



Katrin Woitecki · Manfred Döpfner

Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Tic-Störungen (THICS)



HOGREFE



Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Tic-Störungen (THICS)

Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Tic-Störungen (THICS)

von

Katrin Woitecki und Manfred Döpfner

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Dr. rer. medic. Katrin Woitecki, geb. 1981. 2001–2006 Studium der Psychologie in Trier. 2007–2012 Ausbildung zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Verhaltenstherapie) im Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP). 2012 Promotion. Seit 2012 Wissenschaftliche Mitarbeiterin und seit 2013 Leitung der Ambulanz für Tic-Störungen am Ausbildungsinstitut für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP).

Prof. Dr. Manfred Döpfner, geb. 1955. 1974–1981 Studium der Psychologie in Mannheim. 1981–1988 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. 1990 Promotion. 1998 Habilitation. Seit 1989 Leitender Psychologe an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität zu Köln und dort seit 1999 Professor für Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 1999 Leiter des Ausbildungsinstitutes für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie AKiP an der Universität Köln. Seit 2000 Wissenschaftlicher Leiter des Instituts Köln der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag · Toronto · Boston
Amsterdam · Kopenhagen · Stockholm · Florenz · Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Illustrationen: Klaus Gehrmann, Freiburg; www.klausgehrmann.net
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2227-5

Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus K. Woitecki und M. Döpfner – Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Tic-Störungen (ISBN 9783840922275) © 2015 Hogrefe, Göttingen.

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Kapitel 1: Störungsbild und Behandlungsansätze	8
1.1 Erscheinungsbild und Prävalenz	8
1.1.1 Erscheinungsbild	8
1.1.2 Prävalenz	9
1.2 Klassifikation	9
1.3 Verlauf und Pathogenese	10
1.3.1 Verlauf	10
1.3.2 Pathogenese	11
1.3.2.1 Genetische Faktoren	12
1.3.2.2 Psychosoziale Faktoren	13
1.4 Behandlungsansätze und ihre Wirksamkeit	14
1.4.1 Verhaltenstherapeutische Interventionen	14
1.4.2 Pharmakotherapie	15
1.4.3 Andere Interventionsformen	15
Kapitel 2: Diagnostik	17
2.1 Ablauf der diagnostischen Phase	17
2.2 Diagnostik komorbider Störungen und differenzialdiagnostische Abgrenzungen	18
2.3 Exploration von Patient und Bezugspersonen	21
2.4 Klinische Überprüfung von Diagnosekriterien	29
2.5 Verhaltensbeobachtung	30
2.6 Fragebögen zur Erfassung des Elternurteils	31
2.7 Fragebögen zur Erfassung des Erzieher-/Lehrerurteils	32
2.8 Fragebögen zur Erfassung des Selbsturteils	32
2.9 Entwicklungs-, Intelligenz- und Leistungsdiagnostik	33
2.10 Familiendiagnostik	33
2.11 Körperliche Untersuchung	34
2.12 Verlaufskontrolle	34
2.13 Beispielhafte Zusammenfassung der Ergebnisse der Diagnostik	35
Kapitel 3: Indikation und Integration der Behandlung mit dem Therapieprogramm THICS in einem umfassenden Behandlungsansatz	36
Kapitel 4: Das Behandlungsprogramm THICS	40
4.1 Übersicht über den Aufbau und die Struktur von THICS	40
4.1.1 Konzeption, Aufbau und Inhalte	40
4.1.2 Setting der Therapiesitzung	41
4.1.3 Strukturierung der Therapiesitzung	41
4.1.4 Kontingenzmanagement	42
4.1.4.1 Umsetzung von Therapieaufgaben und Förderung von Motivation	42
4.1.4.2 Verhaltensänderung	44
4.1.4.3 Häufige Schwierigkeiten mit dem Kontingenzmanagement	47
4.2 Baustein 1: Problemdefinition und Erhebung der Störungskonzepte	48
4.3 Baustein 2: Psychoedukation und Entwicklung eines gemeinsamen Störungs- und Behandlungskonzeptes	58
4.4 Baustein 3: Verminderung symptomaufrechterhaltender Belastungen	70
4.5 Baustein 4: Ressourcenaktivierung und Stärkung der therapeutischen Beziehung	75

4.6	Baustein 5: Bewältigung negativer Reaktionen des Umfeldes	84
4.7	Baustein 6: Selbstwahrnehmungstraining	94
4.7.1	Baustein 6.1: Beschreibung der Tic-Reaktionen und Selbstbeobachtung	95
4.7.2	Baustein 6.2: Training der Reaktionserkennung und Selbstbeobachtung	103
4.7.3	Baustein 6.3: Training der Wahrnehmung früher Zeichen eines Tics	110
4.7.4	Baustein 6.4: Training der Wahrnehmung situativer Einflüsse	116
4.8	Baustein 7: Entspannungsverfahren: Atemübung und Progressive Muskelrelaxation ...	120
4.9	Baustein 8: Training der Gegenbewegung	126
4.10	Baustein 9: Bewältigung residualer Tic-Symptome	137
4.11	Baustein 10: Einbeziehung der Lehrer	145
Kapitel 5: Behandlung von verwandten Symptomen		150
5.1	Zwänge	150
5.1.1	Zwangshandlungen und Gedankenzwänge	150
5.1.2	„Just-right“-Zwänge	152
5.2	Selbstverletzendes Verhalten	153
5.2.1	Funktionen Selbstverletzenden Verhaltens	153
5.2.2	Behandlung von Selbstverletzungen	154
Kapitel 6: Anwendung des Therapieprogramms THICS auf andere Störungen		156
6.1	Trichotillomanie	156
6.1.1	Baustein 1: Problemdefinition und Erhebung der Störungskonzepte	157
6.1.2	Baustein 2: Psychoedukation und Entwicklung eines gemeinsamen Störungs- und Behandlungskonzeptes	158
6.1.3	Baustein 3: Verminderung symptomaufrechterhaltender Belastungen	159
6.1.4	Baustein 4: Ressourcenaktivierung und Stärkung der therapeutischen Beziehung	160
6.1.5	Baustein 5: Bewältigung negativer Reaktionen des Umfeldes	161
6.1.6	Baustein 6: Selbstwahrnehmungstraining	162
6.1.7	Baustein 7: Entspannungsverfahren: Atemübung und Progressive Muskelrelaxation ...	169
6.1.8	Baustein 8: Training der Gegenbewegung	170
6.1.9	Baustein 9: Bewältigung residualen Haarausreißen	172
6.1.10	Baustein 10: Einbeziehung der Lehrer	173
6.2	Gewohnheitsreaktionen	173
Kapitel 7: Evaluation des THICS und Erfahrungen mit dem Programm		176
7.1	Empirische Ergebnisse	176
7.2	Klinische Erfahrungen in der Arbeit mit dem THICS-Programm	182
7.3	Fallbeispiele	182
7.3.1	Fallbeispiel 1: Max, 14 Jahre	182
7.3.2	Fallbeispiel 2: Tim, 9 Jahre	188
Literatur		193
Anhang		197
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM		197

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die bei der Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (eine kostenlose Version ist unter www.adobe.com/products/acrobat erhältlich) gelesen und ausgedruckt werden.

Vorwort

Das vorliegende Therapieprogramm für Kinder und Jugendliche mit Tic-Störungen (THICS) ist das erste umfassende deutschsprachige Behandlungsmanual für Therapeuten zur Behandlung von Tic-Störungen und verwandten Störungen im Kindes- und Jugendalter. Es wurde zwischen 2009 und 2011 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Uniklinik Köln, am Institut für Klinische Kinderpsychologie der Christoph-Dornier-Stiftung an der Universität Köln sowie am Institut für Ausbildung und Evaluation in der Kinder- Jugendlichenpsychotherapie an der Uniklinik Köln (AKiP) entwickelt, erprobt und in einer ersten Pilotstudie evaluiert (Woitecki & Döpfner, 2011, 2012). Das Programm baut auf einer langjährigen Beschäftigung mit der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Tic-Störungen auf, die an der Kölner Klinik in den 1990er Jahren begann (Döpfner, 1993; Döpfner & Reister, 2000); seit 2013 wird THICS in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert. Ziel dieser Forschungsbemühungen ist es, in der Praxis anwendbare und erprobte Interventionen für Kinder und Jugendliche mit Tic-Störungen zur Verfügung zu stellen. Bisher gibt es im deutschsprachigen Raum nur einen Leitfaden für Tic-Störungen, der Leitlinien zur Diagnostik und Therapie dieses Störungsbildes vorschlägt (Döpfner et al., 2010a), jedoch keine differenzierten Anleitungen zur Psychotherapie der Störung geben kann. Das vorliegende Therapieprogramm für Psychotherapeuten ist als therapeutische Anleitung hierzu eine sinnvolle Ergänzung.

Dem Therapieprogramm liegt im Kern das Training der Reaktionsumkehr (Habit Reversal-Training) zu Grunde. Dieses umfasst neben anderen Bereichen ein Selbstwahrnehmungstraining, bei dem der Patient für seine Tics und deren Abläufe

sensibilisiert wird und ein Training der Gegenbewegung, bei dem der Patient erlernt, Gegenbewegungen zu erarbeiten, die eine Tic-Ausführung verhindern sollen. Darüber hinaus werden in das Programm weitere Module integriert, die der Bewältigung von Tic-Symptomen dienen.

Patientenzentrierte Interventionen als Einzeltherapie bilden neben eltern- und schulzentrierten Interventionen den Kern der Behandlung. Das Therapieprogramm konzentriert sich auf die problemfokussierte Therapie der Tic-Symptomatik. Darüber hinaus sind jedoch die Beziehungsgestaltung sowie ressourcenorientierte Ansätze während der gesamten Therapie und besonders in der Anfangsphase von großer Bedeutung, die ebenfalls in dem Programm berücksichtigt werden.

Neben Tic-Symptomen wird auch die Trichotillomanie häufig mit dem Training der Reaktionsumkehr behandelt. Kapitel 6 enthält daher die erforderlichen Anpassungen des Therapieprogramms speziell für die Behandlung einer Trichotillomanie. Wir bedanken uns bei Dipl.-Heilpäd. Ursula Stuhlsatz für die freundliche Bereitstellung ihrer Unterlagen.

Wir hoffen, mit THICS eine wichtige Lücke in der psychotherapeutischen Versorgung von Tic-Patienten schließen zu können und wünschen dem Leser und Therapeuten viel Erfolg und Ausdauer in der Umsetzung dieser Interventionen.

Zur leichteren Lesbarkeit wird im gesamten Manuskript das generische Maskulinum verwendet.

Köln, im April 2014

*Katrin Woitecki
und Manfred Döpfner*

Kapitel 1

Störungsbild und Behandlungsansätze

Tics treten häufig im Kindes- und Jugendalter auf. Vor allem Eltern sind durch das Auftreten erster Tic-Symptome verunsichert und wissen nichts mit der „Marotte“ ihres Kindes anzufangen.

1.1 Erscheinungsbild und Prävalenz

1.1.1 Erscheinungsbild

Tic-Symptome treten in einer großen Bandbreite von Erscheinungsmöglichkeiten auf. Sie können unterschiedlicher Art sein. Allen Tics ist jedoch gemeinsam, dass sie für den Betroffenen plötzlich und unwillkürlich auftreten – man spricht auch von „einschießen“. Sie wiederholen sich in ihrer Art und sind meist rasch und nicht rhythmisch in ihrem Ablauf. Meist sind zwar funktionelle Muskelgruppen (z. B. die Arm- oder Gesichtsmuskulatur) betroffen, es lässt sich aber in der Regel kein offensichtlicher Zweck eines Tics identifizieren. Oftmals hält ein Tic nur für einige Sekunden an. Manche Tics treten jedoch in Serien auf, so dass der Betroffene einen Tic mehrfach hintereinander ausführen muss. Betroffene können ihre Tics nicht willentlich steuern.

Im Gegensatz zu willkürlichen Verhaltensmustern, denen Tic-Symptome vom Muster her teilweise auch ähneln können, sind sie nicht zweckgerichtet und werden subjektiv fast immer als sinnlos sowie oft als störend empfunden (Rothenberger et al., 2008).

Tics können sowohl motorischer als auch vokaler Art sein. Sie variieren inter- und intraindividuell

stark hinsichtlich Art, Intensität, Häufigkeit, Lokalisation, Anzahl und Komplexität. Tabelle 1 zeigt Beispiele von motorischen und vokalen sowie einfachen und komplexen Tics (vgl. Döpfner et al., 2010a).

Zu den einfachen motorischen Tics zählen beispielsweise Augenzwinkern, Nase zucken oder Kopf nicken. Komplexe motorische Tics sind meist etwas langsamer und scheinen daher auch häufiger zielgerichtet, so zum Beispiel Hüpfen, Beugen und Strecken des Oberkörpers oder Berühren von Gegenständen. Meist zeigen sich motorische Tics zuerst im Gesichts-, Kopf-, Nacken- und Schulterbereich. Hier sind sie auch am häufigsten. Seltener und in der zeitlichen Entwicklung später zeigen sich Tics an den äußeren Extremitäten. Die Besonderheiten bei motorischen Tics sind Echopraxie (die Wiederholung von Gesten anderer) sowie Kopropraxie (Ausführen von obszönen Gesten).

Zu den einfachen vokalen Tics gehören beispielsweise Räuspern, Husten und Schniefen. Die komplexeren vokalen Tics sind meist mit dem Äußern von Worten verbunden. Die Besonderheiten bei vokalen Tics sind zum einen Echolalie (Wiederholung von Wörtern anderer) und Palilalie (Wiederholung eigener Laute oder Wörter) sowie Koprolalie (Ausstoßen von obszönen Worten).

Tics lassen sich durch die Betroffenen generell kaum unterdrücken. Dennoch schaffen es vor allem ältere Patienten, ihre Tics zumindest für eine kurze Zeit, manche sogar für mehrere Stunden, zu

Tabelle 1: Einteilung von Tics

	motorisch	vokal
einfach	z. B. Blinzeln, Schulterzucken, Kopfrucken	z. B. Räuspern, Pfeifen, Husten, Schnüffeln
komplex	z. B. Hüpfen, Klatschen, Berühren	z. B. Wörter, Sätze, Kurzaussagen
Besonderheiten	Echopraxie, Kopropraxie	Palilalie, Echolalie, Koprolalie

unterdrücken. Vor allem in Situationen, in denen die Tics besonders unangenehm sind, gelingt es vielen Patienten, die Tics noch etwas hinauszuzögern, bis die Situation vorüber ist. Schülern gelingt es beispielsweise in der Schule häufig, einen Tic zu unterdrücken, bis sie alleine zur Toilette gehen können. Dort können sie den Tic unbeobachtet „herauslassen“, um dann entspannter in den Klassenverband zurückzukehren. Lassen sich Tics nicht willentlich unterdrücken, so versuchen einige Patienten, ihre Tics in willkürlichen Handlungen zu verschleiern. Hierdurch erscheint der Tic als eine willentliche Bewegung.

Tics verändern sich häufig über Wochen und Monate hinsichtlich ihrer Art, Intensität, Häufigkeit, Lokalisation, Anzahl und Komplexität. Unter Konzentration oder Entspannung lassen Tics häufig nach, unter Aufregung und Anspannung nehmen sie meist zu. Häufig entwickeln Patienten im Laufe der Zeit ihr persönliches Tic-Muster und können meist einen Jahresverlauf ihrer Tics skizzieren.

1.1.2 Prävalenz

Tics sind im Kindesalter relativ häufig. In einer schwedischen Untersuchung von 7- bis 15-jährigen Schulkindern (N=4479) gaben 6,6 % der Befragten an, im letzten Jahr Tics gehabt zu haben oder aktuell Tics zu haben. Bei einer dänischen Befragung gaben 4,2 % der befragten Eltern von 9- bis 11-jährigen Kindern Tic-Symptome des Kindes an (Kraft et al., 2012). Etwa 1,3 % wiesen eine chronische Tic-Störung auf (Khalifa & Knorrning, 2003). Neuere Untersuchungen sprechen von einer Prävalenz von 1 bis 8 Kindern pro 1 000 (Hornsey et al., 2001). Robertson (2008a) spricht von einer durchschnittlichen Prävalenz der Tourette-Störung von etwa 1 %.

Allerdings sind nicht alle Betroffenen behandlungsbedürftig. Dies ist primär vom Grad der psychosozialen Beeinträchtigung abhängig. Die unterschiedlichen Prävalenzraten hängen mit Unterschieden in den Gruppencharakteristika, so zum Beispiel Alter oder Modus der Rekrutierung zusammen (Robertson, 2008b). Etwa zehnmal mehr Kinder und Jugendliche als Erwachsene sind von Tics betroffen. Häufig kann eine Spontanremission im Verlauf des Erwachsenwerdens beobachtet werden (Leckman, 2003).

Meist zeigt sich neben einer Spontanremission bei gleichbleibenden Tics eine Reduktion der globalen bzw. krankheitsspezifischen Beeinträchtigung (Coffey et al., 2004).

Tics treten familiär gehäuft auf, wobei Jungen deutlich häufiger als Mädchen betroffen sind (Verhältnis bis zu 4:1; Kraft et al., 2012). Hinsichtlich der begleitenden Erkrankungen lassen sich bei männlichen Patienten eher externalisierende Verhaltensauffälligkeiten feststellen, hingegen bei weiblichen Patienten eher Zwangssymptome.

1.2 Klassifikation

Der Chronifizierungsgrad und das isolierte bzw. gemeinsame Auftreten von motorischen und vokalen Tics sind die zentralen Klassifikationsmerkmale von Tic-Störungen nach ICD-10 (deutsch: Weltgesundheitsorganisation, 2004, 2005) und DSM-5 (englisch: APA, 2013). Sie unterscheiden zwischen

- der *vorübergehenden Tic-Störung* (ICD-10: F95.0), die nicht länger als ein Jahr anhält,
- der *chronischen motorischen oder vokalen Tic-Störung* (ICD-10: F95.1), bei der entweder motorische oder vokale Tics (aber nicht beide gemeinsam) zumindest über ein Jahr persistieren,
- *kombinierten vokalen und motorischen Tics (Tourette-Syndrom)* (ICD-10: F95.2), einer Kombination von vokalen und multiplen motorischen Tics, die länger als ein Jahr andauern, aber nicht notwendigerweise gleichzeitig auftreten müssen,
- und der *nicht näher bezeichneten Tic-Störung* (ICD-10: F95.9), die dann diagnostiziert werden soll, wenn nicht alle Kriterien einer spezifischen Tic-Störung erfüllt sind (z. B. wenn die Störung nach dem 18. Lebensjahr begonnen hat).

Kasten 1 gibt die Diagnosekriterien nach DSM-5 wieder.

Mittlerweile wird zunehmend vermutet, dass Tic-Störungen ein Störungskontinuum darstellen, das durch das Auftreten von motorischen und vokalen Tics gekennzeichnet und von den transitorischen Tics des Kindesalters über die chronisch motorische oder vokale Tic-Störung bis zu den Varianten einer Tourette-Störung reichen kann (Leckman et al., 1998).

Kasten 1: Diagnostische Kriterien für Tic-Störungen nach DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2015, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)

Tourette-Störung	307.23 (F95.2)
<p>A. Multiple motorische Tics sowie mindestens ein vokaler Tic treten im Verlauf der Störung auf, jedoch nicht unbedingt gleichzeitig.</p> <p>B. Die Tics können in ihrer Häufigkeit zu- oder abnehmen, sie bestehen jedoch seit Beginn des ersten Tics seit mehr als einem Jahr fort.</p> <p>C. Der Beginn liegt vor dem Alter von 18 Jahren.</p> <p>D. Die Störung ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Kokain) oder eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Huntington'sche Erkrankung, postvirale Enzephalitis).</p>	
Persistierende (Chronische) Motorische oder Vokale Tic-Störung	307.22 (F95.1)
<p>A. Einzelne oder multiple, entweder motorische oder vokale Tics treten im Verlauf der Krankheit auf, jedoch nicht sowohl motorische als auch vokale Tics.</p> <p>B. Die Tics können in ihrer Häufigkeit zu- und abnehmen, sie bestehen jedoch seit Beginn des ersten Tics seit mehr als einem Jahr fort.</p> <p>C. Der Beginn liegt vor dem Alter von 18 Jahren.</p> <p>D. Die Störung ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Kokain) oder eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Huntington'sche Erkrankung, postvirale Enzephalitis).</p> <p>E. Die Kriterien der Tourette-Störung waren zu keinem Zeitpunkt erfüllt.</p> <p>Bestimme, ob: <i>Ausschließlich mit motorischen Tics</i> <i>Ausschließlich mit vokalen Tics</i></p>	
Vorläufige Tic-Störung	307.21 (F95.0)
<p>A. Einzelne oder multiple motorische und/oder vokale Tics.</p> <p>B. Die Tics treten seit Beginn des ersten Tics kürzer als ein Jahr auf.</p> <p>C. Der Beginn liegt vor dem Alter von 18 Jahren.</p> <p>D. Die Störung ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Kokain) oder eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors (z. B. Huntington'sche Erkrankung, postvirale Enzephalitis).</p> <p>E. Die Kriterien der Tourette-Störung oder der Persistierenden (Chronischen) Motorischen oder Vokalen Tic-Störung waren zu keinem Zeitpunkt erfüllt.</p>	

1.3 Verlauf und Pathogenese

1.3.1 Verlauf

Meist treten erste motorische Tics zeitlich vor den vokalen Tics auf. Die ersten motorischen Tics sind häufig im Gesichtsbereich zu erkennen, z. B. Au-

genblinzeln. Tics im Bereich der äußeren Extremitäten folgen in der Regel zeitlich ebenfalls etwas später. Erste Tics treten meist im Alter von 3 bis 8 Jahren mit stärker und schwächer werdenden Phasen auf (Leckman, 2003). Eine Zunahme der Tics ist häufig während der Pubertät zu verzeichnen. Um das 20. Lebensjahr kommt es hingegen zu einer deutlichen Abnahme bis hin zum

Sistieren der Tic-Symptomatik. Es liegen derzeit keine größeren Studien zu dem Verlauf bei Mädchen vor. Dies liegt unter anderem daran, dass deutlich weniger Mädchen als Jungen betroffen sind und die Studien primär aus männlichen Patienten bestehen. Die Prognosen scheinen jedoch ähnlich zu sein.

Schätzungen zu Spontanremissionsraten für chronische einfache/multiple Tics gehen von einer Remissionsrate von 50 bis 70 %, für die Tourette-Störung von drei bis 40 % aus (Coffey et al., 2004). Unterschiede zwischen den einzelnen Studien sind unter anderem dadurch erklärbar, dass durch den Einsatz von Fragebogeninventaren häufig eher die subjektive Einschätzung als die tatsächliche Existenz von Tics erhoben wurde. Dies belegt auch eine Nachuntersuchung von 31 inzwischen erwachsenen Patienten mit Tourette-Störung. Im Vergleich mit Voraufnahmen aus der Jugendzeit zeigte sich, dass trotz gegenteiliger subjektiver Einschätzung noch bei 90 % eine Tic-Symptomatik in der aktuellen Videoanalyse erkennbar waren (Pappert et al., 2003). Trotz fortbestehender Tics nimmt allerdings im Entwicklungsverlauf meist die globale bzw. krankheitsspezifische Beeinträchtigung ab (Coffey et al., 2004). Patienten mit Tourette-Störung, die bis zum 20. Lebensjahr nicht remittieren, sind meist am schwersten betroffen. Kopro-lalie und Kopropraxie können hierbei häufiger auftreten.

Patienten berichten häufig von einem wellenförmigen Verlauf ihrer Tics. Bei manchen Patienten gibt es gleichbleibende Schwankungen in Intensität und Häufigkeit der Tics innerhalb eines Tages (z. B. morgens weniger und schwächere Tics als abends), oder aber sehr unterschiedliche Schwankungen innerhalb eines Tages. Andere Patienten berichten von Schwankungen über mehrere Wochen und Monate. Gerade an Geburtstagen oder Weihnachten kommt es bei vielen Patienten zu einer Tic-Zunahme, in den Ferien hingegen eher zu einer Abnahme.

Im Rahmen der Exploration sollte auf solche Schwankungen im Verlauf besonders geachtet werden. Manchmal ergeben sich Hinweise zu aufrechterhaltenden Faktoren was wiederum hilfreich für die Behandlung sein kann. Auch sollten eine Ab- oder Zunahme von Tic-Symptomen während einer Intervention immer unter dem Aspekt natürlicher Schwankungen der Symptomatik betrachtet werden. Daher sind Verlaufskontrollen über längere Zeiträume sehr wichtig.

1.3.2 Pathogenese

Trotz zahlreicher Studien ist die Pathogenese der Tic-Störungen bis heute nur ansatzweise geklärt. Neuere Studien zeigen, dass neben Alter und Geschlecht der Patienten auch die Schwere der Erkrankung, Komorbiditäten mit ADHS oder Zwängen sowie die medikamentöse Behandlung Wechselwirkungen innerhalb der Untersuchungsergebnisse ergeben können (Müller-Vahl, 2010).

Untersuchungen mittels strukturellem MRT von einzelnen Hirnregionen wie beispielsweise der Basalganglien, dem Corpus callosum oder den limbischen Strukturen lassen keine einheitlichen Befunde zu. Dabei ist auch zu fragen, ob gehirnphysiologische Veränderungen bei Tic-Patienten Ursache der Tic-Störung oder auch möglicherweise ihre Folge sein könnten. Zusammenfassend lässt sich aus den bisherigen Studien sagen, dass mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine Dysfunktion im kortiko-striato-thalamo-kortikalen Regelkreis zugrunde liegt (Müller-Vahl, 2010). Besonders Inhibitionsprozesse scheinen hierbei betroffen zu sein.

Betrachtet man die Neurotransmittersysteme, so ist sich die Literatur weitestgehend einig, dass dem dopaminergen System eine besondere Rolle zukommt. Da Medikamente mit Dopamin blockierenden Substanzen wirkungsvoll zur Behandlung von Tic-Störungen eingesetzt werden, wird angenommen, dass es sich bei einer Tic-Störung um eine Dopaminüberfunktion handelt. Studien konnten diese Annahme belegen, wenngleich nach wie vor ungeklärt ist, welche Dopaminrezeptoren genau zu der Überfunktion führen. Das serotonerge System scheint ebenfalls eine modulierende Rolle zu spielen. In Studien konnte gezeigt werden, dass ein reduzierter Serotoninspiegel bei Patienten mit einer Tic-Störung häufiger vorlag.

Rothenberger hat ein Modell der Pathogenese der Tic-Störungen entwickelt (vgl. Abbildung 1) und beschreibt dies wie folgt: „Das Modell postuliert ein Funktionsdefizit innerhalb des dopaminerg modulierten sensomotorischen kortiko-striato-pallido-thalamo-kortikalen Regulationssystems (im Bereich der Basalganglien und des Motorkortex) (Moll et al., 1999, 2001, 2006), das aufgrund einer erhöhten dopaminergen Aktivität im Striatum besteht und zu einer Störung der subkortikalen Eigenhemmung und der automatischen Bewegungskontrolle führt (Leckman et al., 2006; Rothenberger