

Schauenburg, Henning

Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 39 (1990) 5, S. 167-172

urn:nbn:de:bsz-psydok-34116

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- GERLICHER, K./SCHNEIDER, H./RUDERT, R.: Wartezeiten an bayerischen Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstellen – Ergebnisse einer Erhebung 1988 (Waiting Times in Bavarian Youth- and Family-Counseling Centers. Results of a Study Completed in 1988) 55

Familientherapie

- HEEKERENS, H.P.: Familiendiagnostik und Evaluationsforschung (Family Diagnostik and Evaluation Research) 2

Forschungsergebnisse

- GOLDBECK, L./GÖBEL, D.: Stationäre Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – Analysen an einer Inanspruchnahmepopulation (Stationary Therapy in Child and Adolescent Psychiatry – Analysis of an Inpatients Population) 87
- GREISER, W./BRÖTZ, A.: Über den Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit Spannungszuständen und Alkoholkonsum bei Jugendlichen (The Context of Social Support, Stress and Alcohol Consumption by Students) 306
- HOBRÜCKER, B.: Die Technik der Nachbefragung in der stationären Behandlung aggressiver Verhaltensstörungen im Kindesalter (Interviewing as a Therapeutic Technique following Children's Aggressive Acts during Inpatient Treatment) 38
- JANSEN, F./STREIT, U./STREIT, A.: Veränderung der Kreislaufaktivierung in Lern- und Leistungssituationen bei leistungsgestörten Kindern (Changes in Cardiovascular Activity during Learning in Children with Learning Problems) 244
- KLAUER, K.J.: Denkschulung für Schulanfänger: Ein neuer Ansatz zur kognitiven Förderung (Training to Think for Preschoolers and First Grade Children: A new Approach to Fostering of Cognitive Development) 150
- KUSCH, M./PETERMANN, F./HARTMANN, H./ROHMANN, U.: Soziale Interaktion mit autistischen Kindern: Ansatz einer störungsspezifischen, therapieorientierten Diagnostik (Social Interaction with Autistic Children: Application of a Disorder-specific and Intervention-orientated Assessment) 114
- LEMP, R./PIETSCH-BREITFELD, B.: Die Intelligenzstruktur hypermotorischer Kinder: Vergleichende Untersuchung an 2229 HAWIK-Profilen (Intelligence Test Profiles of Hyperkinetic Children. Retrospective Evaluation of 2229 HAWIK Profiles) 80
- LÖSER, H./SCHMITT, G. M./GRÄVINGHOFF, K.: Sind Kinder mit Alkoholembryopathie trockene Alkoholiker? – Eine Untersuchung zum Risiko der Suchtentwicklung (Development of Addiction in Children with Fetal Alcohol Syndrome [Alcohol Embryopathy]) 157

- LOTZGESELLE, M.: Schuphobisches Verhalten – Entstehungsbedingungen und Verläufe (Schoolphobic Behaviour – Aetiological Circumstances and Courses) . . . 18
- STEINMÜLLER, A./STEINHAUSEN, H. C.: Der Verlauf der Enkopresis im Kindesalter (The Course of Encopresis in Childhood) 74

Identität

- DIEPOLD, B.: Ich-Identität bei Kindern und Jugendlichen (Ego-Identity during Childhood and Adolescence) . . 214
- LINDNER, W. V.: Begegnung mit Fremden (Encounter with the Alien) 210
- OCKEL, H.: Beziehungen zwischen individueller und kollektiver Identitätssuche (Relations Between Personal and Collective Search for Identity) 203
- REITER, L.: Identität aus systemtheoretischer Sicht (Identity from a System Theoretic Point of View) 222

Praxisberichte

- HUCK, W.: Wiederspiel und Abbild der nationalsozialistischen Vergangenheit in der Psychotherapie jugendlicher Patienten (Repetition of Specific Nazi Patterns in the Psychotherapy of Juvenile Patients) 180
- KILIAN, H.: Psychodiagnostik als Möglichkeit für systemische Intervention? Einige Gedanken zu Tests und systemischem Ansatz (Psychological Tests as a Possibility for Systemic Intervention? Some Considerations on Tests and the Systemic Approach) 300
- DE LORME, I.: Haben psychodynamische Überlegungen bei Hirnabbauprozessen noch ihre Berechtigung? (Are Psychodynamic Considerations Still Appropriate in Cases of Degenerative Brain Process?) 172
- LUDE, W./ADAM, G./ADAM, A.: Integratives pädagogisch-therapeutisches Vorgehen in der stationären gruppen-therapeutischen Arbeit mit verhaltensauffälligen Jugendlichen (An Integrated Educational-therapeutic Approach in Inpatient Group Therapy with Behaviourally Disturbed Adolescents) 293
- MANGOLD, B.: Einflüsse der systemischen Familientherapie auf die Organisation und Arbeitsweise einer psychotherapeutischen Kinderabteilung (Influences of Systemic Family Therapy on the Organisation and Working of a Psychotherapeutic Unit) 94

Psychotherapie

- SCHLÖSSER, A. M.: Übergangsobjekt und Objektbeziehung (Transitional Object and Object Relation) 6

Übersichten

- BRANIK, E.: Depressive Syndrome in der Adoleszenz (Depressive Syndromes in Adolescence) 126
- FINGER, P.: Die Sterilisation geistig Behinderter nach § 1905 BGB in der Fassung eines Entwurfs des Betreu-

| | | | |
|---|-----|---|-----|
| ungsgesetzes (BtG) (The Sterilization of the Mentally Handicapped According to Para. 1905 BGB [Civil Code] in the Version of the Betreuungsgesetz) | 132 | SCHMIDT, M. H.: Wichtige kinderpsychiatrische Forschungsfelder – Rückblick und Ausblick (Important Research Topics in Child Psychiatry – Review and Preview | 330 |
| FRANKE, U.: Theraplay – eine direkte kommunikative Spieltherapie („Theraplay“ – A Directive Communicative Play Therapy) | 12 | SCHÖNFELDER, T.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Integrative Perspektiven (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: Integrative Perspectives) | 364 |
| HARTKAMP, N.: Einige Befunde der Säuglingsbeobachtung und der neueren Entwicklungspsychologie (Some new Findings in the Area of Infant Observation and Current Developmental Psychology) | 120 | SPECHT, F.: Die Zusammenarbeit der beteiligten psychosozialen Systeme bei der Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (The Care of Mentally Disturbed Children and Juveniles: Cooperation Between the Relevant Psychosocial Systems) | 347 |
| REHM, H./PFITZNER, R.: Die Diagnose „Adoleszentenkrise“ im Spiegel der Rorschach-Diagnostik (The Diagnostic Category „Adolescent Crisis“ from the Point of View of Rorschach-Tests) | 283 | ZAUNER, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Der Beitrag der Psychoanalyse (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Psychoanalysis) | 358 |
| REMSCHMIDT, H./SCHMIDT, M. H./STRUNK, P.: Gewalt in Familien und ihre Verhinderung. Zugleich ein Plädoyer für die Abschaffung des elterlichen Züchtigungsrechtes (Violence in Families and the Prevention. Also a Pleading for Abolition of Parental Right to inflict Punishment) | 162 | | |
| SCHAUENBURG, H.: Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms (Coping with Tourette-Syndrome in the Family) | 167 | Tagungsberichte | |
| SEIDLER, G. H.: Rumpelstilzchen auf der Couch – ein Ensemble von Scham-, Identitäts- und Vaterthematik (Rumpelstiltsken on the Couch. An Encounter of the Subjects Shame, Identity and Father) | 261 | Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) vom 27.–29. Oktober 1989 in Stuttgart: Körpererleben in der analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie | 61 |
| STEINHAUSEN, H. C.: Diagnose und Klassifikation im Spannungsfeld von Beschreibung und Interpretation (Diagnosis and Classification: Suspended Between Description and Interpretation) | 255 | Bericht über das 3. Forschungssymposium zum Thema „Developmental Psychopathology“ der WHO European Child Psychiatrists Research Group in Marburg vom 1. bis 4. 10. 1989 | 62 |
| SUESS, G. J.: Arbeit mit Scheidungsfamilien – Überlegungen aus der Sicht der Bindungstheorie und kontextuellen Therapie (Working with Divorcing Families – Considerations from the Perspective of Attachment Theory and Contextual Therapy) | 278 | Bericht über die letzte Tagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR in Leipzig vom 7.–9. 2. 1990 | 229 |
| ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Eine Frage des „management bias“? (Psychosocial Care in Medical Settings: a Question of „Management Bias“?) | 249 | Bericht über die Fachtagung „Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ vom 2.–3. März 1990 in Heidelberg anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Müller-Küppers | 230 |
| VOLL, R.: Neurotische Delinquenz im Jugendalter (Neurotic Delinquency in Adolescence) | 52 | Gründung einer Gesellschaft für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters der DDR | 231 |
| WALTHER, J. U.: Genetik in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Genetics in Child Psychiatry) | 45 | Bericht über die Tagung anlässlich des 40jährigen Bestehens der Erziehungsberatungsstelle des Vereins für Erziehungshilfe e.V., Marburg | 232 |
| | | 2. Europäisches Symposion: Frühe Hilfen für behinderte Kinder in der Europäischen Gemeinschaft | 310 |

Wissenschaftliche Grundlagen der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

| | |
|--|-----|
| LEMP, R.: Die historische Perspektive kinderpsychiatrischer Forschung im Spannungsfeld zwischen Natur- und Geisteswissenschaft (The Historical Perspective in Childpsychiatry Between Sciences and Humanities) | 325 |
| MARTINIUS, J.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Biologisch-psychiatrische Aspekte (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Contribution of Biological Psychiatry) | 353 |
| REMSCHMIDT, H.: Grundsätze zur Versorgung psychisch gestörter Kinder und Jugendlicher (Principles of the Care of Psychologically Disturbed Children and Juveniles) | 338 |
| ROTHHAUS, W.: Diagnostische und therapeutische Sichtweisen im Wandel: Die systemische Perspektive (Changes in Diagnostic and Therapeutic Approaches: The Systemic Perspective) | 361 |

Buchbesprechungen

| | |
|--|-----|
| ANGERMEYER, M. C./KLUSMANN, D. (Hrsg.): Soziales Netzwerk – Ein neues Konzept für die Psychiatrie | 313 |
| ANSELMANN-SEYDLER, S.: Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus | 104 |
| BAUMGARTEN-WEYMAR, S./TEWES, U./WOLFF, G.: Vom Recht am Kind. Leitfaden für familienrechtliche Auseinandersetzungen | 379 |
| BETTELHEIM, B.: Der Weg aus dem Labyrinth | 100 |
| BOEHNKE, K./MACPHERSON, M. J./SCHMIDT, F. (Hrsg.): Leben unter atomarer Bedrohung. Ergebnisse internationaler psychologischer Forschung | 371 |
| BOSCOLO, L./CECCHIN, G./HOFFMANN, L./PENN, P.: Familientherapie – Systemtherapie. Das Mailänder Modell: Theorie, Praxis und Konversation | 28 |
| CAPLAN, G.: Bevölkerungsorientierte Familienpsychiatrie | 314 |
| CECI, S. J./ROSS, D. F./TOGILA, M. P. (Eds.): Perspectives on Children's Testimony | 238 |
| DOLD, P.: Szeno-Familientherapie | 101 |

| | | | |
|--|-----|--|-----|
| EGGERS, C./LEMP, R./NISSEN, G./STRUNK, P.: Kinder- und Jugendpsychiatrie | 378 | LUKESCH, H./NÖLDER, W./PEEZ, H. (Hrsg.): Beratungsaufgaben in der Schule | 105 |
| EICKHOFF, F. W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse Bd. 24 u. 25 | 312 | MAAR, M./BALLHAUS, V.: Papa wohnt jetzt in der Heinrichstraße | 65 |
| ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Sorgerechtsregelung und die Diagnostik der emotionalen Beziehungen | 315 | MEYER, J.: Philipp Henry Lord Stanhope. Der Gegenspieler Kaspar Hausers | 64 |
| ELL, E.: Psychologische Kriterien bei der Regelung des persönlichen Umgangs | 315 | MIETZEL, G.: Wege der Entwicklungspsychologie – Kindheit und Jugend | 139 |
| ENZMANN, D./KLEIBER, D.: Helfer-Leiden. Streß und Bournout in psychosozialen Berufen | 313 | NEUHÄUSER, G./STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Geistige Behinderung | 380 |
| FEDOR-FREYBERGH, P. G. (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen | 64 | NIEDERBERGER, J. M./BÜHLER-NIEDERBERGER, O.: Formenvielfalt in der Fremderziehung | 193 |
| FEIEREIS, H.: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie | 102 | NIES-DIERMANN, H./PAUSEWANG, I.: Die subjektive Wertung der leiblichen Herkunft und ihre Bedeutung für die Eltern-Kind-Interaktion. Dargestellt am Beispiel der Adoptionsfamilie | 377 |
| FREEDMAN, A. M./KAPLAN, H. I./SADOCK, B. J./PETERS, U. H. (Hrsg.): Psychiatrische Probleme der Gegenwart . . | 382 | NISSEN, G. (Hrsg.): Somatogene Psychosyndrome und ihre Therapie im Kindes- und Jugendalter | 381 |
| FRIESE, H. J./TROT, G. E. (Hrsg.): Depression in Kindheit und Jugend | 194 | NITZSCHKE, B. (Hrsg.): Freud und die akademische Psychologie | 140 |
| GARZ, D.: Sozialpsychologische Entwicklungstheorien. Von Mead, Piaget und Kohlberg bis zur Gegenwart . . | 271 | OLSON, B./RETT, A.: Linkshändigkeit | 142 |
| GRISSEMAN, H.: Lernbehinderung heute. Psychologisch-anthropologische Grundlagen einer innovativen Lernbehinderten-Pädagogik | 66 | PAPP, P.: Die Veränderung des Familiensystems | 29 |
| HÄRLE, G.: Männerweiblichkeit. Zur Homosexualität bei Klaus und Thomas Mann | 63 | PETERMANN, F./PETERMANN, U.: Training mit aggressiven Kindern, 4. Aufl. | 142 |
| HEEKERENS, H. P.: Familientherapie und Erziehungsberatung | 270 | PETERMANN, U./PETERMANN, F.: Probleme im Jugendalter – Psychologische Hilfen | 316 |
| HEIGL-EVERS, A./WEIDENHAMMER, B.: Der Körper als Bedeutungslandschaft. Die unbewußte Organisation der weiblichen Geschlechtsidentität | 236 | PETERMANN, F./BODE, U./SCHLACK, G. (Hrsg.): Chronisch kranke Kinder und Jugendliche: Eine interdisziplinäre Aufgabe | 382 |
| HENZE, K. H.: Chronische Krankheit in der Adoleszenz . | 237 | PÖLDINGER, W. (Hrsg.): Angst und Angstbewältigung . . | 64 |
| HIRSCH, M. (Hrsg.): Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens . . | 375 | RAUSCHENBACH, B./WEHLAND, G.: Zeitraum Kindheit – Zum Erfahrungsraum von Kindern in unterschiedlichen Wohngebieten | 375 |
| HÖRMANN, G./NESTMANN, F. (Hrsg.): Handbuch der psychosozialen Intervention | 30 | RETZLAFF, I. (Hrsg.): Gewalt gegen Kinder – Mißhandlung und sexueller Mißbrauch Minderjähriger | 105 |
| INSTITUT FÜR ANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE ZÜRICH-KREUZLINGEN (Hrsg.): Psychoanalyse im Rahmen der demokratischen Psychiatrie, Bd. III/IV | 195 | ROUTH, D. K. (Ed.): Handbook of Pediatric Psychology . | 31 |
| ISKENIUS-EMMLER, H.: Psychologische Aspekte von Tod und Trauer bei Kindern und Jugendlichen | 370 | SACHSE, R./HOWE, J. (Hrsg.): Zur Zukunft der klientenzentrierten Psychotherapie | 102 |
| JUNGE, H.: Heimerziehung im Jugendhilfeverbund. Konzepte und Konsequenzen | 272 | SALZGEBER, J.: Familienpsychologische Begutachtung . . | 315 |
| KAISER, P.: Familienerinnerungen – Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie | 100 | SCHLEIFFER, R.: Elternverluste – Eine explorative Datenanalyse zur Klinik und Familiendynamik | 103 |
| KARCH, D./MICHAELIS, R./RENNE-ALLHOFF, B./SCHLACK, H. G.: Normale und gestörte Entwicklung. Kritische Aspekte zu Diagnostik und Therapie | 374 | SCHNEIDER, W.: Zur Entwicklung des Meta-Gedächtnisses bei Kindern | 28 |
| KAST, V.: Wege zur Autonomie | 235 | SEEHAUSEN, H.: Familien zwischen modernisierter Berufswelt und Kindergarten | 272 |
| KELLER, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung . | 314 | SOLNIT, A. J. et al. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 44 | 107 |
| KERSTING, H. J./KRAPOHL, L./LEUSCHNER, G.: Diagnose und Intervention in Supervisionsprozessen | 31 | SPECK, O./THURMAIR, H. (Hrsg.): Fortschritte der Frühförderung entwicklungsgefährdeter Kinder | 192 |
| KOELLA, W. P.: Die Physiologie des Schlafes. Eine Einführung | 33 | STAATSLNSTITUT FÜR FRÜHPÄDAGOGIK UND FAMILIENFORSCHUNG (Hrsg.): Handbuch der integrativen Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder | 380 |
| KÖNIG, C. (Hrsg.): Gestörte Sexualentwicklung bei Kindern und Jugendlichen. Begutachtung, Straffälligkeit, Therapie | 373 | STEPHAN, U. (Hrsg.): Langzeittherapie im Kindes- und Jugendalter | 33 |
| KOHNSTAMM, R.: Praktische Kinderpsychologie. Die ersten 7 Jahre | 379 | THIMM, W. et al. (Hrsg.): Ethische Aspekte der Hilfen für Behinderte | 237 |
| KÜHLER, T.: Zur Psychologie des männlichen Kinderwunsches. Ein kritischer Literaturbericht | 106 | THOMÄ, H./KÄCHELE, H. (Hrsg.): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie, Bd. 2: Praxis | 30 |
| LEBER, A./TRESCHER, H. G./WEISS-ZIMMER, E.: Krisen im Kindergarten. Psychoanalytische Beratung in pädagogischen Institutionen | 32 | TÖLLE, R.: Psychiatrie, 8. Aufl. | 66 |
| | | VERBAND KATHOLISCHER EINRICHTUNGEN DER HEIM- UND HEILPÄDAGOGIK (Hrsg.): Verbundsysteme in der Jugendhilfe | 272 |
| | | VOSS, R. (Hrsg.): Das Recht des Kindes auf Eigensinn . . | 376 |
| | | WALTER, J. (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch im Kindesalter . | 194 |

| | | | |
|--|-----|---|-----|
| WEIDEMANN, D.: Leben und Werk von Therese Benedek (1982–1977) – Weibliche Sexualität und Psychologie des Weiblichen | 235 | ZIELKE, M./STURM, J./MARK, N. (Hrsg.): Die Entzauberung des Zauberbergs. Therapeutische Strategien und soziale Wirklichkeit | 104 |
| WEISS, H.: Familie und Frühförderung | 192 | ZUSCHLAG, B./THIELKE, W.: Konfliktsituationen im Alltag | 32 |
| WEISS, L./KATZMANN, M./WOLCHIK, S.: Bulimie – Ein Behandlungsplan | 372 | Editorial: 202, 324 | |
| ZANK, S.: Zur Entwicklung des Lösungsmittelschnüffels bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen | 370 | Autoren der Hefte 25, 63, 98, 139, 190, 233, 266, 311, 367 | |
| ZEPF, S./HARTMANN, S.: Psychoanalytische Praxis und Theoriebildung: Verstehen und Begreifen – Eine erkenntnistheoretische Untersuchung | 141 | Diskussion/Leserbriefe: 233, 267 | |
| | | Zeitschriftenübersicht: 26, 98, 191, 268, 368 | |
| | | Tagungskalender: 34, 67, 108, 143, 196, 239, 274, 318, 384 | |
| | | Mitteilungen: 35, 68, 109, 144, 196, 240, 275, 318, 384 | |

Zur familiären Bewältigung des Gilles de la Tourette-Syndroms*

Von Henning Schauenburg

Zusammenfassung

1 Einleitung

Das Krankheitsbild der multiplen, chronischen Tics (Gilles de la Tourette bzw. Tourette-Syndrom) wird dargestellt. Anhand zweier Fallgeschichten werden Aspekte der Auswirkung der Erkrankung auf das familiäre Umfeld erörtert. Spezifische Besonderheiten werden herausgestellt, die die Wechselwirkung zwischen einer sehr außergewöhnlichen Symptomatik und der Reaktion der Umwelt deutlich machen. Abschließend erfolgen Vorschläge für Interventionen auf der Familienebene.

Eines der faszinierendsten Krankheitsbilder im Grenzbereich von Neurologie und Psychiatrie ist das Gilles de la Tourette-Syndrom. Die Erkrankung an multiplen Tics galt lange als Rarität. Erst die Einbeziehung milderer Verlaufsformen brachte in der letzten Zeit Prävalenzzahlen von ca. 0,05 pro Tausend, was für die USA immerhin eine Patientenzahl von ca. 110 000 bedeutet (SHARPRIO ET AL. 1978). Im Rahmen der größeren Gruppe der Tic-Erkrankungen ist das Tourette-Syndrom definiert durch das Vorhandensein chronischer und multipler motorischer sowie vokaler Tics. Diese setzen vor dem 21. Lebensjahr ein, können in Form und Intensität fluktuieren und sind nicht auf anderweitig definierte neurologische Krankheitsbilder oder Intoxikationen zurückzuführen.

*Ich danke Fred Popovic, Göttingen, für die anregende und kritische Diskussion bei der Entstehung dieser Arbeit.

2 Symptomatik

Die Tics umfassen am häufigsten den Bereich um Kopf, Gesicht und Schulter. Daneben sind Arme und Beine sowie der Rumpf betroffen. Besonders spezifisch sind die unterschiedlichsten Vokalisationen, die sich bis zu den gemeinhin als pathognomonisch angesehenen Koprolalien, d. h. dem impulsiven Hervorstößen von obszönen Worten (ca. 40% der Patienten, COMINGS und COMINGS, 1987) steigern können. Häufig miteinander assoziiert sind Zwangsphänomene (überwiegend Zählzwänge) und das zwanghafte Berühren eigener oder fremder Körperteile (ROBERTSON ET AL. 1988). Die Symptome nehmen unter Anspannung sowie unter Entspannung bzw. Langeweile zu und sind durch konzentrierte Abwendung der Aufmerksamkeit und willkürliche Unterdrückung zeitweilig zum Verschwinden zu bringen. Die Erkrankung muß als lebenslang angesehen werden und ist häufig mit anderen Verhaltensauffälligkeiten und Teilleistungsschwächen kombiniert (Übersicht bei COMINGS und COMINGS, 1987); spontane Remissionen gelten als Ausnahme. Das im Verhältnis 3:1 häufiger bei Männern auftretende Syndrom ist in seiner Ätiologie bisher ungeklärt.

3 Ätiologie

Nach einer langen Phase der psychodynamischen Interpretation hat sich seit den 60er Jahren allgemein die Auffassung durchgesetzt, daß es sich bei dem Krankheitsbild primär um eine neurologische Erkrankung handelt, bei der Strukturen des striato-pallidären Systems betroffen sind. (Übersicht zur Geschichte des Tourette-Syndroms bei ASAM und TRÄGER, 1975). Aufgrund der Wirksamkeit von D2-Rezeptorenblockern wie Neuroleptika ging man zunächst wesentlich von einer Übersensibilität des dopaminergen Rezeptorsystems aus. Neuere Erkenntnisse sprechen dafür, daß auch Endorphine bzw. serotoninerge Strukturen beteiligt sind (HABER ET AL. 1986, LECKMAN ET AL. 1988, SANDYK 1989). Daneben sprechen Familienuntersuchungen für die Beteiligung eines autosomal dominanten Gens unterschiedlicher Penetranz (PAULS ET AL., 1981). Perinatale Komplikationen, wie sie bei einem unserer Patienten aufgetreten waren, finden sich vereinzelt (PASAMANIK und KAWI, 1956).

4 Therapie

Die Behandlung erfolgt international überwiegend durch Neuroleptika mit D2-antagonistischer Wirkung (Haloperidol, Pimozid, REGER ET AL., 1986), vereinzelt mit Clonidin und Tiapride. Die gute pharmakologische Ansprechbarkeit wird bei vielen Patienten jedoch mit den bekannten problematischen Nebenwirkungen der Neuroleptika bezahlt. Insbesondere für in der Entwicklung be-

findliche Kinder und Jugendliche können daraus vielfache Schwierigkeiten entstehen (Übersicht bei MESSIHA, 1988).

Klassische psychotherapeutische Verfahren haben keinen Einfluß auf unmittelbare Symptomatik, wobei die Fluktuation der Symptomatik eine Beurteilung therapeutischer Wirkungen gerade im Bereich der Psychotherapie ausgesprochen schwierig macht. Verhaltenstherapeutische Programme können die Tic-Symptomatik oft nur vorübergehend beeinflussen (ROBERTSON 1989, SAND und CARLSON, 1973). In der letzten Zeit wird die Einbeziehung des familiären und sozialen Umfelds der Patienten im Sinne einer Aufklärung über die Erkrankung betont (FISCHER ET AL. 1986), auch sind erste Untersuchungen über Aspekte der Interaktion in den betroffenen Familien veröffentlicht worden (BUNK ET AL. 1988, HUPKA ET AL. 1988, EDELL und MOTTA 1988, TEICHMANN und ELIAHU 1986, OSTFELD 1988).

5 Fallbeispiele

Im folgenden soll anhand zweier Kasuistiken über die Besonderheiten der familiären Bewältigung der Erkrankung berichtet werden. Dabei ist das Tourette-Syndrom hinsichtlich dieser Frage aufgrund seiner einzigartigen Stellung an der Grenze von leiblichem und seelischem Erleben in vielfacher Hinsicht paradigmatisch:

- Der besondere Charakter der Erkrankung führt im Umfeld der Patienten zu einer Verwirrung hinsichtlich der Ursachenzuschreibung der nicht beherrschbaren Symptomatik.
- Auftreten bzw. Verstärkung von Symptomatik und damit einhergehende Belastung sowohl der in unserem Fall jugendlichen Patienten als auch ihrer Angehörigen sind in ihrer Kausalität vielfach nicht aufzulösen.
- Die lebenslange Erkrankung kann zu sekundären Beeinträchtigungen der Familien führen, die dann psychotherapeutischer Bearbeitung bedürfen.

Anhand der Besonderheiten unserer beiden Patientenfamilien sollen, zusätzlich zu diesen Fragen, am Ende spezifische Interventionsmuster in der Betreuung der von dieser Erkrankung Betroffenen herausgestellt werden.

5.1 Kasuistik 1

Der beim Erstkontakt knapp 18jährige Schüler lebt zum damaligen Zeitpunkt in einer örtlichen betreuten Jugendwohngemeinschaft, wo es aufgrund seiner schwer kontrollierbaren Symptomatik zu zunehmenden Spannungen und teilweise aggressiven Auseinandersetzungen gekommen war. In der Vorgeschichte finden sich zahlreiche Arztkontakte sowie zwei mehrmonatige stationäre psychotherapeutische Behandlungen, zuletzt ein halbes Jahr vor der jetzigen Untersuchung. Die definitive Diagnose Tourette-Syndrom war noch nicht gestellt worden.

Es handelt sich um einen schlanken, lebhaften und humorvollen Jungen, der etwas jünger wirkt. Er vermag sofort einen guten Kontakt herzustellen und fällt, außer durch seine im Ge-

sprach meist gut kontrollierten Tics, durch eine etwas abrupte und abgehackte Reaktions- und Sprechweise auf. Die Erkrankung begann etwas untypisch mit einer Trichotillomanie im 3. Lebensjahr. Vorausgegangen war eine Zwillingsgeburt 6 Wochen vor Termin, bei der der Patient als Zweitgeborener in Querlage mit einer Asphyxie geboren wurde. Die statomotorische Entwicklung war im Vergleich zum zweieiigen Zwilling Bruder deutlich verlangsamt (Laufenlernen mit 20 Monaten). Die klassische Tic-Symptomatik trat nach einer Zeit von häufigen Bronchitiden und damit einhergehenden Kuraufenthalten und Trennungen von zu Hause mit der Einschulung erstmals richtig auf. Es kam sofort zu einer komplexen Symptomatik, zu der u. a. gehörte, daß der Patient zwanghaft seinen Speichel am Ärmel ausstrich, da er nicht in der Lage war, ihn wegen eines „unangenehmen Geschmacks“ herunterzuschlucken. Daneben traten Gesichtstics auf und er versuchte, sich selbst Tritte ins Gesäß zu versetzen. Im 10. Lebensjahr wurden Treten und Leken dann durch Zähneknirschen abgelöst, dem vorausging, daß er mit einem Klassenkameraden beim Kaugummikauen erwischt wurde. In den ersten Jahren der Tics traten außerdem Zwangsphänomene im Sinne von Zählzwängen auf. Wenn es ihm nicht gelang, durch Zählen die Häufigkeit der Tics einzuschränken, trat heftige Wut auf.

Im Verlauf der Pubertät fluktuerte die Symptomatik, z. T. in Abhängigkeit von innerfamiliären Auseinandersetzungen. Zuletzt kamen schwere Unruhezustände und unartikulierte Vokalisationen ebenso wie klassische Koprolalien hinzu. Aufgrund der innerhalb der Familie zunehmend auftretenden aggressiven Durchbrüche gegenüber Eltern und Einrichtungsgegenständen erfolgte die Verlegung in eine stationäre kinder- und jugendpsychotherapeutische Einrichtung. Hier wurde im 17. Lebensjahr erstmals die Verdachtsdiagnose Gilles de la Tourette-Syndrom gestellt. Im Rahmen der stationären Behandlung konnte der deutliche Ausdruckscharakter der bunten Symptomatik immer wieder festgestellt werden und führte zur irrtümlichen Annahme einer neurotischen Symptomatik. Der Patient wurde schließlich ohne Besserung seiner Tic-Symptomatik in eine betreute Jugendgemeinschaft entlassen und besucht weiterhin die Realschule. In der Schule bestehen Konzentrations- und Lernstörungen, so daß trotz einer ursprünglich sehr guten Intelligenz die Leistungen z. T. unbefriedigend sind.

Der Patient entstammt der Familie eines Autoverkäufers und einer Sekretärin. Tics oder ähnliche Erkrankungen sind in der Familie nicht bekannt. Der Patient schildert aber eine gewisse Impulsivität bei seiner Schwester (+5). Die Mutter hatte vor der Geburt des Patienten und seines Zwillingbruders ein Zwillingpaar durch Fehlgeburt verloren. Sie ist eine resolute, in der Familie eher dominierende Person, die im Gespräch zu ihrem Mann eine Beziehung zeigt, die zwischen Abwertung und Momenten der Nähe schwankt. Der Mann wirkt untergründig gespannt mit einer starken Sehnsucht nach Akzeptanz, die ihm aufgrund seiner aggressiven Ausstrahlung wahrscheinlich nur schwer zugebilligt wird. Die Krankheit des Sohnes wird von beiden ausgesprochen schuldhaft erlebt. Die Mutter schildert, wie sie sehr früh begonnen hat, sich selbst Vorwürfe zu machen. Deutlich wird, daß einerseits die Zunahme der Symptomatik in konflikthaften Situationen, andererseits aber auch die Eigenwahrnehmungen des Patienten, der seine Tics als Abschütteln eines Drucks schildern, hier zusammenspielen. Wegen depressiver Verstimmungen sucht die Mutter schon seit vielen Jahren gesprächspsychotherapeutische Unterstützung. Auch der Mann hat in der letzten Zeit begonnen, Wochenendseminare mit dem Ziel der Selbsterfahrung zu besuchen, nachdem er bisher familiäre Konflikte vor allem durch Alkoholkonsum begegnete. Beide berichten, daß sie unter der spezifischen Sensibilität des

Sohnes für innerfamiliäre Spannungen sehr gelitten hätten und die jetzige Zeit ohne den Sohn als sehr entlastend für die Familie erlebten. Aufgrund der psychogenen Krankheitshypothese der Familie waren die Symptome des Sohnes als willkürlich erlebt worden, wobei die Mutter gleichzeitig aus Schuldgefühlen heraus eine fürsorgliche Haltung entwickelte und der Vater in typischer Weise eher strafend und vorwurfsvoll reagierte. Die Beziehung zum Zwillingbruder war über lange Jahre zwar eng, aber durch die Symptomatik beeinträchtigt, insofern der Bruder immer wieder auf „Distanz“ ging.

Im Zuge der in unserer Abteilung begonnenen medikamentösen Therapie mit Pimozid bis 8 mg/die kam es zu einer Reduktion der Tics um 70% nach subjektiver Einschätzung des Patienten. Wesentlich war, daß der schwer gestörte Schlaf und die bis zur Selbstverletzung auftretende abendliche Bewegungsunruhe im Bett völlig sistierten. Der Patient fühlte sich nach eigenen Angaben „das erste Mal wie ein Mensch“. Eine wesentliche Sedierung oder eine Beeinträchtigung der schulischen Leistungen trat nicht auf.

Zu einer weiteren Entlastung führte die Aufklärung der Familie über den Charakter und die Besonderheiten der Erkrankung. Nach mehreren Monaten Behandlung beschloß der Patient, zum Abschluß seiner Realschulzeit wieder nach Hause zurückzukehren und dort in der Umgebung danach eine Ausbildung als Physiotherapeut zu beginnen.

5.2 Kasuistik 2:

Die zweite Patientin ist eine 20jährige Arzthelferin, die mit ihrer Familie aus der Neurologischen Klinik der Universität Göttingen mit der Bitte um psychotherapeutische Betreuung überwiesen wurde. Es handelt sich um eine ebenfalls deutlich jünger wirkende, hübsche junge Frau, die im Kontakt oft auf rasche Weise einen Wechsel zwischen strahlendem Lächeln und „muffigem“ und beleidigtem Rückzug zeigt, der rasch aufzulösen ist.

Die Patientin leidet seit ihrem 3. Lebensjahr an multiplen und motorischen Tics und zunächst Vokalisationen wie Klicken und Grunzen, im Laufe der Jahre entwickeln sich komplexe Bewegungsmuster mit deutlichem Ausdruckscharakter. So gehört dazu eine knicks-ähnliche Bewegung sowie ein Schulterzucken, gelegentlich auch manieristische Verhaltensweisen wie plötzliches Vorschnellenlassen des Beckes, begleitet von einer Art Karateschlag der rechten Hand. Im Lauf der Pubertät entwickelte sich eine ausgeprägte Koprolalie mit teilweise sehr obszönen und entsprechend schambesetzten Worten.

Aus der Entwicklung der Patientin sind frühkindlich keine Auffälligkeiten bekannt, jedoch wird sie von der Mutter als Zeit ihres Lebens sehr anhängliches und eher zu kindlichen Verhaltensweisen neigendes Mädchen geschildert. Der Vater ist Bürokaufmann, ein eher sanfter und wenig aggressiver Mann, der von der Patientin abgewertet wird. Er bedauert die geringe Durchsetzungsfähigkeit seiner Tochter und appelliert hinsichtlich der Symptomatik an ihre Vernunft. Es besteht eine enge Bindung zwischen der Mutter, die als Zahnarzthelferin arbeitet, und der Patientin. Die Mutter ist in ihrem Verhalten zwischen Fürsorglichkeit aus Schuldgefühlen und Ärger über die regressiven Verhaltensweisen der Tochter hin und hergerissen. Sie wirkt zeitweilig depressiv und verzweifelt, grübelt darüber nach, was sie falsch gemacht haben könnte. In der Familie existiert die Hypothese, daß die Krankheit mit einem Ereignis im 3. Lebensjahr des Patienten begann, bei dem diese plötzlich während des Mittagsschlafs alleine in der Wohnung aufwachte und erhebliche Ängste entwickelte.

In dieser Familie ist die Belastung durch Peinlichkeits- und Schamgefühle in der Öffentlichkeit besonders stark ausgeprägt. Es besteht ein intensives Bedürfnis, gleichermaßen betroffene Familien kennenzulernen. Auch in dieser Familie ist die Verwirrung über die zeitweilige Unterdrückbarkeit der Symptomatik und das offene Ausbrechen insbesondere bei innerfamiliären Konflikten groß.

Die Behandlung gestaltete sich in diesem Fall schwieriger, da die Einnahme von Medikamenten wegen unerwünschter Sedierung zunächst abgelehnt wurde. Auch konnte die Familie die Diagnose Tourette-Syndrom nicht annehmen. Vielmehr war sie der Meinung, es handle sich bei der Tochter um ein hyperkinetisches Syndrom, das intensiver Psychotherapie zugänglich sei. Erst im Verlauf der Gespräche konnten die damit einhergehenden unrealistischen Erwartungen an die Patientin etwas abgebaut werden.

6 Diskussion

Die Diskussion um die Psychogenese des Gilles de la Tourette-Syndroms ist im Grunde seit langem entschieden. Es gibt keine Hinweise, die an der organischen Genese der Erkrankung zweifeln lassen, wenn auch deren Ätiologie noch weitgehend im Dunkeln liegt. Daß immer wieder psychodynamische und interaktionelle Überlegungen im Zusammenhang mit der Erkrankung angestellt werden, ist dennoch sinnvoll und hat vielfältige Ursachen.

Um sich die zu erörternde Problematik klar zu machen, ist es sinnvoll, die hirnorganisch bedingten Teilleistungsschwächen bei Kindern und Jugendlichen, auch bezeichnet als frühkindliche psychoorganische Syndrome (vgl. RUF-BÄCHTIGER, 1987) zu betrachten. Patienten mit diesen Beeinträchtigungen sind ja den allgemeinen Schritten, Sprüngen, Konflikten und Hindernissen der psychischen Entwicklung genauso ausgesetzt wie andere Jugendliche, ohne hierfür jedoch gleich gerüstet zu sein. Das Tourette-Syndrom weist vielfältige Beziehungen zu diesen Störungen der Kindheit und Jugend auf (CUMMINGS und FRANKEL, 1985, COMINGS und COMINGS, 1987). Ähnlich wie bei Kindern mit Teilleistungsschwächen sind auch Tourette-Kinder in ihrer persönlichen Entwicklung, in Lern- und Identifikationsprozessen und in der Bewältigung altersentsprechender Individuationsschritte mehr oder weniger beeinträchtigt und es kann auf die reichhaltigen entsprechenden Erfahrungen im Umgang mit dieser großen Patientengruppe verwiesen werden.

In der Einschätzung der Folgen und Auswirkung einer Tourette-Erkrankung auf das familiäre Umfeld, um die es hier gehen soll, muß man sich einiger Besonderheiten jedoch bewußt werden, die dieses Krankheitsbild von anderen unterscheidet: Im Gegensatz zu einer bloß mangelhaften Impulskontrolle bei Kindern mit anderen Verhaltensstörungen auf organischer Grundlage haben sich beim Tourette-Syndrom die Impulse motorischer Art teilweise verselbstständigt. Dabei behalten sie jedoch ihren häufigen Ausdruckscharakter. Der oft aggressive Gehalt der Symptomatik wird so von einer ursprünglichen Entstehungssituation losgelöst, verliert aber nicht seine „in-

teraktive Macht“. Für die Familien bedeutet das, daß es keine wirkliche Situation der Ruhe und Entspannung miteinander gibt. Dies hat insbesondere dann verheerende Folgen, wenn bei den Eltern eine psychodynamische Krankheitshypothese mit entsprechenden Schuldgefühlen besteht. Das Gefühl selber zum Leiden des Kindes beizutragen, ist aber nur in dem Sinne richtig, als die Eltern von ihm eine Unmöglichkeit verlangen: die Unterdrückung seiner Symptome. Im umfassenderen Sinn führt daneben die unweigerliche Außenseiterposition, in die Tourette-Patienten und damit auch ihre Familien geraten, zu einem tiefen und intensiven Wunsch nach Normalität und sozialer Akzeptanz, der obigen Teufelskreis noch verstärkt. Im Zuge der breiteren Aufklärung über die auch möglicherweise genetische Ursachenkomponente bei der Erkrankung in den USA, beginnen sich die elterlichen Schuldgefühle von der Ebene der Erziehung auf die Ebene der „genetischen Schuld“ zu verlagern (OSTFELD, 1988).

Im Zusammenhang mit der in vieler Hinsicht belasteten und belastenden Umgebung, der die Patienten mit ihrer „emotionalen Inkontinenz“ (MAHLER und LUKE, 1946) aufwachsen, ist die hohe Prävalenz depressiver und aggressiver Störungen bei diesen zu sehen (ROBERTSON ET AL. 1988).

Wenn diese Störungen als Sekundärphänomene definiert werden, ergibt sich die Notwendigkeit psychotherapeutischer Interventionen. In den letzten Jahren wurden diesbezüglich verschiedene Ebenen untersucht und als wichtig herausgehoben: EDELL und MOTTA (1988) fanden, daß die emotionale Anpassung der Kinder mit Tourette-Syndrom um so schlechter war, je mehr sie ihre Eltern als kontrollierend-kritisch erlebten. Das Selbstkonzept der Eltern und deren Wahrnehmung der Familienflexibilität spielten keine signifikante Rolle.

Sehr interessant sind die Befunde von BUNK ET AL. (1989), die zeigen konnten, wie die Symptomatik die Eigen- und Fremdwahrnehmung der familiären Beziehungen massiv verzerrte. Insbesondere die Mütter neigten dazu, die Beziehung, die das erkrankte Kind zu ihnen hatte, als wesentlich negativer zu sehen als sie real war. Daraus wiederum resultierte eine signifikant negativere Selbsteinschätzung der Mütter, verglichen mit einer Kontrollgruppe.

Die umgekehrte Bedeutung der Familienstruktur und der Beziehungen der Eltern untereinander für die Ausprägung der Symptomatik bzw. die Bewältigungsfähigkeiten betonten TEICHMANN und ELIAHU (1986). So war auch in unseren beiden Fällen deutlich, daß die charakteristische Symptomatik unweigerlich zu einer, wenn auch ambivalenten Kind-Mutter-Koalition führte, in der der Vater hilflos Außenstehender blieb (vergl. auch HUPKA ET AL., 1988). Solche „perversen Dreiecke“ (HALEY, 1980) produzieren in vieler Hinsicht massives Leiden bei allen Beteiligten. Sie sind außerdem den verbreiteten edukativen Ansätzen der Familienberatung nur begrenzt zugänglich.

Die Besonderheit des Tourette-Syndroms für das Problem „pathologischer“ Koalitionen läßt sich vielleicht aus

der einzigen bisher existierenden autobiographischen Schilderung eines Tourette-Patienten erschließen (Bliss, 1980). Das Tourette-Syndrom geht nicht nur mit einer Störung motorischer Impulskontrolle einher, sondern betrifft im umfassenden Sinn das Körperschema und die Sensibilität (vgl. KURLAN ET AL., 1989). Da der eigentliche Tic eher wie ein „Kratzen auf ein Jucken“ (Bliss) erlebt wird, gewöhnen sich Tourette-Patienten im Umgang mit ihrer Symptomatik eine besondere Aufmerksamkeit gegenüber den kleinsten Körpersensationen an, die einer Tic-Entäußerung vorausgehen. Es ist naheliegend, daß diese Aufmerksamkeit sich auch in die Umgebung richtet oder wie es die Mutter unseres Patienten ausdrückte: „Er bemerkt einfach alles, nie ist man unbeobachtet.“ Eine solche „Hypersensibilität“ auch gegenüber innerfamiliären Spannungen kann die emotionale Problematik aller Beteiligten noch weiter verschärfen.

Die medikamentöse Behandlung bleibt trotz ihrer Teilerfolge immer eine Gratwanderung zwischen sedierenden bzw. extrapyramidalen Nebenwirkungen und intermittierenden Entzugssymptome (FULTON, 1988). Vielen Patienten ist so die Mitarbeit ausgesprochen erschwert. Deshalb wird es auch weiterhin nötig sein, die Beteiligten in ihrer Bewältigung der schwierigen und überwiegend lebenslangen Situation zu unterstützen. Im Rahmen von Familieninterventionen erscheinen uns aus Literatur und eigener Erfahrung folgende Aspekte wesentlich:

- a) Aufklärung (auch z. B. von Lehrern etc.) über Art und Weise der Erkrankung, um die „selbstdestruktiven“ Krankheitshypothesen der Umgebung aufzulösen;
- b) Anerkennung der unausweichlichen Schwierigkeit, zwischen symptomatischem und „ungezogenem“ Verhalten zu unterscheiden;
- c) Förderung des Austausches über Selbst- und Fremdwahrnehmung der innerfamiliären Beziehungen;
- d) Vermittlung von Wissen über mögliche Entwicklungsverzögerungen beim Kind. (Nur allzu schnell geraten auch Therapeuten in die Falle ihrer eigenen normativen Vorstellungen von phasengerechter Entwicklung und Individuation);
- e) Ermöglichung von Trauer über den unvermeidlichen Außenseiterstatus von Patient und teilweise Familie sowie über den Verlust der Hoffnung auf eine „heile Familie“;
- f) Versuch, das ehelich-elterliche Subsystem (MINUCHIN, 1977) wieder herzustellen bzw. zu stärken;
- g) Ansprechen eventueller Schuldgefühle gesunder Geschwister.

Der unausweichlich soziale Charakter dieser „öffentlichen“ Erkrankung läßt viele Familien (auch in unserem Fall) den Erfahrungsaustausch mit gleichfalls Betroffenen suchen. Anders als in den USA, Großbritannien oder den Niederlanden existiert in der Bundesrepublik bisher keine Organisation von Tourette-Patienten und deren Angehörigen. Selbsthilfeorganisationen zu anderen kindlichen neuropsychiatrischen Erkrankungen (z. B. hyperkinetisches Syndrom) wären vielleicht als Anlaufstelle geeignet, um Möglichkeiten zu schaffen, den unsichtbaren

Bann etwas aufzuheben, der oft auf denen zu liegen scheint, die am Drama des Tourette-Kindes beteiligt sind.

Summary

Coping with Tourette-Syndrome in the Family

A survey over the disorder of chronic multiple tics (Tourette-Syndrome) is given. Two case reports reflect the effects of the syndrome on the family and other relational systems. Specific relations between the unusual and irritating symptomatology and the reaction of the family members are emphasized. In conclusion we offer some proposal for psychotherapeutic interventions, to help the relatives to cope better with the burden of the disorder.

Literatur

- ASAM, V./TRÄGER, S.-E. (1975): Therapeutische Aspekte der Gilles de la Tourette'schen Erkrankung. *Nervenarzt* 46, 361-367. – BLISS, J. (1980): Sensory Experiences of Gilles de la Tourette-Syndrome. *Arch. Gen. Psychiatry* 37, 1343-1347. – BUNK, D./ROTHENBERGER, A./EGGERS, C. (1988): Familiäre Interaktion und Beziehungsmuster bei Kindern mit chronischen multiplen Tics (CMT). *Acta Paedopsychiatrica* 51, 156-163. – COMINGS, D.E./COMINGS, B.G. (1987): A controlled study of Tourette-syndrome. I-VII. *Am. J. Hum. Genet.* 41, 701-866. – CUMMINGS, J.L./FRANKEL, M. (1985): Gilles de la Tourette-Syndrome and the neurological basis of obsessions and compulsions. *Biol. Psychiatry* 20, 1117-1126. – EDELL, B.H./MOTTA, R.W. (1988): The emotional adjustment of children with Tourette's syndrome. *The Journal of Psychology* 123 (1), 51-57. – ELDRIDGER, R./SWEET, R./LAKE, R./ZIEGLER, M./SHAPIRO, A.K. (1977): Gilles de la Tourette's syndrome: Clinical, genetic, psychological and biochemical aspects in 21 selected families. *Neurology* 27, 115-124. – FISHER, W./BURD, L./COULON, C./COULON, R. (1986): Educating children and adults on coping with Tourette-syndrome. *Perceptual and Motor Skills* 62, 530. – FULTON, W.A. (1988): Intermittent medication cessation in the treatment of Tourettesyndrome. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 12, 235-240. – HABER, S.N./KOWALL, N.W./VONSATTEL, J.P./BIRD, E.D./RICHARDSON, E.P. (1986): Gilles de la Tourette's syndrome. A post mortem neuropathological and immunohistochemical study. *J. Neurol. Sci.* 75, 225-241. – HALEY, J. (1980): Ansätze zu einer Theorie pathologischer Systeme. In: WATZLAWICK, P./WEAKLAND, J. (Hrsg.): *Interaktion*. Stuttgart: Huber. – HUBKA, G.B./FULTON, W.A./SHADY, G.A./CHAMPION, L.A./WAND, R. (1988): Tourette Syndrome: Impact of Canadian family functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 12, 359-361. – KURLAN, R./LICHTER, D./HEWITT, D. (1989): Sensory tics in Tourette's syndrome. *Neurology* 39, 731-734. – LECKMAN, J.F./RIDDLE, M.A./BERRETTINI, W.H./ANDERSON, G.M./HARDIN, M./CHAPPEL, P./BISSETTE, G./NEMEROFF, L.B./GOODMAN, W.K./COHEN, D.J. (1988): Elevated CSF Dynorphin A [1-8] in Tourette's syndrome. *Life Sciences* 43, 2015-2023. – MAHLER, M.S./LUKE, J.A. (1946): Outcome of the Tic syndrome. *J. Nerv. Ment. Dis.* 103, 433-445. – MESSIAH, F.S. (1988): Biochemical pharmacology of Gilles de la Tourette's syndrome. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 12, 295-305. – MINUCHIN, S.

- (1977): Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus. – OSTFELD, B.M. (1988): Psychological interventions in Gilles de la Tourette's syndrome, *Pediatric Annals* 17 (6), 417–421. – PASAMANIK, B./KAWI, A. (1956): A study of the association of prenatal and paranatal factors with the development of tics in children. *J. Pediatr.* 48, 546–601. – PAULS, D.L./COHEN, D.J./HEIMBUCH, R./DETLEF, J./KIDD, K.K. (1981): Familial pattern and transmission of Gilles de la Tourette syndrome and multiple tics. *Arch. Gen. Psychiatry* 38, 1091–1093. – REGER, L./PAKKENBERG, B./FOG, R./PAKKENBERG, H. (1986): Clinical feature and long-term treatment with pimozide in 65 patients with Gilles de la Tourette's syndrome. *J. Neuro. Neursug and Psychiat.* 49, 791–795. – ROBERTSON, M.M./TRIMBLE, M.R./LEES, A.J. (1988): The psychopathology of the Gilles de la Tourette syndrome. *Br. J. Psychiatry* 152, 383–390. – ROBERTSON, M.M. (1989): The Gilles de la Tourette-syndrome: the current status. *Br. J. Psychiatry* 154, 147–169. – RUF-BÄCHTIGER, L. (1987): Das frühkindliche psycho-organische Syndrom. Stuttgart: Thieme. – SAND, P.L./CARLSON, C. (1973): Failure to establish control over tics in the Gilles de la Tourette syndrome with behaviour therapy techniques. *Brit. J. Psychiat.* 122, 665–670. – SANDYK, R. (1989): Dopaminergic supersensitivity factors in Tourette syndrome: a hypothesis. *Intern. J. Neurosciences* 44, 169–174. – SHAPIRO, A.K./SHAPIRO, E.S./BRUUN, R.D./SWEET, R.D. (1987): Gilles de la Tourette-Syndrome. New York: Raven. TEICHMAN, Y./ELIAHU, D. (1986): A combination of structural family therapy and behaviour techniques in treating a patient with two tics. *J. Clinical Child Psychology* 15, 311–316.
- Anschr.d.Verf.: Dr.med. Henning Schauenburg, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Zentrum Psychologische Medizin der Universität, von-Siebold-Str.5, 3400 Göttingen.