

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

AWMF-Leitlinien-Register Nr. 028/025 Entwicklungsstufe: 1

Zitierbare Quelle:

Dt.Ges.f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007 - ISBN: 978-3-7691-0492-9, S. 319 - 325

Ticstörungen (F95)

1. Klassifikation

1.1 Definition

Bei Tics handelt es sich um nicht rhythmische, weitgehend unwillkürliche Bewegungen (gewöhnlich in funktionell umschriebenen Muskelgruppen) oder Lautäußerungen, ohne dass ein offensichtlicher Zweck zu erkennen ist. Die Tics sind plötzlich auftretend und rasch ablaufend, sich einzeln oder in Serien wiederholend. Tics können für unterschiedliche Zeiträume unterdrückt werden und müssen manchmal aus einem inneren sensomotorischen Drang heraus initiiert werden. Sowohl motorische als auch vokale Tics können in einfacher oder komplexer Form auftreten und unter emotionaler Erregung (freudig oder ärgerlich) verstärkt vorkommen. Tics sind in allen Schlafstadien beobachtbar, allerdings in abgeschwächter Form. Sie verändern sich im Zeitverlauf hinsichtlich Art, Intensität, Häufigkeit und Lokalisation.

1.2 Leitsymptome

Leitsymptome sind die motorischen Tics (Muskelzuckungen in Form von z.B. Blinzeln, Kopfrucken, Schulterrucken) und vokale Tics (Lautäußerungen in Form von z.B. Rausporn, Bellen, Quieken, Ausstoßen von Worten bis hin zur Koprolaie).

1.3 Schweregradeinteilung

Entspricht weitgehend den ersten 3 Untergruppen (s. Kap. 1.4). Zur Orientierung: Beim Tourette-Syndrom (TS) kann die einfach handhabbare Shapiro-TS-Schweregradskala (s. <http://www.gwdg.de/~ukyk> (externer Link)) genutzt werden.

1.4 Untergruppen

- Vorübergehende Ticstörung (F95.0)
- Chronische motorische oder vokale Ticstörung (F95.1)
- Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom, F95.2)
- Sonstige Ticstörung (F95.8)
- Nicht näher bezeichnete Ticstörung (F95.9).

2. Störungsspezifische Diagnostik

2.1 Symptomatik

Exploration der Eltern und des Kindes/Jugendlichen

Am zuverlässigsten sind die Informationen durch die Mutter. Insbesondere jüngere Kinder bemerken selbst nur sehr starke Tics. Es geht darum, Art (motorisch, vokal), Lokalisation (proximal, distal), Häufigkeit, Intensität, Verlauf (z.B. Spontanschwankungen, vorübergehende Remissionen) sowie evtl. Empfindungen vor einem Tic und Unterdrückbarkeit, Stressempfindlichkeit zu erfassen und Problemverständnis, subjektive Erklärungsmodelle, psychosoziale Belastung und Krankheitsbewältigung zu erfragen.

Verhaltensbeobachtung während der Exploration, der körperlichen und psychologischen Untersuchung. Vorsicht: Mitunter können Tics während dieser Zeit vollkommen unterdrückt werden. Daher empfiehlt sich eher die strukturierte Beobachtung (evtl. mit Videoaufnahmen) durch die Eltern anhand der Yale-Tourette-Syndrom-Symptomliste während einer Woche zu Hause (s. <http://www.gwdg.de/~ukyk> (externer Link)).

2.2 Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

Befragung der Eltern nach

- Beginn (meist um das siebte Lebensjahr, laut Definition vor dem achtzehnten Lebensjahr)
- Spontanschwankungen in Art, Intensität, Häufigkeit und Lokalisation
- Familiärer Belastung, Modellernen, organischer Abklärung
- Bisherigen Behandlungen
- Entwicklungs-Koordinations-Störung

2.3 Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen

Exploration von Patient und Eltern, frühere Arztberichte, evtl. Informationen der Schule:

- Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung
- Zwangsstörung
- Lernstörung
- Emotionale Störung (z.B. Trennungsangst)
- Soziophobie
- Schlafstörung
- Autismus-Spektrum-Störung (schizoide Störung)
- Stottern.

2.4 Störungsrelevante Rahmenbedingungen

Exploration der Eltern

Fragen nach Störungskonzept, Therapieerwartung, Bewältigungsstrategien, Möglichkeiten zur Mitarbeit, sozialer Integration.

2.5 Apparative, Labor- und Testdiagnostik

- Orientierende internistische und neurologische Untersuchung ist vorzuschalten.
- Testpsychologische Diagnostik nur bei gezieltem Hinweis erforderlich (z.B. Schulschwierigkeiten)
- Apparative und Labordiagnostik orientiert sich an differenzialdiagnostischen und ätiologischen Fragestellungen (z.B. EEG zum Ausschluss einer Epilepsie; Anti-streptolysintiter bei zeitlichem Zusammenhang mit Otitis media/Scharlach).

2.6 Weitergehende Diagnostik

Exploration der Eltern, des Patienten und, falls erforderlich, Informationen aus anderen Quellen (Schule und Arztberichte) sowie Beobachtung in der Untersuchungssituation hinsichtlich Hinweisen auf:

- Epilepsie, Blepharospasmus, Dystonien, Chorea, Ballismus, Myoklonus
- Stereotypien, Manierismen, Konversionsstörungen, Komorbide Störungen
- Siehe Kapitel 2.3.

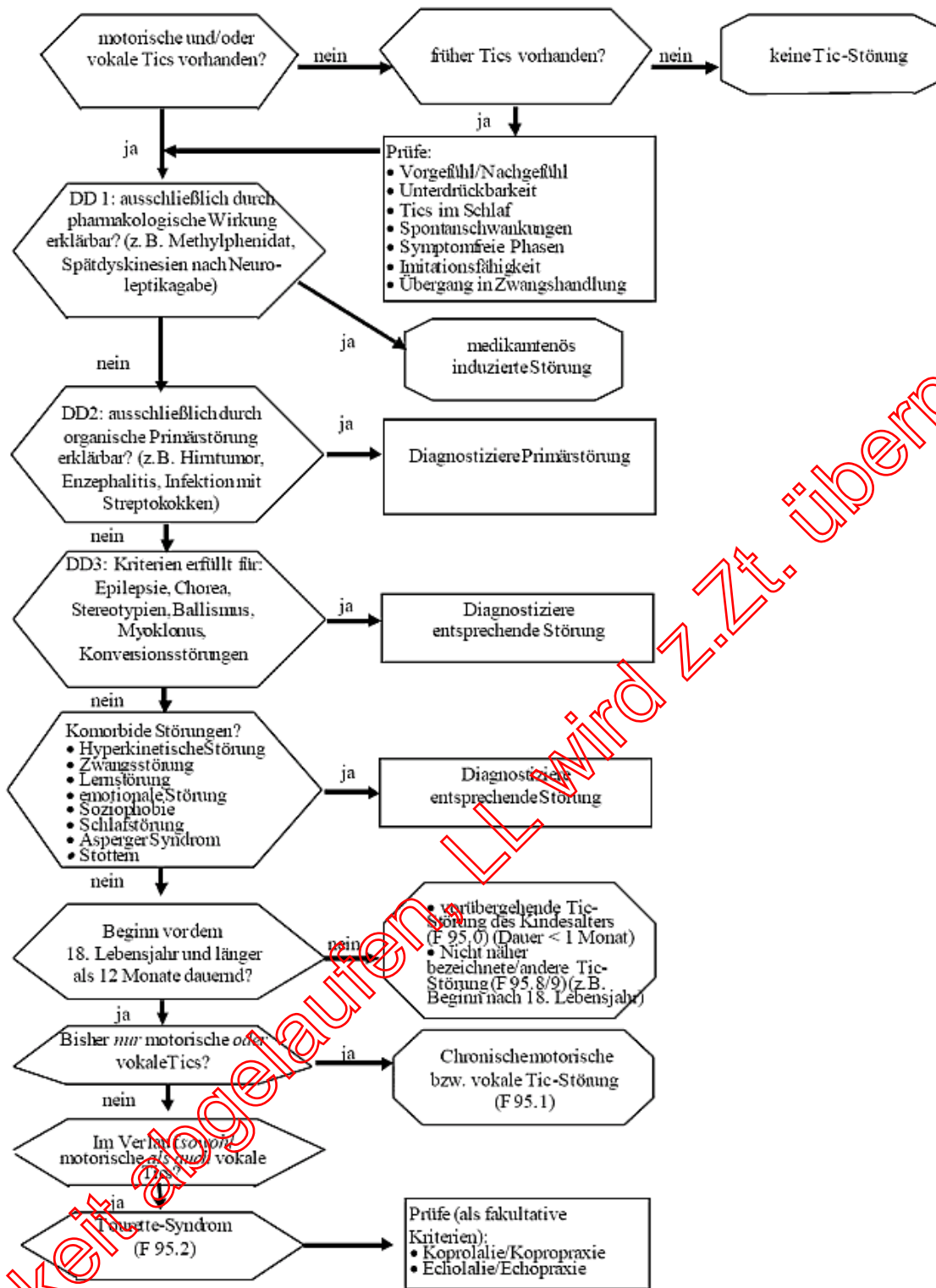
2.7 Entbehrliche Diagnostik

- Chromosomenuntersuchung bei genetischer Belastung
- CCT oder MRT ohne vorherige spezielle Hinweise aus EEG oder klinischer Untersuchung
- fMRT/MRT/PET/SPECT nur bei spezieller bzw. wissenschaftlicher Fragestellung.

Abb. 45: Diagnostik von Tourette-Syndrom und anderen Tic-Störungen (ICD-10: F 95)

DD = Differentialdiagnose

Gültigkeit abgelaufen. WICHTIG! Überprüft



3. Multiaxiale Bewertung

3.1 Identifizierung der Leitsymptome

Zusammenfassung der diagnostischen Ergebnisse und Überprüfung der Ticsymptomatik.

3.2 Identifizierung weiterer Symptome und Belastungen

- Umschriebene Entwicklungsstörungen
- Intelligenzminderung
- Organische Erkrankungen
- Begleitende abnorme psychosoziale Bedingungen
- Beurteilung der psychosozialen Anpassung.

3.3 Differenzialdiagnosen und Hierarchie des Vorgehens

Siehe Abbildung 45.

4. Interventionen

4.1 Auswahl des Interventionssettings

Die Behandlung kann meist ambulant durchgeführt werden. Eine stationäre oder teilstationäre Therapie kann durchaus indiziert sein:

- Bei besonders schwer ausgeprägter Ticstörung
- Bei besonders schwer ausgeprägter komorbider Störung (z.B. Zwangsstörung, Mehrfachkomorbidität)
- Nach nicht erfolgreicher ambulanter Behandlung
- Bei absehbaren Schwierigkeiten einer medikamentösen Einstellung (z.B. ungünstige psychosoziale Bedingungen)

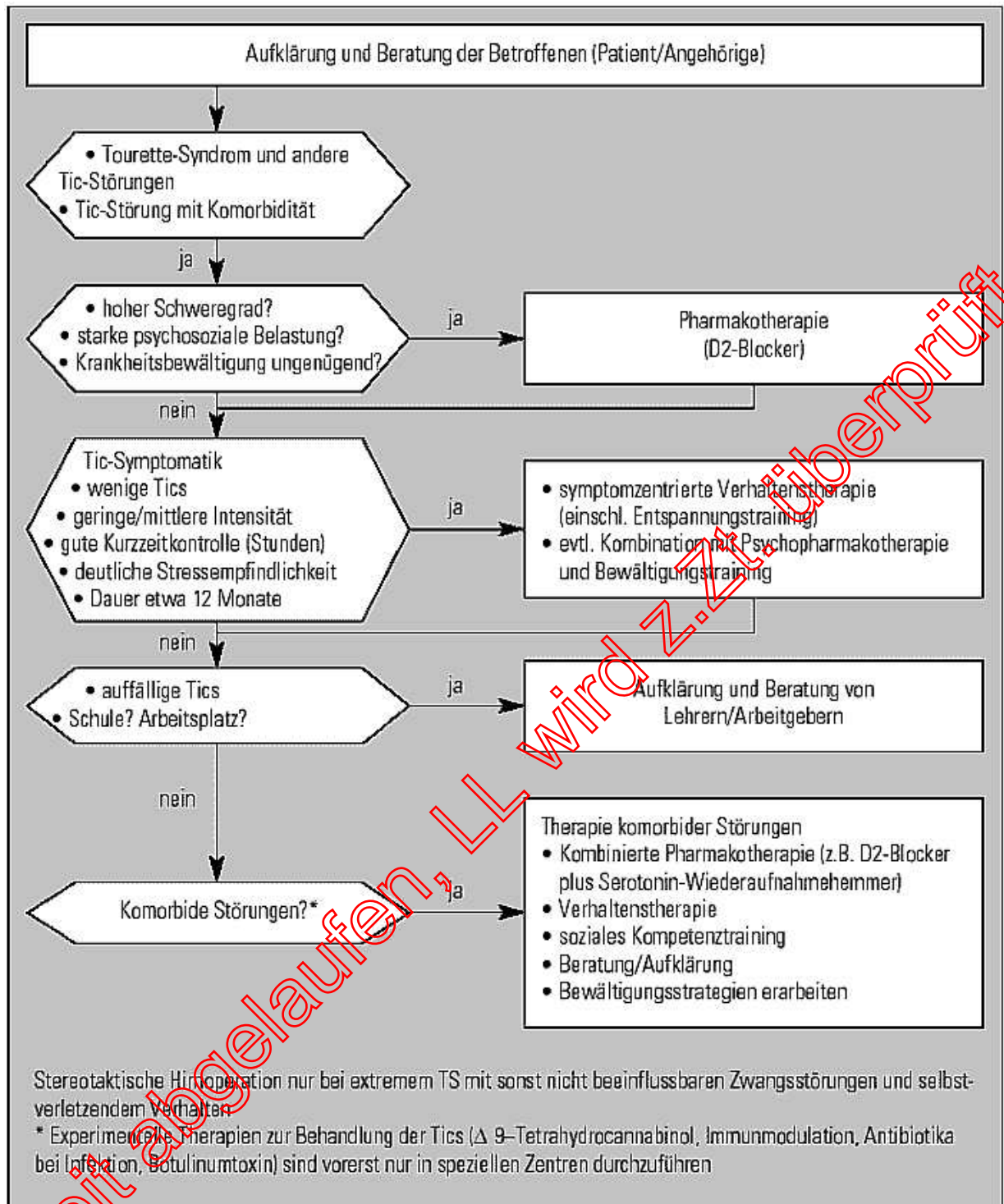
4.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung

Siehe Abbildung 46.

- Aufklärung und Beratung der Betroffenen und, falls erforderlich und gewünscht, von Lehrern, Arbeitgebern. Es gilt, Verständnis zu vermitteln für die Symptomatik, ihre mögliche Verstärkung unter Stress sowie ihrer zeitlich begrenzten Unterdrückbarkeit.
- Bewältigungsstrategien für Symptomatik, Spannungssituationen, Begleitstörungen, Schuldgefühle bei genetischer Belastung, Erziehungsfragen
- Pharmakotherapie: (ein einziges offiziell zugelassenes Medikament zur Behandlung von Ticstörungen ist Haloperidol. Wegen dessen deutlicher unerwünschter Arzneimittelwirkung ist es schon lange nur als Mittel dritter Wahl eingeordnet; d.h. aber, dass i.d.R. eine medikamentöse Behandlung der Ticstörungen "off-label" im Sinne eines individuellen Heilversuchs stattfinden muss.): Indikationsstellung abhängig von Art und Genese der Ticstörung, deren psychosozialer Auswirkung, Vorliegen komorbider Störungen und dem Nebenwirkungsprofil (z.B. Verlängerung des QTc-Intervalls durch Pimozid).
- Die Pharmakotherapie kann die Ticsymptomatik deutlich mildern und damit ein Risiko für die Familieninteraktion und Persönlichkeitsentwicklung des Kindes vermeiden. Medikament der ersten Wahl ist Tiaprid (II), das bei guter Verträglichkeit in einschleichender Dosierung von 2-5-10 mg/kg/KG wochenweise gesteigert werden kann. Hierbei ist insbesondere auf eintretende Müdigkeit sowie Kreislaufschwierigkeiten zu achten. Risperidon (0,5-4 mg/Tag) kann als Mittel zweiter Wahl gelten, während Haloperidol (0,25-4 mg/Tag) und Pimozid (0,5-4 mg/Tag) Medikamente dritter Wahl (II) sind, die (gute Verträglichkeit vorausgesetzt) wochenweise in Schritten von 0,25-0,5 mg gesteigert werden können. Methylphenidat kann die Ticsymptomatik in 5-10% der Fälle verstärken, manchmal aber auch verbessern (III).
- Verhaltenstherapie: Symptomzentrierte Verhaltenstherapie (einschl. Entspannungstraining) kann Häufigkeit und Intensität der Tics verringern und zielt auf ein Selbstmanagement zur Kontrolle der motorischen und vokalen Tics (IV).
- Zur Behandlung der komorbiden Störungen können ergänzende Interventionen durchgeführt werden: Kombinierte Pharmakotherapie, andere verhaltenstherapeutische Techniken, soziales Kompetenztraining.

Abb. 46: Therapie des Tourette-Syndroms und anderer Störungen

Gültigkeit abgelaufen, bitte zum Überprüfen



Insgesamt ist stets die Indikation für eine multimodale Behandlung zu prüfen.

- Primär Dopaminrezeptoren blockierende Substanzen (1. Tiaprid, 2. Risperidon, 3. Pimozid). Ergänzend, insbesondere bei Zwangssymptomatik, Substanzen mit serotonerger Aktivität (IV) (z.B. Sulpirid, Clomipramin, Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)
- Bei der Assoziation von Ticstörung und Hyperkinetischer Störung kann durchaus eine zweigleisige Behandlung (z.B. Tiaprid plus Methylphenidat) angewendet werden bzw. Atomoxetin zum Einsatz kommen (s. auch Leitlinie "Hyperkinetische Störungen") (III).
- Verhaltenstherapie: Reicht ein Entspannungstraining zur Minderung der Tics nicht aus, ist das fünfstufige Programm der Reaktionsumkehr (motorische Gegenregulation = Habit reversal) zu empfehlen mit Wahrnehmungstraining, Entspannungsverfahren, Training inkompatibler Reaktionen, Kontingenzmanagement und Generalisierungstraining (IV).

4.3 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung

- Die medikamentöse Behandlung sollte mindestens über 12 Monate durchgeführt werden. Danach Entscheidung über evtl. Fortsetzung (u.a. Rebound-Effekte bei plötzlichem Absetzen sowie Spätdyskinesien bei langfristiger Einnahme beachten).
- Überprüfung des Verlaufs der Symptomatik und der Medikamentenverträglichkeit in regelmäßigen Abständen von 4-8

- Wochen
- Auffrischungssitzungen für verhaltenstherapeutisches Vorgehen
- Anschluss an eine Selbsthilfegruppe der Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V.

4.4 Besonderheiten bei teilstationärer Behandlung

Engmaschige systematisierte Verhaltensbeobachtung, Fremd- und Selbststeuerungsprogramme sowie die medikamentöse Behandlung können für den Patienten mit multipler Ticstörung besser angepasst werden, sodass der Transfer von Verhaltensänderungen auf das natürliche soziale Umfeld eher gelingt (V).

4.5 Besonderheiten bei stationärer Behandlung

Siehe Kapitel 4.4. Für einen gestuften Übergang in das natürliche Lebensumfeld ist eine teilstationäre Behandlung zu überlegen.

4.6 Jugendhilfe- und Rehabilitationsmaßnahmen

Verschiedene Maßnahmen der Jugendhilfe können notwendig sein, wenn eine besonders schwere Ticstörung (möglicherweise mit Komorbidität) vorliegt und/oder eine bedeutsame persistente Ausgrenzung des Patienten seitens seines unmittelbaren Umfelds erfolgt ist. Mitunter kann ein Grad der Behinderung von 50-80% vorliegen.

4.7 Entbehrliche Therapiemaßnahmen

Zur Behandlung der Kernsymptomatik haben sich eine diätetische Behandlung oder tiefenpsychologische Psychotherapieverfahren (u.a. Spieltherapie) als nicht ausreichend effektiv erwiesen. Erst ab dem achtzehnten Lebensjahr: Der Wirkstoff Δ^9 -Tetrahydrocannabinol (THC) kann bei Versagen der o.g. Medikamente probatorisch eingesetzt werden. Stereotaktische Hirnoperationen oder Tiefenhirnstimulation sind nur in äußerst seltenen und schweren Fällen mit selbstverletzendem Verhalten und massiven Zwangsstörungen im Sinne einer experimentellen Behandlung zu überlegen.

Literatur:

1. Banaschewski T, Rothenberger A (2003) Verhaltenstherapie bei Tic-Störungen. In: Petermann F, Kinderverhaltenstherapie, 2. Aufl, 118-161. Schneider, Hohengehren
2. Cohen DJ, Jankovic J, Goetz C (Eds.) (2001) Tourette Syndrome, Advances in Neurology, Vol. 85. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia
3. Döpfner M, Roessner V, Rothenberger A (im Druck) Tic-Störungen. Hogrefe, Göttingen.
4. Leckmann J, Cohen D (Eds.) (1999) Tourette Syndrome - Tics, Obsessions, Compulsions. Developmental psychopathology and clinical care. Wiley, New York
5. Robertson MM, Stern JS, Gilles de la Tourette Syndrome: symptomatic treatment based on evidence. European Child and Adolescent Psychiatry (2000), 9, 160-175
6. Roessner V, Banaschewski T, Rothenberger A, Therapie der Tic-Störungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2004), 32, 245-263
7. Rothenberger A, Banaschewski T, Roessner V (im Druck) Tic-Störungen. In: Herpertz-Dahlmann et al. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie. Schaffauer, Stuttgart
8. Rothenberger A, Roessner V, Banaschewski T, Leckman J (in press) Co-existence of tic disorders (TD) and ADHD - recent advances. European Child and Adolescent Psychiatry. Supplement.
9. Rothenberger A (1991) Wenn Kinder Tics entwickeln - Beginn einer komplexen kinderpsychiatrischen Störung. Fischer, Stuttgart
10. Scholz A, Rothenberger A (2001) Mein Kind hat Tics und Zwänge - erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen

Verfahren zur Konsensbildung:

Frühere Bearbeiter dieser Leitlinie

A. Rothenberger, T. Banaschewski

Jetzige Bearbeiter dieser Leitlinie

A. Rothenberger, T. Banaschewski, V. Roessner

Korrespondenz an:

Prof. Dr. Aribert Rothenberger
Universität Göttingen
Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Von-Siebold-Straße 5
37075 Göttingen

Redaktionskomitee:

federführend
Martin H. Schmidt, Mannmein

Fritz Poustka, Frankfurt/Main

Bernhard Blanz, Jena
Joachim Jungmann, Weinsberg
Gerhard Lehmkuhl, Köln
Helmut Renschmidt, Marburg
Franz Resch, Heidelberg
Christa Schaff, Weil der Stadt
Andreas Warnke, Würzburg

Erstellungsdatum:

01/1999

Letzte Überarbeitung:

11/2006

Nächste Überprüfung geplant:

k. A.

Zurück zum [Index Leitlinien Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie](#)

Zurück zur [Liste der Leitlinien](#)

Zurück zur [AWMF-Leitseite](#)

Die "Leitlinien" der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen. Die "Leitlinien" sind für Ärzte rechtlich nicht bindend und haben daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung.

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit - insbesondere von Dosierungsangaben - keine Verantwortung übernehmen.

Stand der letzten Aktualisierung: 11/2006

©: Dt. Ges. f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Autorisiert für elektronische Publikation: [AWMF online](#)

HTML-Code aktualisiert: 31.01.2008; 11:56:41

Gültigkeit abgelaufen, AWMF-Zt. überprüft