

Wechselnde pathogenetische Betrachtungsweisen der Tic-Störungen

von Prof. Dr. Aribert Rothenberger

Folgen wir den Ausarbeitungen von *Shapiro* und Mitarbeitern (1978, 1980, 1982, 1988), so kann man die Literatur über Tic-Störungen, insbesondere über das Tourette-Syndrom, in sieben Perioden einteilen, jede mit einem eigenen charakteristischen Vorgehen bzgl. des Untersuchens, Verstehens und Behandelns der Patienten mit Tic-Störungen. Im Sinne unserer heutigen Klassifikation handelt es sich bei dem nachfolgend Erwähnten fast ausschließlich um chronische multiple Tics und das Tourette-Syndrom, während der einfach chronische Tic sowie die vorübergehenden Tic-Störungen des Kindesalters kaum einer systematischen Betrachtung unterzogen wurden und uns hierzu auch heute noch derartige Daten in nicht ausreichender Präzision zur Verfügung stehen.

Die *erste Periode* von etwa 1825 - 1900 schließt neben 22 Veröffentlichungen auch die grundlegende Arbeit von *Georges Gilles de la Tourette* ein. Man versuchte die Erkrankung von anderen neurologischen Auffälligkeiten zu unterscheiden und die charakteristische Symptomatik zu identifizieren.

Die Untersucher nahmen als ätiologischen Hintergrund seelische Instabilität oder eine neuropathische Heredität an. Die meisten seelischen Störungen wurden während dieser Zeit als hereditär angesehen, obwohl es aus der Literatur nicht klar zu erkennen ist, was man genau darunter verstand. Selbstverständlich schauten die Autoren auf den familiären Hintergrund und beschrieben, was sie neuropathische Vorläufer in Bezug auf die Störung des Patienten nannten, sie fanden auch Tic-Störungen bei Anverwandten; wie aber diese neuropathischen Tendenzen schließlich zu motorischen und verbalen Tics führten, war nicht erklärbar. Die Konzepte der Heredität waren einfach und die grundlegenden Mechanismen konnten noch nicht richtig verstanden werden.

Die *zweite Periode* begann kurz vor 1900, als Ärzte, Neurologen und frühe Psychiater als Teil des Zeitgeistes zunehmend an der Psychologie der Patienten, der Krankheiten und der Menschen im allgemeinen interessiert waren. So ist es nicht verwunderlich, daß der ätiologische Hintergrund von Tic-Störungen zunehmend bei psychologischen Faktoren gesucht wurde. Diese Entwicklung kulminierte in dem sehr wichtigen Beitrag von *Meige* und *Feindl* (1902), die versuchten, die Bewegungsstörungen zu klassifizieren. Es ging dabei um verschiedene Arten von Tics und anderen Bewegungsstörungen, ein kleiner Teil der Schrift war dem Tourette-Syndrom gewidmet. Nachfolgende Autoren verwischten die von *Meige* und *Feindl* versuchte Unterscheidung zwischen Tics, Gewohnheiten, Zwangsdenken, Zwangshandeln, Dystonien und Tourette-Syndrom, weil sie das Werk nur oberflächlich gelesen hatten oder weil es zu der Zeit noch keine eindeutige empirische Basis gab, auf der man eine klare Differentialdiagnose hätte leisten können. Zudem war das Werk von *Meige* und *Feindl* mit den wild wachsenden psychologischen Spekulationen der Zeit durchsetzt.

Nach der Phase des frühen psychologischen Theoretisierens traten die *psychoanalytischen Theorien* in den Vordergrund (von etwa 1921 - 1955). Tics und Tourette-Syndrom wurden u.a. als eine Neurose charakterisiert, die der Hysterie gleiche und einen organischen Faktor beinhalte. Die Autoren waren daran interessiert, spezifische Persönlichkeitstypen oder spezifische dynamische Konflikte bei den Patienten mit Tics und Tourette-Syndrom festzustellen. Gab es Unterstützung für diese Konzepte, so war sie lediglich auf die Untersuchung einzelner Patienten gestützt und von einer vorgefertigten Theorie geprägt. Die organische oder konstitutionelle Komponente war gewöhnlich charakterisiert durch einen unbewußten muskulären Erotizismus gegenüber dem Vater, Abwehrtendenzen gegenüber lustbetontem Daumenlutschen, narzißtischem Onanismus, analem Sadismus, gehemmten Aggressionen oder zwanghaften Impulsen. Denn in jedem Falle meinte man, der Tic sei symbolisches Ausdrucksverhalten eines zugrunde liegenden Konfliktes, dessen Spezifität nicht zu finden war. Insbesondere die Artikel von *Mahler* und Mitarbeitern (1945, 1949), die die Theorie einer gehemmten

Aggression unterstützten, hatten einen großen Einfluß, zumal ihre Studien Aussagen über eine große Anzahl von Patienten enthielten und gute Basisbeobachtungen darstellten. In diesem Rahmen muß auch die ausführliche Arbeit von *Wilder* und *Silbermann* (1927) gesehen werden. Gestützt auf die damalig neuen Erkenntnisquellen zum Tic-Problem meinten sie, daß sie in zweierlei Weise den Tic betrachten sollten. Zum einen wollten sie, beeinflußt durch den Aufschwung der Psychoanalyse, mit verfeinerten psychoanalytischen Methoden an die Psychogenie des Tics herantreten. Das zweite Motiv ihrer Arbeit war, die neuen Erkenntnisse auf dem Gebiet der organischen, speziell der striären Hyperkinesen einzubringen und damit im Gebiet der organischen Tics eine wichtige Erweiterung und Differentialdiagnose organisch versus funktionell zu erschließen. So versuchten sich die beiden Autoren zwischen diesen beiden Spektren der Tic-Störungen zurecht zu finden, was ihnen erwartungsgemäß große Schwierigkeiten bereitete. Es wird von Kinder-Tics, organischen Tics, striären Tics, funktionellen Tics, Kriegs-Tics, Torticollis spasticus, Facialis-Tic, periodischem Tic, dem tonischen Tic-Krampf sowie Tic und Zwangsdanken in vielerlei Zusammenhängen und Ausblicken berichtet. Im Kapitel über die Psychopathogenese des funktionellen Tics wird die psychoanalytische Sichtweise ausgeführt und insbesondere die erste größere Arbeit zu dem Thema (*Ferenczi* 1921) besprochen. Interessant sei da, so die Autoren, die Meinung Freuds. Als ihn *Ferenczi* über seine Arbeit bzgl. der Tics befragte, habe Freud geantwortet: "Es dürfte sich da um etwas Organisches handeln". Uns soll hier aus dem Artikel von *Wilder* und *Silbermann* der Abschnitt über den sogenannten "Kinder-Tic" interessieren.

Zitat: "Der Kinder-Tic ist nicht nur in der Anamnese der erwachsenen Ticer, sondern überhaupt viel häufiger, als man gemeinlich annimmt. Die wenigsten Fälle werden zum Arzt gebracht, man behandelt den Tic zu Hause als 'schlechte Gewohnheit' mit disziplinarischen Maßnahmen. Und diese sind auch (vernünftig angewandt!) tatsächlich die beste Therapie des Kinder-Tics. Wir können auch oft feststellen, daß aus der Kindheit 'stehengebliebene' – Tics besonders oft mit schlechten Erziehungsmethoden Hand in Hand gehen. Ein Beispiel, wie frühzeitig Begehrungsvorstellungen sich den Imitationstendenzen beimischen können, ist folgender Fall: *Hedwig R.*, 5 Jahre, Tic im rechten Gesicht, besonders im orbicularis oculi. Die Eltern geben an, sie sei seit drei Wochen auch sehr jähzornig. Jüngstes Kind, von den Eltern vernachlässigt, ist vormittags in der Spielschule. Ihr heißester Wunsch ist es, eine Brille zu haben, wie ihre liebste Freundin, die ebenfalls mit den Augen zuckt ... Wir fanden bis zum sechsten Lebensjahr sechs Fälle, vom 6.-13. Lebensjahr 30 ... Wir fanden nur einen sicheren Fall mit 13 Jahren, aber gleich darauf fanden wir wieder einen Anstieg ... Wenn wir unsere Ticer-Anamnesen (Anm.: bei erwachsenen Personen) berücksichtigen, so läßt sich die Behauptung, daß man in der Anamnese von Ticern den Kinder-Tic besonders häufig finde, aufrechterhalten. Die untere Altersgrenze des Tics wird von den meisten Autoren unserer Meinung nach zu hoch angegeben. Wir fanden als die unterste Grenze 2 Jahre. Auch in der Literatur fanden wir keinen Tic vor dem 2. Lebensjahr ... Die Gesamtzahl der Tics (nach ihrem Entstehungsalter berechnet) ist am höchsten im ersten Dezennium und wird von da an immer kleiner. Vielleicht eine Zunahme in der Pubertätszeit."

Es ist verständlich, daß auf der Suche nach einem psychischen Ursprung des Kinder-Tics die Autoren in ihrem Sinne auch fündig wurden, ihre Befunde vor einer kritischen Interpretation aber nicht überprüften, zumal ihnen von dem französischen Untersucher *Boncour*s (1910) bekannt war, daß bei Kindern mit Tics keinerlei Zusammenhänge mit Fleiß, Betragen und Intelligenz festgestellt werden konnten. Auch die Beobachtungen von dem Psychoanalytiker *Ferenczi*, daß Patienten, die aus anderen Gründen zur Analyse kamen und nebenbei auch Tics hatten, dieselben unverändert aus der Analyse "retten" konnten, hätte die Untersucher kritischer gegenüber ihren eigenen Interpretationen werden lassen sollen. Dies gilt auch für ihre beiden einzigen *Fallbeschreibungen* von Kindern und Jugendlichen, von denen wir den Fall eines 19 Jahre alten Jugendlichen nach Enzephalitis lethargica 1921 mit typischen Erscheinungen ausführen wollen. Dieser Patient habe sowohl in der mimischen Gesichtsmuskulatur wie auch in den Kopf- und Nackenmuskeln zahlreiche Tics in Form von Blinzeln, Schnauzen, abwechselnde

Verziehung des Mundes nach rechts und links, Heben der Schultern, Kopf nach rückwärts werfen, Riechen an den Händen usw. entwickelt. Auch hier wird in einer Psychoanalyse die Erstmanifestation der Tic-Symptomatik auf eine Enttäuschung im 7. Lebensjahr (Geburt des jüngeren Bruders, Verlust der eigenen Kronprinzenrolle) zurückgeführt. Damals habe der Patient dauernd an seinen Händen gerochen und darauf geblasen. Nach einigen Jahren habe sich das Gefühl der Benachteiligung und damit auch die eigenartigen Tics gelegt. Später sei im Rahmen von schlechten Schulnoten und damit zusammenhängenden Vorwürfen des Vaters ein Tic aufgetreten mit Rückwärtswerfen des Kopfes und Schultern anheben, vor einigen Monaten sei dieser Tic wieder verschwunden. In einer ausgedehnten weiteren Beschreibung werden die Tics nicht nur mit den belastenden Lebensereignissen, sondern mit situativ erklärbaren Abwehrhaltungen des Patienten in Verbindung gebracht. Schließlich wird von einem noch in den späteren Jahren hinzugetretenen Tic berichtet, bei dem er eine Art Spannungsgefühl in den Muskeln erlebe, das aber auch nicht besser werde, wenn er getickt habe. Es entwickelten sich Zwangsgedanken und Zwangshandlungen und eine deutliche Abhängigkeit der Tic-Symptomatik vom emotionalen Befinden des Patienten (deutliche Zunahme bei Aufregungen). Bei Aufforderung konnte der Patient seine Tics zum Verschwinden bringen, war er unbeobachtet, z.B. beim Lesen, tigte er noch recht lebhaft (Anm.: Auch wenn die zeitliche Zuordnung zwischen Tic-Symptomatik und Hirnentzündung aus den vorliegenden Angaben nicht eindeutig ist, so zeigt die Beschreibung zum einen, daß sich die Tic-Symptomatik aus einfachem Blinzel-Tic zu einem schwerwiegenden Krankheitsbild entwickeln kann und sowohl organische als auch psychische Faktoren im Rahmen dieser Störung große Wichtigkeit besitzen).

Die *vierte Periode* der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Tic-Störungen wurde charakterisiert durch das Sammeln und Untersuchen einer großen Anzahl von Patienten, d.h. epidemiologische Studien von 1954 – 1965 bildeten einen neuen Schritt in der Erarbeitung neuer Erkenntnisse bzgl. der Tic-Störungen. ...

Die *fünfte Phase* begann 1961 mit der erfolgreichen Behandlung einzelner Patienten mit Tic-Störungen mit dem Medikament Haloperidol. Ein erneutes Interesse an der organischen Grundlage des Tourette-Syndroms wurde wach, die Beziehung des Neurotransmitters Dopamin zu den Basalganglien, dem Parkinson-Syndrom und anderen Bewegungsstörungen führte dazu, das Tourette-Syndrom in diesen Bereich der Überlegungen mit einzubeziehen. So war es verständlich, daß andere Medikamente in ihrer Wirksamkeit bezüglich der Tic-Störungen überprüft wurden.

Nichtsdestoweniger entwickelte sich daneben eine *sechste Phase* im Rahmen experimentalpsychologischer Vorgehensweisen. Lernpsychologische Ansätze und Erklärungen sowie Behandlungen von Tic-Störungen wurden ausgearbeitet und angewendet. ...

Schließlich muß die seit 1975 zunehmend in den Vordergrund tretende *siebte Phase* erwähnt werden. Es handelt sich dabei um die biologisch-datenorientierte Periode, die langsam in den 70er Jahren begann, ihre wissenschaftlichen Methoden allmählich entwickelte und die Fragestellungen auf Tic-Störungen zuschnitt. Diese Vorgehensweise brachte es mit sich, daß eine immer größere Anzahl bisher nicht identifizierter und nicht diagnostizierter Patienten um ihre Störung erfuhr und so breit angelegte Untersuchungen möglich wurden. Der datenorientierte Psychiater ist skeptisch gegenüber klinischen Eindrücken, solange sie nicht durch sorgfältig erhobene Daten von ausreichend kontrollierten Studien bestätigt werden. Dabei bleiben weder psychologische Aspekte unbeachtet noch müssen zwangsläufig biologische Faktoren in den Vordergrund treten. In diesem Sinne soll von einer wohlbegründeten Beschreibung der klinischen Kernmerkmale ausgegangen werden, um von da aus die sich darum herumrankenden

und nicht unwesentlichen Probleme der Tic-Patienten zu differenzieren, auf der Grundlage gesicherten Wissens zu diskutieren und noch offene Fragen anzusprechen. Dabei soll der Bezug zum Alltag eines Patienten mit Tic-Störungen immer wieder hergestellt werden.

Quelle:

Wenn Kinder Tics entwickeln

Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung

2.2 Wechselnde pathogenetische Betrachtungsweisen der Tic-Störungen

Seite 4-7

von Prof. Dr. A. Rothenberger

Gustav Fischer Verlag · Stuttgart · New York · 1991

Information der Website -> www.tourette-syndrom.de

Veröffentlichung mit Zustimmung von Prof. Dr. A. Rothenberger, Göttingen