Progression) und eine Tensio, gemessen nach Schiötz, von R/L 17,3mmHg.

Aufgrund der pathologischen CDR und des für Säuglinge zu hohen Drucks wurde die Verdachtsdiagnose GOP (Glaucoma of Prematurity/ Frühgeborenen assoziiertes Glaukom) gestellt.

Alle durchgeführten Tests wie Brückner, ausgelöste Fusion, Konvergenz und Motilität sowie die Beurteilung des vorderen Augenabschnitts und der brechenden Medien waren unauffällig und gaben keinen weiteren Anhaltspunkt auf ein krankhaftes Geschehen.

Im weiteren Verlauf erfolgten regelmäßige Vorstellungen zur Funduskontrolle und zur Druckmessung, welche sich mehr und mehr als sehr problematisch erwies. Die Patientin reagierte bei der Untersuchung mit starker Gegenwehr, die sich durch lautes Geschrei äußerte und verlässliche Messungen der Tensio zunehmend unmöglich machten.

Am 30.05.2001 wurde daher eine erste Narkoseuntersuchung durchgeführt.

Hierbei wurde eine sich leicht verstärkende Papillenexkavation von CDR 0,8- 0,9 und ein Augeninnendruck von R 20,6mmHg und L 22,4mmHg gemessen.

Die Diagnose eines beidseitig bestehenden Frühgeborenen- assoziierten Glaukoms (GOP) konnte somit gesichert werden.

Die Behandlung erfolgte sukzessiv ansteigend durch Carboanhydrasehemmer in Kombination mit Betablocker-, Latanoprost- und Alpha2-Agonisten -Augentropfen, welche von der Mutter nur unter großen Schwierigkeiten verabreicht werden konnten.

Desweiteren erfolgten regelmäßige Vorstellungen in der Sehschule der Augenklinik, sowie mehrere Narkoseuntersuchungen, um eine objektive Druckmessung überhaupt zu ermöglichen.

Am 01.09.2003 erfolgte, bei auch unter medikamentöser Behandlung weiter ansteigenden Druckwerten, eine Trabekulektomie, nach der sich der Augendruck auf Werte von R/L 15mmHg normalisierte.

Im Laufe der weiteren Behandlungsjahre gaben sich die Kooperationsprobleme bei den Untersuchungen wider Erwarten nicht, wie dies sonst bei vergleichbaren Kindern oft zu sehen ist.

Auch 2006, mit mittlerweile 6 Jahren, wurde ihr eine nicht altersentsprechende Kooperation und eine so mangelhafte Mitarbeit attestiert, dass durchzuführende Tests, wie etwa das Goldmann-Gesichtsfeld unmöglich oder nur sehr schwer durchzuführen waren.

Auch zu Hause bestünden nach Aussagen der Mutter im Umgang mit dem Kind Probleme, was zu schwerwiegenden intrafamiliären Konflikten führte. Desweiteren wurde eine massive Overprotection seitens der Mutter deutlich, die das Krankheitsverhalten des Kindes zu verstärken schien.

Mit Erreichen des Einschulungsalters im Jahr 2007 entspannte sich die Behandlungssituation erfreulicherweise zunehmend. Die Kooperation während den Untersuchungen wurde deutlich besser und auch das Verabreichen der täglich verordneten Augentropfen stellte kein großes Problem mehr dar.

Im April 2008 musste nach wiederholt ansteigenden bilateralen Druckwerten eine Laserbehandlung (Cyclophotokoagulation) durchgeführt werden. Der Eingriff erfolgte ambulant in Sedierung.

Nach der problemlos verlaufenen Behandlung wurde das Mädchen 12 Tage später in der Notaufnahme der Augenklinik vorstellig.

Es bestand eine starke Lichtempfindlichkeit, konjunktivale Injektionen und ein palpatorisch vor allem rechts erhöhter Augeninnendruck bei starker Gegenwehr gegen die Untersuchung. Von der Mutter wurde ein auch zu Hause sehr auffälliges Verhalten beschrieben, das

Mädchen wolle nur noch schlafen, öffne die Augen kaum und wolle nicht mehr spielen. Die Mutter bestand auf der Aufnahme des Kindes in der Kinderklinik. Desweiteren wurde eine Cortisontherapie eingeleitet und die Mitbetreuung durch einen Kinderpsychologen in Erwägung gezogen.

Die weitere Untersuchung des Kindes erwies sich als außerordentlich schwierig bis unmöglich. Das Mädchen weigerte sich, Untersuchungen jeglicher Art durchführen zu lassen und reagierte mit heftigster Gegenwehr, was schließlich eine erneute Sedierung erforderlich machte, unter psychosomatischer Mitbetreuung.

Unter der systemischen Cortisongabe besserte sich der gesundheitliche Zustand schließlich wieder und eine außerklinische psychologische Betreuung wurde eingeleitet.

Das Auffällige an der Krankengeschichte dieses Mädchens ist dessen Reaktion auf den postoperativ leichten Reizzustand mit Photophobie, auf den das Kind eine absolute Überreaktion zeigte.

Zu diesem Problem gesellte sich bei genauerer Betrachtung eine zunehmend auffallende pathologische Interaktion zwischen Mutter und Kind.

Beispielsweise: das Kind hatte immer dann die Augen offen, wenn es sich unbeobachtet fühlte; sobald insbesondere die Mutter sich ihm zuwandte, hielt es die Augen geschlossen.

Die verordneten Augentropfen milderten zwar die postoperative Entzündung, aber mit deren Besserung änderte sich das Kindesverhalten nicht adäquat.

Erst mit massiver zeitlicher Verzögerung und nach der Aufklärung der Mutter über ihr überprotektives Verhalten zeigten sich erste Fortschritte. Diese intensivierten sich im Laufe der eingeleiteten Psychotherapie, bei der sowohl das Kind, als auch die Mutter, die sich auch vorher schon in psychologischer Behandlung befand, therapiert wurden.

Diese Therapie richtete sich gezielt auf das pathologische Interaktionsmuster, die Überprotektion und das Verstärken der kindlichen Abwehr und erzielte so endlich den gewünschten Erfolg.

#### 5.2.2 A.Z. w., 11 Jahre

Eine weitere Patientin, die zu Beginn der Behandlung 11 Jahre alt war, zeigte ein sehr außergewöhnliches Beschwerdebild. Nach langen Gesprächen und psychologischer Mitbehandlung wurde ein äußerst problematischer familiärer Hintergrund deutlich, auf den die Beschwerdesymptomatik zumindest teilweise zurückzuführen war.

Das Mädchen wurde am 14.06.2007 zum ersten Mal in der Kinderophthalmologie der Universitätsaugenklinik vorgestellt.

Es war sehr ängstlich und die Mitarbeit wurde durch die starke Zurückhaltung des Mädchens kompliziert.

Die Beschwerden, die in erster Linie von der Mutter geschildert wurden, waren vielfältig und schwer einzuordnen. So konnte das Mädchen plötzlich nur noch dunkle Schrift auf hellem Grund lesen. Farb- oder grauhinterlegte Schrift nicht mehr.

Bei der Vorlage verschiedener Zahlen wurden einige doppelt gesehen, andere überhaupt nicht. Es wurde von Problemen im Alltag berichtet, so hatte das Mädchen große Probleme eine Straße zu überqueren, da es Entfernungen nur sehr schlecht abschätzen konnte und oft stolperte. Desweiteren wurde von Kopfschmerzen berichtet.

Am auffälligsten war, dass das Mädchen nach Aussage der Mutter bei Traurigkeit nur noch schwarz-weiß sehen könne. Der Farbsinn verschwand.

Die okuläre Testung ergab einen Fernvisus für rechtes und linkes Auge von 0,32, gemessen mit E- Haken. Der Nahvisus war für rechtes und linkes Auge 0,08, gemessen mit E- Haken. Dagegen ergab die Testung mittels CAT Werte für den Nahvisus von 1,0.

Die Untersuchung des vorderen Augenabschnitts sowie die Fundusuntersuchung waren ohne pathologischen Befund.

Das Gesichtsfeld war laut Pupillenreaktion normal. Das von der Patientin angegebene Gesichtsfeld war allerdings deutlich eingeschränkt, wobei die Angaben selbst unklar waren. Die nötige Compliance wurde in Frage gestellt.

Das Farbsehen war normal, ebenso das Stereosehen.

Festgestellt wurde lediglich ein milde ausgeprägtes frühkindliches Schielsyndrom als einziger Befund.

Ein ERG wurde nicht durchgeführt. Das durchgeführte VEP war normal.

Zur Abklärung der Kopfschmerzen wurde das Mädchen am 28.06.2007 in der Neuropädiatrie vorstellig. Es wurden ein EEG und ein Schädel- MRT durchgeführt, die beide unauffällig waren und keinen Anhalt auf eine neurologische Erkrankung gaben.

Mittels Gesprächen mit Mutter und Kind wurde die Vorgeschichte eruiert.

Auffälligkeiten seitens des Kindes traten im September 2006 zum ersten Mal auf. Damals bestanden Trennungsschwierigkeiten beim Lesen, ein vermindertes Reaktionsvermögen,

motorische Unsicherheit und ein starker Leistungsabfall in der Schule. Zu diesem Zeitpunkt trennte sich der Großvater mütterlicherseits von der Großmutter, worunter das Mädchen stark litt.

Weiter zeigte sich, dass das Mädchen unter einer starken Schulangst litt, die durch Mobbing durch die Mitschüler hervorgerufen wurde.

Im März 2007 wurde von Seiten der Schule eine psychologische Betreuung empfohlen.

Hierbei wurde dem sehr unsicheren und in sich gekehrten Mädchen eine überdurchschnittliche Intelligenz bescheinigt.

Durch eine eingeleitete Ergotherapie besserte sich die allgemeine Situation etwas.

Die weiterhin beanspruchte Psychotherapie offenbarte einen schweren Missbrauchsfall. So wurde das Mädchen scheinbar in früheren Jahren vom Großvater väterlicherseits vergewaltigt und misshandelt.

Die Mutter brach daraufhin den Kontakt zu dieser Seite der Familie vollständig ab. Sie verhielt sich dem Mädchen gegenüber extrem überbehütend und kontrollierend, schrieb Berichte über die Probleme ihrer Tochter, die sie zur Untersuchung mitbrachte. Sie zeigte deutlich ihren Ärger über die Familie ihres Mannes, auch vor dem Kind. Sie schien die Angst des Mädchens gegenüber dem Augenarzt zu verstärken, indem sie immer wieder betonte wie groß die Angst des Mädchens doch sei. Über den Missbrauchsfall wollte sie nicht vor dem Mädchen mit der Ärztin sprechen und so fanden diese Gespräche statt während das Kind anderweitig beschäftigt war, z.B. bei einer orthoptischen Untersuchung.

Der Vater des Mädchens war noch vor dessen Geburt verstorben. Er litt an einer ALS. Vom Kinderwunsch wurde ihm von ärztlicher Seite abgeraten, unter anderem weil er ein insulinähnliches Wachstumshormon erhielt. Dennoch wurde eine Schwangerschaft mittels künstlicher Befruchtung eingeleitet.

Die Auffälligkeiten im Verhalten dieses Mädchens waren anfangs unverständlich. Die körperliche, sowie die elektrophysiologische Untersuchung konnten diese Art von Beschwerden nicht erklären. Da das Auge von dem Kind als die bisher einzige Schwachstelle des Körpers wahrgenommen wurde (frühkindliches Schielsyndrom), war es darauf sehr fixiert.

Vor allem der problematische Hintergrund lenkte den Verdacht schließlich auf ein psychosomatisches Geschehen.

Da schon eine Psycho- sowie eine Ergotherapie eingeleitet worden waren, waren außer einer Brillenkorrektur und einer Okklusionstherapie keine weiteren Behandlungen seitens der Augenklinik indiziert.

Mit der Mutter wurde vereinbart, dass unter regelmäßigen Kontrollen der Zustand des Mädchens kontrolliert werden und dass sich nicht auf die Probleme der Augen fixiert werden sollte.

Beim letzten Vorstellungstermin, 4 Monate später, ging es dem Mädchen unter fortgeführter psychotherapeutischer Behandlung deutlich besser.