

## **Tourette-Syndrom: eine neurologische, psychiatrische oder neuropsychiatrische Erkrankung?**

von Priv. Doz. Dr. Kirsten R. Müller-Vahl, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover

Als Georges Gilles de la Tourette 1885 erstmals in einem wissenschaftlichen Aufsatz Personen mit einer bis dahin unbekanntem Erkrankung - die nachfolgend seinen Namen tragen sollte – beschrieb, lagen die Ursachen des Tourette-Syndroms noch völlig im Dunkeln. Auch wenn die Hirnforschung („Neurowissenschaften“) zu damaliger Zeit praktisch noch nicht begründet war, so ist doch davon auszugehen, dass der französische Arzt Gilles de la Tourette die Ansicht vertrat, dass das Tourette-Syndrom auf eine Erkrankung des Gehirns zurückzuführen ist.

Anfang des 20. Jahrhunderts geriet das Tourette-Syndrom nahezu völlig in Vergessenheit. Grund hierfür ist in erster Linie die fehlerhafte Annahme, das Tourette-Syndrom sei eine sehr seltene Erkrankung, welche stets mit extrem starken Symptomen einhergehe. Es ist dem amerikanischen Neurologen- und Forscherehepaar A. und E. Shapiro zu verdanken, dass das Tourette-Syndrom in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts „wiederentdeckt“ wurde. Sowohl Gilles de la Tourette selbst als auch A. und E. Shapiro beschrieben Patienten, bei denen nicht nur Tics bestanden, sondern auch verschiedene andere Symptome wie Zwangshandlungen oder Selbstverletzungen auftraten und kamen zu der Überzeugung, dass all diese Symptome als Teil ein- und derselben Erkrankung einzustufen seien.

Will man der Frage nachgehen, ob das Gilles de la Tourette-Syndrom als „neurologische“, „psychiatrische“ oder als „neuropsychiatrische“ Erkrankung zu bezeichnen ist, so ist ein Blick in die Geschichte unerlässlich. Seit jeher werden in der Nervenheilkunde Erkrankungen des Gehirns von solchen des Rückenmarks und der peripheren Nerven unterschieden. Bei dem Versuch, Erkrankungen des Gehirns weiter zu unterteilen, werden bis heute sowohl klinische Merkmale als auch deren ursächliche Veränderungen berücksichtigt. Traditionell wird eine Gruppe von Erkrankungen als so genannte „Bewegungsstörungen“ zusammengefasst. Unter diesem Begriff werden bis heute sowohl Erkrankungen mit überschießenden Bewegungen wie Zittern (= Tremor), verdrehenden Bewegungen (= Dystonie), aber auch Tics verstanden, als auch Erkrankungen mit einer Verminderung der Willkürbewegungen wie bei der Parkinsonschen Erkrankung. Während diese verschiedenen Bewegungsstörungen über viele Jahrzehnte hinweg ausschließlich anhand des klinischen Bildes klassifiziert wurden, ist es seit kurzem (bedingt durch den erheblichen Erkenntniszuwachs in den Neurowissenschaften) – zumindest teilweise - möglich, eine Einordnung nach den zugrunde liegenden Veränderungen im Gehirn vorzunehmen. Während lange Zeit angenommen wurde, dass praktisch alle diese Bewegungsstörungen so genannte „Basalganglien-Erkrankungen“ seien, also Krankheiten, die auf eine Störung in dieser zentral im Gehirn gelegenen Kerngruppe zurückzuführen sind, weiß man heute, dass bei vielen dieser „Basalganglien-Erkrankungen“ auch andere Hirnareale beteiligt sind. Auf der anderen Seite wurde lange Zeit fälschlicherweise angenommen, dass die einzige Funktion der Basalganglien die Bewegungskoordination sei, und dass psychische Veränderungen nicht durch Störungen der Basalganglien hervorgerufen werden könnten. Folgt man dieser traditionellen Einteilung, dann werden Tics - bis heute – unter diesen so genannten Bewegungsstörungen oder „Basalganglien-Erkrankungen“ eingeordnet. Dies findet auch derzeit seinen Niederschlag in der Tatsache, dass auf dem jährlich stattfindenden internationalen Kongress für Bewegungsstörungen („*Movement Disorders Congress*“) „Tics“ als ein Thema behandelt werden.

Während es *heute* als bewiesen gilt, dass alle vorgenannten Bewegungsstörungen (wie Dystonie, Tics, Tremor) hirnganisch bedingte Erkrankungen sind, so war dies in der Vergangenheit keineswegs immer der Fall. So wurde beispielsweise der Torticollis (eine Form der Dystonie mit Schiefhals) über viele Jahre hinweg (und noch im ICD-8 im Jahre 1968, s. unten) als psychogene Störung eingestuft, der ein innerpsychischer Konflikt als Ursache zugrunde liegt. Ähnliches wurde lange Zeit für motorische und vokale Tics angenommen. Vor allem wenn komplexe vokale Tics wie die Koprolalie (Aussprechen von Schimpfwörtern) auftraten, bestanden an der Tatsache, dass es sich dabei um eine psychogene Störung handeln müsse, keinerlei Zweifel. Dies führte zu der in gewisser Weise paradoxen Situation, dass Tics einerseits als „neurologische Bewegungsstörung“, andererseits aber auch als „psychogene Störung“ eingeordnet wurden.

Obwohl bereits Gilles de la Tourette in seinen mehr als 120 Jahre zurückliegenden Beschreibungen darüber berichtete, dass bei Personen mit Tourette-Syndrom neben motorischen und vokalen Tics auch verschiedene Verhaltensauffälligkeiten bestehen können (die er bereits als Teil der Erkrankung auffasste), blieb dieser Aspekt des Tourette-Syndroms über lange Zeit falls völlig unberücksichtigt. Erst umfangreichere klinische Untersuchungen der letzten 10-20 Jahre verdeutlichten, dass das Tourette-Syndrom nicht etwa in der Minderzahl, sondern vielmehr in der Mehrzahl der Fälle (neueren Studien zufolge in bis zu 85%) mit verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten einhergeht. So gilt es heute als bewiesen, dass Symptome wie Hyperaktivität, Aufmerksamkeitsstörung, Impulskontrollstörung, Zwangssymptome, Ängste und Depression in ursächlichem Zusammenhang mit dem Tourette-Syndrom stehen können.

Die uns heute wohl vertraute Unterteilung der Medizin in verschiedene Disziplinen wie der „Neurologie“ und der „Psychiatrie“ bestand nicht zu jeder Zeit und ist historisch gewachsen. Der Beginn der modernen „klinischen Medizin“ liegt im ausgehenden 18. Jahrhundert. Bis zu dieser Zeit wurden „Irre“ gemeinsam mit Gewalttätern in Ketten gelegt und bis zum Tode in unwürdiger Weise verwahrt. Erst am Übergang zum 19. Jahrhundert wurden die „Geisteskranken“ von ihren Ketten befreit und es setzte eine zunehmende Entkriminalisierung (aber auch Entmystifizierung gegenüber dieser Art von Erkrankungen) ein. Das in jener Zeit zunehmende Wissen um die Gehirnpathologie führte schließlich dazu, dass „Geisteskrankheiten“ als lokalisierbare Hirnerkrankungen verstanden wurden.

Das Fachgebiet der „Neurologie“ entwickelte sich erst deutlich später als eigene Fachrichtung und war lange Zeit eine Disziplin, die gemeinsam von (Neuro)-Internisten und (Neuro)-Psychiatern wahrgenommen wurde. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts etablierte sich die Neurologie als eigenständiges Fach in der Medizin.

Die Zuordnung von Hirnerkrankungen in das Fach Neurologie einerseits und in das Fach Psychiatrie andererseits ist ebenfalls historisch gewachsen. Im Jahre 1840 erschien das „Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen“ von Moritz Heinrich Romberg, welches oft als epochales Werk und Beginn der „modernen Neurologie“ bezeichnet wird. Darin werden vier elementare Gruppen von Krankheiten beschrieben: Sensibilitätsneurosen (sensibel-sensorische Störungen), Motilitätsneurosen (Auffälligkeiten der Motorik), Trophoneurosen (efferent-vegetative Dysregulationen) und Logoneurosen (geistig-seelische Anomalien). Diese Auflistung verdeutlicht, dass zu jener Zeit eine gänzlich andere Einteilung der Erkrankungen

vorgenommen wurde als heute. Die Loslösung der Neurologie von der Psychiatrie ist eng mit der modernen Neuropathologie, d.h. der Erforschung der Ursachen von Erkrankungen im Gehirn sowie der rasant wachsenden chemischen Labormedizin verknüpft.

Da sich in der Psychiatrie - stärker als in jedem anderen Fachgebiet der Medizin - die Neuropathologie als unzureichendes Erklärungsmodell psychopathologischer Vorgänge erwies, gewann die Hypnose nicht nur bei der Erkennung, sondern zunehmend auch in der Therapie psychischer Erkrankungen an Bedeutung. Die Bedeutung Sigmund Freuds (1856-1939) für die Psychotherapie und die gesamte Psychiatrie sei an dieser Stelle nur am Rande erwähnt.

Im Jahre 1948 wurden erstmals alle bekannten Erkrankungen einer Kategorisierung zugeführt. Seither wurden diese Klassifikationen mehrfach entsprechend dem aktuellen Wissensstand überarbeitet. Derzeit existieren zwei verschiedene Kategorisierungen gleichzeitig: einerseits das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals 1948 herausgegebene und international anerkannte „ICD“ (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) in der aktuellen Version ICD-10, andererseits das in den USA entwickelte und erstmals 1952 herausgegebene System „DSM“ (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen) in der derzeit aktuellen Version DSM-IV-TR (= Text Revision). Betrachtet man beide Manuale genauer, so wird man große Übereinstimmungen, aber auch zahlreiche Unterschiede feststellen. Diese resultieren in erster Linie aus der Tatsache, dass die Ursachen vieler Erkrankungen bis heute nicht abschließend aufgeklärt sind und die Klassifikation daher oft anhand klinischer Kriterien erfolgt. Traditionell werden psychische Erkrankungen in unterschiedlichen Kulturkreisen nicht nur unterschiedlich bewertet, sondern auch unterschiedlich definiert. So wird beispielsweise auch das Tourette-Syndrom in beiden Handbüchern nicht völlig übereinstimmend definiert. Das Tourette-Syndrom als eigenständige Erkrankung ist im ICD-6 (der ersten Version, die Krankheiten klassifiziert) nicht erwähnt. Hingegen findet sich der Eintrag „Tic“ unter der Überschrift „sonstige Neurosen“. Im ICD-8 (1968) fehlt der Begriff Tourette-Syndrom ebenso. Es findet sich lediglich ein Eintrag unter der Bezeichnung „Tick“ unter der Überschrift „Besondere Symptome, die nicht in andere Positions-Nummern einzuordnen sind“, welches wiederum dem Kapitel „Seelische Störungen“ zugeordnet ist. Im aktuell gültigen ICD-10 ist das Tourette-Syndrom gemeinsam mit anderen „Tic-Störungen“ unter der Überschrift „Psychische und Verhaltensstörungen“ im Kapitel „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ klassifiziert.

Während die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts durch eine sich rasant entwickelnde Technik in der Medizin gekennzeichnet war und dadurch die Ursachen zahlreicher Erkrankungen vollständig oder zumindest teilweise entschlüsselt werden konnten, gilt dies für psychische (seelische) Erkrankungen nur in geringem Umfang. So konnten durch moderne bildgebende Untersuchungen (wie die Kernspintomographie) bei zahlreichen Erkrankungen wie der Multiplen Sklerose, dem Schlaganfall, bei Hirntumoren etc. Veränderungen im Gehirn „sichtbar“ gemacht werden, dies gelang hingegen bei psychiatrischen Erkrankungen wie der Schizophrenie, der Depression, aber auch dem Tourette-Syndrom nicht oder nur ansatzweise. Dies führt – neben anderen Faktoren - bis heute dazu, bei psychischen Erkrankungen – neben biologischen Erklärungsmodellen – auch psychoanalytische, kognitive oder lerntheoretische

Modelle heranzuziehen. Die Psychiatrie des letzten Jahrzehnts ist jedoch in erster Linie als „biologische Psychiatrie“ zu bezeichnen, da sich zunehmend die Erkenntnis durchsetzt, dass so genannten „psychischen Erkrankungen“ in aller Regel – wenn auch nicht ausschließlich – ebenso wie so genannten „neurologischen Erkrankungen“ eine hirnbioologische Ursache zugrunde liegt. Eine weitere wesentliche Erkenntnis der jüngsten Hirnforschung ist die Tatsache, dass eine Vielzahl von „neurologischen Erkrankungen“, die mit einer Veränderung des Gehirns einhergehen (wie etwa die Multiple Sklerose, die Parkinsonsche Erkrankung oder der Schlaganfall), ebenfalls mit psychischen Veränderungen – wie etwa einer Depression – vergesellschaftet sind.

Nachdem historisch betrachtet „Nervenerkrankungen“ zunächst sowohl „neurologische“ als auch „seelische“ Erkrankungen beinhalteten, erfolgte im 20. Jahrhundert eine Auftrennung beider Fächer, die in hohem Maße an den bis dahin bekannten hirnbioologischen Ursachen orientiert war. Aktuell und mit Einführung der „biologischen Psychiatrie“ findet wiederum eine Annäherung beider Fächer statt. So werden zum Beispiel Patienten mit Demenzerkrankungen oder Alkoholfolgeerkrankungen – je nach dem klinisch führenden Symptom – mal in der Neurologie, mal in der Psychiatrie behandelt. Gleiches gilt im Grunde heute auch für das Tourette-Syndrom. Auch an meiner eigenen Person mag dies deutlich werden: während ich zunächst in der Neurologie tätig war, wechselte ich später in die Psychiatrie – und nahm gewissermaßen die Tourette-Sprechstunde an unserer Hochschule von der einen in die andere Abteilung „mit“. Diese Doppelqualifikation (als Neurologin und Psychiaterin) empfinde ich heute für meine klinische Tätigkeit in der Behandlung von Patienten mit Tic-Störungen als überaus hilfreich, da nicht nur eine Abgrenzung gegenüber anderen Bewegungsstörungen notwendig ist, sondern auch gegenüber anderen seelischen Erkrankungen.

Das Tourette-Syndrom ist sicherlich extrem vielseitig wie kaum eine andere Erkrankung des Nervensystems. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle finden sich neben motorischen und vokalen Tics ein oder mehrere psychische Störungen. Aus wissenschaftlicher Sicht ist daher die Einordnung des Tourette-Syndroms als „neuropsychiatrische“ Erkrankung sicherlich am treffendsten, da dies der überwiegenden Mehrzahl der Patienten gerecht wird. Der Unmut vieler Menschen mit Tics oder Tourette-Syndrom als „psychisch Kranke“ gewissermaßen „abgestempelt“ zu werden, spiegelt die bis heute bestehenden Ressentiments gegenüber Menschen mit seelischen Erkrankungen wieder. Statt zu versuchen, dass Tourette-Syndrom in eine andere Kategorie der aktuellen Klassifikationen umzustufen, sollte es vielmehr die Aufgabe der nächsten Jahre sein, das noch heute bestehende Stigma gegenüber der Psychiatrie abzubauen.

Veröffentlichung: "Tourette aktuell", Zeitschrift der Tourette-Gesellschaft Deutschland, Ausgabe 2007 (Nr. 12, Seite 10-13)