X. Zur Frage der psychogenen Blindheit

W.

Wick

Aus der Akademie – Augenklinik Düsseldorf [Direktor Prof. Dr. Krauss]

, Dozent und Oberarzt der Klinik.

An dem Vorkommen psychogener Blindheit kann heute nicht mehr gezweifelt werden, sie ist ja auch in der Hypnose gewissermaßen experimentell zu erweisen. Ich hatte früher Gelegenheit über einen Fall von psychogener Schwachsichtigkeit zu berichten (Zeitschrift für Augenheilkunde, Bd. 47, H. 5, S. 282); die folgende Beobachtung betrifft einen Fall von psychogener Blindheit.

Vorgeschichte. 45jähriger Mann. Seit seinem 8. Lebensjahre Senkung beider Oberlider. Vom 14. Jahre arbeitete er als Bergmann.

1916 bei der Einstellungsuntersuchung zum Kriegsdienst wurde beiderseits Ptosis und Ophthalmoplegia ext. festgestellt. Ob die Bewegungsmöglichkeit der Augäpfel schon in der Jugendbestanden hatte, konnte mit Sicherheit nicht mehr erwiesen werden. Es wurde angeborene Aplasie der Augenmuskelkerne angenommen.

Sehvermögen rechts 6/6, links 5/7.

Im Mai 1918 trat ziemlich schnell fortschreitende Verschlechterung des Sehens angeblich nach Gasbeschießung auf, die außer Bindehautreizung organische Allgemeinstörungen nicht hervorgerufen hatte.

Bald trat mit Vermehrung der Ptosis völlige Erblindung ein.

Befund: Mittegroßer wenig kräftiger Körperbau, genügender Ernährungszustand. Weiße Gesichtshaut. Gefühllose Zone (Haut von Kopf und Hals völlig unempfindlich für Berührung und Schmerz mit scharf begrenzter horizontaler Trennungslinie, etwa am Beginn des Schultergürtels). Medergedrückte Stimmung. Blut und Rückenmarksflüssigkeit regelrecht, Im Harn etwas Zucker. Sonst kein krankhafter Befund der großen Körperorgane. Die Stirn ist dauernd gefaltet.

Beide Oberlider hängen schlaff herab und können willkürlich nur bei Anspannung des Stirnmuskels ein wenig gehoben werden. Die Lidspalte ist bei gewöhnlicher Stellung rechts 5 mm, links 2 mm weit.

Bindehaut beiderseits ohne krankhafte Erscheinungen. Beide Augäpfel stehen geradeaus, etwas nach unten gerichtet und werden willkürlich nicht bewegt. Hornhautempfindlichkeit regelrecht. Beide Sehlöcher etwas entrundet, das rechte ein wenig größer als das linke. Reaktion regelrecht. Die Verengerung auf Naheinstellung ist nicht sicher zu prüfen, da Konvergenzbewegung der Augen nicht erfolgt. Astigmatismus myop. geringen Grades. Das Sehvermögen ist beiderseits angeblich völlig erloschen, nur von nasal oben wird Lichtschein unsicher bemerkt.

Wick, Zur Frage der psychogenen Blindheit. 83

Beide Sehnerven zeigen physiologische Exkavation, sonst innere Augenteile o. B.

Gesichtsfeld, Licht- und Farbensinn nicht zu prüfen, da kein Sehvermögen angegeben wird.

Innendruck beider Augen regelrecht. Bei schneller Annäherung des Fingers an das Auge deutliche Lidschlußbewegungen (Annäherungsreflex).

Folgende Überlegungen führten zur Klärung des Falles.

Die Lid- und Augenmuskellähmung konnte wohl als angeborene Kern-alpasie gedeutet werden, zumal irgendwelche sonstigen organischen Veränderungen niemals bestanden hatten.

Bezüglich der Seestörungen konnten von vornherein nach den ersten Untersuchungsergebnissen nur zwei Ursachen in Frage kommen: bewußte Vortäuschung oder psychogen bedingtes Leiden (also eine Störung, die dem Willen nicht unterworfen war).

Das Fehlen irgendwelcher organischen Allgemeitleiden, die zu der vorhandenen Augenstörung in Beziehung gesetzt werden konnten, sowie der regelrechte Befund der inneren Augenteile konnten ein organisches Augenleiden ausschließen. Der erhaltene Annäherungsreflex sprach weiter dafür, daß die Beizleitung von der Netzhaut noch erhalten sein mußte.

Die ständige Beobachtung, das allgemeine Verhalten, sowie die gegen Berührung, selbst stärkeren Schmerz völlig empfindungslose Zone von Kopf und Hals mußte zu der Annahme psychogener Blindheit führen.

Die Behandlung hat diese Annahme bestätigt.

Durch Wachsuggestion in Verbindung mit dem faradischen Strom konnte das Sehvermögen bis fast zur Norm wieder hergestellt werden.

B_echts = links: S = β/s . Die noch vorhandene geringe Abweichung von der Norm ist durch den myop. Astigm. erklärt.

Gesichtsfeld und Farbensinn regelrecht.

Ptosis gebessert (Lidspalte bei weitester Öffnung rechts 10 mm, links 8 mm).

Augapfel beiderseits unbeweglich.

Nach Lage des Falles konnte das Leiden nur auf psychogener Grundlage ruhen.

Simulation konnte durch die Beobachtung und das Verhalten während der suggestiven Behandlung mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden. Ein reiner Simulant ist im Wachzustande nicht suggestiv soweit zu beeinflussen, daß er die Vortäuschung völlig aufgibt.

Auch der zu Hilfe genommene faradische Strom konnte nicht durch heftige Schmerzauslösung den Sinn des „Simulanten“ gewandelt haben, denn er wurde nur in mäßiger Stärke angewandt und nur vorübergehend soweit gesteigert, daß Schmerzempfindung geäußert wurde.

Dies in Verbindung mit dem Fehlen irgendwelcher erkennbaren pathologischen Veränderungen im Augeninnern und dem Vorhandensein eines anderen nach fachärztlichem Urteil sicheren Zeichens schwerer Hysterie (Unempfindlichkeit von

6*

84 Wick, Zur Frage der psychogenen Blindheit.

Kopf und Hals) sicherte die Diagnose der psychogenen Blindheit.

Als Grundlage, auf der diese psychogene Störung erwuchs, ist das vorhandene organische Leiden (Ptosis, Ophthalmoplegia ext. totalis) anzusehen, das den freien Gebrauch des Sehorgans dauernd störte.

Als auslösende Ursache kam dann der Einfluß des Kriegslebens hinzu und führte ziemlich rasch zum Ausbleiben der psychischen Verwertung des an sich normalen optischen Reizes, eben zur psychogenen Blindheit.

Auf die Einzelheiten der durchgeführten Behandlung einzugehen, erübrigt sich wohl, da nach Art des Leidens die richtige psychoanalytische Einstellung des Arztes dem Kranken gegenüber erstes Erfordernis ist und wohl für jeden Menschen verschieden sein wird.

XL

(Aus der Augenklinik der Städtischen Krankenanstalten Essen. [Chefarzt Dr. B. Hessberg].)

Beitrag zur Differentialdiagnose der juvenilen Form
der familiären amaurotischen Idiotie

(Spielmeyer- Vogt).

Von

Dr. LEONHARD ERDMANN,

Volontärarzt der Klinik.

Während die Diagnose der infantilen Form der familiären amaurotischen Idiotie aus der
Anamnese und dem typischen ophthalmoskopischen Befunde (vorwiegend bei der jüdischen
Rasse

kirschroter Fleck in der Macula

Opticusatrophie u. a.) meist leicht zu stellen ist

bereitet die Differentialdiagnose der juvenilen Form häufig größere Schwierigkeiten. Dies war
ganz besonders bei der ersten von zwei in der Städtischen Augenklinik Essen beobachteten
Erkrankungen der Fall

die zu Beginn ihres Leidens das Bild der Dystrophia adiposo-genitalis darbot und als solche
aufgefaßt wurde. Erst der spätere Verlauf und die Beobachtung einer später erkrankten
Schwester