



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

Denken aan braken en braken; een behandeling van een patiënte met het syndroom van Gilles de la Tourette

Ronald Evers en Ben van de Wetering*

Samenvatting

In deze gevalsbeschrijving wordt een patiënte met het syndroom van Gilles de la Tourette besproken, die frequent moest braken omdat ze misselijk makende gedachten had. Deze gedachten werden opgeroepen door stimuli uit de omgeving en kunnen worden beschouwd als cognitieve tics. Door een appel te doen op haar 'mental playfulness' lukte het om patiënte te leren positieve fantasieën te hebben bij stimuli die aanvankelijk tot de gedachte aan braken leidden. Als gevolg hiervan kwam er een einde aan het braken.

Inleiding

De toegenomen klinische ervaring met het syndroom van Gilles de la Tourette – in het vervolg meestal GTS genoemd – heeft onder andere geleid tot een meer gedifferentieerde behandeling van de tics en daarmee verbonden verschijnselen, zoals pedagogische problemen en dwang/drangsymptomen (Cohen et al., 1988). In aanvulling op het geven van algemene voorlichting over het syndroom dient overwogen te worden of behandeling is aangewezen. De meest gangbare behandelingen van tics zijn medicamenteus en/of psychotherapeutisch – in het laatste geval met name gedragstherapeutisch van aard. De gedragstherapie is in het algemeen gericht op beïnvloeding van de meest storende tics. In een eerder artikel beschreven wij de gedragstherapie van een zeer hinderlijke motorische tic, die aanleiding gaf tot een klokmaag (Evers & Van de Wetering, 1990).

In deze bijdrage beschrijven wij een speciaal symptoom van het syndroom van Gilles de la Tourette. De patiënte was een 27-jarige vrouw. Zij had de volgende klacht: op straat, geconfronteerd met uitwerpselen, fluïmen of andere 'viezige' zaken, kon zij de fantasie niet weerstaan dat zij deze in de mond zou nemen. Dit fantaseren hield zij zolang vol tot zij moest braken. In de discussie na de beschrijving van de casus en de behandeling zullen we nader ingaan op de vraag hoe dit symptoom diagnostisch moet worden gezien.

Casus

* R.A.F. EVERS, psycholoog, is werkzaam op de Polikliniek Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt en de OEP van RIAGG Rijnmond Noord West; Correspondentieadres: R.A.F. Evers, Afdeling Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.
DR. B.J.M. VAN DE WETERING, psychiater, is hoofd van de Polikliniek Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt en is verbonden aan de Vakgroep Psychiatrie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam.

Onze patiënte is een 27-jarige gehuwde vrouw zonder kinderen. De diagnose syndroom van Gilles de la Tourette werd op haar zestiende jaar gesteld. Sinds haar vierde jaar heeft zij tics, die begonnen in haar gezicht. Kort daarop maakte zij knorrende geluiden, gevolgd door het ongewild herhalen van woorden. Sinds omstreeks haar elfde jaar was er coprolalie. Alleen thuis had zij weinig last van haar tics. In het gezelschap van anderen (met name in het openbaar vervoer) kwamen de tics in alle hevigheid naar voren. In sociaal opzicht raakte zij toenemend geïsoleerd omdat zij openbare gelegenheden zoveel mogelijk vermeed. Alleen nog vergezeld door een familielid of een vriendin waagde zij zich in de stad. Haar schoolresultaten werden erg gedrukt door haar klachten. Na de tweede klas lagere school volgde zij LOM –onderwijs. Na afronding daarvan werkte zij in allerhande baantjes.

Op haar zestiende jaar kwam zij onder behandeling, waarbij zij, overigens met matig resultaat, diverse neuroleptica kreeg voorgeschreven om de tics tegen te gaan. Ze klaagde herhaaldelijk over depressieve stemmingen, vermoedelijk als reactie op haar chronische ziekte. Naast de enkelvoudige motorische tics bestonden er een aantal complexe handelingen, die meer het karakter hadden van dranghandelingen dan van meervoudig samengestelde tics. Wanneer zij bijvoorbeeld met een mes en vork at, bewoog zij de vork dikwijls met een snelle rukkende beweging tot vlak bij de ogen; sigaretten drukte zij bijna tegen haar wimpers of huid, de strijkbout hield zij telkens even vlak bij haar wang, met een mes kerfde zij oppervlakkig in haar arm en als zij fietste moest zij in gevaarlijke situaties vaak in haar handen klappen of geheel onnodig hard in de remmen knijpen. Bij het drinken beet zij dunne glazen tot scherven. In een ziekenhuis ‘moest’ zij zich herhaaldelijk aan gebruikte naalden prikken. Ook ‘moest’ zij dikwijls even aan voorwerpen likken.

Op haar negentiende ging zij met haar jeugdvriend samenwonen. De laatste jaren ontstonden er toenemende spanningen in de relatie met haar wederhelft, wat heimwee naar het ouderlijk huis in de hand werkte. Haar partner was jaloers en stond haar weinig eigen activiteiten toe, hoewel hij zelf veel tijd doorbracht met zijn vrienden. In verband met deze relatieproblemen was er tevens een zgn. partner–relatietherapie gestart bij een andere therapeut. Voorts was zij al jaren ontevreden over haar uiterlijk wegens een naar haar oordeel te ‘gevuuld’ figuur. De klacht waarmee zij zich presenteerde, bestond uit frequente misselijkheid, meestal gepaard gaande met braken. De misselijkheid bleek in verband te staan met niet te negeren, zich herhalende gedachten (beelden), die in de meeste gevallen bleken te worden uitgelokt door prikkels uit de omgeving. Zo fantaseerde zij bij het zien van een muis in staat van ontbinding op een onbedwingbare manier hoe zij het lijke met blote handen opraapte en voorzichtig ontdeed van het schimmelende vachtje. Vervolgens fantaseerde zij hoe ze de rottende overblijfselen bakte in een koekepan en vervolgens opat.

Behandeling

Eerste zitting

Patiënte vertelt dat ze de laatste tijd veel last heeft van de klachten. Zodra ze iets op straat ziet – uitwerpselen, een oud stukje brood, sputum, een afgekloven bot, een bananeschil of iets dergelijks – komen er allerlei nare verhalen in haar hoofd op. De therapeut nodigt haar uit om zo uitgebreid mogelijk te vertellen hoe zo’n verhaal nu in haar hoofd ontstaat. ‘Stel dat je bijvoorbeeld een broodkorst op straat ziet, wat voor soort verhaal vertel je dan aan jezelf?’ Patiënte vertelt dan dat ze zich moet voorstellen dat zo’n broodkorstje het laatste restant is van een boterham die door een oude man is gegeten. Dat er misschien nog wat speeksel aan zit. Dat ze het broodkorstje moet oppakken en erop kauwen. Dan proeft ze misschien nog het speeksel van de oude man.

De therapeut vraagt dan of ze dit verhaal steeds opnieuw moet vertellen. Dit blijkt het geval te zijn. Ze vertelt het verhaal net zolang aan zichzelf totdat ze er kotsmisselijk van wordt en moet braken. Soms, zegt ze, stopt ze haar vinger in de keel om sneller te kunnen braken; als ze eenmaal gebraakt heeft, is het verhaal in haar hoofd afgelopen.

Het blijkt dat het steeds zo gaat. Als ze op straat loopt, valt haar blik onwillekeurig op iets vies. Dit zet dan een verhaal in werking, dat pas eindigt wanneer ze gebraakt heeft. Ze vertelt dat er dagelijks één of meer van genoemde verhalen door haar hoofd spoken. Op een gegeven moment merkt de therapeut op dat er eigenlijk sprake is van een bepaalde vorm van fantaseren. Hij benoemt het als een 'negatieve-afloopfantasie'. Het is heel begrijpelijk, zo zegt hij, dat, als je dit soort verhalen aan jezelf vertelt, je misselijk wordt. Ook wordt vastgesteld dat patiënte wel over een uitgesproken fantasieleven moet beschikken. Dit moet het voor haar ook mogelijk maken om in plaats van 'negatieve-afloopfantasieën', 'positieve-afloopfantasieën' te verzinnen. Wat, zo wordt haar gevraagd, zou je voor een positieve-afloopfantasie kunnen verzinnen wanneer je een beetje speeksel op straat ziet liggen. Patiënte kon niets verzinnen. De therapeut opperde het volgende: 'Je kunt je voorstellen dat je het speeksel oppakt en dat het, terwijl je het oppakt, verandert in een geurend parfum. Misschien is het wel parfum dat steeds van geur verandert. Van jasmijn naar een roosachtige geur, vervolgens naar geurige dennen, enzovoort.' Op soortgelijke manier werd een aantal andere 'positieve-afloopfantasieën' gemodelleerd. Op een gegeven moment was patiënte zelf in staat met een 'positieve-afloopfantasie' te komen. 'Ik zie een stukje brood liggen. Ik pak het stukje brood op en ik gooi het omhoog. Dan komt er een meeuw aanvliegen die met het stukje brood in zijn snavel wegvliegt.' De zitting werd afgesloten met de opdracht iedere 'negatieve-afloopfantasie' in haar hoofd af te breken en om te vormen in een 'positieve-afloopfantasie'. Voorgesteld werd om hiervan een dagboek bij te houden.

Tweede zitting

Onze patiënte bleek de opdracht uitstekend te hebben uitgevoerd. De 'negatieve-afloopfantasie' was iedere dag wel een keer voorgekomen. Ze was steeds in staat geweest om dit om te vormen tot een 'positieve-afloopfantasie'. Voorbeeld: 'Ik zit in de tuin. Er komt een oude man aangelopen die rochelt op de grond. Ik sta op en pak als een haas de tuinslang en spoel gauw de fluim weg in een put.' Het zien van een gebit op een glazen schaalte heeft ze als volgt opgelost: 'Het gebit ligt op een glazen schaalte. Ik doe handschoenen aan en stop het gebit in een glas met water, gooi er een doosje bruistabletten in. Het gebit lost op en ik gooi het water in de gootsteen weg.'

De therapeut complimenteerde patiënte uitvoerig met de wijze waarop ze de 'positieve-afloopfantasie' had toegepast. Ze vertelde nog wel een paar keer 's avonds misselijk geweest te zijn. Gevraagd werd welke 'negatieve-afloopfantasieën' hiervoor verantwoordelijk waren. Patiënte zei dat de misselijkheid niets uitstaande had met de 'negatieve-afloopfantasie'. Ze beschreef het als een ander soort misselijkheid. Een misselijkheid die vaak optreedt als ze erg gespannen is. De therapeut vroeg door. Het bleek dat er de nodige spanningen in de verhouding met haar man waren en dat spanning haar altijd een misselijk gevoel gaf. Ook bij dit misselijke gevoel wekte ze zelf braken op. Opzettelijk gebruikte ze daarbij wel nare, braakopwekkende gedachten. Er werd besproken wat ze hiermee aanwilde. Patiënte kwam tot de conclusie dat het hier

eigenlijk om iets anders ging. Ze gebruikte hier de gedachte opzettelijk om snel meer misselijk te kunnen worden, zodat ze sneller kon braken en aldus het gespannen gevoel kon kwijtraken. Met andere woorden: in dit geval hadden de braakopwekkende gedachten een adaptieve functie. Besloten werd dan ook hierover geen opdrachten te geven. Het substitueren van 'positieve-afloofantasiën' voor 'negatieve-afloofantasiën' werd als opdracht gehandhaafd.

Vervolgzittingen

Ook bij de derde en vierde zitting bleef het heel goed gaan met patiënte. Ze meldde dat ze iedere keer in staat was van een 'negatieve-afloofantasië' een 'positieve-afloofantasië' te maken. Enkele voorbeelden: 'De vrouw spuugt het stukje brood uit haar keel. Het brood vliegt uit het raam de lucht in en een vogel pikt het op en vliegt ermee weg.' 'Er ligt een dode man op de grond (tv-programma) en ik kijk naar hem en ik moet een stuk uit zijn arm bijten. De man doet zijn ogen open en staat op. Hij wrijft even over de plek waar hij gebeten is en loopt weer verder.'

Het gaat inmiddels in de verhouding met haar man iets beter en zij heeft iets minder last van misselijkheid 's avonds. Ze zegt er nog eens over nagedacht te hebben, maar ze heeft het gevoel dat als ze gespannen is de braakopwekkende gedachten haar inderdaad helpen. Het braken vindt ze niet zo'n probleem en ze is eerder het misselijke gevoel kwijt.

Opvallend is dat de 'negatieve-afloofantasiën' veel minder voorkomen. Er wordt een afspraak gemaakt voor over een maand. Tijdens die zitting vertelt patiënte dat het uitstekend gegaan is. Ze heeft de hele maand slechts tweemaal een 'negatieve-afloofantasië' gehad en kon dit gemakkelijk omzetten in een 'positieve-afloofantasië'. Af en toe is ze 's avonds misselijk en ze wijt dit nog steeds aan spanningen in de relatie met haar man. Onverminderd heeft ze het gevoel dat hier de braakopwekkende fantasiën haar goed uitkomen. In gemeenschappelijk overleg wordt besloten dat de behandeling gestaakt kan worden. Er wordt een controleafspraak gemaakt voor over een halfjaar.

Ook na een halfjaar blijkt het prima met haar gegaan te zijn. Aanvankelijk kwamen de 'negatieve-afloofantasiën' nog sporadisch voor; de laatste maanden, zo vertelt ze, heeft ze helemaal geen last meer gehad van 'negatieve-afloofantasiën'. Ze vertelt dat ze nu vrijwilligerswerk in een dierenasiel doet. Hier wordt wat over doorgepraat en het blijkt dat de uitwerpselen van dieren waarmee ze in aanraking komt geen enkele fantasie meer bij haar opwekken. Ook blijkt de misselijkheid 's avonds volledig verdwenen en ze heeft geen plezier in de relatie met haar partner. Verder vertelt ze inmiddels tien kg afgevallen te zijn. Ze was al lange tijd met diëten bezig maar had nooit de moed gevonden ermee door te gaan. Patiënte maakt een tevreden indruk.

Discussie

Terwijl de enkelvoudige motorische en focale tics bij GTS patiënten eenduidig als tic te classificeren zijn, ontstaat er een classificatieprobleem bij toenemende complexiteit van de symptomen. De drang tot aanraken van iets of iemand draagt een evidente

motorische component in zich. Een dergelijke gedraging uitsluitend beschouwen als een motorische tic gaat voorbij aan het drangaspect ervan. In de angelsaksische literatuur wordt een dergelijk symptoom als dwangverschijnsel beschouwd (Pitman et al., 1987). Een vergelijkbaar probleem bestaat ten aanzien van de coprolalie, die bij circa 20 procent van de patiënten met GTS bestaat (Shapiro et al., 1988). Cath et al. (1992a, 1992b) en Shapiro & Shapiro (1992) wijzen op de controverse dwang versus drang bij de fenomenologische analyse van deze meer complexe verschijnselen van GTS.

Ook bij het in deze casus beschreven symptoom komen we dit classificatieprobleem tegen. Het lijkt aspecten van zowel dwang als drang in zich te hebben, echter geen van deze beide begrippen dekt het fenomeen volledig. Het onvrijwillige, egodystone karakter ervan doet denken aan dwang, echter het ongeremde uitwerken van de begingedachte doet weer denken aan drang. Volgens een oude definitie is 'drang' te beschouwen als een bepaalde neiging die zich driftmatig en met elementair geweld opdringt en tot handelingen voert, zonder dat het tot de vorming van concrete motieven voert en zonder dat de wilsfunctie bij machte is de handeling te keren (Kraus, 1964). De term dranghandeling (als vertaling van 'impulsion') lijkt derhalve nog het meest op zijn plaats.

Het begrip 'mental play' is geïntroduceerd om het typische cognitieve karakter van een aantal symptomen van GTS aan te duiden. Cath et al. (1992c) definiëren 'mental play' als (zich) herhalend cognitief gedrag (denken, voorstellen), doorgaans met een neutraal of plezierig karakter en dikwijls uitgelokt door een externe stimulus. Het begrip 'cognitieve tic', waarmee bedoeld wordt een cognitieve activiteit zonder duidelijk doel, veelal uitgelokt door een externe of interne stimulus, die overeenkomst vertoont met motorische tics wat betreft het herhalend karakter, het wisselend beloop, de partiële onderdrukbaarheid en beïnvloedbaarheid, kan als een vorm van 'mental play' opgevat worden (Van de Wetering et al., 1992). Het symptoom van de hier besproken patiënt kan onzes inziens het beste gedefinieerd worden als een vorm van 'mental play' ofwel cognitieve drang ('covert impulsion'). Wellicht verdient het aanbeveling hiervoor het begrip 'drang-gedachte' te gebruiken.

In de behandeling van deze klacht werd juist een appel gedaan op het mechanisme van de 'mental playfulness'. Het relatief snelle succes van deze behandeling lijkt ook hiervan afhankelijk te zijn geweest. Bij het onbehandeld laten van het braken in de avond kan de volgende kanttekening gemaakt worden. Dit braken was duidelijk een uiting van spanning. Verondersteld werd dat wanneer haar klachten overdag en de relatie zouden verbeteren, deze klacht vanzelf zou verdwijnen. De resultaten van de behandeling lijken deze veronderstelling te bevestigen. Deze veronderstelling hield een zeker risico in. Immers, wanneer het braken in de avond was gebleven en patiënte hetzelfde mechanisme was blijven gebruiken om dat op te wekken, zou de kans op een recidief van de klacht overdag groot zijn geweest. In dat licht (achteraf) bezien ware het misschien beter geweest het avondlijk braken afzonderlijk te behandelen, bijvoorbeeld met technieken om de spanning te verminderen.

Deze casus onderstreept dat bij de analyse van de symptomen van GTS ook de cognitieve aspecten van de symptomen in ogenschouw dienen te worden genomen. Dit maakt het mogelijk te komen tot een specifieke strategie die het meeste aansluit bij het idiosyncratische karakter van de klacht.

Abstract

In this case report the treatment of a Gilles de la Tourette patient with thought-induced nausea and subsequent vomiting is presented. The thoughts appeared to be triggered by environmental stimuli and could be classified as 'cognitive tics'. Making use of her 'mental playfulness', a strategy of turning the nauseous chain of thoughts into positive thinking made the actual vomiting disappear.

Referenties

- Cath, D.C., Wetering, B.J.M. van de, Hoogduin, C.A.L., Roos, R.A.C., & Woerkom, T.C.A.M. van (1992a). Het syndroom van Gilles de la Tourette en obsessief-compulsieve stoornissen: drang en dwang vergeleken. *Dth*, 4, 368–376.
- 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. (1992b). Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder. *Advanced Neurology*, 58, 33–41.
- 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. (1992c). Mental play in Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 161, 542–545.
- Cohen, D.J., Bruun, R.D., & Leckman, J.F. (1988). *Tourette's syndrome and tic disorders*. New York: Wiley and Sons.
- Evers, R.A.F., & Wetering, B.J.M. van de (1990). Een patiënte met het syndroom van Gilles de la Tourette en een klokmaag. *Dth*, 2, 168–75.
- Kraus, G. (1964). *Leerboek der psychiatrie*. Leiden: Stenfert Kroese.
- Pitman, R.K., Green, R.C., Jenike, M.A., & Mesulam, M.M. (1987). Clinical comparison of Tourette's disorder and obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1166–1171.
- Shapiro, A.K., Shapiro, E.S., Young, Y.G., & Feinberg, T.E. (1988). *Gilles de la Tourette syndrome* (2nd edition). New York: Raven Press.
- Shapiro, A.K., & Shapiro, E.S. (1992). Evaluation of reported association of obsessive compulsive symptoms or disorder with Tourette's disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 152–65.
- Wetering, B.J.M. van de, Cath, D.C., Roos, R.A.C., Woerkom, T.C.A.M. van, Hoogduin, C.A.L., & Minderaa, R.B. (1992). De tics bij het syndroom van Gilles de la Tourette. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 136, 1644–1647.