

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

TICS

Störende Muskelzuckungen und auffällige Lautäußerungen

Tics sind störende Muskelzuckungen und auffällige Laut-Äußerungen. In leichter Form sind sie nicht selten, verschwinden aber mit den Jahren von selber wieder. Am häufigsten sind Gesicht und Kopf betroffen. Beispiele: Blinzeln, Grimassieren, Kopfrucken oder Kopfwerfen, Schulter zucken u. a. als motorische (Bewegungs-)Tics sowie Räuspern, Hüsteln, Schniefen u. a. als vokale (phonische) oder Laut-Tics. In schwereren Fällen finden sich aber auch das peinliche Nachahmen von Bewegungen anderer (Echopraxie), wenn nicht gar obszöne Gesten (Kopropraxie). Im Extremfall selbstverletzendes Verhalten wie ständiges Schlagen gegen die eigene Brust, gegen den Kopf oder andere Körperteile sowie lautes Wiederholen eigener Silben oder Wörter (Palilalie), Nachsprechen von Wörtern anderer (Echolalie) oder obszöne Wörter (Koprolalie). Dann ist die Grenze zum so genannten Tourette-Syndrom überschritten (siehe den ausführlichen Beitrag zur Serie).

Woher kommen Tics, welches sind ihre Ursache und Auslöser, wen treffen sie eher (Geschlecht, Alter) und spielen bestimmte Krankheiten, Medikamente, Vergiftungen oder Infektionen eine Rolle? Mit was könnten Tics in jungen Jahren am häufigsten verwechselt werden (z. B. Zwangsstörungen)? Vor allem aber: Was kann man tun: psychotherapeutisch, soziotherapeutisch, medikamentös? Und wie sind die Heilungsaussichten?

Dazu eine kurz gefasste Übersicht in Ergänzung zu dem erwähnten Artikel über das Tourette-Syndrom.

Erwähnte Fachbegriffe:

Tics – Muskel-Zuckungen – nicht-rhythmische motorische Äußerungen – Laut-Produktionen – unwillkürliche Bewegungen – unwillkürliche Laut-Äuße-

rungen – einfache Tics – komplexe Tics – Bewegungs-Tics: Blinzeln, Grimassieren, Kopfrucken, Schulter zucken, Kopfwerfen, obszöne Gesten (Kopropexie) – Bewegungs-Nachahmung (Echopraxie) – selbstverletzendes Verhalten wie Schlagen gegen die eigene Brust, den Kopf oder andere Körperteile u. a. – vokale, phonische Laut-Tics: Räuspern, Hüsteln, Schniefen, lautes Schreien, Ausrufen von Silben, obszönen Wörtern (Koprolalie), Nachsprechen von Wörtern anderer (Echolalie), Wiederholen eigener Silben oder Wörter (Palilalie) u. a. – Tic-Ursachen – Tic-Auslöser – Tic-Fluktuationen – Tic-Entspannung – Tic als „sinnlose Provokation“ – Tic als „öffentliche Ärgernisse“ – senso-motorische Vorgefühle: unangenehme, meist örtlich umschriebene Empfindungen wie innere Spannungsgefühle, Unruhe oder äußerliches Kribbeln u. a. – Häufigkeit von Tics – Tic und Geschlecht – Tic und Alter – Verlauf von Tics – Tic und Schlaf – Tic und Stress – Tic und Angst, Ärger, Ermüdung, aber auch Freude u. a. – Tic und Rauschdrogen – Tic und Alkohol – Tics oder Tourette-Syndrom – Tics oder Dystonien – Tics oder Dyskinesien nach Neuroleptika-Behandlung – Tics oder Gehirn-Erkrankung nach Hirnschlag, Hirnentzündung, Kopfunfall, Vergiftung, Zecken-Biss u. a. – Tic oder Zwangsstörung – Therapie der Tics: Psychotherapie (z. B. Reaktions-Umkehr – RU), Pharmakotherapie (z. B. hochpotente Neuroleptika u. a.) – Behandlung bei Mehrfach-Erkrankung (Tics und ADHS, Zwangsstörung, organische Leiden u. ä.) – Prognose (Heilungsaussichten) von Tics mit und ohne Behandlung – u.a.m.

„Das treibt mich noch zum Wahnsinn“. Diese verzweifelte Äußerung geht zum einen auf eine körperliche Störung mit tatsächlich erheblichen psychosozialen Konsequenzen zurück und wird zum anderen kaum von den Betroffenen selber, sondern meist von ihren nahen Angehörigen geäußert. Damit ist das größere Problem bereits eingekreist – und die rechtzeitige Diagnose sowie gezielte Therapie unerlässlich. Um was handelt es sich?

Gemeint sind Tics. Bei den Tic-Störungen handelt es sich um ein Syndrom, also ein krankhaftes Phänomen, das sich aus ganz bestimmten Symptomen (Krankheitszeichen) zusammensetzt. Die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10 lautet:

Ein Tic ist eine unwillkürliche, rasche, wiederholte, nicht-rhythmische motorische (Bewegungs-)Äußerung umschriebener Muskelgruppen oder eine Laut-Produktion, die plötzlich einsetzt und keinem offensichtlichen Zweck dient.

Durch diese wissenschaftlich typisch trockene Definition wird aber noch nicht klar, was das für Folgen hat, vor allem in Familie, Nachbarschaft, Schule/Arbeitsplatz, Freundeskreis oder ganz einfach wo der Betreffende steht und geht: Er/Sie fällt auf, und zwar nicht positiv, wie man sich denken kann. Also gilt es so früh wie möglich zu erkennen, dass sich hier etwas „nicht Normales“

zu entwickeln droht; vor allem aber zu akzeptieren, dass etwas geschehen muss, nämlich professionelle Diagnose und ggf. Therapie.

Und noch etwas interessiert vor allem die Experten, nämlich erst einmal die Kinder- und Jugendpsychiater sowie ihre spezialisierten psychologischen Kollegen: Was könnte es sonst noch sein? Oder noch komplizierter: Liegen hier ggf. mehrere Störungen auf einmal vor?

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu diesem Thema, basierend auf zwei Fachartikeln, nämlich zum einen von Priv. Doz. Dr. V. Roessner, Dr. A. Becker und Prof. Dr. A. Rothenberger von der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie der Universität Göttingen in der Fachzeitschrift MMW-Fortschr. Med. 44 (2008) 33 sowie von Frau Prof. Dr. Kersten Müller-Vahl von der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Hannover in der Fachzeitschrift tägliche praxis 49 (2008) 773.

Tics – Was ist das?

Die Definition wurde bereits angedeutet (s. o.). Konkreter sind die Hinweise:

Leitsymptome bei Tics sind plötzliche, unwillkürliche Bewegungen und/oder Laut-Äußerungen, die typischerweise schnell und abrupt einschließen, kurz andauern und sich oft gleichförmig in kurzen Serien wiederholen, aber keinen klar abgezeichneten Rhythmus entwickeln.

Tics werden also einerseits in motorische (Bewegungs-) und andererseits vokale (Laut-)Tics unterteilt. Dazu kommt noch die Differenzierung in einfache und komplexe Tics.

Mit Abstand am häufigsten finden sich einfache motorische Tics. Sie beginnen typischerweise in der Kindheit im Alter zwischen sechs und acht Jahren und in aller Regel schleichend. Letzteres ist deshalb wichtig zu wissen, weil man sich dann später oft irritiert oder gar schuldbewusst fragt, rückblickend, wie konnte es so lange dauern, bis man professionelle Hilfe in Anspruch nahm. Der schleichende bzw. „sich einschleichende“ Verlauf ist eben u. U. schwer durchschaubar und häufig genug mit dem Prinzip „Hoffnung“ verknüpft, es möge sich von selber geben (was nebenbei in der Mehrzahl der Fälle auch durchaus seine Berechtigung hat, nur weiß man das erst danach – s. u.).

Weiterhin erschwerend ist das Phänomen, dass Tics intermittierend (also immer wieder) auftreten, und dies mit Pausen von Wochen oder gar Monaten. Auch hier also wieder die nachvollziehbare Hoffnung: „Es wird sich schon wieder geben“, genährt durch Zeiten der Normalität bzw. Ruhe.

Wie unterscheiden sich nun die beiden Haupt-Bereiche motorisch/Bewegung und vokal/Laute?

- **Motorische (Bewegungs-)Tics** sind also unwillkürliche, abrupt einsetzende, kurz dauernde, nicht-rhythmische, in Art, Intensität, Häufigkeit und Lokalisation (Ort) wechselnd auftretende Bewegungen, die nicht zweckgebunden sind.

Am häufigsten, vor allem zu Beginn, sind Gesicht und Kopf betroffen. Beispiele: Blinzeln, Grimmassieren, Kopfrucken, Schulter zucken, Kopfwerten u. a. Es können aber grundsätzlich alle anderen Muskeln allein oder zusätzlich einbezogen sein. Vor allem bei schweren Formen treten so genannte komplexe motorische Tics hinzu. Sie sind deshalb so irritierend, weil man ihnen am ehesten eine Absicht unterstellt.

Blinzeln oder Grimmassen ziehen mag ja noch als „irgendwie krankhaft - ungesteuert“ erscheinen, besonders, wenn es nicht aufhören will. Das Verständnis endet aber rasch, wenn es sich um obszöne Gesten (Fachbegriff: Kopropraxie) oder das Nachahmen von Bewegungen anderer handelt (Echopraxie). Das gleiche gilt für selbstverletzendes Verhalten, z. B. ständiges Schlagen gegen die eigene Brust oder andere Körperteile, wenn nicht gar gegen den Kopf.

- Als **vokale (phonische) Tics** gelten das unwillkürliche Hervorbringen oder gar Ausstoßen von Lauten und Geräuschen. Meist handelt es sich um so genannte einfache vokale Tics wie Räuspern, Hüsteln oder Schniefen, Bellen, Zischen, Schnüffeln u. a. (was beispielsweise auch als Schnupfen, Allergie oder gar Asthma fehlgedeutet werden kann). Deutlicher wird die allgemeine Verwunderung bei lautem Schreien oder dem Ausrufen von Silben. Und noch unangenehmer werden komplexe vokale Tics, nämlich das Ausrufen obszöner Wörter (Koprolalie) und das Nachsprechen von Wörtern anderer (Echolalie) bzw. das Wiederholen eigener Silben oder Wörter (Palilalie).

Was bestärkt die Verdachts-Diagnose?

So eindrucksvoll das krankhafte Phänomen ausfallen kann, so wenig weiß die Wissenschaft bis heute, was sich hier konkret „im Kopf“ abspielt (s. später). Deshalb muss man sich vor allem auf Äußerlichkeiten verlassen. Bei der Einordnung derartiger Hyperkinesen, wie der Fachausdruck heißt (also einer krankhaften und vor allem dranghaften Bewegungs-Unruhe) und Vokalisation (sprachlichen Entäußerung) und zur Abgrenzung gegenüber anderen unwillkürlichen Bewegungsstörungen werden von den Experten folgende Charakteristika angeführt:

- Zum einen die so genannten spontanen Fluktuationen. D. h. die Eltern berichten oft, dass ein Tic den nächsten ersetze bzw. ablöse.
- Zum anderen in aller Regel so genannte situative Einflüsse bzw. Auslöser. D.h. die Tics nehmen zu bei Stress, Aufregung, aber auch Freude und gehen zurück bei Entspannung und Konzentration.
- Im Weiteren können viele Patienten ihre Tics kurzzeitig willentlich unterdrücken. Kindern gelingt dies allerdings meist schlechter als Erwachsenen. Das führt dazu, dass Tics zu Hause stärker ausgeprägt sind als in der Schule oder am Arbeitsplatz.

Tics als Entspannung?

Tics bereiten Verdruss, machen Ärger, haben unangenehme Konsequenzen. Es dürfte keinen Betroffenen geben, der dies nicht bestätigt, von den Angehörigen ganz zu schweigen. Doch ist das wirklich so? Handelt es sich in der Tat um „sinnlose Provokationen bzw. öffentliche Ärgernisse“?

In der Tat werden in der Fachliteratur Tics häufig pauschal als nicht zweckgerichtet und subjektiv bedeutungslos eingestuft (s. o.). Doch die Betroffenen selber sehen das - zumindest zeitweise und partiell – durchaus anders. Hier kann man nicht selten hören, dass die Ausführung zumindest einiger Tics zu einem erleichternden Nachlassen unangenehmer Gefühle führe, besonders mit zunehmendem Alter. Die Experten nennen dies eine „Reduktion sensorischer Vorgefühle“ bzw. die Herstellung eines als „just right“ bezeichneten Gefühls.

Kleine Kinder können darüber kaum klärend berichten. Doch etwa ab dem zehnten Lebensjahr werden vor den Tics gehäuft unangenehme Empfindungen angegeben, meist fokal (örtlich) in einem umschriebenen Bereich des Körpers. Beispiele: Spannungsgefühle oder Kribbeln. Manche charakterisieren solche Vorgefühle auch als erhöhte diffuse innere Anspannung und Unruhe.

Dadurch wären die Tics eine beinahe willentliche Antwort auf solch belastende Empfindungen. Manche Kinder geben deshalb auch an, dass sie die „Tics machen müssen“. Und gerade bei Jüngeren fällt auf, dass die Tics zuweilen kaum wahrgenommen und demzufolge nicht als störend empfunden werden, sehr im Gegensatz zum Umfeld.

Und fest steht auch, dass die meisten Betroffenen ihre Tics mit zunehmendem Alter immer besser in so genannte Willkür-Handlungen, also willentlich gesteuert, einbauen bzw. für einige Zeit unterdrücken können.

Man sieht: Je mehr man weiß, desto schwieriger wird das Phänomen. Dies erklärt auch manchen (verzweifelten, unwilligen oder gar erbosten) Eltern die fachärztliche Zurückhaltung der konsultierten Spezialisten, eine eindeutige diagnostische Feststellung und damit therapeutische Empfehlung auszusprechen. Denn nicht nur die Diagnose in jungen Jahren, auch und gerade die Behandlung gehört nicht zu den einfachsten Maßnahmen der selbst heute oft so erfolgreichen psychiatrisch-neurologischen Möglichkeiten.

Wie häufig sind Tics?

Nach aktuellen Schätzungen leidet etwa jedes zehnte Kind im Grundschulalter vorübergehend und drei bis vier Prozent chronisch (dauerhaft, zumindest langfristig) an Tics. Für das später noch zu diskutierende Tourette-Syndrom wird eine Häufigkeit von etwa ein Prozent angenommen.

Auf Grund der Neigung zur spontanen Remission, d.h. zu einer mehr oder weniger plötzlichen Normalisierung bzw. „Genesung“ im Entwicklungsverlauf sind Kinder und Jugendliche etwa 10-fach häufiger betroffen als Erwachsene. Oder kurz: Mit dem Alter gehen Tics zurück.

Chronische Tic-Störungen finden sich familiär gehäuft und zwar bevorzugt beim männlichen Geschlecht (Verhältnis 3 - 4,5 : 1). Kulturelle und ethnische Aspekte (z. B. Zugehörigkeit zu einer bestimmten Nation bzw. einem Volkstamm) können Einfluss auf die Häufigkeit haben.

In der Regel treten *erste* motorische (Bewegungs-)Tics im Alter zwischen zwei und 15 Jahren auf, im Durchschnitt zwischen dem sechsten und achten Jahr.

Wie verlaufen Tics?

Bei Beginn einer Tic-Störung (s. o.) irritieren oftmals erst einmal einfache motorische Tics im Gesichtsbereich. Sie breiten sich typischerweise von Kopf und Schulter zu den Extremitäten (Armen und Beinen) und zum Körperstamm aus. Vokale Tics folgen meist zwei bis vier Jahre später.

In den allermeisten Fällen variieren die Tics im zeitlichen Verlauf in ihrer Erscheinungsform, d. h. Lokalisation, Komplexität, Art, Intensität und Häufigkeit. Und dies oft über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Wochen, unregelmäßig und ohne erkenntlichen Grund. Dieser „krankheits-typische“ Verlauf ist eines der Haupt-Merkmale zur Abgrenzung anderer Störungen mit ähnlichem Krankheitsbild (s. später).

Und schließlich sei noch einmal auf die situativen Auslöser hingewiesen, die die Störung oft entscheidend mitbestimmen: Wie erwähnt sind es vor allem emotionale (Gemüts- bzw. Gefühls-)Aspekte wie Angst, Ärger, aber auch

Freude sowie Stress und Ermüdung, die Tics auslösen und intensivieren können. Dagegen gehen sie oft bei konzentrativer Beschäftigung, Ablenkung, Entspannung und im Liegen zurück. Und natürlich – mitunter tragisch verführend – unter Cannabis-(Haschisch, Marihuana) oder Alkohol-Einfluss.

Auch kommen Tics in praktisch allen Schlafstadien vor, allerdings in ihrer Stärke abgemildert und weniger komplex.

Tics oder Tourette-Syndrom?

In der Medizin unterscheidet man heute einfache und komplexe motorische und vokale Tics. Außerdem ist die entwicklungs-psychologisch bedeutsame Frage zu klären: vorübergehende Tics (Fachbegriff: transiente Tic-Störungen) oder chronische (motorische oder vokale) Tic-Erkrankung?

Die transiente Tic-Störung ist – dann eben nur rückblickend diagnostizierbar – durch eine Dauer von unter einem Jahr gekennzeichnet. Typisch sind hier geringe und einfache motorische Tics; vokale Tics fehlen meist. Die chronische motorische Tic-Störung unterscheidet sich vom Tourette-Syndrom lediglich durch das Fehlen vokaler Tics. Außerdem sind bei ihr nicht nur die Bewegungs-Tics geringer ausgeprägt, auch die Zahl zusätzlicher Verhaltensauffälligkeiten ist seltener als beim Tourette-Syndrom (Einzelheiten zum Tourette-Syndrom siehe das ausführliche Kapitel in dieser Serie).

Nach dem derzeitigen Kenntnisstand lassen sich sowohl die transiente als auch chronische motorische Tic-Störung als milde Verlaufs-Varianten des Tourette-Syndroms auffassen. Die chronische vokale Tic-Störung ist extrem selten.

Was kann mit einer Tic-Störung verwechselt werden?

Neben den oben erwähnten Unterscheidungsmöglichkeiten gibt es vor allem beim in jeder Hinsicht ausgeprägteren Tourette-Syndrom eine ganze Reihe von Erkrankungen aus verschiedenen medizinischen Gebieten, die ggf. abgeklärt werden müssen:

Dazu gehören vor allem die so genannten Dystonien, von denen einige auch im Gesichtsbereich beginnen (z. B. Lidkrampf) oder die so genannte oromandibuläre Dystonie, über die man in dem speziellen Kapitel über „Zähne und seelische Störungen“ erfährt. Diese krankhaften Veränderungen des natürlichen Muskel-Spannungszustandes (Fachbegriff: Tonus bzw. im krankhaften Zustand dann Dystonie) treten aber kontinuierlich auf und laufen meist langsamer als beim Tourette-Syndrom ab. Sie sind jedoch in keinem Fall unterdrückbar und verschwinden im Gegensatz zu den Tics völlig im Schlaf.

Mitunter mit einem Tourette-Syndrom verwechselt werden auch die Chorea-Syndrome (z. B. der Veitstanz), die zumindest im Anfangsstadium dem Tourette-Syndrom ähnlich sein können.

Zu denken geben auch die so genannten tardiven (Spät-)Dyskinesien als Nebenwirkungen einer Langzeitbehandlung mit (meist hochpotenten) Neuroleptika (Einzelheiten siehe das spezielle Kapitel über Neuroleptika).

Und schließlich sind auch einige cerebrale (Gehirn-)Erkrankungen wie Insult (Hirnschlag), Encephalitis (Hirnentzündung), Schädel-Hirn-Trauma (Kopfverletzung), CO-Vergiftung und die Lyme-Borreliose (von Zecken übertragene folgenreiche Krankheitsbilder) in der Lage, zumindest zeitweise ein Tourette-Syndrom vorzutäuschen.

Auch ist natürlich mit einer so genannten Co-Morbidität zu rechnen, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt. Auch hier sei bei Interesse auf die ausführlichen Hinweise im Tourette-Kapitel verwiesen.

Aber wie erwähnt: Das Tourette-Syndrom ist nach derzeitiger wissenschaftlicher Meinung die ausgeprägte, vor allem sonderbarste und auffälligste Variante dieser Leiden. Das muss bei mildereren Tics nicht zum Thema werden, mit einer Ausnahme, nämlich der ggf. schwierigen, aber notwendigen differentialdiagnostischen Frage:

Tic oder Zwang?

Wenn immer wieder auftretende und vor allem dranghafte Verhaltensmuster irritieren, vor allem wenn eine Therapie notwendig wird, ist gerade diese Unterscheidung von großer Bedeutung. Dies ist das Thema des Beitrages der Göttinger Kinder- und Jugendpsychiater unter der Federführung von Priv. Doz. Dr. V. Roessner (s. Einleitung). In ihrem Beitrag heißt es unter anderem:

Vor allem zwanghafte Beeinträchtigungen erschweren die Abgrenzung gegenüber komplexen Tics, besonders wenn sie auch noch von wenig lokalisierten senso-motorischen Vorgefühlen begleitet werden (man erinnere sich als Beispiel: Spannungsgefühle, Kribbeln usw.).

Solche Zwangs-Phänomene unterteilt man in Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, wobei sie am häufigsten gemeinsam auftreten und auch inhaltlich eng miteinander verbunden sind. Zwangsgedanken muss man sich am ehesten als zwanghafte Befürchtungen vorstellen, die sich zumeist auf typische Themen wie Verschmutzung/Infektion, Symmetrie/Ordnung/Genauigkeit, Aggressionen, Sexualität, Sünde u. a. beziehen. Einzelheiten dazu siehe das ausführliche Kapitel über Zwangsstörungen in dieser Serie.

Zwangshandlungen werden mit unterschiedlicher Häufigkeit wiederholt, vor allem lassen sie sich nur schwer unterdrücken und wenn, dann mit meist ängstlichem Unwohlsein zu bezahlen. Wie bei den Tic-Störungen ist oft eine bestimmte Anzahl an Wiederholungen notwendig, bis ein erträglicher innerer Zustand der Entspannung und „Normalität“ wiederhergestellt ist.

Im Gegensatz zu den erwähnten senso-motorischen Erfahrungen bei Tic-Störungen handelt es sich bei den Befürchtungen im Rahmen einer Zwangsstörung um das, was man in Expertenkreisen eine kognitiv-emotionale Dissonanz nennt. Oder auf Deutsch: Die Ängste oder das Unwohlsein erscheinen den Betroffenen verstandesmäßig eher unsinnig und nicht begründbar – im Gegensatz zu den Tic-Störungen.

Auch wird – so Priv. Doz. Dr. Roessner und Kollegen – die Zwangshandlung selber willentlich und im Durchschnitt gezielter sowie langsamer ausgeführt. Auch das im Gegensatz zu den meisten Tics.

Und schließlich wird als kennzeichnendes Merkmal der Zwänge gefordert, dass der Betroffene die Gedanken und Befürchtungen als seine eigenen empfindet und ggf. Widerstand leistet, sofern er dazu in der Lage ist (was aber gerade bei Kindern und Jugendlichen sowie bei chronisch erkrankten Erwachsenen nicht immer eindeutig erkennbar und deshalb wissenschaftlich akzeptiert ist).

Wie wir hörten, variieren Tics in den allermeisten Fällen, was zeitlichen Verlauf und Erscheinungsform (also Ort, Komplexität, Art, Intensität und Häufigkeit) anbelangt. Auch das Zwangs-Beschwerdebild kann Schwankungen unterworfen sein. Sie sind aber weniger stark und vor allem deutlich langsamer ausgeprägt als bei den Tic-Störungen.

Und ein weiterer Faktor ist nicht zu übersehen: Während die Tics von Beginn an auch für andere (d.h. meist für Familienmitglieder) offen sichtbar sind, werden Zwangs-Symptome oft lange verheimlicht. Umgekehrt werden aber mit zunehmender Schwere des Leidensbildes auch die Familien-Mitglieder in das sich ausbreitende Zwangs-System eingebunden – unfreiwillig. So müssen beispielsweise in der Wohnung bestimmte Regeln der Sauberkeit oder eine bestimmte Ordnung von Gegenständen eingehalten werden. Diese für alle belastende Entwicklung nennt man ein „krankheits-zentriertes System“ – und das ist bei Tic-Störungen nicht zu finden, geben die Göttinger Psychiater zu bedenken.

Situativ können die Tics unter gemütsmäßiger Beteiligung, sprich Angst, Ärger, Freude, aber auch Stress und Ermüdung zunehmen und bei Ablenkung, Entspannung u. a. nachlassen. Solchen situations-bezogenen Einflüssen unterliegen selbstverständlich auch Zwangs-Symptome. Im Gegensatz zu den Tics sind allerdings ihre spezifischen Auslöser inhaltlich enger mit der Ausprägung des Beschwerdebildes verknüpft.

Tics mögen jedes zehnte Kind in Grundschulalter vorübergehend und drei bis vier Prozent chronisch belasten, doch sie haben einen positiven Verlaufs-Aspekt: Sie remittieren oft spontan, oder auf Deutsch: Sie verlieren sich in den kommenden Jahren zumeist wieder. Zwar bleibt noch für manche Betroffene etwas übrig, doch dies ist meist familiär gehäuft und findet sich bevorzugt beim männlichen Geschlecht.

Zwangsstörungen sind vergleichbar häufig (nämlich 1 bis 2% in der Gesamtbevölkerung). Auch bei ihnen treten bis zu 90% erste Hinweise und in 30 bis 70% konkrete Krankheitszeichen schon in der Kindheit und Jugend auf. Der Haupt-Erkrankungsgipfel aber liegt zwischen dem 20. und 25. Lebensjahr (in dem die meisten Tics bereits wieder verschwunden sind).

Männer und Frauen leiden bei den Zwangsstörungen etwa gleich häufig.

Außerdem gibt es noch eine zusätzliche Belastungsform, nämlich wenn zu den Zwangsstörungen (bei ansonsten unauffälliger Wesensart) noch gleichzeitig eine zwanghafte Persönlichkeitsstörung kommt (Einzelheiten dazu siehe die speziellen Kapitel über Persönlichkeitsstörungen, früher Psychopathien genannt).

Dies sind einige differentialdiagnostische Hinweise, wie sie die Kinder- und Jugendpsychiater bei der Klärung der Frage unterstützen: Tic oder Zwang? Das ist wichtig, denn daran knüpft sich eine weitere Frage, nämlich wie behandelt man „reine“ Tic-Störungen, eine Zwangsstörung oder schließlich Tic-Störungen mit begleitender Zwangsstörung?

Was kann man bei Tics tun?

Das erste, was Kinder- und Jugendpsychiater und andere, in die Diagnose und Therapie einbezogene Fachkräfte anmahnen, lautet:

Keine unnötige Aufregung, keine vorschnellen Schlussfolgerungen und damit Reaktionen, insbesondere was die Therapie angeht; vor allem keine Panik im Umfeld des jungen Betroffenen. Aber natürlich auch nicht alles einfach laufen lassen, d.h. grundsätzlich dem „Prinzip Hoffnung“ und der oft gehörten Verallgemeinerung anvertrauen: „es wird sich schon auswachsen“. Das ist zwar meist der Fall, doch ein waches Auge und eine ggf. rechtzeitige fachärztliche Abklärung können nicht schaden. Oder wie es die Experten auszudrücken pflegen:

Die Therapie von Tics erfolgt stets symptomatisch, d.h. man kann nur die Symptome, die Krankheitszeichen behandeln bzw. mildern, nicht hingegen die zu Grunde liegende Ursache. Deshalb ist auch keine „Heilung“ möglich, ein Begriff, den Experten ohnehin ungern in den Mund nehmen, denn das hieße ja

„nie wieder“. Doch wer kann das schon versprechen, insbesondere bei so schwer einzuordnenden Leidensbildern wie den Tics bis hin zum Tourette-Syndrom. Aber eine Milderung, ggf. eine medikamentöse „Unterdrückung“ ist durchaus im Bereich des Möglichen. Wie sich das allerdings im Krankheitsverlauf abzuzeichnen gedenkt und wie deshalb die Prognosen (die Heilungsaussichten) aussehen, das ist ebenfalls schwer zu beurteilen.

Andererseits: Die ausgeprägte Neigung zur so genannten Spontan-Remission, etwa ab dem 15. bzw. 16. Lebensjahr, also dass sich das Leidensbild von selber und ohne jegliche Einflussnahme zurückbildet und schließlich völlig verschwindet, diese „hohe Tendenz zur Spontan-Remission“ rechtfertigt eine abwartende Haltung, so die Spezialisten. Allerdings mit ausreichender Information der Betroffenen und ihrer Familie, nicht zuletzt im Sinne einer Psychoedukation (also einer Mischung aus Aufklärung und damit Stützung).

Auch halten sich die Tics, wenn sie nicht chronisch werden oder gar in das erwähnte Tourette-Syndrom zu münden drohen, eher in Grenzen, führen in vielen Fällen zu einer bestenfalls ertragbaren Beeinträchtigung der psychosozialen Entwicklung.

Gleichwohl sollte über Verlauf, Fluktuation (also das mögliche Auf und Ab des Beschwerdebildes) und Heilungsaussichten der Erkrankung ausreichend informiert werden. Darüber hinaus zeigt der persönliche Kontakt mit anderen Betroffenen, beispielsweise im Rahmen von Selbsthilfegruppen, oft eine positive Wirkung. Gerade die Selbsthilfeorganisation Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V. hält nicht nur ein vielfältiges Informationsangebot bereit (www.tourette.de sowie www.tourette-gesellschaft.de), sondern bietet darüber hinaus oft regelmäßige regionale und deutschlandweite Treffen mit der Möglichkeit zum direkten Austausch.

Da eine Verstärkung der Tics in vielen Fällen durch Stress-Situationen und emotionale Belastungs-Spitzen nicht nur üblich, sondern auch nachvollziehbar ist, können Entspannungsverfahren zu einer Linderung beitragen. Hier bevorzugt man gerne die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson.

Leider helfen Entspannungsverfahren bei den Tics selber nicht, können nicht die Ursachen beheben, räumen die Experten ein. Sie können aber stressbedingte Auslöse-Situationen mildern.

Handelt es sich allerdings um mittelschwere bis schwer ausgeprägte Tics, die durch entsprechende psychosoziale Konsequenzen und Leistungseinbußen die Prognose verschlechtern, vom Leidensdruck ganz zu schweigen, muss man nun doch an weitere Therapiemaßnahmen denken. In allen Fällen, so auch hier, ist aber der erwähnte natürliche Verlauf der Tic-Störungen zu beachten, bis hin zum spontanen Verschwinden, um nicht vorschnell zu handeln und vor allem auch die Wirksamkeit der Intervention richtig einschätzen zu

können. Einzelheiten dazu siehe die entsprechenden Hinweise in dem ausführlichen Tourette-Kapitel in dieser Serie.

Dabei sind – auch wissenschaftlich von Bedeutung – vor allem zwei Säulen hilfreich: Zum einen die Psychotherapie, zum anderen die Pharmakotherapie. Im Einzelnen und nur kurz, denn bei einer solchen Fragestellung muss man sich unbedingt persönlich mit einem (darauf spezialisierten) Kinder- und Jugendpsychiater absprechen.

- In der **Psychotherapie** geht es vor allem um verhaltenstherapeutische Verfahren. Das ist in diesem Fall ein so genanntes „verhaltenstherapeutisches Multi-Komponenten-Programm der Reaktions-Umkehr (RU). Dabei übt man eine motorische (Bewegungs-)Gegen-Antwort ein. Dieses spezialisierte Verfahren scheint Zukunft zu haben. Allerdings weiß man noch nicht soviel darüber (Fachbegriff: Evidenzgrad) wie nötig wäre. Darüber hinaus ist es bisher auf den Einsatz bei Erwachsenen beschränkt.

Auch setzt dieses RU-Verfahren neben einer gewissen Introspektionsfähigkeit (Innenschau) eine stabile und längerfristige Eigen-Motivation voraus. Dies besonders dann, wenn das in den Therapie-Stunden Geübte auf den Alltag übertragen werden muss. Das ist allerdings bei Kindern zum einen alters-abhängig und zum anderen nicht in jedem Fall voraussetzbar. Hier fehlt vor allem die sehr wichtige Wahrnehmung des erwähnten senso-motorischen Vorgefühls, die zum einen nicht jedem klar und zum anderen wohl auch alters-abhängig ist.

Ein entscheidender Mangel aber ist schließlich die Frage: Wo bekommt man einen entsprechend ausgebildeten Therapeuten her, der dann auch noch genügend Behandlungs-Termine frei hat.

Weitere Einzelheiten, wenn auch begrenzt, siehe das Tourette-Kapitel.

- So muss ggf. eine **medikamentöse Behandlung** der Tics in Betracht gezogen werden, vor allem wenn sie zu einer psychosozialen Belastung oder gar zukunfts-relevanten Beeinträchtigung zu führen drohen. Was gibt es dafür? Nachfolgend eine kurz gefasste Übersicht, die bei Bedarf selbstverständlich vom darauf spezialisierten Kinder- und Jugendpsychiater erläutert und entschieden werden muss

- Als so genannte Therapie der 1. Wahl gelten seit fast einem halben Jahrhundert die so genannten hochpotenten Neuroleptika (zumeist antipsychotisch gegen „Geisteskrankheiten“ eingesetzt). Deshalb gibt es auch in dieser Gruppe einen Vertreter, der bisher als einziges Medikament für diese Indikation zugelassen ist (nämlich die Substanz Haloperidol, verfügbar in verschiedenen Handelspräparaten). Die wird jedoch nur in Ausnahmesituationen zur Therapie für Tics empfohlen, da andere Substanzen mit gleich guter Wirkung, aber we-

niger Nebenwirkungen nutzbar sind, so Frau Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl von der Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule in ihrem Beitrag in der tägl. Prax. 49 (2008) 782. Ähnliche Therapie-Erfolge finden sich nach Experten-Meinung bei Substanzen wie Pimozid und Risperidon.

Häufig kommen auch Substanzen zum Einsatz, die sich klinisch bewährt haben, durch entsprechende Studien aber noch nicht wissenschaftlich abgesichert sind. In Deutschland hat sich beispielsweise bei Kindern seit vielen Jahren die Behandlung mit Tiaprid bewährt, wenngleich auch nicht ohne Nebenwirkungen zu haben. Ähnliches gilt für die Substanz Sulpirid. Und schließlich gibt es Fallberichte oder kleinere Studien, nach denen andere Neuroleptika ebenfalls das Auftreten von Tics reduzieren können (Beispiele: Amisulprid, Fluphenazin, Olanzapin, Quetiapin, Ciprasidon, neuerdings auch Aripiprazol u. a.). In jedem Fall, so die Expertin, lohne sich ein Substanz-Wechsel, da manche Patienten besser auf das eine, andere hingegen auf das andere Medikament ansprechen oder es besser vertragen – aus unbekanntem Gründen.

Die Behandlung durch den Facharzt beginnt stets einschleichend, die Dosierung schrittweise anhebend, bis eine deutliche Verminderung der Tics (oder der Eintritt von Nebenwirkungen) die Dosis-Grenzen aufzeigen. Dabei kommt es relativ schnell zu spürbaren Erfolgen, doch müssen die Betroffenen stets darauf hingewiesen werden, dass die Tics nur gemildert, nicht aber völlig beseitigt werden können. Außerdem muss man wegen der erwähnten Fluktuationen die Dosis ggf. anpassen, also mehr bei einer Tic-Zunahme und weniger bei entsprechendem Rückgang.

Wichtig ist die Kenntnis möglicher Nebenwirkungen, beispielsweise Müdigkeit, Gewichtszunahme, Störungen der sexuellen Funktionen u. a. Ausgeprägtere Beschwerdebilder durch unerwünschte Begleiterscheinungen, wie derlei ein wenig besänftigend genannt wird, sind zwar theoretisch möglich, durch eine lückenlose fachärztliche Betreuung aber ertragbar, weil man wegen der erwähnten vorsichtigen Dosierung sofort reagieren kann. Trotzdem werden die Neuroleptika eher wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen als wegen fehlender Wirksamkeit abgebrochen, vor allem bei Müdigkeit und Gewichtszunahme. Dort, wo durch neuere Neuroleptika (s. o.) Müdigkeit und Gewichtszunahme weniger bedeutsam sind, können dafür andere Nebenwirkungen stören. Kurz: Man muss ausprobieren, vergleichen, den Verlauf kontrollieren und sich allen Problemen gegenüber anpassend verhalten, und zwar mit Hilfe eines spezialisierten Facharztes.

Wenn die Behandlungsversuche mit verschiedenen Neuroleptika nichts bringen oder unverträglich sind, stehen noch einige wenige Alternativen zur Verfügung über die man aber wissenschaftlich kontrovers diskutiert und die wiederum den spezialisierten Facharzt nahe legen (Beispiele: Die Substanzen Clonidin, Pergolid, Tetrabenazin, Baclofen, THC, ggf. Nikotin-Kaugummi oder eine lokale Botulinumtoxin-Injektion), so Frau Prof. Dr. Kirsten Müller-Vahl.

Gibt es noch andere Alternativen?

Es ist kein Wunder, dass man sich angesichts möglicher Nebenwirkungen, und dies noch im Kinder- und Jugendalter, auch um alternative Verfahren bemüht. Leider zeichnen sich nach bisherigem Kenntnisstand keine überzeugenden und dauerhaften Behandlungs-Erfolge mit Akupunktur, speziellen Diäten, homöopathischen Maßnahmen und der so genannten transkraniellen Magnetstimulation ab.

Auch die so genannte tiefe Hirnstimulation wird in Deutschland noch sehr zurückhaltend beurteilt, vor allem im Jugendalter, fasst Frau Prof. Müller-Vahl die bisher vorliegenden Erkenntnisse zusammen.

Was tun, wenn mehrere Erkrankungen behandelt werden müssen?

Bis zu 90% der Patienten mit Tourette-Syndrom und etwa 65% mit chronischen motorischen bzw. vokalen Tic-Störungen müssen mit einer oder gar mehreren zusätzlichen seelischen Krankheiten rechnen. Am häufigsten findet sich zu den Tics im Kindes- und Jugendalter eine Aufmerksamkeits-Defizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) in etwa 50% der Fälle. Die Kombination Tics und Zwangsstörungen kommt auf etwa 30%. Auch Angststörungen und Depressionen sowie autoaggressive Handlungen werden relativ oft gesehen, gelegentlich auch Störungen des Sozialverhaltens oder ein oppositionelles Trotzverhalten. Gerade nach solchen Störungen muss bei der Untersuchung gezielt gefragt werden, da hierüber meist nicht spontan berichtet wird. Was ist zu tun?

Im Allgemeinen wird man bei solch komplexen, mehrschichtigen Leidensbildern therapeutisch zuerst an jenes Krankheitsbild gehen, das die klinisch führenden Symptome bietet, wie es die Fachleute nennen. Oder kurz: was belastet, behindert und stigmatisiert am meisten?

Die Behandlung der Verhaltensstörungen unterscheidet sich nicht von der Behandlung dieser Symptome ohne das gleichzeitige Bestehen von Tics. Die Therapie einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung mit Methylphenidat gilt heute auch bei Kindern mit Tics nicht mehr als kontra-indiziert (Gegenanzeige). Denn Methylphenidat provoziert hingegen früherer Annahmen nur selten Tics oder führt bei bereits bestehenden zu einer Verschlechterung. Im Bedarfsfall kann man sogar Methylphenidat gegen ADHS in Kombination mit einem der obigen Neuroleptika gegen die Tics zusammen geben, wenn auch am besten unter fachärztlicher Kontrolle, mahnt Frau Prof. Dr. K. Müller-Vahl.

Für die Behandlung von Tic-Störungen mit zusätzlichen Zwangssymptomen, was mitunter zu Beginn der Untersuchung differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten kann (was liegt nun wirklich vor?), empfehlen nicht wenige Experten den Einsatz von Sulpirid. Diese Substanz lindert Zwangsimpulse, Tics und gemütsmäßige Unausgeglichenheit zugleich. Auch ist sie gerade auf Grund ihrer stimmungsaufhellenden Wirkung eine gute Alternative zur Linderung der Tics, wenn die ansonsten hinzu gezogenen Neuroleptika zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen wie verminderter Antrieb, Unlust, Schwunglosigkeit oder gar depressive Verstimmungen führen sollten. So die Göttinger Kinder- und Jugendpsychiater um Priv.-Doz. Dr. V. Roessner.

Und weiter: Bei ausgeprägter Zwangsstörung mit Tic-Störung ist an Neuroleptika plus Antidepressiva vom Typ der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) zu denken, eine Kombination, die sich auch bei reinen Zwangsstörungen als wirkungsvoll erwiesen hat, die ansonsten auf nichts reagieren sollten.

Weitere Hinweise siehe das schon mehrfach erwähnte Kapitel über das Tourette-Syndrom bei den jeweiligen Ausführungen über die Kombination aus Tourette-Syndrom und zusätzlicher Krankheitsbilder und ihrer gezielten Behandlung. Dabei wird nebenbei auch deutlich, dass selbst (oder gerade?) die Experten zu diesem Thema bisweilen zu unterschiedlichen Erkenntnissen und Empfehlungen kommen. Das sollte man jedoch nicht beklagen oder gar als Grund nutzen, die Spezialisten zu meiden (man kennt den ironischen Satz: „Zwei Spezialisten = drei Meinungen ...“).

Die Medizin im Allgemeinen und die Psychiatrie im speziellen ist eine Erfahrungswissenschaft. Die Fortschritte der Forschung führen zu neuen Erkenntnissen, was gelegentlich auch bedeuten kann, dass man es inzwischen besser weiß oder sogar eindeutig negative Erfahrungen mit alten Therapie-Strategien machen musste. Dies ist normal, ggf. sogar notwendig, um schließlich das Optimum der Behandlung zu erreichen (zumal auch neue Substanzen mit entsprechenden Vorteilen auf den Markt kommen, gemäß dem Erfahrungssatz: das Bessere ist der Feind des Guten).

Und wenn es sich im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie um ein Individuum handelt, das selber noch in Werden, Wachsen, Sich-Entwickeln ist, und zwar innerhalb weniger Jahre in zum Teil großen Schritten, dann kann man sich gut vorstellen, dass das eine heute und das andere morgen seinen entscheidenden Stellenwert gewinnt oder verliert, je nach Entwicklungsstufe.

Sollte dazu noch eine Co-Morbidität kommen, d.h. mehrere Leiden auf einmal, wird die Aufgabe noch anspruchsvoller, vor allem wenn jeder ein wenig anders reagiert.

Schlussfolgerung

Gerade im Kindesalter sind Tics ein häufiges Phänomen. Gering ausgeprägte und einfache motorische (Bewegungs-)Tics bedürfen in der Regel keiner speziellen Behandlung. Und auch bei mittelschweren wird sich der Experte ggf. Zeit lassen (können), da sich nicht wenige spontan zu bessern pflegen oder gar verschwinden. Bei ernsterer Ausprägung, insbesondere bei der Diagnose eines Tourette-Syndroms, muss allerdings gehandelt werden, und zwar – wie ständig wiederholt – unter der Leitung eines Kinder- und Jugendpsychiaters. Denn eine korrekte Diagnose, umfassende Aufklärung und ggf. gezielte Therapie sind letztlich für alle Verlaufsformen wichtig, da Tics nicht nur für die Betroffenen, sondern auch ihre Angehörigen psychosozial recht belastend ausfallen können, bis hin zur Stigmatisierung oder gar Diskriminierung. Dabei sind die Prognose, also die Heilungsaussichten durchaus günstig.

Sollte aber die Situation eine medikamentöse Behandlung erfordern, dann empfehlen sich bestimmte Medikamente, jedoch unter Umständen je nach betroffenem Individuum. Da kontrollierte Studien zur Frage: Was hilft am besten? weitgehend fehlen, ist eine Beurteilung meist nur individuell möglich.

Realistisches Ziel ist auf jeden Fall die Reduktion der Tics, was sich im Schnitt in etwa 50 % Belastungs-Minderung bewegt. Eine vollständige Symptom-Freiheit ist zwar erwünscht, wird aber nicht in jedem Fall erreichbar sein, vor allem bei den ausgeprägteren Formen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil die Nebenwirkungen der durchaus empfohlenen Arzneimittel, vor allem aber Müdigkeit und Gewichtszunahme, oft eine ausreichend hohe Dosierung und damit erfolgreichere Behandlung verhindern. Hier sollen allerdings die neueren Substanzen günstiger abschneiden.

LITERATUR

In der Mehrzahl wissenschaftliche Publikationen, vor allem in englischer Sprache. Inzwischen aber auch zunehmend deutschsprachige Fachbeiträge und vor allem allgemeinverständliches Informations-Material, am ehesten durch entsprechende Fach-Ambulanzen. Einzelheiten dazu siehe der Beitrag über das Tourette-Syndrom in dieser Internetserie. Hilfreich auch die Bücher

*Rothenberger, A.: **Wenn Kinder Tics entwickeln.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1991*

*Scholz, A. A. Rothenberger: **Mein Kind hat Tics und Zwänge.** Verlag Vandenhoeck Ruprecht, Göttingen 2003*