

Schleiffer, Roland

## **Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 6, S. 199-205*

urn:nbn:de:bsz-psydok-28617

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](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

|  |     |
|--|-----|
| Nachruf Prof. Dr. med. Hubert Harbauer (Obituary Prof. Dr. med. Hubert Harbauer) ..... | 1   |
| Johann Zauner 60 Jahre (Johann Zauner 60 Years) ..                                     | 153 |
| Rudolf Adam 60 Jahre (Rudolf Adam 60 Years) .....                                      | 265 |

### Aus Praxis und Forschung

|   |     |
|---|-----|
| G. Baethge: Kindertherapie oder Familientherapie? (Child Therapy or Family Therapy?) .....  | 159 |
| F. Baumgärtel: Die Rolle projektiver Verfahren in der therapieorientierten Diagnostik (The Function of Projective Methods in Therapy-centered Diagnostics) ..   | 77  |
| E. H. Bottenberg: Persönlichkeitspsychologische Analyse der „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH) (Personality-psychological Analysis of the "Idea of own Helping" (VEH) .....   | 124 |
| E. H. Bottenberg: Prosoziales Verhalten bei Kindern: „Vorstellung vom eigenen Helfen“ (VEH), Persönlichkeitskontext und Dimensionen des elterlichen Erziehungsstiles (Prosocial Behavior in Children: "Idea of own Helping" (VEH), Personality Context, and Dimensions of Parental Child-rearing Style) ..... | 137 |
| M. B. Buchholz: Psychoanalyse — Familientherapie — Systemtheorie: Kritische Bemerkungen zur These vom Paradigmawechsel (Psychoanalysis—Family Therapy—System Theory: Critical Remarks upon the Theory Concerning a Change of Paradigm) .....  | 48  |
| G. Deegener, Ch. Jacoby u. M. Kläser: Tod des Vaters und seine Bedeutung für die weitere Entwicklung des Kindes: eine retrospektive Studie (Death of the Father and its Importance for the Psychosocial Development of the Children) .....  | 205 |
| M. Fuchs: Beziehungsstörungen und Funktionelle Entspannungstherapie (Disturbed Personal Relations and Functional Relation Therapy) .....  | 243 |
| U. Gerhardt: Familientherapie — Theoretische Konzeptionen und praktische Wirklichkeit — Ergebnisse einer Umfrage (Family Therapy in Theory and Practice) ..   | 274 |
| P. Hälgi: Symbolik und Verlauf in der Therapie eines dreizehnjährigen Stotterers mit dem katathymen Bilderleben (Symbolism and Process in a Short Term Therapy of a Male Juvenile Stutterer using the Day Dream Technique of Guided Affective Imagery (GAI)) ....   | 236 |
| H. Kury u. Th. Deutschbein: Zur Erfassung gesprächstherapeutischer Prozessvariablen anhand von Bandaufzeichnungen (Collecting Data by Tape Recordings on Process Variables in Clientcentered Psychotherapy) ..  | 2   |
| J. Leistikow: Ein Wechselwirkungsmodell zur Ableitung von Therapieentscheidungen aus diagnostischen Informationen (A Model of Reciprocal Action for Arriving at Therapeutic Decisions on the Basis of Information Obtained in Diagnostics) .....  | 118 |
| G. Lischke-Naumann, A. Lorenz-Weiss u. B. Sandock: Das autogene Training in der therapeutischen Kindergruppe (Autogenous Training in Group Psychotherapy with Children) .....   | 109 |
| E. Löschenkohl u. G. Erlacher: Kinder an chirurgischen Stationen: Überprüfung eines kognitiv orientierten Interventionsprogrammes zur Reduktion von Verhaltensstörungen (Children in a Surgical Ward: A Cognitive Intervention Program for Reducing Behavioral Disorders) .....                               | 81  |
| B. Mangold u. W. Obendorf: Bedeutung der familiären Beziehungsdynamik in der Förderungsarbeit und Therapie mit behinderten Kindern (The Significance of the Dynamics of Family Relationships in Regard to Management of Retarded Children) .....  | 12  |

|   |     |
|---|-----|
| F. Mattejat: Schulphobie: Klinik und Therapie (School Phobia: Clinical and Therapeutic Aspects) .....   | 292 |
| U. Rauchfleisch: Alters- und geschlechtsspezifische Veränderungen der Frustrationsreaktion bei Kindern und Jugendlichen (Age-and Sex-related Changes in the Reaction to Frustration in Children and Adolescents) ..   | 55  |
| Ch. Reimer u. G. Burzig: Zur Psychoanalytischen Psychologie der Latenzzeit (Some Considerations upon Psychoanalytic Psychology of the Latency Period) ..  | 33  |
| V. Riegels: Zur Interferenzneigung bei Kindern mit minimaler zerebraler Dysfunktion (MZD) (Interference Tendencies in Children with Minimum Cerebral Dysfunction (MCD)) .....   | 210 |
| M. Rösler: Befunde beim neurotischen Mutismus der Kinder — Eine Untersuchung an 32 mutistischen Kindern (An Investigation of Neurotic Mutism in Children—Report on a Study of 32 Subjects) .....  | 187 |
| J. Rogner u. H. Hoffelner: Differentielle Effekte einer mehrdimensionalen Sprachheilbehandlung (Differentiated Effects of a Multi-dimensional Speech Therapy) ..  | 195 |
| U. Seidel: Psychodrama und Körperarbeit (Psychodrama and Bodywork) .....  | 154 |
| G. H. Seidler: Psycho-soziale Aspekte des Umgangs mit der Diagnose und der intra-familiären Coping-Mechanismen bei Spina bifida- und Hydrozephaluskindern (Psycho-social Aspects of Coping with Diagnosis and of Related Family Dynamics in Families Having Children Afflicted with spina bifida and Hydrocephalus) ..... | 39  |
| R. Schleiffer: Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms (Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome) .....  | 199 |
| H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population: I. Erhebungsmethode und Prävalenzraten (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population: 1. Methodology and Prevalence) .....  | 231 |
| A. Stieber-Schmidt: Zur Arbeit im „Realitätsraum“ einer Jugendlichen-Station in einer psychotherapeutischen Klinik (Observations on Adolescent Clinical Psychotherapy) .....  | 247 |
| W. Vollmoeller: Zur Problematik von Entwicklungskrisen im Jugendalter (On Problems of the Concept of Juvenile Crisis) .....   | 286 |
| H. R. Wohnlich: Die psychosomatisch-psychotherapeutische Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich: Krankengut, Organisation und therapeutisches Konzept (Psychosomatic-psychotherapeutic Ward of the Children's Hospital Zürich: Patients, Organisation, Therapeutic Concept) .....                                 | 266 |

### Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

|  |     |
|--|-----|
| H. Budde u. H. Rau: Unterbringung von verhaltensauffälligen Kindern in Pflegefamilien — Erfahrungen bei der Auswahl und Differenzierung im Rahmen eines Pflegeelternprojektes (Selection and Differentiation of Foster Families for Behaviorally Disturbed Children) ..... | 165 |
| G. Deegener: Ergebnisse mit dem Preschool Embedded Figures Test bei fünfjährigen deutschen Kindergartenkindern (Results with the Preschool Embedded Figures Test on Five-Year-Old Children) .....  | 144 |
| G. Glissen u. K.-J. Kluge: Berufliche Unterstützung und Förderung von Pädagogen in einem Heim für verhaltensauffällige Schüler (Occupational Assistance and Promotion of the Pedagogic Staff in a Home for Behaviorally Disturbed School Children) .....                   | 174 |

|   |     |  |     |
|---|-----|--|-----|
| K.-J. Kluge u. B. Strassburg: Wollen Jugendliche durch Alkoholkonsum Hemmungen ablegen, Kontakte knüpfen bzw. ihre Probleme ertränken? (Alcohol Abuse in Adolescents—A Means of Discarding Inhibitions, of Establishing Contacts, or of Drowning One's Problems) .....      | 24  | zieherinnen (The Problem of Social Desirability in a Survey of Motives for Choosing the Profession Aspired to with Trainees at Training Colleges for Welfare Workers) .....  | 214 |
| K.-J. Kluge: Statt Strafen logische Konsequenzen (Logic Consequences Instead of Punishment) .....   | 95  | <b>Tagungsberichte</b>   |     |
| F. Mattejat u. J. Jungmann: Einübung sozialer Kompetenz (A Group Therapy Program for Developing and Exercising Competent Social Behaviour) .....  | 62  | H. Remschmidt: Bericht über die 17. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München vom 25.–27.5.1981 (Report of the 17th Scientific Meeting of the German Association for Child and Adolescent Psychiatry in Munich, May 25–27, 1981) .....                        | 223 |
| L. Merckens: Motivationspsychologische Erwägungen bei der Planung und Durchführung des Unterrichts in der Körperbehindertenschule (Psychological Considerations on Motivation for the Planning and Realization of Teaching in Schools for the Physically Handicapped) ..... | 305 | G. Wolff u. J. Brix: Bericht über eine Arbeitstagung zum Thema „Psychosoziale Betreuung onkologisch erkrankter Kinder und ihrer Familien“ in Heidelberg vom 3.10.–5.10.1980 (Report on a Workshop on: "Psychosocial Care for Children as Tumor Patients and for Their Families", Heidelberg October 3–5, 1980) ..... | 100 |
| I. Milz: Die Bedeutung der Montessori-Pädagogik für die Behandlung von Kindern mit Teilleistungsschwächen (The Significance of the Montessori Teaching Method in the Treatment of Children with Partial Performance Disorders) .....  | 298 | <b>Kurzmitteilung</b>  |     |
| F. Petermann: Eltern- und Erziehertraining für den Umgang mit aggressiven Kindern (Parents and Educator Training with Regard to Aggressive Child's Behavior) .....  | 217 | A. R. Bodenheimer: Vom Unberuf des Psychiaters (Psychiatrist—the Non-Profession) .....   | 103 |
| J. Peters: Systematische Förderung von Selbstsicherheit und Selbstbehauptung bei Heimkindern (Training of Self-reliance and Assertiveness with Orphanage-children) .....  | 182 | <b>Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)</b>  |     |
| R. Rameckers u. W. Wertenbroch: Prophylaxe von Verhaltensauffälligkeiten als Aufgabe von Kindergärten (The Prevention of Inadequate Behaviour in Kindergarten) .....  | 70  | Affemann, Rudolf: Woran können wir uns halten? — Kompaß durch die Konfliktfelder unserer Zeit — Erfahrungen eines Psychotherapeuten .....  | 226 |
| J. R. Schultheis: Verhaltensprobleme im Berufsschulalter unter dem Aspekt der Realitätstherapie (The Significance of Reality Therapy in Regard to Behavior Problems of Adolescents Receiving Vocational Education) .....  | 256 | Antoch, Robert F.: Von der Kommunikation zur Kooperation. Studien zur individualpsychologischen Theorie und Praxis .....   | 227 |
| J. Wienhues: Der Einfluß von Schulunterricht auf die Konzentrationsfähigkeit von Kindern im Krankenhaus (Hospitalization from the Point of View of Children in Secondary School Results from a Questionnaire) .....   | 18  | Hau, Theodor, R.: Psychoanalytische Perspektiven der Persönlichkeit .....  | 107 |
| J. Wienhues: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor (Schoolteaching in the Hospital - a Factor of Compensation and Rehabilitation) .....   | 91  | Halsey, A. D. (Hrsg.): Vererbung und Umwelt .....  | 105 |
| H. Zern: Zum Problem „Sozialer Erwünschtheit“ bei der Erfassung von Berufswahlmotiven angehender Er-  |     | Hellwig, Heilwig: Zur psychoanalytischen Behandlung von schwergestörten Neurosekranken .....   | 107 |
|   |     | Hommes, Ulrich (Hrsg.): Es liegt an uns — Gespräche auf der Suche nach Sinn .....  | 227 |
|   |     | Kellmer Pringle, Mia: Eine bessere Zukunft für Kinder .....  | 105 |
|   |     | Kuhmerker, Lisa, Mentkowski, Marcia u. Erickson, Lois (eds): Zur Evaluation der Wertentwicklung .  | 106 |
|   |     | Schmidt, Hans Dieter, Richter, Evelyn: Entwicklungswunder Mensch .....   | 227 |
|   |     | <b>Mitteilungen (Announcements)</b> 76, 108, 150, 186, 228, 262, 313   |     |

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
(Leiter: Prof. Dr. H. Harbauer †)  
am Zentrum der Psychiatrie der J. W. Goethe-Universität Frankfurt am Main

## Zur Psychodynamik des Gilles de la Tourette-Syndroms\*

Von Roland Schleiffer

### Zusammenfassung

Ein Überblick über die psychodynamische Literatur zum *Gilles de la Tourette-Syndrom* zeigt, daß es bisher nicht gelang, diesem Krankheitsbild einen spezifischen Triebkonflikt zuzuordnen. Erst eine strukturdynamische Perspektive ließ eine zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung erkennbar

---

\* Für die Erlaubnis zur Verwendung der Krankengeschichte Birgit K. danke ich Herrn Dr. U. Albrecht, Leiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie „Rheinhöhe“ in Eltville.

Herrn Dr. H. Schultz, der die psychoanalytische Supervision der Psychotherapie von Jens K. durchführte, verdanke ich wertvolle Einsichten in die Psychodynamik dieser Erkrankung.

werden. Anhand von 3 Krankengeschichten jugendlicher Patienten mit einem Tourette-Syndrom wird diese Persönlichkeitsstörung als Borderline-Störung beschrieben. Zudem erweist sich der psychodynamische Zugang zu diesem ätiologisch noch nicht hinreichend geklärten Krankheitsbild gerade im Hinblick auf die Erstellung einer therapeutischen Strategie als unverzichtbar.

### 1. Einleitung

Bei der generalisierten Tic-Erkrankung oder dem *Gilles de la Tourette-Syndrom* handelt es sich um ein Krankheitsbild,

das, in der Kindheit oder Jugend beginnend, einen chronischen Verlauf nimmt. Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen multiple, mehrere Muskelgruppen betreffende, motorische Tics sowie vokale Tics. Hinzutreten können Echolalie, Echopraxie, Palilalie sowie als pathognomonische Symptome Koprolalie und Kopropraxie. Ein Symptomwandel ist typisch. Die Tics sind willentlich nur für kurze Zeit zu unterdrücken. Die Intensität der Symptomatik ist situationsabhängig. Streß provoziert die Tics, während sie bei ruhiger und angstfreier Beschäftigung sistieren können. Obgleich – oder auch wegen – ihres seltenen Vorkommens hat diese Krankheit ein multidisziplinäres Interesse gefunden, zumal die Ätiologie noch durchaus unklar ist. Als eine neuropsychiatrische Krankheit par excellence erscheinen neben neurophysiologischen, psychopharmakologischen und genetischen auch ethologische (Levy) sowie psycholinguistische (Frank) Aspekte relevant. Nach Jahrzehnten vorwiegend psychodynamisch ausgerichteter Forschung zentriert sich das wissenschaftliche Interesse seit der erfolgreichen Einführung der Psychopharmakotherapie mittels Haloperidol im Jahre 1961 zunehmend auf die vermuteten organischen Grundlagen dieses Syndroms.

Wissenschaftsgeschichtliche Parallelen zum Somatose-Postulat in der Schizophrenie-Forschung liegen auf der Hand. Nachgerade anachronistisch mutet es daher an, daß noch jüngst vor psychologischem Denken über das *Tourette-Syndrom* gewarnt wurde (Shapiro et al.).

Trotz dieses Obsoletierungsversuchs soll in dieser Arbeit vorwiegend vom psychodynamischen Aspekt des *Gilles de la Tourette-Syndroms* gehandelt werden. Sie geht von dem Grundgedanken aus, daß auch eine elaborierte Neuropsychologie den psychopathologischen und psychodynamischen Zugang nicht suspendiert.

Zunächst soll ein Überblick über die psychoanalytische Literatur zum Tic bzw. dem *Tourette-Syndrom* gegeben werden. Dabei erfährt die Subsumption des *Tourette-Syndroms* unter die Tic-Erkrankungen nachträglich insofern eine Rechtfertigung, als auch die modernen somatologischen Theorien ein Kontinuum dieser Störungsbilder annehmen (Corbett, Shapiro et al. 1978, Golden). Es folgt die Darstellung dreier Krankengeschichten. Die anschließende Diskussion verfolgt zwei Hauptziele. Zum einen soll aufgewiesen werden, daß diesem Syndrom eine schwere Persönlichkeitsstörung zugrundeliegt, die man heute als Borderline-Störung faßt. Zum anderen soll an diesem Krankheitsbild exemplarisch aufgezeigt werden, daß sich psychodynamische und familiendynamische Überlegungen bei einem Verzicht auf vorschnelle ätiologische Implikationen auch bei Krankheitsbildern mit vermuteter organischer Genese als fruchtbar und gerade im Hinblick auf die Aufstellung einer therapeutischen Strategie als unverzichtbar erweisen.

## 2. Literaturüberblick

Ferenczi, der sich ausschließlich auf die Falldarstellungen von Meige u. Feindel stützt, sieht in den Tics „stereotypisierte Onanieäquivalente“. Im Unterschied zu konversionshysterischen Symptomen handle es sich um das Symptom einer „Ich-Hysterie“ bzw. einer narzißtischen Neurose. In

seiner Replik auf die Arbeit von Abraham macht er auf die zu beobachtende Ich-Regression aufmerksam. Abraham faßt den Tic als ein „Konversionssymptom auf der sadistisch-analen Stufe“ auf. Dadurch gerät der Tic in die Nähe zu den Zwangsneurosen. Im Unterschied zu diesen bestehe bei den Tic-Patienten eine mangelhafte Beherrschung der Organinnervation. Die Qualität der zugrundeliegenden Objektbeziehungen wurde kontrovers beurteilt. Während Kovacs und Deutsch die narzißtische Komponente für maßgebend halten und darin grundsätzlich Ferenczi zustimmen, hält Klein den Tic für ein sekundär narzißtisches Symptom.

Fenichel versucht, zwischen den unterschiedlichen Auffassungen zu vermitteln, indem er den Tic einerseits als prägenitale Konversionsneurose ähnlich dem Stottern versteht, andererseits die narzißtische Orientierung von Tic-Patienten hervorhebt. Regelmäßig finde sich ein ausgesprochener Analcharakter. Wie bei anderen prägenitalen Konversionsneurosen würden beim Tic exhibitionistische Tendenzen ausgelebt. Es liege eine „mangelnde Organisation des Ich“ vor, da die Ich-Leistung einer Kontrolle der motorischen Fertigkeiten unzureichend sei. Er nimmt ein Kontinuum zwischen dem einfachen Tic auf der einen und dem *Tourette-Syndrom* auf der anderen Seite je nach Ausprägungsgrad der Ich-Störung an, wobei er wie früher schon Freud und Ferenczi auf die Möglichkeit einer organischen Verursachung des Tics hinweist.

Eine neue Perspektive eröffnete die Hinwendung der psychoanalytischen Theorie zur Ich-Psychologie, die schon bei Ferenczi anklingt. Vor allem Mahler und ihre Mitarbeiter haben wichtige Beiträge zur Psychodynamik des Tic-Syndroms erbracht. Von den symptomatischen Tics, die etwa der Abfuhr emotionaler Spannungen dienen oder ein konversionsneurotisches Symptom darstellen, trennt sie das Tic-Syndrom, dem eine schwere Störung der expressiven Ich-Funktionen der Motorik, der Gestik und Mimik sowie des Sprechens zugrundeliege. Das Tic-Syndrom könne einmal Ausdruck einer Impulsneurose i. S. von Fenichel sein. Diese Patienten imponierten eher als hyperkinetisch. Sie scheinen ihre Tics und Koprolalien halbfreiwillig zu produzieren und neigten zum Ausagieren. Andererseits könne das Tic-Syndrom auch als eine psychosomatische Erkrankung des neuromuskulären Systems vorkommen. Diese Patienten seien eher hypomotorisch und subdepressiv.

Auch Dührssen vermutet als eine Ursache von Tic-Erscheinungen eine „Behinderung der reifenden Motorik“. Aufgrund deren Vermittlungsfunktion für das Ausdrucks-geschehen würden Ausdrucksbedürfnisse und rhythmisches Erleben des Kindes gestört. Der Tic erscheine als Rest einer Ausdrucksbewegung, deren „Verbindung zum zugehörigen inneren Erleben abgerissen“ sei.

In der Folgezeit gerät gerade diese strukturdynamische Perspektive aus dem Blick. Die Versuche, spezifische Triebkonflikte diesem Syndrom zuzuordnen, geraten daher nicht überzeugend. Beispielsweise wird immer wieder auf einen Aggressionskonflikt hingewiesen (Eisenberg et al., Dunlap, Fernando), auf selbstaggressive Tendenzen (Murray), auf eine besondere Ambivalenz der Beziehungen zur Mutter (Kurland), auf hypochondrische Neigungen von Tic-Kranken (Corbett) oder auf eine auffallende Sexualisierung ihrer

Beziehungen (Lucas et al.). Oft wird die Frage diskutiert, ob dem Tic eher eine zwanghaft-kontrollierende oder mehr hysterisch-expressive Persönlichkeit zugrundeliegt. Die Tatsache, daß es offensichtlich nicht gelingt, dem Tic-Syndrom eine spezifische Triebdynamik zuzuordnen, zeigt an, daß diese Versuche den Kern der psychodynamischen Pathologie verfehlen. Im folgenden soll daher wieder an die strukturorientierten Arbeiten von *Mahler* angeknüpft werden. Anhand der Kasuistik soll die dem *Tourette*-Syndrom zugrundeliegende defiziente Ich-Struktur herausgearbeitet werden. Dabei erweisen sich auch familiendynamische Aspekte als relevant.

### 3. Kasuistik

#### 3.1 Jens K., 13;10 Jahre

Aus der Anamnese sowie aus den körperlichen Befunden ergeben sich keine Hinweise auf das Vorliegen einer frühkindlichen Hirnschädigung. Im Alter von 3 1/2 Jahren habe der Junge im Anschluß an eine schwere Masernerkrankung mehrere Monate lang gefiebert. Man habe damals an eine Enzephalitis gedacht, zumal er in seinem Verhalten sehr aggressiv gewesen sei. Auf der Geburt seines um 16 Monate jüngeren Bruders habe Jens mit großer Eifersucht reagiert. Im 3. Lebensjahr habe er so exzessiv onaniert, daß man glaubte, ihn festbinden zu müssen. Die Erkrankung begann mit einem Zwinker-Tic im Alter von 8 Jahren anläßlich eines Kuraufenthaltes, der nach einigen Monaten wieder verschwand. Mit 12 Jahren seien Zwangsimpulse hinzugetreten. So habe er beim Radfahren daran denken müssen, den Fuß zwischen die Speichen zu stecken oder den Lenker herumzureißen. Die Tics hätten dann auf Arme und Hände übergreifen. Monate später seien dann die ersten „Töne“ aufgetreten, die kurz darauf von Koprolalien („Nutte“ in Verbindung mit dem Vornamen seiner Mutter, „Sau“, „Ficken“) ergänzt wurden. Damals hatten sich seine Eltern nach langjährigen Querelen endgültig getrennt. Zudem war die Mutter ein Verhältnis zu einem anderen Mann eingegangen. Bemerkenswert ist, daß der Vater seine Frau deswegen mit den gleichen Schimpfwörtern belegte, wie sie Jens zwangsweise ausstieß. Als die Symptomatik eine Internatsunterbringung notwendig machte, steigerten sich die aggressiven Verhaltensweisen des Jungen. In der Klinik zeigte der Junge diverse Tics sowie komplexe Bewegungsmuster wie Augenrollen, Augenbohren, Finger-in-den-Mund-Stecken u. a. m. Die Symptomatik nahm deutlich zu, wenn er an seine Mutter oder an sexuelle Dinge dachte. Das Familienleben war von Anfang an disharmonisch. Bei der Mutter handelt es sich um eine ausgesprochen hysterische Frau, die in ihrem Verhalten dauernd zwischen Flirtangeboten und abwertenden Tendenzen pendelte. Ihr Vater sei im Krieg gefallen. Die zweite Ehe der Mutter sei „nur im Bett“ gut gewesen. Dauernd habe sie bei Ehestreitigkeiten vermitteln müssen. Ihre fünf jüngeren Geschwister habe sie miterziehen müssen. Zur Heirat sei sie von ihren Eltern gedrängt worden, als sie mit Jens schwanger war. Ihr Mann habe sich in den Jahren immer mehr als schlecht „entpuppt“. Sie sei von ihm auch im Beisein der Kinder tätlich angegriffen worden. Frau K. charakterisierte ihren Mann in ähnlicher Weise wie Jens. Beide seien nur an materiellen Dingen, an Geld, Alkohol und Frauen interessiert, zudem angeberisch und geltungsbedürftig.

Der Vater vermittelte einen schwachen, subdepressiven Eindruck. Offensichtlich hing er noch an seiner Frau. Er sei damals einfach noch zu jung gewesen, so daß er immer das Gefühl gehabt habe, etwas nachholen zu müssen. Die Erziehung der Kinder habe er bald ganz seiner Frau überlassen. Der 12 Jahre alte Bruder wirkte im Gegensatz zu Jens schmal und zierlich. Von den Eltern wurde er übereinstimmend als der intelligentere dargestellt, was objektiv nicht

stimmte. Er war Legasthener und litt immer noch unter einem Sprachfehler. Später stellte sich heraus, daß er zuerst Tics gezeigt hatte. Während der Therapie von Jens wurde er zunehmend depressiv und aggressiv, so daß auch für ihn eine Psychotherapie erwogen wurde.

Der 3jährige Bruder, „Ergebnis“ eines Versöhnungsversuchs der Eltern, schien sich bislang unauffällig zu entwickeln.

Die Objektbeziehungen von Jens waren insgesamt wenig stabil. Die Beziehungen zur Mutter waren sehr ambivalent und sexualisiert, wie überhaupt alle Beziehungen zu Mädchen und Frauen. In Zärtlichkeiten sah Jens Verführungsangebote, die seine Neugier reizten, ihn allerdings auch ängstigten. In seinen sadistischen und entwertenden Phantasien Frauen gegenüber fühlte sich Jens mit seinem Vater verbunden. Seine Enttäuschung an ihm versuchte er durch Verleugnung und Überidealisierung wettzumachen. In manchen Tics kam die Identifizierung mit dem Vater zum Ausdruck. So verband er mit den ruckartigen Kopfbewegungen die Phantasie, von der Bartheke aus Frauen zu taxieren, wie er es beim Vater gesehen hatte. Die Beziehungen zwischen den beiden älteren Brüdern waren durch massive Eifersucht und Rivalität charakterisiert. Dauernd suchte Jens die Nähe zu Mädchen, die er zu dominieren suchte. Seine „männlich-chauvinistischen“ Allüren führten anfangs zu ersten Problemen mit seinen Betreuerinnen auf der Station.

#### 3.2 Sabine S., 18 Jahre

Bei diesem Mädchen konnten keine relevanten organischen Befunde erhoben werden, sieht man von einer computertomographisch erfaßten leichten Mikroventrikulie ab. Die frühkindlichen Entwicklungsdaten wurden als zeitgerecht angegeben. Mit 12 Jahren sei sporadisch ein Schulterzucken beobachtet worden, mit 14 Jahren sei es zu multiplen Tics gekommen. Bei dem Tod der Großmutter seien Phonationstics hinzugetreten. Während einer orthopädischen Kur mit 17 Jahren verschwanden die Symptome völlig, wobei es zu einer sekundären Amenorrhoe kam. Als die Periode fünf Monate später wieder einsetzte, traten die Tics wieder auf.

In der Klinik verhielt sich Sabine „wie besessen“. Unablässig zuckte sie mit allen Gliedmaßen, alle paar Schritte hüpfte sie auf. Sie grimassierte, streckte die Zunge heraus, rollte mit den Augen und stieß schluchzende Töne aus. Im Gespräch mußte sie zwanghaft ihr Kleid hochheben (*Kopropraxie*). Die Tics waren am stärksten in Gegenwart ihrer Mutter und nahmen auch zu, wenn es beispielsweise um ihre Menstruation ging. Oft wurde deutlich, daß sie sich während der Tics mit anderen Personen identifizierte.

Sabine imponierte durch ein ungepflegtes, lautes, bisweilen ordinär wirkendes Auftreten. Sie verhielt sich in Gesprächen ungeduldig, aufsässig und nörgelig. Der Gesprächsverlauf war oft chaotisch. Auch konnte sie ihre Tics für eine gewisse Zeit völlig unterdrücken. Später gab sie an, daß die Tics ihr sogar einen gewissen Spaß bereiteten und sie vor Langeweile schützten. Sabine hat noch zwei jüngere Schwestern. Die zweitälteste wurde von der Mutter bei der Aufzählung als Erstgeborene genannt. Mit den Schwestern verbindet Sabine ein starker Rivalitätskonflikt. In der Familie hatte Sabine eindeutig die Rolle des „schwarzen Schafs“ inne. Vom Vater wurde sie in fast unflätiger Weise abgelehnt. Bei der Mutter handelte es sich um eine sehr hektische, leicht verletzliche Frau, die jede Behinderung ihrer Tochter durch diese Krankheit ablehnte. Erst später während der Psychotherapie kam bei dem Mädchen hinter der durch Verleugnung und Abspaltung etablierten Fassade eine durch Sehnsucht und Verlassenheitsängste charakterisierte, aber auch ambivalente Beziehung zur Mutter zum Vorschein.

#### 3.3 Birgit K., 15,5 Jahre

Bei dieser Patientin liegt eine leichte frühkindliche Hirnschädigung vor. Die Schwangerschaft der Mutter war durch eine Gestose

belastet. Bei der Geburt, die vier Wochen v. T. erfolgte, kam es zu einer Eklampsie. Die statumotorische Entwicklung verlief verzögert. Im EEG fand sich eine leichte Allgemeinveränderung, im PEG eine geringe Verplumpung der Seitenventrikel sowie röntgenologisch eine Schädelsymmetrie.

Das Mädchen war schon mit 18 Monaten sauber. Mit 3 Jahren litt Birgit unter starken Ängsten, vorzugsweise nachts. Im Grundschulalter äußerte sie hypochondrische Befürchtungen. Damals kam es erstmals zu Gang- und Atemstörungen, schließlich zu den ersten Tics im Gesichtsbereich. Später produzierte sie Schnief- und Grunzlaute. Bereits mit 11 Jahren wurde Birgit hospitalisiert, nachdem ihre Aggressionen gegenüber der Mutter zu schwer wurden. Mit 12 Jahren ließ ihre Echolalie, ihr Negativismus, sowie ihre autistischen Verhaltensweisen den Verdacht auf eine schizophrene Psychose aufkommen, der sich allerdings auch in den nächsten Jahren nie bestätigte. Mit 14 Jahren kam es zu Koprolalie und zu Grimassieren. Sie berichtete von Zwangsgedanken, sie könnte sich umbringen oder irre werden. Während des stationären Aufenthalts kam es immer wieder zu Grimassieren, zu bizarren Bewegungen des Kopfes und der Arme. Hyperkinetische wechselten mit hypokinetischen Zuständen. Das normal intelligente Mädchen imponierte zumeist als aggressiv, distanzlos und ordinär. Auffallend war eine Präokkupation mit Themen, die um ihre Verdauung, das Abnehmen-Wollen, sowie eine Beschmutzung ihrer Kleider kreisten.

Birgit ist ein Einzelkind. Das Familienklima war sehr gestört. Bei dem Vater handelte es sich um einen unkontrollierten, zu Jähzorn neigenden Menschen, der von sich selbst sagte, er sei „schizophren“. Früher habe er unter dem Zwang gelitten, obszöne Worte herauszuschreien. Öfters sei er suizidal. Des weiteren liegt eine Neigung zu Alkoholabusus vor. Herr K. wurde im Alter von 26 Jahren wegen eines Raubüberfalls zu einer längeren Freiheitsstrafe verurteilt.

Bei Birgits Mutter handelte es sich um eine ruhige, selbstunsichere und zu Depressionen neigende Frau, die zu Hause kaum zu Wort kam. Sie litt unter einer Herzneurose. Von ihrer Verwandtschaft wurde sie als „verdreht“ bezeichnet. Zwischen den Eheleuten muß es viel Streit gegeben haben, worauf Birgit mit panischen Ängsten reagierte. Bemerkenswert ist, daß ihre Tics sich regelmäßig nach Besuchen ihrer Eltern verschlimmerten.

#### 4. Diskussion

Bei der psychodynamischen Betrachtung fallen schwere Triebkonflikte sofort ins Auge. So provozierten bei Jens bisweilen bewußtseinsnahe Inzestphantasien starke Kastrationsängste. Immer noch wähnte er das lange Küchenmesser in der Küchenschublade, mit dem der Vater damals dem Onanieverbot Nachdruck verliehen haben sollte. Schnell war der Junge bereit, sich einer männlichen Autorität zu unterwerfen. Auch bei Sabine und Birgit zeugten sadistische und masochistische Phantasien, bei Jens zusätzlich autoaggressive Manipulationen von einer Regression auf die anal-sadistische Stufe. Eine solche Beschreibung des psychischen Konflikts vermag indes nicht zu befriedigen. Das Besondere, die Brisanz des psychopathologischen Bildes würde offensichtlich verfehlt, beließe man es bei der Darstellung dieses zwar quantitativ übersteigerten, aber letztlich doch ubiquitären neurotischen Konflikts. Die fluktuierende, buchstäblich lärmende Symptomatik unserer Patienten legt den Verdacht nahe, daß es sich hier um eine schwere Störung der Persönlichkeitsorganisation handeln könnte, die in den

letzten Jahren als „Borderline-Störung“ intensiv diskutiert wird.<sup>1</sup>

Es ist das Verdienst von *Kernberg*, dieser Diagnose das Odium einer Papierkorbdia gnose genommen zu haben, indem er ihre phänomenologischen, strukturellen und psychodynamischen Kriterien erarbeitete. Für diesen Autor sind u. a. polysymptomatische Neurosen sowie Impulsneurosen in ihrer Nähe zur Perversion Verdachtsmomente für das Vorliegen einer Borderline-Störung. Auch unsere Patienten boten vielfältige Symptome. Jens litt unter einer Klaustrophobie, wie Birgit unter Zwängen und hypochondrischen Befürchtungen. Bei allen hatte man den Eindruck, daß sie ihre Tics oder Koprolalien teilweise willentlich und ichsynton produzierten. Dadurch geriet ihr Verhalten in die Nähe zur Perversion. Birgit versuchte, mit selbstverfertigten Gedichten teilweise obszönen Inhalts ihre Umgebung zu schockieren<sup>2</sup>.

Die Diagnose einer Borderline-Störung stellt in erster Linie eine Struktur-Diagnose dar. Der typische Borderline-Konflikt spielt sich denn nicht so sehr zwischen den Instanzen ab, sondern im Ich. Insofern transzendiert diese Störung die typische Neurose (*Rohde-Dachser*). Dabei sind eine mangelhafte Impulskontrolle und unzureichend entwickelte Sublimierungsfähigkeiten, wofür gerade die Tics und Koprolalien eindrucksvolle Beispiele sind, unspezifische Anzeichen einer Ich-Schwäche (*Kernberg*). Aber auch über diese Symptome hinaus war das Verhalten der Patienten durch einen „impulsiven Stil“ i. S. von *Shapiro* (1965) geprägt, durch Ungeduld, geringe Frustrationstoleranz und das Bevorzugen momentaner Bedürfnisbefriedigung zuungunsten überdauernder Interessen. Gerade die Psychopathologie des Tourette-Syndroms belegt die Auffassung *Shapiros*, daß Impulsivität und Passivität nahe verwandt sind. Bei Birgit wie bei Jens bildeten die lärmende Symptomatik sowie die

<sup>1</sup> Schon die auffallende Parallelität in den Schwierigkeiten, die Borderline-Störung wie das Tourette-Syndrom nosologisch zu verorten, weisen auf eine Verwandtschaft hin. Auch letzterem Störungsbild wurde eine Vielzahl psychiatrischer Krankheiten zugeordnet (*Milman*), wobei gerade der Übergang zur Schizophrenie immer wieder diskutiert wurde (*Ferenczi*, *Heuscher*). Die Krankengeschichte von Birgit läßt solche Überlegungen durchaus als plausibel erscheinen.

<sup>2</sup> Über die Liebe

Die Menschen reden in einer Tour/ von Liebe, Love und von Lamour./ Sie haben alle diesen Tick/ und sie finden es ganz schick./ Die Männer schauen Mädchen nach/ drum schlagen ihre Frauen Krach./ Manche Männer sind ganz helle/ sie bleiben einfach Junggeselle./ Sie können ruhig Mädchen nachschauen,/ es gibt keine Ehefrauen, die dann draufhauen./ Herr Maier begründet/ was er als Ehemann empfindet:/ „Meine Ehe ist nicht gut, wenn meine Frau gerät in Wut,/ dann benimmt sie sich ganz toll/ und haut mir das Ärschchen voll./ Drum red ich Jungen und Mädchen ein:/ Seid vernünftig bleibt allein.“/ Doch manche wollen davon nichts wissen/ und sagen das ist doch beschissen/ sie lassen sich die Küsse schmecken/ und sagen: „Ihr könnt uns am Arsch lecken.“/ In der Nacht auf der Bank im Park/ fühlen sich die Pärchen stark/ sie hören nicht auf, sich zu knutschen/ beim Mädchen tut der Rock hochrutschen./ Der Junge greift in das Höschen rein/ und das finden beide fein./ Die zwei die folgen ihrem Triebe/ und meine, es wäre echte Liebe.

sonstige Interessenlosigkeit nur einen scheinbaren Gegensatz.

Die mangelnde Fähigkeit zur Impulskontrolle zeigte sich bei Jens in besonders eindrucksvoller Weise. Hörte er eine ihm bekannte Person auf dem Gang sprechen, mußte er deren Namen ausstoßen. Beim Stadt-Land-Fluß-Spiel während einer Therapiesitzung gelang es ihm nicht, die Namen bei sich zu behalten. Es kam auch vor, daß er korrekte Deutungen erst verneinte, dann aber mit einem vokalen Tic („stimmt doch“) bestätigte.

Unter den spezifischen Abwehrmechanismen von Borderline-Persönlichkeiten kommt dem der Spaltung besondere Bedeutung zu. Jens spaltete in eine gute, asexuelle Mutter auf der einen und in eine sexualisierte Mutter, die er mit seinen Koprolalien vermeinte, auf der anderen Seite. Diese Spaltung reflektierte sein Verhaftetsein auf einer vor- bzw. pseudoödipalen Konfliktebene. Besonders in bezug auf den Vater oder den Therapeuten neigte er zu primitiven Idealisierungen. Gefühle der Allmacht oder der Entwertung sich selbst oder anderen gegenüber wechselten übergangslos ab. Gefühle von Schuld oder Depression mußten verleugnet werden. Mit angeberischen Sprüchen und großspurigem Benehmen verbarg er sich hinter einer Fassade des „falschen Selbst“ (*Winicott*). Bei allen Patienten erstaunte die scheinbare Gleichgültigkeit ihren doch durchaus anstößigen Symptomen gegenüber, die an eine sog. „multiple Persönlichkeit“ denken ließ. Jens offenbarte beachtliche schauspielerische Talente, ein Umstand, der seit *Menge* u. *Feindel* immer wieder in der Literatur als für Tic-Patienten typisch hervorgehoben wird. Dabei identifizierte er sich besonders mit den kinetischen Aspekten seiner Rollen. Offensichtlich versuchte er, durch die Etablierung einer Hilfsidentität seine mangelnde Impulskontrolle zu kompensieren. Auch seine Lust, sich Gefahren auszusetzen, kann als Versuch interpretiert werden, der drohenden Identitätsdiffusion entgegenzusteuern. Das Fortbestehen der Spaltung in total gute bzw. total schlechte Objektimages beeinträchtigte jedoch nicht nur die Ich-Entwicklung, sondern führte auch zum Aufbau eines unrealistischen Ich-Ideals und eines sadistischen, archaischen Über-Ichs, das bei allen drei Patienten zu beobachten war. Offensichtlich hatten exzessive Kastrationsängste das Aufkommen reiferer Über-Ich-Ängste verhindert. Nach *Kernberg* wird diese Persönlichkeitsstörung in Gang gehalten durch ein Übermaß an primärer, nicht-neutralisierter Aggression prägenitalen Ursprungs. Eine solche Aggressivität durchzieht die Anamnese und prägt Phantasien und manifestes Verhalten unserer Patienten. Die bei Jens und Birgit vorhandene Zwangsstruktur muß als ein Kompensationsversuch einer überschießenden, aggressiv getönten Motorik aufgefaßt werden. Doch erwies sich die integrative Kapazität des Ichs als nicht ausreichend, zumal sie durch die brisante Familiendynamik überfordert wurde.

Über die individuelle Ebene hinaus lassen sich auch in der Familiendynamik Spaltungsmechanismen nachweisen. Auf diese haben insbesondere *Masterson* sowie *Zinner* u. *Shapiro* hingewiesen, als sie die Psychodynamik der Familien von Borderline-Adoleszenten untersuchten. Sabine und Jens galten in ihren Familien zweifellos als „schwarze Schafe“. Besonders deutlich ließen sich diese Mechanismen bei der Familie K. herausarbeiten. Zugrunde lag die Spal-

tung der Mutter in eine gute Mutter (sie selbst) und einen schlechten Mann, den sie abwechselnd in ihrem Ehemann, in Jens und in ihrem Vater sah. Entsprechend der Realität der „stärkeren Persönlichkeit“ fügte sich Jens und identifizierte sich mit den mütterlichen Projektionen, die mit den seinigen konvergierten. Insofern erweist sich der Mechanismus der projektiven Identifizierung, wie ihn *Kernberg* als für eine Borderline-Persönlichkeit typisch herausarbeitete, auch für die Familiendynamik von entscheidender Bedeutung. Anders ausgedrückt: Jens oszillierte zwischen den Rollen eines Partner-Substituts und eines parentifizierten Kindes, das in ähnlicher Weise wie früher sein Großvater die sexuellen Bedürfnisse der Mutter negativ sanktionierte. Dem entspricht seine vorwiegende Bindung auf der Über-Ich-Ebene, wie sie gerade in den Koprolalien zum Ausdruck kommt. So pendelte der Junge in seinen Rollen gewissermaßen zwischen den Generationen. In der Tat erwiesen sich die Generations-schranken der Familie als auffallend instabil. Von ihren eigenen Eltern wurde die Mutter immer wieder als Vermittler im Ehestreit mißbraucht und bekam teilweise die Aufgabe der Erziehung ihrer Geschwister übertragen. Ihre Mutter war zudem zur gleichen Zeit wie sie schwanger. Jens selbst wurde vom Vater als Vermittler engagiert, während sich die Mutter in der Frage einer neuen Partnerwahl von ihrem Sohn bevormunden ließ.

Die Frage, ob die Eltern eines Borderline-Jugendlichen selbst Borderline-Persönlichkeiten sind (*Masterson*), läßt sich hier nicht schlüssig entscheiden. Sicherlich handelt es sich bei den Eltern K. wie auch bei den Eltern von Birgit um deutlich gestörte Personen. Plausibel erscheint allerdings auch die Auffassung von *Zinner* u. *Shapiro*, die die Bedeutung des Zeitpunkts für die Entstehung einer Borderline-Struktur hervorheben. In der Krankengeschichte von Jens läßt sich eine eindeutige Abhängigkeit der Symptomatik, insbesondere der Koprolalie, von der familiären Biographie belegen. Nach der Trennung des Vaters von seiner Familie diente Jens seiner Mutter als Objekt ihrer Externalisierungstendenzen auf der Über-Ich-Ebene, aber auch auf der Es-Ebene, was sich in der sexualisierten Atmosphäre der Beziehungen zwischen ihr und Jens ausdrückte.

Die hier beschriebenen Prozesse darf man sich jedoch nicht als einseitig verlaufende vorstellen i.S. einer Spaltung zwischen einem „bösen“ Elternteil und seinem kindlichen „Opfer“. Vielmehr muß sich das Kind als Adressat der Projektionen auch anbieten. *Masterson* hebt vor allem dessen Angst vor Liebesverlust und Trennung in der Pubertät hervor, die es vor seinen Autonomiebestrebungen zurückweichen lasse. Auch bei unseren Patienten wechselte die Symptomatik oft nach dem Grad der Nähe bzw. Distanz von der Mutter. Hier dürften auch konstitutionelle Momente auf seiten des Kindes eine Rolle spielen, etwa eine konstitutionelle Hypermotorik, wie sie *Mahler* bei Tic-Kranken für gegeben hält.

Der Wert einer psychodynamischen Betrachtung sollte nun hinlänglich bewiesen sein, auch wenn das Gewicht des organischen Faktors innerhalb des Ursachenbündels bei unseren Patienten nicht gleich sein dürfte. Im übrigen fanden auch *Shapiro* et al. trotz ihrer extremen somatologischen Sichtweise unter ihren *Tourette*-Patienten solche mit gravie-



renden psychischen Auffälligkeiten, die den hier beschriebenen entsprechen. Auch wenn diese Subgruppe klein und am Ende eines Kontinuums anzusiedeln wäre, erscheint eine sorgfältige psychodynamische Untersuchung im Einzelfall zwingend notwendig. Überhaupt sollte eine psychodynamische Betrachtung zuallererst ätiologisch neutral sein. Bei unseren Patienten ließ sich nachweisen, daß über die somatischen Symptome hinaus eine erheblich gestörte Persönlichkeitsstruktur bestand. Unberührt von ätiologischen Fragen liegt das therapeutische Ziel für einen Borderline-Patienten mit einem *Gilles de la Tourette*-Syndrom in einer Ich-Stärkung insbesondere im Bereich seiner Ausdrucksfunktionen. Daraus resultiert die Indikation für eine Psychotherapie. Zudem muß man diesen Patienten auch helfen bei der Bewältigung der negativen sozialen Reaktionen. Schließlich kann auch ein Psychopharmakon als ich-stärkendes Prinzip angesehen werden, wobei auch die libidodeprimierende Wirkung in Rechnung gestellt werden muß.

Auch wenn sich der Verdacht auf eine vorwiegend somatische Bedingtheit des *Tourette*-Syndroms, der sich bislang nur aus sog. „soft signs“ stützt, erhärten ließe, so bleibt der psychodynamische Zugang von therapeutischem Nutzen und wissenschaftlichem Interesse. Gerade die Erforschung der Psychodynamik organisch verursachter Krankheitsbilder kann ebenso wie die der psychodynamischen Wirkungen von Psychopharmaka herausführen aus der Sackgasse eines extremen psycho-physischen Dualismus.

### Summary

#### *Psychodynamic Considerations in Gilles de la Tourette's Syndrome*

A survey of the literature on the psychodynamic aspects of *Gilles de la Tourette's* syndrome shows that no author has so far succeeded in assigning a specific drive conflict to this syndrome. It was not until the structuredynamic aspect was examined that an underlying personality disorder became visible. On the basis of the case studies of 3 juvenile patients with a *Gilles de la Tourette's* syndrome, this personality disorder is described as a borderline disorder. Furthermore, a psychodynamic approach to this syndrome, which has not been adequately clarified from an etiological point of view, has been proved to be indispensable above all with regard to developing therapeutic strategy.

### Literatur

Abraham, K.: Beitrag zur „Tic-Diskussion“ (1921). In: Abraham, K.: Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung. Frankfurt/M.: Fischer 1969. – Corbett, J.: Tics and Tourette's Syndrome. In: Rutter, M., Hersov, L.: Child Psychiatry. Oxford-London-Edinburgh-Melbourne: Blackwell 1977. – Deutsch, H.: Zur Psychogenese eines Ticfalles. Int. Zschr. f. Psychoanal. 11 (1925), S. 325–332. – Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und

Jugendlichen. 9. Aufl., Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht 1972. – Dunlap, J. R.: A Case of Gilles de la Tourette's Disease (Maladie des Tics): A Study of the Intrafamily Dynamics. J. Nerv. Ment. Dis. 130 (1960), S. 340–344. – Eisenberg, L., Ascher, E., Kanner, L.: A Clinical Study of Gilles de la Tourette's Disease (Maladie des Tics) in Children. Amer. J. Psychiat. 115 (1959), S. 715–723. – Fenichel, O.: Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd. II. Olten-Freiburg i. B.: Walter 1975. – Ferenczi, S.: Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic (1921). In: Ferenczi, S.: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. II. Frankfurt/M.: Fischer 1972. – Ders.: Beitrag zur „Tic-Diskussion“ (1921). In: Ferenczi, S.: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. II. Frankfurt/M.: Fischer 1972. – Fernando, S. J. M.: Six Cases of Gilles de la Tourette's Syndrome. Brit. J. Psychiat. 128 (1976), S. 436–441. – Frank, S. M.: Psycholinguistic Findings in Gilles de la Tourette Syndrome. J. Commun. Disord. 11 (1978), S. 349–363. – Golden, G. S.: The Effect of Central Nervous System Stimulants on Tourette Syndrome. Ann. Neurol. 2 (1977), S. 69–70. – Heuscher, J.: Beiträge zur Ätiologie der „Maladie Gilles de la Tourette“ und zum Regressions-Problem. Schw. Arch. Neurol. Psychiat. 66 (1950), S. 123–158. – Kernberg, O. F.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1978. – Klein, M.: Zur Genese des Tics. Int. Zschr. f. Psychoanal. 11 (1925), S. 322–349. – Kovács, V.: Analyse eines Falles von „Tic convulsif“. Int. Zschr. f. Psychoanal. 11 (1925), S. 318–325. – Kurland, M. L.: Gilles de la Tourette's Syndrome: The Psychotherapy of Two Cases. Compr. Psychiat. 6 (1965), S. 298–305. – Levy, D. M.: On the Problem of Movement Restraint: Tics, Stereotyped Movements, Hyperactivity. Amer. J. Orthopsychiat. 14 (1944), S. 644–671. – Lucas, A. R., Kauffman, P. E., Morris, E. M.: Gilles de la Tourette's Disease. J. Amer. Acad. Child Psychiat. 6 (1967), S. 700–722. – Mahler, M. S.: A Psychoanalytic Evaluation of Tic in Psychopathology of Children. Ps. Study Child 3/4 (1949), S. 279–310. – Mahler, M. S., Rangell, L.: A Psychosomatic Study of Maladie des Tics (Gilles de la Tourette's Disease). Psychiat. Quart. 17 (1943) S. 579–603. – Masterson, J. F.: Intensive Psychotherapy of the Adolescent with a Borderline Syndrome. In: Arieti, S. (Edit.): American Handbook of Psychiatry, Vol. II. New York: Basic Books 1974. – Meige, H., Feindel, E.: Der Tic. Sein Wesen und seine Behandlung. Leipzig-Wien: Deuticke 1903. – Milman, D. H.: Gilles de la Tourette-Syndrome. N Y State J. Med. 75 (1975), S. 892–895. – Murray, J.: Tourette's Syndrome: A Treatable Tic. Canad. Med. Ass. J. 118 (1978), S. 1407–1410. – Rohde-Dachser, Ch.: Das Borderline-Syndrom. Bern-Stuttgart-Wien: Huber 1979. – Shapiro, A. K., Shapiro, E.: Clinical Dangers of Psychological Theorizing. Psychiat. Quart. 45 (1971), S. 159–171. – Shapiro, A. K., Shapiro, E. S., Bruun, R. D., Sweet, R. D.: Gilles de la Tourette Syndrome. New York: Raven Press 1978. – Shapiro, D.: Neurotic Styles. New York, London: Basic Books 1965. – Surwillo, W. W., Shafii, M., Barrett, C. L.: Gilles de la Tourette Syndrome. J. Nerv. Ment. Dis. 166 (1978), S. 812–816. – Winicott, D. W.: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler 1974. – Zimmer, J., Shapiro, F. R.: Splitting in Families of Borderline Adolescents. In: Mack, J. E. (Edit.): Borderline-States in Psychiatry. New York-San Francisco-London: Grune und Stratton 1975.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Roland Schleiffer, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Zentrum der Psychiatrie der J.W.Goethe-Universität, Deutschordenstraße 50, 6000 Frankfurt/Main 71.