



[www.DirectieveTherapie.nl](http://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](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

## *misverstanden en mythes*

---

### **Psychologische interventies voor tics zijn niet zinvol en onwenselijk**

Cara Verdellen en Kees Hoogduin

#### Inleiding

De wetenschappelijke evidentie voor de effectiviteit van gedragstherapie voor de behandeling van tics neemt toe. Naast tientallen ongecontroleerde studies, waarin de effectiviteit van gedragstherapie is aangetoond, is er een toename van randomized controlled trials (RCT's; voor een overzicht, zie Cook & Blacher, 2007). In RCT's is de effectiviteit van habit reversal, een gedragstherapeutische interventie, aangetoond boven een wachtlijstcontroleconditie (Azrin & Peterson, 1990; O'Connor et al., 2001) en boven ondersteunende psychotherapie (Deckersbach, Rauch, Buhlmann, & Wilhelm, 2006; Wilhelm et al., 2003). In een vergelijkende effectstudie tussen habit reversal en exposure en responspreventie, een nieuwe gedragstherapeutische behandelmethode voor tics, werden geen verschillen gevonden tussen beide methoden. Effect sizes op de verschillende effectmaten varieerden van 0.47 tot 1.06 voor habit reversal en van 0.88 tot 1.42 voor exposure en responspreventie (Verdellen, Keijsers, Cath & Hoogduin, 2004). Deze bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek vinden echter slechts mondjesmaat hun weg naar de praktijk. De meeste patiënten met een ticstoornis worden momenteel behandeld met farmacotherapie, meestal neuroleptica. Dit is opmerkelijk, aangezien het aantal RCT's waarin de effectiviteit van farmacotherapie is aangetoond, beperkt is. Bovendien staken veel patiënten de medicatie vanwege ongewenste bijwerkingen (Carpenter, Leckman, Scahill, & McDougle, 1999; Scahill et al., 2006). De voorkeur voor farmacotherapie lijkt voort te komen uit het gegeven dat ticstoornissen een organische basis hebben. Patiënten met deze aandoening komen veelal

DR. C.W.J. VERDELLEN, klinisch psycholoog/gedragstherapeut, is vestigingsmanager van HSK Den Bosch en HSK Expertise Centrum Tics. E-mail: c.verdellen@hsk.nl.

PROF. DR. C.A.L. HOOGDUIN, zenuwarts, is adviseur van de HSK Groep.

terecht bij neurologen of (kinder)psychiaters. Bovendien bestaat van oudsher enige huiver voor het toepassen van psychologische interventies voor de behandeling van tics. Deze huiver is volgens ons ongegrond om een aantal redenen.

Het eerste misverstand: een psychologische interventie voor tics is niet zinvol, omdat de tic zich aan de wil onttrekt

Tics werden lange tijd als geheel onvrijwillig beschouwd. In DSM-III-R werden tics beschreven als onwillekeurige, plotselinge, snelle, herhaalde, niet-ritmische, stereotiepe bewegingen of vocale uitingen (APA, 1987). Deze definitie van tics maakt het begrijpelijk dat er weinig aandacht was voor psychologische interventies voor tics. Immers, hoe is het mogelijk een tic te beïnvloeden, als deze zich aan de wil onttrekt? Sinds echter bekend is dat de tic een intentioneel karakter heeft en wordt uitgevoerd in reactie op onaangename premonitore sensaties<sup>1</sup> (Leckman, Walker, & Cohen, 1993) wordt de tic niet langer als geheel onvrijwillig beschouwd. De sequentie van premonitore sensaties en de erop volgende tic waarna de sensatie afneemt, maakt het mogelijk hierop in te grijpen (Hoogduin, De Haan, Cath, & Van de Wetering, 1996). Bij habit reversal leert de patiënt zich bewust te worden van het optreden van de tic om deze vervolgens met een onverenigbare respons te voorkomen of onderbreken. De onverenigbare respons moet zo vroeg mogelijk, zodra de premonitore sensatie zich aandient, worden toegepast. Bij exposure en responspreventie moet de patiënt langdurig alle tics tegenhouden. Op deze manier ontstaat de mogelijkheid te habitueren aan de premonitore sensaties, met ticreductie tot gevolg. In recent onderzoek is ondersteuning gevonden voor de hypothese dat habituatie ten grondslag ligt aan de werkzaamheid van exposure en responspreventie (Verdellen et al., 2008) en mogelijk ook van habit reversal (Himle, Woods, Conelea, Bauer, & Rice, 2007).

<sup>1</sup> Premonitore sensaties zijn lichamelijke gewaarwordingen, zoals druk, kriebel, warmte of koude, die doorgaans verminderen wanneer de tic is uitgevoerd.

Het tweede misverstand: het tegenhouden van tics leidt tot een sterke opbouw van innerlijke spanning en een ticstorm achteraf (reboundeffect)

Onder patiënten en professionals heerst de algemene opvatting dat het tegenhouden van tics leidt tot een sterke opbouw van innerlijke spanning, waarvan men slechts kan worden bevrijd door een zogenaamde ticstorm. Dit wordt ook wel het reboundeffect genoemd (Fahn, 1993; Leckman, 2003). Deze veronderstelling wordt echter niet ondersteund door empirisch bewijs. Himle en Woods (2005) onderzochten het reboundeffect bij zeven kinderen met een ticstoornis na vijf minuten onderdrukken van tics (ticssuppressie). De ticfrequentie na suppressie was *lager* dan bij baseline. Meidinger et al. (2005) hebben ticfrequenties onderzocht bij zes patiënten met het Gilles-de-la-Tourettesyndroom (GTS) en vonden evenmin aanwijzingen voor een reboundeffect na 30 minuten ticsuppressie. Verdellen, Hoogduin en Keijsers (2007) onderzochten rebound bij twintig GTS-patiënten na twee uur durende sessies exposure en responspreventie. Ticfrequenties voor en na de tien sessies werden met elkaar vergeleken. Er werden geen aanwijzingen gevonden voor een reboundeffect. Integendeel, bij drie van de tien sessies werd een significante *afname* gevonden van tics na het tegenhouden ervan.

Ook de veronderstelling dat het tegenhouden van tics leidt tot een sterke toename van innerlijke spanning, kan niet door onderzoek worden bevestigd. Verdellen et al. (2008) vonden geen toename van premonitore sensaties tijdens tien twee uur durende sessies exposure en responspreventie. De resultaten toonden een lineaire afname van de ervaren ernst van de sensaties binnen de sessies en een afname van de sensaties over de sessies.

Het derde misverstand: gedragstherapie voor tics is louter symptoomsubstitutie: nieuwe tics komen in de plaats van oude tics

Een vaak gehoorde zorg bij de gedragstherapie van tics is dat nieuwe tics in de plaats komen van oude tics of dat de onverenigbare respons bij habit reversal een nieuwe tic wordt (Woods, Conelea, & Walther, 2007). Er is op dit vlak weinig onderzoek verricht, maar de bestaande gegevens rechtvaardigen deze zorg niet. De meeste onderzoeksresultaten tonen een ticreductie aan na gedragstherapie (Cook & Blacher, 2007). In de vergelijkende studie tussen habit reversal en exposure en responspreventie werd op ticfrequenties, gemeten in de thuissituatie, een gemiddelde ticreductie gevonden van 68% voor beide methoden

(Verdellen et al., 2004). Als het zo zou zijn dat nieuwe tics in de plaats komen van oude tics, dan zou je geen vermindering van tics verwachten of slechts een kleine ticreductie. Dat was niet het geval.

Wat betreft de opvatting dat de onverenigbare respons een nieuwe tic wordt: hiernaar is voor zover wij weten geen onderzoek verricht. Wel kan op basis van klinische bevindingen worden gezegd dat de onverenigbare respons afneemt met het afnemen van de tic; een bevinding die ook wordt gerapporteerd in de literatuur (Woods et al., 2007).

#### Het vierde misverstand: farmacotherapie is de voorkeursbehandeling voor tics

Voor de behandeling van tics wordt vooral farmacotherapie toegepast: dopaminereceptorantagonisten (haloperidol, pimozide, sulpiride, risperidon) en clonidine. De slechts enkele gecontroleerde onderzoeken tonen aan dat ongeveer 50-70% van de patiënten verbetert met een ticreductie van ongeveer 50% (Sandor, 2003; Scahill et al., 2006). Een groot nadeel van het gebruik van medicijnen is dat deze bijwerkingen hebben, zoals gewichtstoename, acathisie (motorische onrust), apathie en sedatie. Tot 90% van de patiënten staakt vanwege deze bijwerkingen uiteindelijk het gebruik van medicijnen (Carpenter et al., 1999). Dit werpt de vraag op of farmacotherapie wel de voorkeursbehandeling voor tics dient te zijn. Vooralsnog ontbreken RCT's naar de vergelijkende effectiviteit van farmacotherapie en gedragstherapie. Wanneer gedragstherapie in vergelijkend onderzoek (minstens) even effectief blijkt te zijn als farmacotherapie, dan is het gerechtvaardigd om gedragstherapie als eerstekeuzebehandeling van tics aan te merken.

#### Conclusie

Op basis van de beschikbare onderzoeksgegevens kan worden geconcludeerd dat voor de behandeling van tics gedragstherapie een goed alternatief biedt voor farmacotherapie. Voor mogelijke nadelige gevolgen van een gedragstherapie, zoals het optreden van een rebound na het tegenhouden van tics of symptoomsubstitutie, zijn in wetenschappelijk onderzoek geen aanwijzingen gevonden.

*Referenties*

- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third rev. edition. Washington (D.C.): Author.
- Azrin, N.H., & Peterson, A.L. (1990). Treatment of Tourette's syndrome by habit reversal: A waiting-list control group comparison. *Behavior Therapy*, 21, 305-318.
- Carpenter, L.L., Leckman, J.F., Scahill, L., & McDougle, C.J. (1999). Pharmacological and other somatic approaches to treatment. In: J.F. Leckman & D.J. Cohen (eds.), *Tourette's syndrome – tics, obsessions, compulsions: Developmental psychopathology and clinical care* (pp. 370-399). New York: Wiley.
- Cook, C.R., & Blacher, J. (2007). Evidence-based psycho-social treatments for tic disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 252-267.
- Deckersbach, T., Rauch, S., Buhlmann, U., & Wilhelm, S. (2006). Habit reversal versus supportive psychotherapy in Tourette's disorder: A randomized controlled trial and predictors of treatment response. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1079-1090.
- Fahn, S. (1993). Motor and vocal tics. In: R. Kurlan (ed.), *Handbook of Tourette's syndrome and related tic and behavioral disorders* (pp. 3-15). New York: Dekker.
- Himle, M.B., & Woods, D.W. (2005). An experimental evaluation of tic suppression and the tic rebound effect. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1443-1451.
- Himle, M.B., Woods, D.W., Conelea, C.A., Bauer, C.C., & Rice, K.A. (2007). Investigating the effects of tic suppression on premonitory urge ratings in children and adolescents with Tourette's syndrome. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2964-2976.
- Hoogduin, C.A.L., Haan, E. de, Cath, D.C., & Wetering, B.M.J. van de (1996). Gedragstherapie. In: J.K. Buitelaar & B.M.J. van de Wetering (red.), *Syndroom van Gilles de la Tourette: Een leidraad voor diagnostiek en behandeling* (pp. 61-68). Assen: Van Gorcum & Comp. B.V.
- Leckman, J.F. (2003). Phenomenology of tics and natural history of tic disorders. *Brain and Development*, 25, S24-S28.
- Leckman, J.F., Walker, D.E., & Cohen, D.J. (1993). Premonitory urges in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 150, 98-102.
- Meidinger, A.L., Miltenberger, R.G., Himle M., Omvig, M., Trainor, C., & Crosby, R. (2005). An investigation of tic suppression and the rebound effect in Tourette's disorder. *Behavior Modification*, 29, 716-745.
- O'Connor, K., Brault, M., Robillard, S., Loiselle, J., Borgeat, F., & Stip, E. (2001). Evaluation of a cognitive-behavioural program for the management of chronic tic and habit disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 667-681.
- Sandor, P. (2003). Pharmacological management of tics in patients with TS: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 41-48.
- Scahill, L., Erenberg, G., Berlin, C.M., Budman, C., Coffey, B.J., Jankovic,

- J., Kiessling, L., King, R.A., Kurlan, R., Lang, A., Mink, J., Murphy, T., Zinner, S., & Walkup, J. (2006). Contemporary assessment and pharmacotherapy of Tourette syndrome. *NeuroRx*, 3, 192-206.
- Verdellen, C.W.J., Hoogduin, C.A.L., Kato, B.S., Keijsers, G.P.J., Cath, D.C., & Hoijtink, H.B. (2008). Habituation of premonitory sensations during exposure and response prevention treatment in Tourette's syndrome. *Behavior Modification*, 32, 215-228.
- Verdellen, C.W.J., Hoogduin, C.A.L., & Keijsers, G.P.J. (2007). Tic suppression in the treatment of Tourette's syndrome with exposure therapy: The rebound phenomenon reconsidered. *Movement Disorders*, 22, 1601-1606.
- Verdellen, C.W.J., Keijsers, G.P.J., Cath, D.C., & Hoogduin, C.A.L. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourette's syndrome: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 501-511.
- Wilhelm, S., Deckersbach, T., Coffey, B.J., Bohne, A., Peterson, A., & Baer, L. (2003). Habit reversal versus supportive psychotherapy for Tourette's disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1175-1178.
- Woods, D.W., Conelea, C.A., & Walther, M.R. (2007). Barriers to dissemination: Exploring the criticisms of behavior therapy for tics. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 279-282.