



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 probleem van de klakkende tong; over de behandeling van een Gilles de la Tourette-patiënt

Ronald Evers en Ben van de Wetering*

Samenvatting

In dit artikel wordt een behandeling beschreven van een patiënt die last heeft van frequent tongklakken. Geanalyseerd wordt hoe tongklakken nu precies in zijn werk gaat. Dit leidt tot een specifieke opdracht, bedoeld om een einde aan de klacht te maken. Vóór de opdracht wordt eerst een uitgebreide pseudo-wetenschappelijke verklaring gegeven.

Inleiding

Tongklakken wordt niet tot de vocale maar tot de motorische tics gerekend (Van de Wetering, Cath, Roos, Van Woerkom, Hoogduin & Minderaa, 1992).

Wat betreft de behandeling van motorische en vocale tics staat de therapeut een aantal gedragstherapeutische technieken ten dienste. Ongetwijfeld de oudste techniek is de zogenaamde 'negative practice', ontwikkeld door Dunlap (1932). De essentie van de techniek is dat de patiënt de tic opzettelijk vaak en langdurig moet herhalen. Hierdoor zou er een zogenaamde reactieve inhibitie ontstaan. In een overzichtsartikel bespreekt Turpin (1983) de resultaten van 'negative practice' met betrekking tot tics. Zijn conclusie is dat van de 22 onderzoeken, waarin 'negative practice' gebruikt werd, er 3 succesvol waren op de langere termijn (minimaal zes maanden).

Een veelbelovende techniek voor de behandeling van motorische en vocale tics is de 'habit reversal'-techniek, ontwikkeld door Azrin en Nunn (1973). De behandeling bestaat uit vijf componenten. De eerste is monitoring. De tweede component is aandachtstraining om de patiënt bewust te maken van de details van de tic. De derde component is het selecteren van een alternatieve beweging. Bijvoorbeeld: aanspannen van de nekspieren in plaats van hoofdschudden. Het is belangrijk dat de alternatieve respons sociaal acceptabeler is dan de oorspronkelijke tic. De laatste twee componenten zijn ontspanningsoefeningen en motivatietraining.

Uit vergelijkend onderzoek blijkt dat de 'habit reversal'-techniek effectiever is dan de 'negative practice' (Azrin, Nunn & Frantz, 1980; Azrin, Nunn & Frantz, 1982).

Hoogduin, Verdellen en Cath (1997) beschrijven een behandeling van tics die gebaseerd is op exposure en responspreventie. Zij gaan daarbij uit van de veronderstelling dat aan tics zogenaamde 'premonitory urges' voorafgaan. Deze beschrijven ze als vreemde,

* DRS. 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, Rotterdam. DRS. B.J.M. VAN DE WETERING, psychiater, is Hoofd Polikliniek Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt en is verbonden aan de Vakgroep Psychiatrie van de Erasmus Universiteit. Correspondentie: R.A.F. Evers, Polikliniek Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam.

onplezierige sensaties diep in het lichaam of de spieren. Zij geven aan dat dit begrip vroeger bekend stond onder de naam 'sensory tic' (Shapiro, Shapiro, Young en Feinberg, 1988).

De tic is nu op te vatten als een manier om de 'premonitory urges' te reduceren. Door responspreventie zou de patiënt aan de 'premonitory urges' habitueren. Bij drie van de vier patiënten die ze beschrijven trad er tijdens de zittingen habituatie op. Bij alle vier patiënten was er aan het einde van de behandeling sprake van minder tics (variërend van 45 tot 60%).

Evers en Van de Wetering (1990) gaan er eveneens vanuit dat er aan de tic 'premonitory urges' voorafgaan. Allereerst sporen zij deze in hun behandeling op. Eenmaal gevonden leren zij de patiënt een alternatieve, acceptabelere respons, die even goed als de oorspronkelijke tic in staat is de 'premonitory urges' te reduceren.

In dit artikel gaat het over de behandeling van een patiënt die leed aan frequent tongklakken. De therapeutische weg is bij deze patiënt een andere geweest dan een van de hierboven geschetste wegen.

Casus

Voorgeschiedenis

Onze patiënt is een 41-jarige man, gehuwd, van beroep magazijnbeheerder bij een levensmiddelenbedrijf. Hij is de jongste van zes kinderen. Van de lagere school weet hij nog dat hij concentratieproblemen had. Stilzitten was moeilijk voor hem. Na een conflict met een leraar is hij naar een andere school gegaan.

Patiënt's eerste klacht dateert van zijn negende levensjaar. Hij had toen last gehad van frequent knippen met de ogen. Dit duurde tot zijn vijftiende, waarbij er gaandeweg ook trekkingen met de nek bijkwamen. De keelschraapgeluiden ontstonden zo'n zeventien jaar geleden. Het was in een periode dat zijn vrouw als gevolg van een gecompliceerde beenbreuk langere tijd aan bed gekluisterd was. Ook kreeg hij in die periode last van tongklakken.

Patiënt schreef zijn keelgeluiden toe aan slijmpropfen die hij al keelschrapend probeerde te verwijderen. In deze gedachte werd hij gesteund door de opmerking van een KNO-arts, dat littekenweefsel in de nasopharynx als gevolg van juveniele neusdifterie de slijmafvoer verhinderde.

In onze opvatting was er eerder sprake van een vocale tic. Naast de meer uitgesproken tics was er sprake van 'evening up' (neiging om te streven naar symmetrie) en 'lining up' (het hoofd zodanig houden dat personen en/of voorwerpen in één lijn komen te staan). Onder invloed van spanning namen de verschijnselen die ook al een 'spontaan' verloop kenden, in ernst toe.

Na een periode dat de tics nagenoeg volledig verdwenen waren, kreeg patiënt drie jaar geleden weer last van heftig tongklakken.

Bij patiënt kon de diagnose syndroom van Gilles de la Tourette gesteld worden, zij het in een milde vorm.

Eerste zitting

Gevraagd hoe zijn probleem er precies uitzag, vertelde patiënt dat hij eigenlijk voortdurend last had van het maken van geluiden. Nadere specificatie leverde op dat dit geluid het klakken met zijn tong betrof. Verder vertelde hij uitvoerig wat hij er allemaal al niet aan had gedaan: bezoeken aan een magnetiseur, hypnotiseur, acupuncturist en neuroloog. Alle zonder resultaat. Een van de therapeuten vroeg of het goed was als er wat nader ingegaan werd op het geluid dat hij maakte. Patiënt antwoordde kortaf dat hij gewoon met zijn tong klakte. Hem werd gevraagd dit voor te doen. Na enig aandringen gaf hij heel duidelijke klakgeluiden ten gehore. Er werd gevraagd of er bepaalde situaties waren waarin de klachten erger waren. Dit was niet zo. In sociale situaties kon hij de tic bedwingen. Daarna had hij er echter extra last van. Verder vertelde hij dat zijn vrouw er meer dan genoeg van kreeg. Zo genoeg, dat zij hem onlangs verteld had dat ze van hem wilde scheiden. Deze scheidingsdreiging was voor hem de reden geweest om zich nog een keer onder behandeling te stellen. Maar, zo voegde hij hier in één adem aan toe: 'Ik heb weinig hoop dat deze behandeling iets op zal leveren'. Hierop werd empathisch gereageerd. Vervolgens werd voorgesteld de klacht zo grondig mogelijk te analyseren. Hem werd nogmaals gevraagd het geluid te maken. Weer leek het duidelijk te zijn dat de klacht in feite bestond uit het duidelijk klakken van de tong. Hem werd gevraagd hoelang dit kon aanhouden. Dit kon wel een minuut lang doorgaan, zo zei hij.

De therapeuten vervolgden hun inventarisatie. Patiënt werd gevraagd of er ook perioden waren waarin hij geen last van het tongklakken had. Dit bleek niet zo te zijn. Verder was er geen relatie tussen spanning en mate van tongklakken. Het werd voor de therapeuten duidelijk dat er in ieder geval aan de stimuluskant weinig oplossingsmogelijkheden te vinden waren. In feite was het probleem wel duidelijk: patiënt klakte honderden keren per dag met zijn tong. Zijn vrouw werd er gek van. Zo gek, dat zij bereid was van patiënt te scheiden. Eveneens duidelijk was dat patiënt weinig tot niets in de behandeling zag. Op dit punt aangeland, merkte één van de therapeuten op dat hij gaarne met zijn collega wilde overleggen en of patiënt zo goed wilde zijn even in de wachtkamer plaats te nemen.

De therapeuten wisselden hun bevindingen uit: een weinig gemotiveerde patiënt met een duidelijke klacht. Situationele invloeden op de klacht zijn minimaal. Verder vroegen de therapeuten zich af hoe tongklakken nu precies in zijn werk gaat. Beide therapeuten experimenteerden enige tijd met de eigen tong. Het was niet moeilijk het klakgeluid te maken. Maar wat kun je nu verzinnen waardoor het onmogelijk wordt een klakgeluid te maken? Na enig proberen bleek het volgende: het duidelijke klakgeluid dat de patiënt maakte, is niet te maken wanneer je er maar voor zorgt dat de tong niet het gehemelte raakt. Aldus was er een oplossing voor het probleem van de patiënt voorhanden. Als de patiënt nu maar duidelijk gemaakt kon worden dat hij met zijn tong van zijn gehemelte moest afblijven (vanzelfsprekend gold dit niet voor het spreken; het is overigens onmogelijk tegelijkertijd te spreken en klakgeluiden te maken), dan zou hij van zijn probleem verlost zijn. De vraag die nog restte, was hoe deze op zich simpele

oplossing het beste aan de patiënt gepresenteerd kon worden. Het gevaar leek niet denkbeeldig dat wanneer de therapeuten de oplossing simpelweg zouden noemen, deze onmiddellijk door de patiënt zou worden verworpen. Besloten werd dat het hele verhaal ingebed zou worden in een pseudo-wetenschappelijke theorie en dat deze theorie de patiënt uitgebreid zou worden voorgelegd.

De therapeuten vroegen patiënt enige tijd naar een grondige uitleg te luisteren en verzochten hem met zijn vragen te wachten tot ze ermee klaar waren. Patiënt stemde hiermee in. Eén van de therapeuten begon hierop met zijn uitleg. 'In feite is het zo, dat bij de klacht waar u last van heeft, een aantal factoren van invloed geweest kan zijn. Wij zouden ons in de therapie het eerst kunnen richten op het analyseren van die factoren. Zo zouden wij kunnen kijken naar aspecten van uw werk, van uw relatie en dergelijke. Deze factoren kunnen echter wel aanleiding zijn geweest tot het ontstaan, maar wellicht is de in stand houdende factor in feite de gewoontevorming. Ik zal het u uitleggen aan de hand van wat voorwerpen.' Hierop herhaalde de therapeut zijn uitleg met voorwerpen die op tafel stonden. Voor het probleem van de patiënt werd de asbak genomen. Verscheidene samenstellende factoren werden als pennen aangeduid. Voorts werd in de asbak een bekertje geplaatst. Dit bekertje stelde nu de gewoontevorming voor. De therapeut vatte het zo samen: 'Kijk, het is mogelijk dat de pennen die de verschillende oorzaken vertegenwoordigen op dit moment niet meer aanwezig zijn'. Hierop haalde de therapeut alle pennen weg. 'Wat overblijft is de gewoontevorming', zo vervolgde de therapeut. 'Dat is het bekertje. Dat is op zich voldoende om uw klacht in stand te houden.' Op dit punt aangeland, vroeg de therapeut de patiënt of het verhaal voor hem helder was. Dit bleek het geval te zijn. De therapeut vervolgde zijn uitleg: 'Laten we nu het perspectief veranderen en binnen in de asbak (de tongklak) kijken. In feite is dit eveneens weer een complex systeem, waarbij bijvoorbeeld allerlei spieren in het geding zijn. Ieder systeem werkt echter alleen maar als alle samenhangende onderdelen ook functioneren. Als u zich een complexe lopende band voorstelt, waar één onderdeel hapert, dan staat de hele machinerie stil. Als we er dus in slagen één onderdeel lam te leggen, dan leggen we de hele lopende band – dus de tongklak – stil. Ik zou u nu willen vragen om opnieuw het geluid te maken.' Na een aantal malen geklakt te hebben, vroeg de therapeut de patiënt dit nog eens te doen, maar dan speciaal te letten op welke delen van zijn mond door de tong beroerd werden. De therapeut vroeg hem hierna of hij gemerkt had dat bij het klakken zijn tong altijd tegen zijn gehemelte aankwam. Patiënt zei dat hij dit niet gemerkt had. Vervolgens vroeg de therapeut de patiënt wéér te klakken. Hij deed dit een aantal malen en kwam tot de conclusie dat iedere keer bij het klakken zijn tong zijn gehemelte had geraakt. Hierop zei de therapeut: 'In feite is een cruciaal onderdeel van het tongklakken dat uw tong tegen uw gehemelte aan komt. Eigenlijk kun je heel duidelijk stellen dat als u ervoor zorgt dat uw tong nooit meer tegen uw gehemelte aan komt, dit onmiddellijk het afschaffen van de klacht betekent. Ik weet als ik dit uitspreek, dat het voor u vrij ongeloofwaardig klinkt. Maar u moet bedenken dat het net zo ongeloofwaardig is dat een complexe lopende band stilstaat als één onderdeelje niet meer functioneert. Het is buitengewoon belangrijk dat u dit beseft.' De therapeut vroeg de patiënt nu nogmaals het klakgeluid te maken, maar er wel voor te zorgen dat de tong niet meer tegen zijn gehemelte aankwam. Patiënt probeerde dit en merkte dat het niet ging. Hierop introduceerde de therapeut het thema 'aandacht aan iets schenken'. Wat de patiënt gevraagd werd, was de hele dag door erop te letten dat de tong niet tegen het gehemelte aankwam. 'In feite lijkt dit op het eerste gezicht', zo vervolgde de therapeut, 'een onmogelijke opdracht. Maar

als je het bekijkt vanuit de aandachtspsychologie, is dit zeker niet onmogelijk. Stelt u zich voor dat u een oerwoudloper bent. In een oerwoud komen tijgers voor. Als ervaren oerwoudloper zult u voortdurend met een stukje van uw aandacht alert moeten zijn op tekens van tijgers. Doet u dit niet, dan zult u niet lang oerwoudloper zijn. U doet het echter maar met een stukje van uw aandacht. Als u daar alle aandacht bij nodig had, zou u ook weer niet ver in het oerwoud komen. Wij noemen dit in de wetenschap perifere aandacht. Zo moet u precies met uw tong en uw gehemelte omgaan. Natuurlijk niet als u praat, maar dan kunt u niet tegelijkertijd een tongklakgeluid maken. Probeert u dat maar eens.' Patiënt probeerde te praten en te tongklakken, hetgeen hem niet lukte. De therapeut vervolgde zijn betoog. 'Of u nu aan het werk bent of thuis televisie kijkt of wat dan ook doet, altijd moet u met een stukje aandacht bij de tong en het gehemelte zijn. De ervaring heeft geleerd dat mensen dit inderdaad kunnen. U hebt verteld dat uw vrouw op het punt van scheiden staat. Dat lijkt mij een heel duidelijk motief voor u om aan de opdracht te voldoen. Indien u dat inderdaad doet, dan is van nu af aan de klacht voorbij.' Hierop vroeg de therapeut aan de patiënt of het voor hem echt allemaal duidelijk was. Patiënt knikte. Hij zei, dat hij de opdracht best wilde proberen. De therapeut corrigeerde hem op dit punt. 'Proberen heeft geen enkele zin. U moet het gewoon doen. Ik vraag u zeker niet het onmogelijke.' De zitting eindigde met de afspraak dat patiënt zijn tong en zijn gehemelte voortdurend zou monitoren en ervoor zou zorgen dat zijn tong nooit tegen zijn gehemelte aankwam. Er werd een afspraak gemaakt voor de volgende week.

Tweede zitting

De patiënt vertelde dat, eigenlijk tot zijn stomme verbazing, de klacht niet meer was opgetreden. De therapeut complimenteerde patiënt met dit resultaat. De therapeut zei dat de klacht natuurlijk niet zomaar verdwenen was. Patiënt had gewoon goed geoefend. Verder werd hem gevraagd hoe zijn vrouw gereageerd had op de afwezigheid van zijn tongklakken. Zijn vrouw bleek ontzettend opgelucht te zijn, maar was bang dat het weer zou terugkomen; een vrees die hij deelde. Hierop zei de therapeut dat, als je het bekeek vanuit het perspectief van de opdracht, er geen enkele reden te bedenken was waarom het symptoom zou moeten terugkomen. De tweede zitting duurde vrij kort. Het was allemaal duidelijk voor patiënt en hij kreeg dezelfde opdracht mee.

Derde zitting

Ook nu was de klacht weer niet opgetreden. Patiënt gaf aan dat hij het gevoel had dat hij de klacht onder controle had. Wel was hij somber geworden van de gedachte dat hij jarenlang had rondgelopen met een klacht die zo snel weg kon zijn. De therapeut zei dat hij zich dit gevoel van patiënt heel goed kon voorstellen. Hij gaf ook aan dat hij het goed vond dat patiënt zijn teleurstelling durfde uit te spreken over de voorgaande jaren. Dat dit een heel begrijpelijk gevoel was. Maar dat hij tevens het andere gevoel, de opluchting dat hij het probleem nu had opgelost, eveneens tot zich door moest laten dringen. Patiënt was het hiermee eens. Weer werd dezelfde opdracht gegeven.

Vierde zitting

Wederom had patiënt geen last van tongklakken gehad. Wel had hij gemerkt dat hij af en toe gespannen was. Hierop werd nader ingegaan. Het bleek vooral te gaan over problemen op het werk. Hij kreeg vaak meer werk toegewezen dan hij aankon. De therapeut vroeg of dit werk van dringende aard was. Dit bleek niet het geval te zijn, maar patiënt voelde zich opgejaagd als er werk lag wat niet onmiddellijk afkwam. De therapeut vroeg de patiënt zich voor te stellen dat hij een loketbediende op het postkantoor was en dat er een lange rij wachtenden voor hem stond. Hoe zou hij zich voelen? 'Erg opgejaagd', antwoordde de patiënt. Vervolgens vroeg de therapeut de patiënt zich voor te stellen dat hij een observator op het postkantoor was, waar lokettist A en lokettist B aan het werk waren. Beiden hadden evenveel wachtenden voor zich. Lokettist A was iemand, als de patiënt, die zich liet opjagen. Hij probeerde hard te werken om de rij kleiner te krijgen. Als je goed op zijn gedrag lette merkte je dat hij haastig en gespannen was. Ook dat hij af en toe door de haast fouten maakte. Lokettist B was iemand die het werk gewoon in een rustig tempo deed. Patiënt werd nu gevraagd welke postbeambte hij het liefst wilde zijn. Zonder meer B, antwoordde patiënt. Hem werd gevraagd een paar werksituaties te schetsen waarin hij het doorgaans moeilijk had. Samen met patiënt werd besproken hoe 'loketist B' deze situaties zou hanteren. Hieraan werd de rest van de zitting besteed. De zitting werd afgesloten met de opdracht zich de komende week zoveel mogelijk als lokettist B te gedragen.

Volgende zittingen

Patiënt meldde enthousiast dat het hem vrij goed gelukt was de gehele week lokettist B te zijn. Hij noemde een aantal voorbeelden van situaties die normaliter spanning geïnduceerd zouden hebben. Door zijn nieuwe 'loketist B'-houding, was het hem gelukt relatief spanningsloos met deze situaties om te gaan. Wederom had patiënt de gehele week geen last van de tics gehad. In deze zitting gaf patiënt aan, dat hij het gevoel had dat hij nu wel op eigen kracht verder kon. De therapeut sloot zich hierbij aan. Besloten werd een controleafspraak voor over vier maanden te maken. Op de controlezitting zelf bleek patiënt wederom geen last van tics te hebben gehad en heel redelijk met zijn werksituatie om te kunnen gaan.

Beschouwing

In Evers en Van de Wetering (1990) werd het spanningsreductiemodel bij tics besproken. In het kort komt het erop neer dat tics op te vatten zijn als begrijpelijke responsen die een voorafgaande spanning reduceren. De voorafgaande spanning zelf kan opgevat worden als het trigger-sigitaal voor het uitvoeren van de tic. In het artikel werd opgemerkt dat uitleg van dit mechanisme een 'demystificatie' van de tic ten gevolge heeft. Ook in de hier uiteengezette behandeling is sprake geweest van 'demystificeren'. In de eerste helft van de eerste zitting was uit het gedrag van de patiënt duidelijk op te maken dat hij er eigenlijk niet in geloofde dat er een oplossing voor zijn klacht zou kunnen bestaan. Immers, hij had er naar zijn eigen gevoel alles al aan gedaan. De 'demystificatie' bestond eruit de patiënt te laten inzien dat de tic alleen kon optreden als zijn tong zijn gehemelte raakte, met de aantekening dat dit niet noodzakelijk was. Immers, de tong was van patiënt en hij kon ervoor zorgen dat het niet meer gebeurde.

Hiermee werd heel duidelijk gesteld dat er gedrag voorhanden was, dat te allen tijde ervoor kon zorgen dat de tic niet meer optrad. De uitgebreide pseudo-wetenschappelijke verklaring leek nodig om patiënt geen gezichtsverlies te laten lijden. Beide therapeuten hadden het gevoel dat een simpele, korte uitleg door patiënt, gezien zijn opstelling in de eerste helft van de zitting, weggewuifd zou worden. Ook bij andere behandelingen van patiënten met tic-gedrag hebben wij gemerkt dat het hanteren van de motivatie van de patiënt een cruciaal gegeven is.

Aanvankelijk werd de tic door patiënt beleefd in termen van onvrijwilligheid. Door de hercodering werd de tic in feite tot iets vrijwilligs. In het kader van 'onvrijwilligheid' kan men geen uitspraken doen in de trant van 'de tic hoeft nooit meer op te treden'. Dit is echter wel mogelijk in het kader van 'vrijwilligheid'. Immers, de tong is van de patiënt en de tong hoeft niet tegen het gehemelte te komen. Patiënt kan er te allen tijde voor waken dat dit niet gebeurt. Vandaar dat zo'n op het eerste gezicht verregaande uitspraak voor ons gevoel inderdaad in een behandeling gebruikt kan worden. Met deze uitspraak laten de therapeuten tevens zien hoe zij tegen de tic aankijken: als iets wat heel goed en heel snel veranderbaar is. Het verloop van de behandeling laat zien dat deze omschrijving door de patiënt werd overgenomen.

Niet altijd gaat het in de behandeling van tics zo snel als bij deze patiënt. Wel zijn de ingrediënten in het algemeen hetzelfde. Iedere tic-patiënt ervaart zijn tic als onvrijwillig. Een hercodering naar 'vrijwilligheid' is een belangrijke stap in de behandeling. In het nieuwe 'vrijwilligheidskader' is patiënt in feite zelf verantwoordelijk geworden voor het al dan niet optreden van zijn tic. Als het de patiënt niet volledig lukt de tic te controleren, kan een analyse worden gemaakt waarom dit het geval is. Vaak blijkt dan dat patiënten nog onvoldoende 'monitoren'. Aanvullende opdrachten kunnen gegeven worden om dit monitoren te bevorderen.

De bij deze patiënt gebruikte techniek moet niet verward worden met de 'habit reversal'-methode (Azrin & Nunn, 1972). Dit is een methode waarmee de patiënt een alternatieve respons aanleert die een antagonist is van de oorspronkelijke tic. Onze patiënt werd voorgesteld niet meer met zijn tong tegen zijn gehemelte te komen, met andere woorden hem werd voorgesteld de tic gewoon niet meer uit te voeren. Er werden bij hem geen 'premonitory urges' gevonden zodat een behandeling volgens het spanningsreductiemodel (Evers & Van de Wetering, 1990) niet geïndiceerd was. Door zijn gebrekkige motivatie en door het gegeven dat hij de tic in sociale situaties kon onderdrukken (tijdens de zittingen werd niet één keer een spontane tongklak gehoord), leek exposure en responspreventie (Hoogduin, Verdellen & Cath, 1997) ook niet als behandelingsstrategie in aanmerking te komen.

Patiënt had de tic al zestien jaar. Het snelle resultaat van de behandeling geeft aan dat de tijdsduur van een klacht heel weinig zegt over het al of niet moeizame veranderingskarakter ervan. Het gevoel van verdriet dat bovenkomt als iemand die lang aan een klacht geleden heeft, merkt dat de klacht zeer snel kan verdwijnen, is waarschijnlijk voor iedere therapeut invoelbaar. Het is naar onze mening goed hier in de behandeling bij stil te staan. Het is inderdaad jammer dat patiënt niet eerder bij de therapeut gekomen is. En de therapeut kan dit rustig empathisch beamen. Tegelijkertijd

kan hij er echter op wijzen dat het ook heel goed is dat de klacht nu in ieder geval weg is. Belangrijk is dat de patiënt zich door de therapeut begrepen voelt.

Tot slot

Deze casus laat zien dat tics geen onbegrijpelijke dingen zijn die mensen doen, maar juist klachten zijn waar een grondige analyse tot heel duidelijke behandelingsstrategieën kan leiden. En ook dat deze behandelingsstrategieën soms opvallend snel resultaat kunnen afwerpen.

Abstract

The treatment of a Tourette patient with tongue clicking as most prominent symptom is described in this paper. The therapists experimented with the mechanism of tongue clicking and found a solution which could make an end to the complaint. Before this solution was presented to the patient an elaborated pseudo-scientific explanation was given.

Referenties

- Azrin, N.H., & Nunn, R.G. (1973). A method of eliminating nervous habits and tics. *Behavior Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Azrin, N.H., Nunn, R.G., & Frantz, S.E. (1980). Habit reversal vs. negative practice treatment of nervous tics. *Behavior Therapy*, 11, 169-178.
- Azrin, N.H., Nunn, R.G., & Frantz, S.E. (1982). Habit reversal vs. negative practice treatment of self-destructive oral habits (biting, chewing, or licking of the lips, cheeks, tongue or palate). *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 13, 49-54.
- Dunlap, K. (1932). *Habits: Their making and unmaking*. New York: Liveright.
- Evers, R.A.F., & Wetering, B.J.M. van de (1990). Behandeling van motorische tics op basis van een spanningsreductiemodel. *Gedragstherapie*, 23, 167-178.
- Hoogduin, K., Verdellen, C., & Cath, D. (1997). Exposure en response prevention in the treatment of Gilles de la Tourette's Syndrome: Four case studies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 125-135.
- Shapiro, A.K., Shapiro, E.S., Young, J.G., & Feinberg, T.E. (1988). *Gilles de la Tourette Syndrome* (2nd. ed.). New York: Raven Press.
- Turpin, G. (1983). The behavioural management of tic disorders: a critical review. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 203-245.
- 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 van Geneeskunde*, 136, 1644-1647.