



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Het syndroom van Gilles de la Tourette en obsessief–compulsieve stoornissen: drang en dwang vergeleken

D.C. Cath, B.J.M. van de Wetering, Kees Hoogduin, R.A.C. Roos en T.C.A.M. van Woerkom*

Samenvatting

Aangenomen wordt dat dwangneurose vaak voorkomt bij patiënten met het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS). Fenomenologische analyse van de dwangverschijnselen bij GTS–patiënten laat echter zien dat het gaat om egosyntonie impulsen. Deze symptomen zijn meer verwant aan stoornissen in de impulscontrole (en aan GTS) dan aan de obsessiefcompulsieve stoornis.

Motorische en vocale tics zijn de kernsymptomen van het syndroom van Gilles de la Tourette (GTS). Daarnaast worden andere symptomen bij GTS beschreven, zoals repeterende gedachten (bijv. het in gedachten herhalen van zinnen of woorden, en tellen) en handelingen (bijv. bij herhaling aanraken, ruiken, licht en gas aan en uitschakelen). Deze symptomen worden vaak omschreven als obsessies en compulsies, of als ‘dwang’–verschijnselen (Frankel et al., 1986; Pitman et al., 1987). Sommige onderzoekers menen dan ook dat GTS en de obsessief–compulsieve stoornis (OCD) (genetisch) verwant zijn (Nee et al., 1982; Montgomery et al., 1982; Pauls et al., 1986). Anderen (Shapiro et al., 1988) omschrijven bovengenoemde verschijnselen als impulsen, stoornissen in de impulscontrole of ‘drang’–verschijnselen. Zij menen dat er klinisch duidelijk onderscheid kan worden gemaakt tussen ‘dwang’ en ‘drang’ – hoezeer de verschijnselen op het eerste gezicht ook op elkaar kunnen lijken, en dat de vermeende genetische verwantschap tussen GTS en OCD berust op een diagnostisch misverstand. Op grond van een door ons gedane pilot–study (Cath et al., 1992a en b) sluiten wij ons bij de laatsten aan.

Overigens vertegenwoordigen zowel GTS als OCD heterogene stoornissen, waarbij waarschijnlijk slechts een kleine subgroep van patiënten (OCD met tics of vice versa) genetische en ook klinische overlap vertoont. Het bovenstaande wordt verduidelijkt aan de hand van de volgende voorbeelden, die samengesteld zijn uit materiaal uit onze pilot–study.

* D.C. CATH, psychiater. Psychiatrisch ziekenhuis Endegeest, Oegstgeest.
B.J.M. VAN DE WETERING, psychiater. Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, afdeling psychiatrie, Rotterdam.
PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts. Polikliniek psychiatrie, Delft.
DR. R.A.C. ROOS, neuroloog. Academisch Ziekenhuis Leiden, polikliniek neurologie Leiden.
DR. T.C.A.M. VAN WOERKOM, neuroloog. Leyenburg Ziekenhuis, afdeling neurologie, Den Haag. De auteurs zijn lid van de Werkgroep Syndroom van Gilles de la Tourette. Secretariaat D.C. Cath, Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest, Oegstgeest. Correspondentieadres: D.C. Cath, Psychiatrisch Ziekenhuis Endegeest, Polikliniek, Endegeesterstraatweg 5, 2342 AJ Oegstgeest.

Patiënt 1

Een 23-jarige man met GTS telt alle letters en woorden die hij op affiches ziet; tijdens het tv-kijken doet hij hetzelfde. Het tellen ontstond tijdens een typecursus op school. De patiënt beschouwt het tellen als een vorm van tijdverdrijf. Hij wordt niet angstig wanneer hij ermee moet stoppen. Hij heeft het alleen moeilijk wanneer hij zijn aandacht wil houden bij een gesprek; het 'telspelletje' leidt hem dan af. Hoewel hij er vaak mee bezig is interfereert het tellen niet met zijn dagelijkse beslommeringen. Verder heeft hij de gewoonte om, telkens wanneer hij een lichtschakelaar ziet, deze langdurig en met veel kracht aan en uit te schakelen. Dit heeft soms tot gevolg dat een schakelaar neuvelt. Het doel van deze handeling, is om een sensatie in de vinger, een soort 'kriebel', die veel spanning geeft, te ontladen. Een ander doel is het ervaren van het contrast tussen licht en donker.

Patiënt 2

Een 25-jarige vrouw met OCD telt bij allerlei was- en poetsrituelen in het huishouden tot twintig. Ze moet haar wasrituelen twintig keer herhalen; als ze dit minder doet zou de kans bestaan, meent ze, dat het te reinigen voorwerp niet schoon genoeg is. Deze gedachte is voor haar zeer beangstigend, want ze meent dat zichzelf of familieleden ziek zouden kunnen worden door besmetting met bacteriën. Het getal twintig is een 'goed' getal; vandaar dat ze in staat is haar wasritueel na twintig keer te beëindigen. Andere getallen zijn 'fout' en moeten gemeden worden. Verder voert zij dagelijks voor het slapen gaan een systeem van ingewikkelde controles uit. Deel van dit systeem is het vier maal aan- en uitschakelen van het licht. Als om zichzelf te overtuigen zegt ze dan hardop: 'Het licht is uit'. Als zij deze controle niet uitvoert, wordt ze bang voor brand door een oververhitte lamp. Zij beschouwt de controles als zinloos en tijdrovend.

Het onderscheid tussen stoornissen in de impulscontrole en obsessief-compulsieve stoornissen is onzes inziens van wezenlijk belang voor het kiezen van een juiste behandelstrategie. Gedragstherapie bij GTS heeft een andere vorm dan bij OCD (Hoogduin & Van Duivenvoorde, 1988; Azrin et al., 1980; Evers & Van de Wetering, 1990). Verder reageren de dwangverschijnselen bij OCD vaak gunstig op een behandeling met bepaalde antidepressiva (serotonine-heropnameremmers) (Yaryura-Tobias, 1977; Asberg et al., 1982; Zohar et al., 1987; Van Balkom et al., 1990). Op grond hiervan werd reeds in 1977 (Yaryura-Tobias) de serotonine-hypothese geformuleerd, die een dysregulatie van serotonine bij OCD waarschijnlijk maakte. Bij GTS kunnen serotonine-heropnameremmers tegenstrijdige resultaten en zelfs verergering van de tics en aan GTS verwante symptomen veroorzaken (Shapiro et al., 1988).

Bij onderzoek naar biologische correlaten van GTS en OCD worden bij beide patiëntengroepen ontregelingen in de serotonine-activiteit gevonden. Deze ontregelingen wijzen echter niet in dezelfde richting (Stein et al., 1991). Ofschoon er nog geen eenduidige uitspraken te doen zijn kunnen de volgende tendensen aangegeven worden: bij GTS wordt naast een normale serotonine-activiteit in bloed en bloedplaatjes (Leckman et al., 1984) vaak verminderde serotonine-activiteit gevonden (Comings, 1990). Ook in de liquor cerebrospinalis worden vaak verlaagde waarden van

serotonine–afbraakprodukten gemeten (Cohen et al., 1979; Leckman et al., 1983). Vermeldenswaard is dat deze bevindingen gelijkenis vertonen met verlaagde serotonine–activiteit bij impulsieve/agressieve patiënten (Brown & Goodwin, 1986; Coccaro et al., 1989 a & b; Van Praag et al., 1991). Bij OCD wordt naast normale serotonine–activiteit, verhoogde serotoninewaarden gemeten in bloed (Hanna et al., 1991) en liquor (Insel et al., 1985).

Overigens zijn er bij GTS sterkere aanwijzingen voor ontregeling van het dopamine–systeem, zowel op grond van neurotransmitter–metingen in de liquor (verlaagde waarden van dopamine–afbraakprodukten) (Butler et al., 1979; Cohen et al., 1979) als op grond van de gunstige reactie op toediening van anti–dopaminerge middelen (Stahl et al., 1982; Shapiro et al., 1984). Dopamine–agonisten verergeren de symptomen bij GTS (Feinberg & Carroll, 1979). Mogelijk speelt verhoogde activiteit van centrale dopaminerge systemen een rol bij GTS (Moldofski et al., 1982). Ook werd de hypothese geformuleerd van een overgevoeligheid van dopaminereceptoren in de hersenen bij GTS (Cohen et al., 1979).

De differentiële diagnose van het syndroom van Gilles de la Tourette en de obsessief–compulsieve stoornis

De hiernavolgende uiteenzetting berust op door ons uitgevoerd onderzoek, waarbij de fenomenologie van negen volwassen GTS–patiënten en acht volwassen OCD patiënten met elkaar werd vergeleken met behulp van psychologische testen en semi–gestructureerde interviews (Cath et al., 1992a).

De symptomatologie

Repeterende gedachten

GTS–patiënten hebben, in tegenstelling tot patiënten met OCD, vaak ‘gedachtenspelletjes’. Dit zijn repeterende gedachten of beelden, die meestal als plezierig beleefd worden, en die, behalve als een soort vrijetijdsbesteding, geen speciaal doel dienen. Voorbeeld: het in gedachten oplossen van aan zichzelf opgegeven sommen. Bij zowel GTS als OCD komen repeterende agressieve gedachten en tellen voor. Bij OCD komen veel vaker twifelen en rumineren voor.

Repeterende handelingen

Bij GTS worden, in tegenstelling tot OCD, de volgende repeterende handelingen gevonden: het ruiken aan en aanraken van voorwerpen, liefst in symmetrische patronen (bijvoorbeeld het aanraken van de rechter– en linkerwang); het oppakken en neerzetten (soms: het omhooggooien en opvangen) van voorwerpen; het nazeggen, herhalen en het uiten van obscene taal. Sommige van deze handelingen leiden tot auto– en heterodestructief gedrag. Een van de complicaties bij patiënten met GTS is het zogenoemde ‘Punch drunk’–syndroom, een stoornis in de coördinatie van de kleine hersene als gevolg van ‘head–banging’.

Bij beide groepen wordt het aan- en uitdoen van gas en licht, het rangschikken van voorwerpen en het in vaste volgorde verrichten van allerlei dagelijkse activiteiten gevonden. Kenmerkend voor OCD is het optreden van was- en schoonmaakrituelen, en van controlehandelingen. Verder wordt bij OCD repeterend vragen (met als doel gerustgesteld te worden) en trage expliciete handelingen gevonden. OCD-patiënten vertonen geen roekeloos gedrag, dit in tegenstelling tot patiënten met GTS. OCD-patiënten vermijden ook in hoge mate.

Beleving en betekenis van de symptomen

De herhalingsverschijnselen bij GTS worden van plezierig tot onplezierig beleefd. De lijdensdruk is vaak – indien aanwezig – secundair aan de herhalingsverschijnselen, en niet een begeleidend verschijnsel van het herhalen. De aan GTS verwante verschijnselen gaan over het algemeen gepaard met weinig angst, maar meer met spanning, een gevoel van opwinding. Wanneer angst aanwezig is, is dit angst voor de gevolgen van het herhalen (zoals in het voorbeeld waarbij de lichtschakelaar soms sneuvelde), of de angst niet met de herhalingen op te kunnen houden. Bij het toegeven aan gedachten of impulsen bij GTS worden nogal eens de grenzen van het sociaal aanvaardbare overschreden (bijvoorbeeld bij het uiten van obscene taal). Verder is vermeldenswaard dat de herhalingsverschijnselen los van elkaar optreden, dus zonder dat ze onderling verband houden.

De OCD-patiënt beleeft de repeterende gedachten en handelingen als onplezierig, lijdt eronder en heeft veel begeleidende spanning en angst. In tegenstelling tot GTS hebben de repeterende handelingen bij OCD het neutraliseren van repeterende angstwekkende agressieve gedachten (obsessies) tot doel, of het voorkómen van gevreesde narigheid. Repeterende handelingen met dit doel worden compulsies genoemd. De obsessies en compulsies die bij OCD gevonden worden zijn met elkaar verbonden in angst-neutraliserende en angst-oproepende verbanden. Ten slotte hebben de obsessies en compulsies bij OCD de neiging om zich in de loop van de tijd steeds verder uit te breiden.

Beschouwing

Hoe kunnen deze fenomenologische verschillen tussen GTS- en OCD-patiënten nu worden geïnterpreteerd? De patiënt met GTS is overmatig impulsief. Zijn herhalingsverschijnselen lijken tot stand te komen onder invloed van prikkels uit binnen- of buitenwereld, waar hij ongewoon sterk op reageert, gevolg gevend aan impulsen die spanningsontlading of plezier tot doel hebben. Met andere woorden: het GTS wordt over het algemeen gekenmerkt door 'drang'-verschijnselen. Het kan gezien worden als een tekort aan controle over impulsen (Vandereycken et al., 1990).

De patiënt met OCD is geremd; prikkels uit binnen- en buitenwereld zijn bedreigend en roepen angst op. Uit die angst vloeien pogingen voort om deze impulsen de baas te worden door middel van complexe begrenzendende en neutraliserende gedachten en handelingen (Hodgson et al., 1972). Overigens betekent het voorgaande niet dat patiënten met GTS niet angstig kunnen zijn en niet kunnen lijden onder herhalingsverschijnselen; angst is bij hen echter niet de leidraad van het handelen.

Speculaties over de etiologie of achtergrond van dit onderscheid tussen GTS en OCD achten wij prematuur; er is nagenoeg geen systematisch vergelijkend onderzoek voorhanden.

De herhalingsverschijnselen bij GTS, die door ons omschreven werden als stoornissen in de impulscontrole, zouden ook als tics gedefinieerd kunnen worden. Evenals tics worden zij gekenmerkt door hun repeterende, ontladende, niet systematisch doelgerichte karakter, een beloop dat variaties in aard, intensiteit en complexiteit vertoont ('waxing en waning'); ook kunnen zij enige tijd worden onderdrukt (Shapiro et al., 1988). Obsessies en compulsies hebben deze kenmerken niet. Zij zijn bovendien in de loop van de tijd continu, vaak in steeds sterkere mate, aanwezig (Rasmussen & Tsuang, 1986).

Relativerende kanttekeningen ten aanzien van de hierboven beschreven verschillen tussen GTS en OCD zijn op hun plaats. In de eerste plaats kunnen bij GTS compulsies als een vorm van aanpassing aan het optreden van tics voorkomen. Verder is gebleken (Rachman & de Silva, 1978) dat 'normale' obsessies bij tachtig procent van de bevolking voorkomen! Dit betekent dat zij bij GTS ook gevonden zullen worden. 'Normale' obsessies zijn qua vorm en inhoud gelijk aan pathologische, maar zij verschillen qua frequentie en intensiteit, en zij hebben minder nare gevolgen (Rachman & De Silva, 1978).

Naar het voorkomen van 'normale' stoornissen in de impulscontrole en van 'normale' compulsies is geen onderzoek verricht. Men mag echter aannemen, dat deze eveneens veel voorkomen. Hieruit vloeit voort dat ook OCD–patiënten in enige mate last van stoornissen in de impulscontrole zullen hebben.

Slot

Ofschoon de aan het syndroom van Gilles de la Tourette geassocieerde symptomen oppervlakkig gezien gelijkenis kunnen vertonen met obsessief compulsieve verschijnselen, leert nadere beschouwing van zowel de symptomatologie, als de beleving en betekenis van de verschijnselen dat er verschillen in fenomenologie aangegeven kunnen worden. De symptomen geassocieerd aan GTS wijzen in de richting van stoornissen in de impuls controle. Deze impuls controle stoornissen zijn afgrensbaar van obsessief–compulsieve stoornissen.

Abstract

A high incidence of obsessive–compulsive disorder in patients with Tourette's disorder (GTS) is generally accepted. Phenomenological analysis of the obsessions and compulsions in GTS reveals that the patient has rather egosyntonic impulsions. In this view these symptoms are

more related to disorders of impuls control (and to GTS) than to obsessive-compulsive disorder.

Referenties

- Asberg M., Thoren P., Bertilsson L. (1982). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder- biochemical and clinical aspects. *Psychopharmacology Bulletin*, 18, 13-21.
- Azrin N.H., Nunn R.G. & Frantz S.E. (1980). Habit reversal versus negative practice treatment of nervous tics. *Behavior therapy*, 11, 169-178.
- Balkom A.J.L.M. van, Dyck R. van & Quaak J.A. (1990). De behandeling van obsessief-compulsieve stoornis met antidepressiva: een literatuuroverzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 524-537.
- Brown, G.L. & Goodwin F.K. (1986). Human aggression and suicide. *Suicide and Lifethreatening Behavior*, 16, 141-161.
- Butler I.J., Koslow, S.H., Seifert W.E. et al. (1979). Biogenic Amine Metabolism in Tourette Syndrome. *Annals of Neurology*, 6, 37-39.
- Cath D.C., Hoogduin C.A.L., Wetering B.J.M. van de, Woerkom T.C.A.M. van, Roos R.A.C., Rooymans H.G.M. (1992a). Gilles de la Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder: A phenomenological analysis. *Advances in Neurology Series*, 44. A.J. Friedhoff & T.N. Chase (red.) Raven Press: New York, in press.
- Cath D.C., Wetering, B.J.M. van de, Woerkom T.C.A.M. van, Hoogduin C.A.L., Roos R.A.C. & Rooymans H.G.M. (1992b). Mental play in Gilles de la Tourette Syndrome and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, in press.
- Coccaro E.F., Siever L.J., Klar H.M., et al. (1989a). Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: Correlates with suicidal and impulsive-aggressive behaviour. *Archives of General Psychiatry*, 46, 587-599.
- Coccaro E.F. (1989b). Central serotonin and Impulsive Aggression. *British Journal of Psychiatry*, 155, 52-62.
- Cohen D.J., Shaywitz B.A., Young J.G. et al. (1979). Central Biogenic Amine Metabolism in children with the Syndrome of Chronic Multiple Tics of Gilles de la Tourette. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 18, 320-341.
- Comings D.E. (1990). Blood serotonin and tryptophan in Tourette Syndrome. *American Journal of Medical Genetics*, 36, 418-430.
- Evers R.A.F. & Wetering B.J.M. van de (1990). Behandeling van motorische tics op basis van een spanningsreduktiemodel. *Gedragstherapie*, 3, 169-178.
- Feinberg M. & Carroll B.J. (1979). Effects of dopamine agonists and antagonists in Tourette's disease. *Archives of General Psychiatry*, 36, 979-985.
- Frankel M., Cummings J.L., Robertson M.M., et al. (1986). Obsessions and compulsions in Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology*, 36, 378-382.
- Hanna G.L., Yuwiler A. & Cantwell D.P. (1991). Whole blood serotonin in juvenile obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 29, 738-744.
- Hodgson R.J. & Rachman S. (1972). The effects of contamination and washing in obsessional patients. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 111-117. Pergamon Press: England.
- Hoogduin C.A.L. (1986). On the diagnosis of obsessive-compulsive neurosis. *American Journal of Psychotherapy*, 1, 36-51.
- Hoogduin C.A.L. & Duivenvoorden H.J. (1988). A decision model in the treatment of obsessive-compulsive neuroses. *British Journal of Psychiatry*, 152, 516-521.
- Insel T.R., Mueller E.A., Alterman I. et al. (1985). Obsessive-compulsive disorder and serotonin: Is there a connection? *Biological Psychiatry*, 20, 1174-1188.
- Leckman J.F. & Cohen D.J. (1983). Recent advances in Gilles de la Tourette Syndrome: Implications for clinical practice and future research. *Psychiatric Developments*, 3, 301-306.
- Leckman J.F., Anderson G.M., Cohen D.J. et al. (1984). Whole blood serotonin and tryptophan levels in Tourette's disorder: Effects of acute and chronic clonidine treatment. *Life Sciences*, 35, 2497-2502. Pergamon press: USA.
- Moldofsky H., Brown G. (1982). Tics and serum prolactin response to pimozide in Tourette Syndrome. In: *Gilles de la Tourette Syndrome. Advances in Neurology*, 35, 387-390. A. Friedhoff & T.N. Chase (red.), New York: Raven Press.

- Montgomery M.A., Clayton P.J. and Friedhoff A. (1982). Psychiatric illness in Tourette Syndrome patients and first degree relatives. In: *Advances in Neurology, Gilles de la Tourette Syndrome*, 35, 335–339. A. Friedhoff & T.N. Chase (red.), Raven Press: New York.
- Nee L.E., Polinsky R.J. & Ebert M.H. (1982). Tourette Syndrome: Clinical and Family Studies. In: *Advances in Neurology, Gilles de la Tourette Syndrome*, 35, 291–295. A. Friedhoff & T. N. Chase (red.), Raven Press: New York.
- Pauls D.L., Leckman J.F. (1986). The inheritance of Gilles de la Tourette syndrome and associated behaviours. *New England Journal of Medicine*, 315, 993–997.
- Pitman R.K., Green R.C., Jenike M.A. et al. (1987). Clinical comparison of Tourette's disorder and obsessive–compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1166–1171.
- Praag H.M. van (1991). Serotonergic dysfunction and aggression control. Editorial *Psychological Medicine*, 21, 15–19.
- Rachman S. & De Silva P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behavioral research and therapy*, 16, 233–248.
- Rasmussen S.A., Tsuang M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM III obsessive–compulsive disorder. *American Journal of psychiatry*, 143, 317–322.
- Shapiro A.K. & Shapiro E. (1984). A controlled study of pimozide vs. placebo in Tourette Syndrome. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 23, 161–173.
- Shapiro A.K., Shapiro E.S., Young J.G. & Feinberg T.E. (1988). *Gilles de la Tourette syndrome*, second edition. New York: Raven Press.
- Stahl S.M. & Berger P.A. (1982). Cholinergic and dopaminergic mechanisms in Tourette Syndrome. In: *Gilles de la Tourette Syndrome. Advances in Neurology*, 35, 141–150. A. Friedhoff & T. N. Chase (red.), New York: Raven Press.
- Stein D.J. Hollander E., Caria C. de et al. (1991). OCD: a disorder with anxiety, aggression impulsivity and depressed mood. *Psychiatry Research*, 36, 237–239.
- Vandereycken W., Hoogduin C.A.L. & Emmelkamp P.M.G. (1990). *Handboek psychopathologie* deel 1, hoofdstuk 1, 12. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Yaryura–Tobias J.A. (1977). Obsessive–compulsive disorders: a serotonergic hypothesis. *Journal of Orthomolecular Psychiatry*, 6, 317–326.
- Zohar J. & Insel T.R. (1987). Drug treatment of obsessive–compulsive disorder. *Journal of Affective Disorder*, 13, 193–202.