

# **I. Zusammenfassung**

## **1.1 Zusammenfassung**

**Fragestellung:** Psychosomatische visuelle und okuläre Störungen in der Kinder- und Jugendmedizin wurden zwar in der Literatur schon beschrieben, jedoch stellen sie für den Mediziner immer wieder ein schwieriges Thema in ihrer Diagnostik, dem Umgang mit diesen Patienten sowie ihrer Therapie dar.

Diese Arbeit soll die Komplexität dieses Themas unterstreichen, indem Beispiele für den Verlauf solcher Krankengeschichten und das Handling mit diesen speziellen Patienten gegeben werden, wobei verschiedene Patientenkatamnesen beschrieben, die betroffenen Patienten untereinander verglichen und die Lösungsmöglichkeiten, die sich für die einzelnen Patienten ergaben, dargestellt werden.

**Patienten und Methoden:** Die Studienpopulation besteht aus 45 Kindern und Jugendlichen im Einschlussalter von 5 bis 20 Jahren (zur Zeit der Beschwerden), bei denen anhand ausführlicher Untersuchungen die Diagnose „Psychogene Sehstörung“ gestellt wurde. Zu den Daten gehören: Geschlecht, Alter, Visus, Morphologie des vorderen Augenabschnitts, der Makula, der Papille/ Nervus opticus sowie der Peripherie des Augenhintergrundes, Gesichtsfeld, Farbsehen, Stereosehen, VEP, ERG, Beschwerden, Dauer der Beschwerden, Anlass der Beschwerden, Auslöser der Beschwerden, anamnestiche Evaluation unterteilt in Vor- und Begleiterkrankungen, Voruntersuchungen, schulische Auffälligkeiten und familiäre Besonderheiten, Therapie, sowie Verlauf und letzter Befund. Die Daten wurden anhand der Krankenakten, sowie anhand standardisierter Fragebögen, die den Familien zugeschickt wurden, ermittelt.

**Ergebnisse:** Es waren 35 Mädchen (77,8%) und nur 10 Knaben (22,2%) betroffen. Die Altersspanne reichte von 5 bis 19 Jahren, mit einem Peak bei den 8 und 12 jährigen. Es zeigte sich, dass die Jungen vor allem im Kindesalter (<12 Jahre) zu 70%, während die Mädchen beinahe ausgeglichen, jedoch vorwiegend im Jugendalter ( $\geq 12$  Jahre) zu 54,3% betroffen waren.

Der gemittelte Wert des Visus beider Augen in der Ferne (n=45) war bei 8 Kindern

$\leq 0,3$ , bei 11 Kindern  $0,3$  bis  $\leq 0,6$  und bei 26 Kindern  $> 0,6$ . Der gemittelte Visus beider Augen in der Nähe ( $n= 42$ ) war bei 9 Kindern  $\leq 0,3$ , bei 2 Kindern  $0,3$  bis  $\leq 0,6$  und bei 31 Kindern  $> 0,6$ .

Die Morphologie des vorderen Augenabschnitts ( $n=45$ ) war bei 37 Kindern ohne pathologischen Befund, bei 6 Kindern grenzwertig und bei 2 Kindern pathologisch.

Die Morphologie der Makula ( $n=45$ ) war bei 42 Kindern ohne pathologischen Befund, bei 2 Kindern grenzwertig und bei 1 Kind pathologisch.

Die Morphologie der Papille/ des Nervus opticus ( $n=45$ ) war bei 43 Kindern ohne pathologischen Befund und bei 2 Kindern grenzwertig.

Die Morphologie der Peripherie des Augenhintergrundes ( $n=45$ ) war bei 44 Kindern ohne pathologischen Befund und bei 1 Kind pathologisch.

Das Gesichtsfeld ( $n= 28$ ) war bei 13 Kindern ohne pathologischen Befund, bei 5 Kindern fraglich und widersprüchlich und bei 10 Kindern pathologisch.

Das Farbsehen ( $n= 15$ ) war bei 8 Kindern ohne pathologischen Befund, bei 5 Kindern grenzwertig und bei 2 Kindern pathologisch.

Das Stereosehen ( $n= 40$ ) war bei 34 Kindern ohne pathologischen Befund, bei 4 Kindern fraglich und widersprüchlich, bei 1 Kind pathologisch und bei 1 Kind war die Testdurchführung nicht möglich.

Die VEP ( $n= 20$ ) waren bei 19 Kindern ohne pathologischen Befund, bei 1 Kind war die Testdurchführung nicht möglich. Das ERG ( $n= 7$ ) war bei 5 Patienten ohne pathologischen Befund, bei 2 Kindern pathologisch.

Die geschilderten Beschwerden waren an erster Stelle ein Sehschärfenverlust (32 mal), gefolgt von Gesichtsfeldeinschränkungen (13) und Kopfschmerzen (13), gefolgt von gestörtem Stereosehen (9), Schmerzen am/ im Auge (8), Blendungsempfindlichkeit (5), Sonstigem (5) und Farbsehstörungen (4).

Die Dauer der Beschwerden ( $n=28$ ) betrug meist etwa 1 Woche bis 6 Monate (21 Patienten).

Der Anlass der Beschwerden ( $n=33$ ), also das den Beschwerden zugrundeliegende Problem, lag in erster Linie im familiären Bereich (13 Kinder), gefolgt von Problemen im schulischen Bereich (11), der Kombination dieser beiden Bereiche (3) und Sonstigem (6).

Der Auslöser der Beschwerden ( $n=21$ ), als das neu aufgetretene, die Situation verschärfende Ereignis, war in erster Linie im schulischen Bereich (10 Kinder) zu finden, gefolgt von Begleiterkrankungen (4), Krise im Elternverhältnis (2), im Freundeskreis (2), Tod innerhalb der Familie (1), familiärer Belastung (1) und Missbrauch (1).

Vor- und Begleiterkrankungen waren sehr vielgestaltig und sind im Text näher erläutert. Voruntersuchungen fanden in erster Linie beim niedergelassenen Augenarzt statt (8 Kinder), gefolgt von apparativen Untersuchungen des Kopfes (4), sonstigen klinischen Untersuchungen (4), psychologischen Untersuchungen (3) und alternativen Methoden (1). Schulische Auffälligkeiten äußerten sich vor allem als schulische Misserfolge (6 Kinder), gefolgt von sozialbedingten Problemen mit Mitschülern/Lehrern (5)/(5), Schulwechsel/ Einschulung (5), lernbedingten (2) und sonstigen Problemen (2).

Familiäre Auffälligkeiten waren in erster Linie die Trennung der Eltern (9 Kinder), gefolgt von Missbrauch (4), einem erkrankten Geschwisterkind (2), Overprotection (2) und Sonstigem (1).

Die Therapie war vorwiegend psychotherapeutisch (21 mal), gefolgt von augenärztlicher Therapie (Sehhilfe, Augentropfen, etc.) (20), Placebothherapie (16) und sonstigen klinischen (5) und alternativen Maßnahmen (2).

Der Verlauf und letzte Befund (n= 25) ergab, dass 9 Kinder beschwerdefrei waren, sich bei 15 Kindern die Beschwerden merklich gebessert hatten und 1 Kind nach wie vor unter unveränderten Beschwerden litt.

**Schlussfolgerung:** Insgesamt zeigte sich, dass die Krankengeschichten der einzelnen Patienten sehr individuell und vielgestaltig sind und sich dieses Krankheitsbild nur schwer verallgemeinern lässt. Der erste Anhalt für den Verdacht auf ein psychosomatisches Geschehen ist meist die Diskrepanz zwischen subjektiven Patientenangaben und objektiven Testergebnissen. Wichtig ist die genaue Evaluation/ Anamnese, sowie der definitive Ausschluss okulärer Erkrankungen, bevor die Diagnose gestellt werden kann. Dies erfolgt anhand ausführlicher Gespräche, da sich nur so der Hintergrund des einzelnen Patienten offenbart. Es zeigte sich, dass -egal welches Beschwerdebild und welche Ausprägung der Beschwerden die Patienten zeigten-, die wirksamste Therapie die Psychotherapie war. Ebenso wichtig für eine Besserung der klinischen Symptomatik sind die Zuwendung zum Kind mit einer Haltung des Ernstnehmens, ohne Bagatellisierung.