

**Wenn die Psyche das Sehen stört**

**Wer versteht meine Sehprobleme?**

Prof. Hedwig J. Kaiser

Basel

# Sehen

ist mehr als der monoculare Visus!!

Eine volle Sehschärfe bedeutet nicht, dass der / die PatientIn keine Störung im Sehsystem hat.

# Sehprozess

Afferenz:

Auge → Sehnerv → Chiasma → Sehstrahlung →  
primäre Sehrinde V1 occipital

Verarbeitung:

1. Ebene: Bilder beider Augen werden zusammengeschalet und es wird ein Bild generiert. Geschieht erst in einer tiefen Schicht von V1.
2. Ebene: Bedeutung geben: Was?  
Wo ?



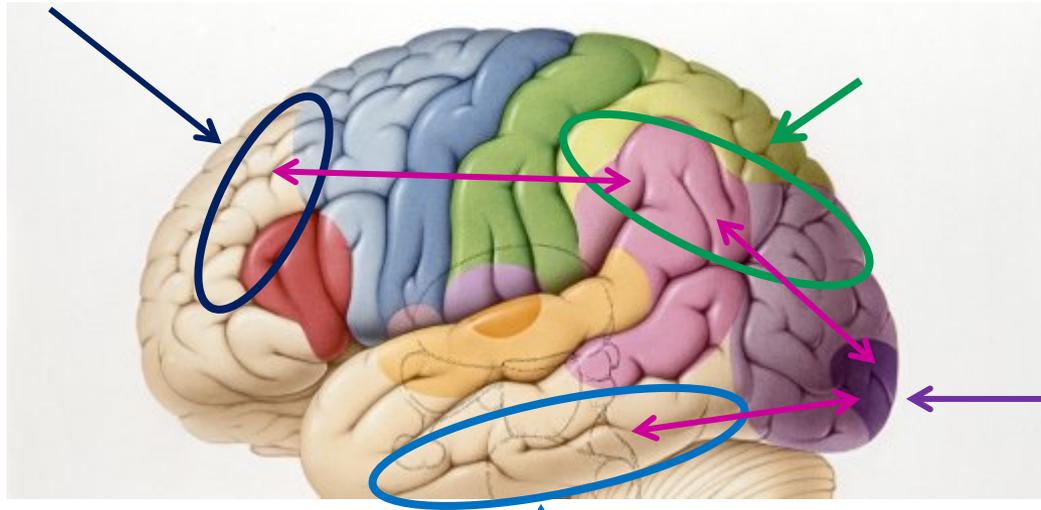
# Binocularität

- Bis zur Sehrinde werde die Seheindrücke von jedem Auge getrennt weitergeleitet
- Verschaltung erfolgt erst in der 4. Schicht des visuellen Cortex
- «Fusionszentrum» im Mittelhirn
- Ansteuerung der Kerne der Hirnnerven III, IV, und VI
- Impuls an die Augenmuskeln
- Retinale Bildverschiebung ist «Impulsgeber»

## Visuelle kognitive Funktionen

Visuell kontrollierte Motorik  
und Aufmerksamkeit «wohin»?  
allozentrische räumliche Orientierung

Visuelle Raumerkennung «wo»?  
spatiotopie (egozentrische)  
entierung

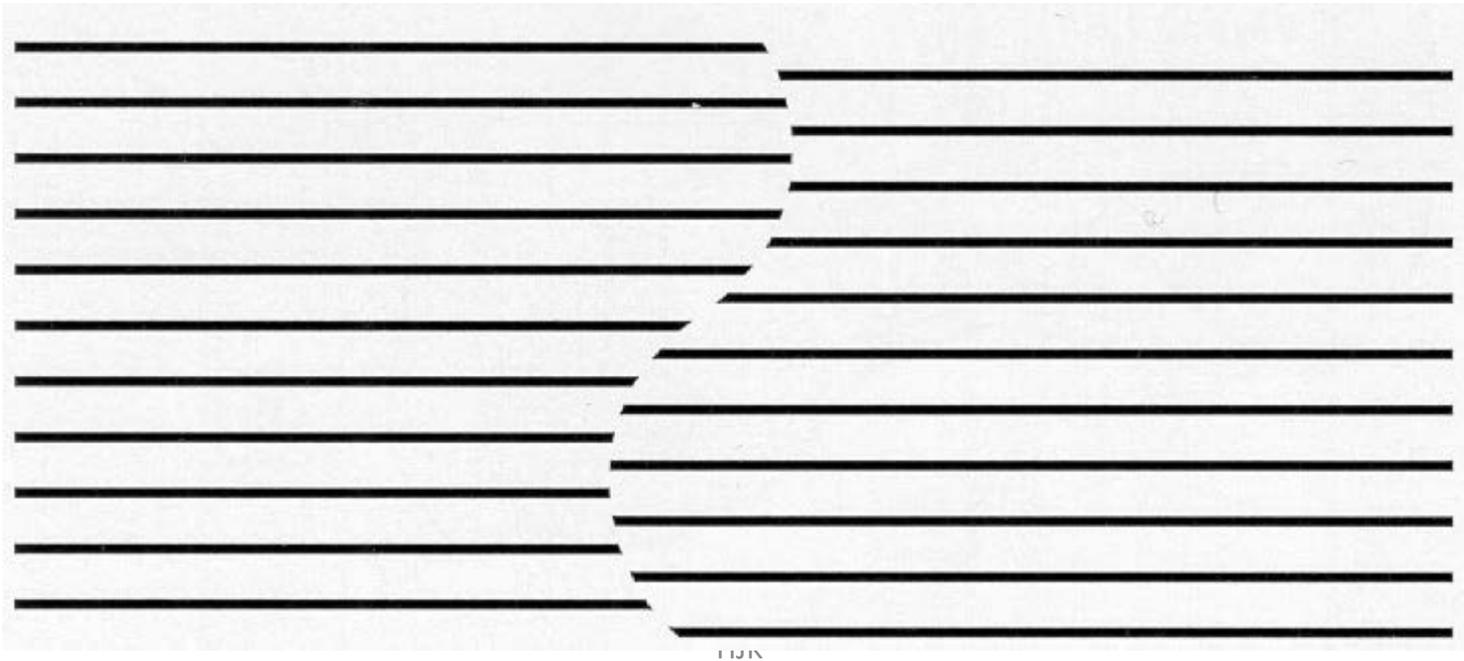


Primäre Sehrinde

Visuelle Objekterkennung «was»?  
Kategoriale Ordnung

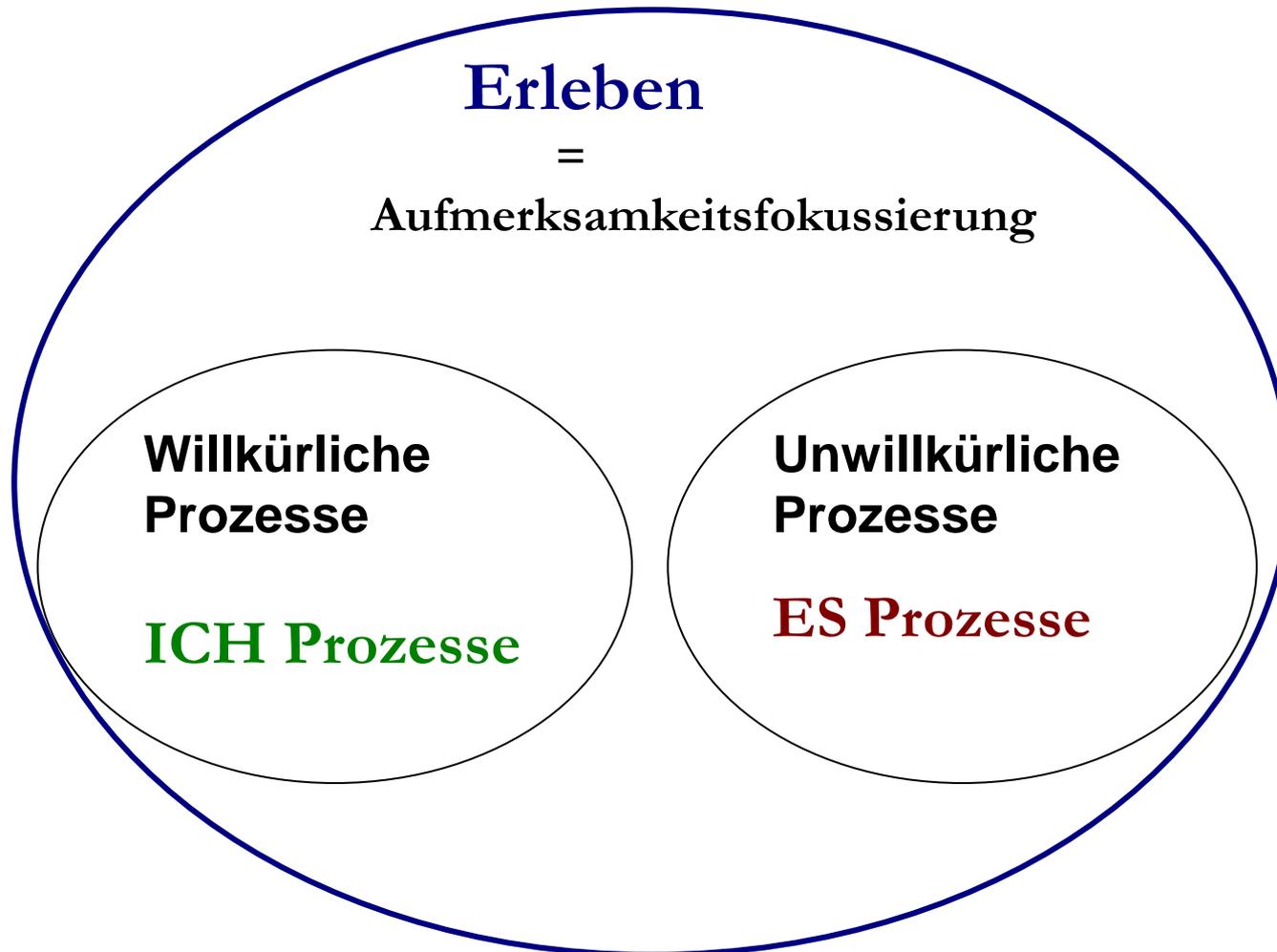
..... und was das Gehirn so alles konstruiert....

SCHATTEN



# Psychosomatische Erkrankungen

## Systemtheoretische Überlegungen



# Erleben

## **ICH Prozesse:**

- Binäre Logik, digitale Sprache, im präfrontalen Cortex lokalisiert

## **ES Prozesse**

- Intuition, Bilder/Zeichen (VAKOG), im limbischen System lokalisiert

*(V= visuell, A= auditiv, K= kinästhetisch, O= olfaktorisch, G= gustatorisch)*

# Psychisches Erleben

Beruhet auf ständigem Abgleich zwischen

- kognitivem Gehirn (Neocortex)

- Bewusst
- Rational
- Der Aussenwelt zugewandt

- emotionalem Gehirn

- Unbewusst
- Auf Überleben bedacht
- Enge Verbindung mit Körperfunktionen

Die beiden haben ein Kommunikationsproblem, da unterschiedliche «Sprache»

**SELBST**

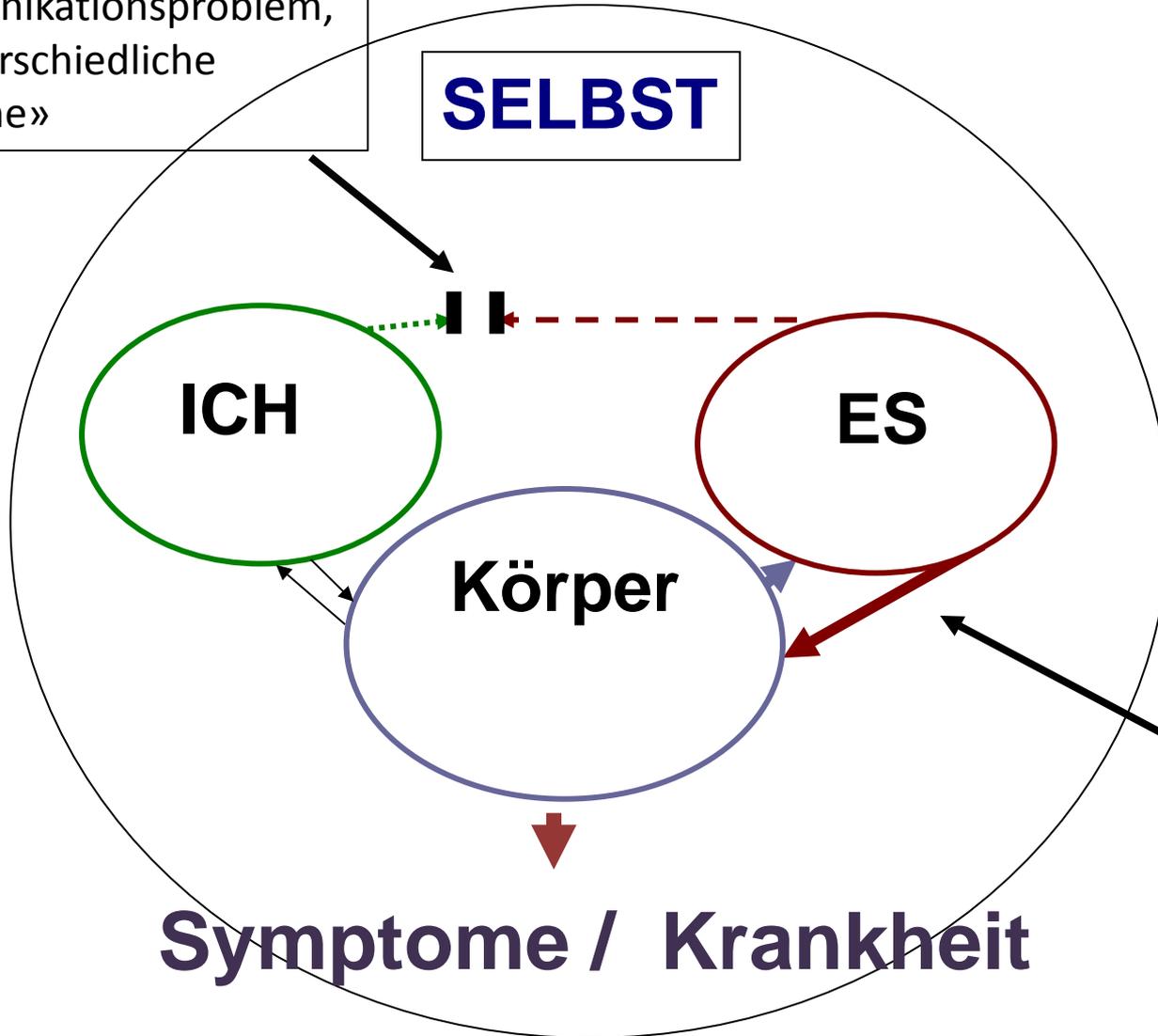
**ICH**

**ES**

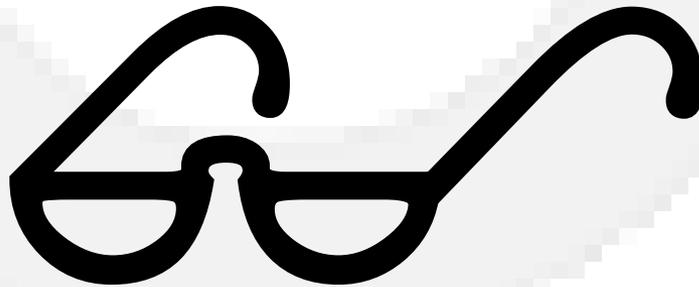
**Körper**

Die beiden verstehen sich prächtig!

**Symptome / Krankheit**



# Fallbeschreibung



## Patient 2 N.V. m. 1993

- 23.4.2012 EK. Zuweisung UAK (Pat war im Notfall)  
Psychosomatische Augenprobleme!
- Seit 24.1.2012 Augenschmerzen, Lichtscheu, ist nur zu Untersuchungen ausser Haus gegangen in Begleitung, sitzt z.H. und kann gar nichts machen, trägt dunkle Sonnenschutzbrille mit zusätzlicher Abschirmung.
- Vorbefunde
  - Kein morphologisches Korrelat
  - Refraktion 2011: RA +1,75/-0.75 30°, LA +1.5/0.5 180°



## N.V. m. 1993

- **Starke Somatisierung bei Angst vor Erblindung**
  - Auge wird untertags ganz weich – zieht sich bis in die Wange hinein – wie wenn es ausläuft
  - Nachts beim Schlafen wird es wieder ganz hart
  - Beim Aufstehen 10 – 15 Minuten warten bis es wieder weich wird
  - Extreme Schmerzen, verstärkt durch Licht, erträgt Raumlicht nicht, kann Augen nicht aufmachen

## N.V. m. 1993

- Hatte eine ähnliche Episode schon vor 1 ½ Jahren nach längerem Arbeiten am PC (Bewerbungsschreiben)
- Jetzt aufgetreten bei Arbeit an der Kassa im Detailhandelsgeschäft (Lehre)
  - «Kassa ist besser als Regale schlichten»
  - Insgesamt Arbeitsumfeld schwierig – will weg

**Wie bringe ich den Patienten dazu die Augen zu öffnen und die Brille abzuziehen ?**

## N.V. m. 1993

- Raum dunkel inc. Storen herunteren
- Refraktionswerte in Probierbrille gesteckt
- FV nicht möglich, Projektor ist viel zu hell und verursacht starke Schmerzen
- NV Text geht nicht wirklich, Versuch mit LH-Tafeln
  - 4 Prismen Basis innen angenehmer
  - Addition bis +1.75
- Schmerzen werden weniger, dabei schrittweise Licht erhöht inc. Storen auf → ohne Photophobie

## N.V. m. 1993

- Kontrolle nach 1 Woche Marlow Verband
  - Subjektive Refraktion Ferne ohne binoculare Freigabe  
Test: RA +0.5/-0.75 30°, LA +0.5 /-0.5 180°; LH 1.0 bds
  - Nähe Addition +1.75 bds Text 1.0 bds mit vielen Pausen
  - CT Exophorie 12 pdpt
  - Akkommodation wegen mangelnder Kooperation nicht messbar
- Ordo Gleitsichtglas mit je 6 pdpt Basis innen und subjektiv ermittelter Refraktion
- Persönlicher Kontakt mit Optiker!

# N.V. m. 1993

## ● Soziale Situation

- Vater arbeitslos, Mutter Hausfrau, 2 Geschwister in Ausbildung
- Hat nun Lehrstelle gekündigt (in Absprache mit Case Managerin der KK)

# N.V. m. 1993

- 22.5.2012 Kontrolle
  - Trägt Brille, nach wie vor anstrengend Augen zu öffnen
  - CT F / N alt 0 EB (Testung auf Objekte)
  - *«hinter den Augen ist es wund»*
  - Will MRI, kann aber nicht sagen, was er sich davon erwartet
  - Verneint psychische Probleme

## N.V. m. 1993

- Kontaktaufnahme mit der Kinderarzt
  - Pat. braucht psychiatrische Unterstützung
  - Willigt nur ein wenn MRI gemacht wird

«Sollen wir uns auf den Deal einlassen?»

Hatte in der Vorgeschichte wiederholt schon andere Somatisierungen!

# N.V. m. 1993

- November 2012
  - MRI regelrecht, Psychotherapie begonnen
  - kommt mit offenen Augen
  - Geht auch seit einigen Wochen ohne Brille ganz gut
  - Liest aber dann nichts
  - FV 1.0 + NV 1.0
  - Akkommodation 4 dpt bds

## N.V. m. 1993

### ● April 3013

- Hat sich zwischenzeitlich Brille nur mit Fernrefraktion machen lassen ohne Prismen (Finanzen)
- Liest nur kurz, bekommt sonst Beschwerden
- FV 1.0 bds monocular, binocular knapp, schlechter als monocular!
- Text 0.5 – 0.63
- CT F + N alt 6pdpt B innen, 4 Prismen werden subjektiv als angenehm empfunden

→ Als Folie auf das linke Brillenglas gegeben

N.V. m. 1993

*Zurück auf Platz 1  
aber bessere Startbedingungen!*

Zwischenzeitlich schon Prismenbrille für die Ferne und Nähe mit entsprechendem Nahzusatz verordnet

# Patient H.S. \*1965

- 21.2.08 EK: Zuweisung durch HA
  - Patient leidet unter Sehstörungen seit 2005, mehrfache Abklärungen an Uniklinik: kein pathologisch anatomisches Substrat
  - Seither depressive Phasen, zunehmend
- Frage: Sind Sehstörungen psychosomatische bedingt?

# Ophthalmologische Anamnese

- Linkes Auge 2005
  - Juni grauen Fleck parazentral bemerkt (PC)
  - 2 Wochen später neuer Fleck
  - Oktober neuer Fleck
- Rechtes Auge 2005
  - Dezember grauer Fleck
- Alle Untersuchungen (Gesichtsfeld, Elektrophysiologie, Fluoreszenzangiographie, MRI) i.o.

# Ophthalmologische Anamnese

- 2006
  - Juni neuer Fleck linkes Auge
  - August neuer Fleck rechtes Auge
- Neuerliche Abklärung ohne pathologische Befunde

# Ophthalmologische Anamnese

- 2006 März
  - Schwere depressive Krise
  - arbeitsunfähig für 3 Monate
  - Medikamentöse Th. + Psychologische Betreuung
- 2006 Juni 100% AF da Sorge um Verlust des Arbeitsplatzes
- 2007 September neuerliche depressive Krise: sucht ständig Flecken, lässt sich Zeitung vorlesen, Arbeit geht (muss ja Fam. versorgen) aber erschöpft, keine Kraft für Kinder (schlechtes Gewissen).....

## Besondere Umstände als 1.Flecken entstanden sind?

- Nach Jahren wieder einmal WE Urlaub (London) geplant mit Freunden ohne Kinder
- Wolte im Büro alles fertig machen → 1 Woche Tag und Nacht gearbeitet
- Krankheit und Tod der Schwiegermutter
- Mutter hatte über 3 Monate Doppelbilder ohne klare Ursache
- Weiter Flecken auch immer in Stesssituationen aufgetreten (Armbruch der Tochter, Tod Schwiegervater)

# Fragen?

- **Was ist jetzt am schwierigsten für Sie?**
  - Keine Diagnose (spinn ich?? was denken die anderen?)
- **Was ist ihre schlimmste Befürchtung**
  - „dass ich blind werde“ und Verantwortung für Familie nicht mehr wahrnehmen kann

# Arbeitsdiagnose: Retinopathia centralis serosa

- Therapieziele:
  - Umgang mit Arbeitsdiagnose
  - Angstabbau vor Erblindung
  - Aufmerksamkeitsverschiebung: weg vom Suchen der Flecken
  - Prävention

# Interventionen

- Insgesamt 6 Sitzungen
- Hypnotherapie:
  - ressourcenorientiert,
  - Metaphern (graue Flecken die wie Seifenblasen platzen)
- Stressreduktion im Alltag (Beruf, Familie)

## Was war in der Therapie (6 Stunden) am hilfreichsten für Sie?

- ... Dass es eine Arbeitsdiagnose gibt
- ... Dass sie mich ernst genommen haben
- ...dass sie gemerkt haben, wie sehr sich die Augenproblem auf mein Familienleben und mich ausgewirkt haben und ich das mit ihnen besprechen konnte
- ... Entspannungstechnik, sich selbst Ruhe gönnen
- ... Dass ich für Stresssituationen ein Notfall Medikament habe (in Absprache mit HA: Inderal 5 -10 mg)

## Hr. H.S. \*1965

- Weihnachten 2011 NF Anruf vom Patienten „es geht wieder ganz schlecht“
- Was war passiert?
  - Vater hatte tödlichen Herzinfarkt
  - Mutter hatte Pat. gerufen, er konnte Vater „nicht retten“
  - 25.12. wäre Geburtstag des Vaters gewesen, „noch gut überstanden“
  - 26.12. in Depression gerutscht, sucht wieder graue Flecken

## Hr. H.S. \*1965

- kurzzeitige medikamentöser Unterstützung
- Hypnotherapie

→ Nach 6 Monaten (3 Sitzungen) Krise wieder vorbei

# Warum haben es die Patienten so schwer gehört zu werden?

- Starker technischer Aspekt der Untersuchungen (Sicherheitsgefühl)
- Zeit für ausführliche Anamnese fehlt oft oder es wird nicht hingehört
- Psychosomatik kommt in der Weiterbildung zu kurz
- Patienten mit Binocularproblemen brauchen sehr viel Zeit für Untersuchung und engmaschige Führung in der Therapie

## Ein paar Tipps

- Wenn Patienten ein über ein Sehproblem klagen dann gibt es dafür in der Regel einen somatischen Grund
- Häufig können Fusion und Akkommodation «ausgereizt» werden zur Kompensation von bestehenden Abweichungen
- Unter psychischer Belastung kann das System zusammenbrechen
- Es lohnt sich die Frage zu stellen:

**Warum gerade jetzt?**

**Danke !**

