

Obsessieve-compulsieve stoornis met tics: een nieuw subtype?

L.A. FIBBE, D.C. CATH, A.J.L.M. VAN BALKOM

ACHTERGROND De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) is een heterogene aandoening. Door middel van fenomenologisch onderzoek probeert men meer homogene subtypen te creëren.

DOEL Literatuuronderzoek om op symptoomniveau na te gaan bij patiënten met OCS met en zonder tics of ticgerelateerde OCS klinisch valide te onderscheiden is van 'pure' OCS.

METHODE Via PubMed en PsycINFO werden met behulp van trefwoorden studies in kaart gebracht die patiënten met 'pure' OCS vergeleken met patiënten met ticgerelateerde OCS.

RESULTATEN In de 26 geïncludeerde studies werd, op een totaal van 2801 patiënten met OCS, bij 872 (31,1%) patiënten een comorbide ticstoornis geconstateerd. Naast overeenkomsten hebben patiënten met een ticgerelateerde OCS ook onderscheiden symptoomprofielen. Zij waren meer van het mannelijk geslacht en hadden een vroege leeftijd van ontstaan. Met name 'ticachtige' compulsies zoals aanraken, tikken, herhalen, symmetriegedrag en wrijven worden frequenter gezien bij OCS met tics. Patiënten met OCS zonder tics rapporteren vaker smetvrees en wasdwang. De obsessies van patiënten met OCS met en zonder tics verschillen nauwelijks van inhoud. Wel verschilt de doelgerichtheid van compulsies tussen ticgerelateerde en pure OCS. Naar analogie met de 'premonitory urges' die vaak aan tics voorafgaan, gaan bij ticgerelateerde OCS vaker 'just-right perceptions' vooraf aan de compulsies. Patiënten met pure OCS vertonen gevoelens en gedachten van angst die voorafgaan aan hun compulsies. De compulsies worden uitgevoerd om deze angst te verminderen.

CONCLUSIE OCS met tics lijkt op grond van de klinische symptomen een deels te onderscheiden subtype van OCS te zijn. Verdere studies naar etiologie, behandelbaarheid en beloop zijn nodig om dit subtype verder te valideren.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)5, 275-285]

TREFWOORDEN comorbiditeit, obsessieve-compulsieve stoornis, ticstoornis, symptoomdimensies, subtype

De obsessieve-compulsieve stoornis (OCS) wordt gekenmerkt door dwanggedachten en/of -handelingen. De lifetimeprevalentie van OCS wordt geschat op 2,5% (Karno e.a. 1988). In epidemiologische studies wordt bij mannen een lagere prevalentie gevonden dan bij vrouwen (Bebbington 1998). OCS leidt tot ernstige beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren. Gemiddeld

verstrijkt er 9 jaar tussen het ontstaan van OCS en het stellen van de diagnose. Dit komt onder meer doordat patiënten zich schamen voor de stoornis waardoor zij zich pas relatief laat voor behandeling aanmelden. Tevens wordt de aandoening niet altijd herkend door behandelaars. OCS is fenotypisch en genotypisch heterogeen. Men tracht OCS onder te verdelen in meer homogene symptoom-

dimensies; daarmee zou men specifiekere op symptoomprofielen toegesneden behandelingen kunnen ontwikkelen, de aandoening beter kunnen herkennen en beter inzicht kunnen verkrijgen in de etiologie en het beloop.

Dwangklachten worden onderverdeeld naar hun inhoud. Werd enige decennia terug nog een simpele onderverdeling gemaakt in 'washers' (patiënten met wasdwang) en 'checkers' (patiënten met controledwang), intussen heeft systematisch onderzoek met de *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (γ -BOCS)-checklist duidelijk gemaakt dat er mogelijk 4, 5 en misschien wel 6 OCS-subtypen te onderscheiden zijn. Er is nog geen consensus bereikt over de onderverdeling van patiënten met OCS aan de hand van symptomen. Daarom wordt verder onderzoek gedaan naar alternatieve indelingen.

Aangezien de OCS-'subtypen' dimensioneel van aard zijn en patiënten met OCS meer of minder klachten kunnen hebben op deze dimensies, kan beter gesproken worden van 'symptoomdimensies' dan van 'subtypen'. OCS wordt meestal onderverdeeld in de volgende vier symptoomdimensies: 1. smetvrees en wasdwang; 2. obsessies over schade berokkenen en controledwang; 3. ordenen of nastreven van symmetrie; 4. verzamelen (Bloch e.a. 2008; Leckman e.a. 1997; Mataix-Cols e.a. 2004; McKay e.a. 2004). Deze symptoomdimensies zijn ieder apart erfelijk, met erfelijkheidspercentages tussen de 24 en 44% (Katerberg e.a. 2010). De klinische consequenties van deze indeling in 4 symptoomdimensies zijn nog onduidelijk. Wel is duidelijk dat vooral de verzameldwang slechter behandelbaar is dan de andere symptoomdimensies, zowel medicamenteus als gedragstherapeutisch.

Een alternatieve indeling van OCS is een typeering aan de hand van aanwezige comorbide aandoeningen. Eén van de meest voorkomende comorbide aandoeningen van OCS is de groep ticstoornissen. Familiestudies laten zien dat bij familieleden van patiënten met een ticstoornis vaker OCS voorkomt dan verwacht zou worden op grond van epidemiologisch onderzoek (Pauls &

Leckman 1986). Bovendien treft men bij familieleden van patiënten met OCS vaker dan in de gewone bevolking tics aan (Pauls & Leckmann 1986). Het risico op een ticstoornis bij mannelijke verwanten van patiënten met ticstoornissen of de ziekte van Gilles de la Tourette (GTS) is groter dan bij vrouwelijke verwanten (15,0 tegen 3,4%). Omgekeerd is het risico op OCS bij vrouwelijke verwanten van patiënten met GTS groter dan bij mannelijke verwanten (15,2 tegen 7,2%). Deze bevindingen wijzen op een genetisch verband tussen OCS en ticstoornissen, althans voor een groep patiënten met OCS in combinatie met tics (of tics in de familie). Door dit genetisch verband is het denkbaar dat OCS met comorbide tics klinisch te onderscheiden is van 'pure' ticvrije OCS. Als dat zo zou zijn, zou een deel van de heterogeniteit van OCS verklaard zijn. Wij verrichtten een literatuuronderzoek om de vraag te beantwoorden: in hoeverre is OCS met tics op basis van de inhoud van de dwangklachten valide te onderscheiden van OCS zonder tics?

METHODE

Wij verrichtten een literatuurstudie in PubMed en PsycINFO met de zoektermen: 'obsessive compulsive disorder', 'comorbidity', 'tic' en 'Gilles de la Tourette'. Om inclusie van studies met een te kleine steekproefomvang te beperken, kozen wij ervoor om artikelen met een steekproefgrootte vanaf 50 patiënten te includeren. Twee patiënt-controle-studies met in totaal meer dan 50 deelnemers (patiënten en controlepersonen) werden geïncludeerd, hoewel het aantal patiënten onder de 50 lag, namelijk 35 (Reddy e.a. 2001) resp. 40 (Zohar e.a. 1997). De resultaten van de zoekstrategie zijn te vinden in tabel 1.

We selecteerden alleen artikelen die de symptomen van patiënten met OCS beschreven en waarin groepen patiënten met OCS met en zonder ticstoornissen met elkaar werden vergeleken. De diagnoses van de verschillende ticstoornissen, te weten syndroom van Gilles de la Tourette, chronische motorische of vocale ticstoornis en voorbijgaande ticstoornis, werden in dit literatuurover-

TABEL 1 Literatuurstudie in PubMed en PsycInfo naar obsessieve-compulsieve stoornis en tics

| | PubMed | PSYCIINFO |
|--|--------|-----------|
| Initieel aantal gevonden artikelen | 2175 | 2484 |
| Exclusie | | |
| vanwege ontbreken vergelijking OCS met tics en zonder tics | 2070 | 2437 |
| vanwege deelnemeraantal \leq 50 | 28 | 17 |
| vanwege publicatietype (reviews, brieven, dubbelpublicaties, case-rapportages) | 18 | 17 |
| vanwege ontbreken symptoombeschrijving | 35 | 11 |
| Geïnccludeerde studies | 24 | 2 |

zicht overgenomen. Studies die geen specificatie van het type ticstoornis gaven, werden geïnclassificeerd onder de noemer 'tics niet nader omschreven'.

De literatuur werd beoordeeld op gegevens over een aantal patiëntkenmerken zoals ontstaansleeftijd van de ticstoornis en OCS en aanwezige dwangsymptomen. Het totaal aantal patiënten met OCS en wel of geen comorbiditeit werd berekend door alle patiënten met en zonder comorbiditeit uit de geïnccludeerde studies op te tellen. Alle geïnccludeerde studies toetsten de verschillen in symptomen tussen patiënten met en zonder comorbide tics kwantitatief. In de resultatensectie zijn deze toetsen vanwege de leesbaarheid niet overgenomen en volstaan we met een samenvatting van de resultaten per artikel.

RESULTATEN

We includeerden 26 studies, waaronder 15 cohortstudies, 9 patiënt-controlestudie en 2 epidemiologische studies. De studies zijn samengevat in tabel 2. Alle artikelen waren transversaal (cross-sectioneel) van aard. De aanwezigheid van de diagnoses OCS en ticstoornissen werd meestal bepaald aan de hand van de DSM-IV-criteria (voor een gedetailleerd overzicht, zie tabel 2). De meeste studies gebruikten vooraf gedefinieerde diagnostische kenmerken en gestructureerde klinische interviews. Comorbiditeit werd gedefinieerd als het tegelijkertijd aanwezig zijn van zowel OCS als ticstoornissen.

Aanwezigheid en ernst van dwangsymptomen bij de onderzochte patiënten werden bepaald

aan de hand van de Checklist van de Y-BOCS (Goodman e.a. 1989). Met deze checklist onderzoekt men de aanwezigheid van 54 verschillende obsessies en compulsies. De aanwezigheid van tic-klachten werd uitgevraagd met de Yale Global Tic Severity Scale (Leckman e.a. 1989). In alle artikelen werd de aanwezigheid van huidige symptomen bij de respondenten uitgevraagd, terwijl sommige artikelen bovendien aan de respondenten vroegen of symptomen zich ook in het verleden hadden voorgedaan. De leeftijd bij het begin van OCS en ticstoornissen werd retrospectief bepaald door de ontstaansleeftijd bij respondenten uit te vragen.

Van de 2801 onderzochte patiënten met OCS hadden 872 (31,1%) een ticstoornis. De percentages van de verschillende comorbide ticstoornissen (syndroom van Gilles de la Tourette, chronische motorische of vocale ticstoornis, voorbijgaande ticstoornis, tics niet nader omschreven) zijn weergegeven in figuur 1. Uit de figuur blijkt dat de chronische motorische of vocale ticstoornis het vaakst wordt gezien bij OCS, met een comorbiditeitspercentage van 22,7%, terwijl het syndroom van Gilles de la Tourette bij 15,4% van de patiënten met OCS voorkomt.

In het navolgende maken we geen verder onderscheid tussen de verschillende soorten ticstoornissen bij patiënten met OCS omdat de aantallen studies dan te klein zouden worden. Comorbide OCS en ticstoornissen duiden we in het vervolg van het artikel aan als 'ticgerelateerde OCS'. De hieronder weergegeven nummers verwijzen naar de artikelen in tabel 2.

Vergeleken met 'pure' OCS is ticgerelateerde OCS significant vaker verbonden met een vroegere

| TABEL 2 | | Geïnccludeerde studies in literatuurstudie naar obsessieve-compulsieve stoornis met en zonder tics | | | | | | |
|----------------------------|------|--|------------------|--|--|---|--|---|
| Auteur + Publicatiejaar | n | TS | Mannen; n (%) | Diagnose TS/OCS | Gem. leeftijd (SD) in jaren | Leeftijd van ontstaan OCS bij OCS zonder tics (SD) in jaren | Leeftijd van ont- staan OCS bij OCS met tics (SD) in jaren | Cormorbide TS; n (%) |
| 1, Anholt | 87** | GTS | 46 (52,9) | YGTSS/DSM-IV | 38,8 (X) | X | X | X |
| 2, Baer | 107 | GTS, CMVT | X | X/DSM-IV | X | X | X | X |
| 3, Diniz 2004 | 161 | GTS, CMVT | 95 (59,0) | DSM-IV/DSM-IV | 30,0 (10,0) | X | X | GTS: 30 (18,6) CMVT: 34 (21,1) |
| 4, Diniz 2006 | 159 | GTS CMVT | X (59,0) | DSM-II-R/ DSM-IV | 30,0 (10,0) | 15 (10) | CMVT: 12 (8,0) GTS: 9 (3,0) | GTS: 30 (18,9) CMVT: 31 (19,5) |
| 5, Cath | 63** | GTS | 31 (49,2) | DSM-II-R/ DSM-III-R,LI* | GTS: 34 (13,7) OCS+tics: 26,1 (9,0) OCS: 35,7 (8,7) | X | X | X |
| 6, Chee | 100 | GTS | 69 (69,0) | DSM-III-R/ DSM-III-R/Y-BOCS | GTS: 20,8 (10,8) OCS: 31,2 (13,3) | X | X | X |
| 7, Grados | 80 | CMVT | 32 (39,8) | SADS-LA-R-IV/ DSM-IV | X | 11,6 (12,9) | X | 5 (6,3) |
| 8, Hanna | 60 | T | 32 (53,3) | DSM-III-R/DSM-IV | 12,3 (3,3) | 9 (4,3) | T: 8,1 (3,6) | 15 (25,0) |
| 9, Hemmings | 252 | T, GTS | X | YGTSS*/ DSM-IV | 28 (12,9) | X | X | T: VO: 49 (19,5), LO: 23 (9,3) GTS: VO: X (7,5), LO: X (1) |
| 10, Holzer | 35 | CMVT | 27 (77,1) | DSM-IV,DSM-III-R/ DSM-III-R | 29,9 (8,7) | 16,1 (8,6) | CMVT: 13,2 (6,2) | X |
| 11, Ivarsson | 113 | GTS CMVT | 49 (43,3) | DSM-IV/ DSM-IV | 13,0 (X) | X | X | GTS: 37 (33,0) CMVT: 19 (16,8) |
| 12, Jaisooraya | 191 | GTS, CMVT | 138 (72,2) | DSM-IV/ DSM-IV | OCS: 28,3 (10,8) OCS + tics: 23,1 (8,9) | 20,5 (9,6) | GTS/CMVT: 14,5 (5,2) CMVT: 42 (22,0) | X |
| 13, Leckman 1995 | 177 | GTS, CMVT | 78 (44,1) | DSM-II-R/ DSM-IV | 39,1 (X) | 15,9 (10,2) | 13,4 (8,9) | GTS: 40 (22,6) CMVT: 16 (9,0) |
| 14, Leckman 1997 | 292 | CMVT | 139 (47,6) | DSM-II-R/DSM-IV | 36,5 (11,9) | 13,4 (9,7) | X | 93 (31,9) |
| 15, Leonard | 54 | GTS, CMVT, VT | 18 (33,3) | DSM-IV,DICA/ DSM-IV | 13,6 (2,0) | 9,9 (3,3) | X | GTS=8 (15,0) CMVT: 12 (22,0) VT: 12 (22,0) |
| 16, de Mathis | 330 | GTS, CMVT | 181 (54,9) | DSM-IV/ DSM-IV | 32,85 (12,20) | 14,0 (9,1) | X | GTS: 51 (15,5) CMVT: 91 (27,6) |
| 17, Miguel 1997 | 61 | GTS | 37 (60,7) | DSM-II-R/ DSM-IV | OCS: 36,0 (10,3) OCS+GTS: 29,7 (8,8) | 11,4 (6,8) | 7,4 (11) | 41 (67,2) |
| 18, Miguel 2000 | 61 | GTS | 37 (60,7) | DSM-II-R/DSM-IV | OCS: 36,0 (10,3) OCS+GTS : 29,7 (8,8) | 11,4 (6,8) | 7,4 (11) | 41 (67,2) |
| 19, Millet | 617 | CMVT | 279 (45,2) | DSM-IV/ DSM-IV | VO: 29,2 (13,1) LO : 38,2 (11,8) | X | X | VO: 85 (40,3) LO: 60 (14,7) |
| 20, Müller | 49 | GTS | 28 (75,1) | DSM-III-R/DSM- III-R, MOCI* HZI-K* | GTS:37,7 (3,9) OCS:33,6 (11,9) | X | X | X |

TABEL 2 Geïnccludeerde studies in literatuurstudie naar obsessieve-compulsieve stoornis met en zonder tics

| Auteur + Publicatiejaar | n | TS | Mannen; n (%) | Diagnose TS/OCS | Gen. leeftijd (SD) in jaren | Leeftijd van ontstaan OCS bij tics (SD) in jaren | Leeftijd van ontstaan OCS zonder tics (SD) in jaren | Cormorbide TS; n (%) |
|-------------------------|------|-----------------|---------------|-------------------------------------|-----------------------------|--|---|---|
| 21, Peterson | 976 | T | 498 (51,0) | DISC, DSM-III-R/ DISC, DSM-III-R | 6,1 (2,8) | X | X | X |
| 22, Reddy 2000 | 54 | GTS CMVT, T | 34 (63,0) | DSM-III-R/ DSM-IV | 13,6 (2,2) | 11,8 (2,5) | X | GTS: 6 (11,1) CMVT: 1 (2,9) T: 9 (17,0) |
| 23, Reddy 2001 | 35** | GTS CMVT | 24 (68,6) | QTD/DSM-III-R | 13,6 (2,4) | X | X | GTS: 5 (14,3) CMVT: 1 (2,9) |
| 24, Rosario-Campos | 106 | GTS CMVT | 70 (66,0) | STOBS/DSM-IV DSM-III-R | 11,9 (3,0) | 6,7 (2,8) | X | GTS: 35 (33,0) CMVT: 14 (13,2) |
| 25, Scahill | 80 | GTS CMVT, VT | 50 (62,5) | DSM-III-R/ DSM-IV | 1,1 (3,19) | X | X | GTS+CMVT: 19 (23,8) VT: 13 (16,3) |
| 26, Zohar | 40** | GTS, T | 23 (57,5) | YSTS-OBDD/DSM-III-R, Y-BOCS* | 17 (0,0) | X | X | GTS+T: 15 (37,5) |

*Alleen symptomen.

**Alleen de case-groep is weergegeven.

CMVT = chronische motore en/of vocale tics; LI = Leiden Interview; DICA = Diagnostic Interview for Children and Adolescents; DISC = Diagnostic Interview Schedule for Children; DSM-III-R = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3de herz. versie; DSM-IV = 4de versie; GTS = syndroom van Gilles de la Tourette; LO = late leeftijd van ontstaan; OCS = obsessieve compulsieve stoornis; QTD = Questionnaire for tic disorders; SD = standaarddeviatie; STOBS = Schedule for Tourette syndrome and Other Behavioral Syndromes; TS = ticstoornis; VO = vroege leeftijd van ontstaan; VT = voorbijgaande ticstoornis; T = ticstoornis niet verder omschreven; Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; YGTSS = Yale Global Tic Severity Scale; YSTS-OBDD = Yale Schedule for Tourette Syndrome and Other Behavioral Disorders.

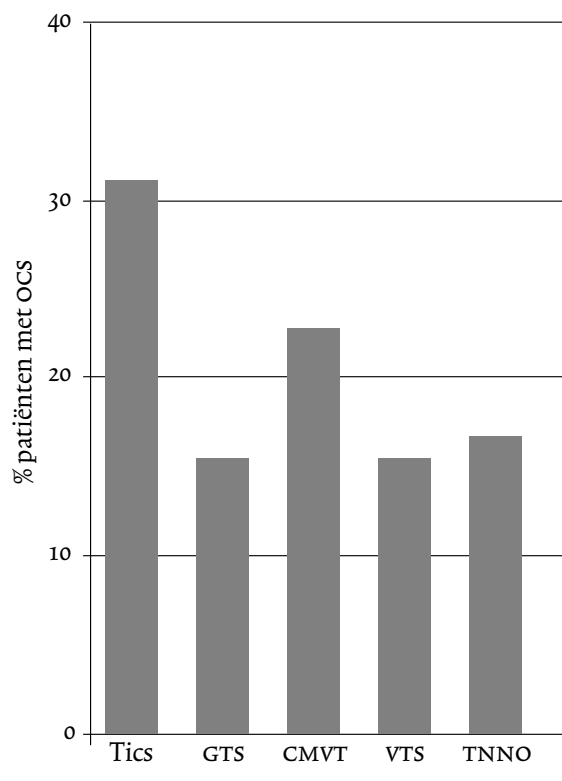
leeftijd van ontstaan (3,4,12,13,15,16,17,18,25,26), het mannelijk geslacht (11,12,13,15,22,25) en het vaker vóórkomen van premonitory sensorische verschijnselen en mental play (4,17). Onder mental play verstaat men repetitieve, zinloze impulsen, gedachten of beelden die onplezierig zijn (5). Premonitory sensorische verschijnselen zijn nare gevoelens van spanning, kriebel in de huid en/of spieren die vaak voorafgaan aan tics, en ook vooraf blijken te gaan aan een compulsie en die minder ernstig worden als de tic of compulsie is uitgevoerd (18). De lijn tussen een compulsie en een tic is niet altijd duidelijk te trekken. Patiënten met ticgerelateerde OCS vertonen zowel ‘klassieke’ compulsies als complexe tics. Patiënten met pure OCS hebben deze premonitory sensorische verschijnselen significant minder vaak (2,3,17,26).

Beide groepen patiënten verschillen meer in compulsies dan obsessies (2,3,5,11,26). De compulsies die het meest differentiëren tussen ticgerelateerde OCS en pure OCS zijn ‘ticachtige’ compul-

sies zoals aanraken, tikken, herhalen, oogknippen en wrijven (5,10,13,22). Wasdwang en smetvrees daarentegen komen significant minder vaak voor in de groep ticgerelateerde OCS (5). Obsessies zijn minder onderscheidend, hoewel seksuele, religieuze en agressieve obsessies en de obsessie iemand of zichzelf schade te berokkenen significant vaker worden gevonden bij patiënten met OCS met tics (4,12,13,14,26). Disfunctionele cognities blijken niet te differentiëren tussen OCS met tics en OCS zonder tics (1,17). De ernst van de symptomen, uitgedrukt in uren per dag, blijkt tussen beide vormen van OCS niet significant te verschillen (4,5,13,25,26).

De groep patiënten met ticgerelateerde OCS is significant minder angstig en lijkt minder doelgericht dwanghandelingen uit te voeren dan de groep met pure OCS. In sommige studies spreken auteurs over ‘just-right perceptions’, waarmee wordt bedoeld dat patiënten compulsies herhalen totdat ze een gevoel van voldoening hebben, wat een ken-

FIGUUR 1 Percentages van comorbide ticgerelateerde stoornissen bij patiënten met obsessieve-compulsieve stoornis (OCS), ontleend aan de geïncludeerde studies; tics = totaal van alle ticstoornissen; GTS = syndroom van Gilles de la Tourette; CMVT = chronische motorische of vocale ticstoornis; VTS = voorbijgaande ticstoornis; TNNO = tics niet nader omschreven



merkend fenomeen is van patiënten met OCS met een ticstoornis (3,7,13).

Een manier om meer inzicht te krijgen in de relatie tussen OCS en ticstoornissen is onderzoek te doen naar de leeftijd van ontstaan van beide aandoeningen. In 6 artikelen heeft men de leeftijd van ontstaan van beide aandoeningen met elkaar vergeleken. De gemiddelde leeftijd bij het ontstaan van ticgerelateerde stoornissen was 10 jaar, terwijl die bij het ontstaan van OCS 13 jaar bleek te zijn. Ticstoornissen lijken dus in het algemeen vooraf te gaan aan het ontstaan van OCS (4,8,10,12,17,18).

DISCUSSIE

Fenomenologische verschillen

Uit het verrichte literatuuronderzoek kan geconcludeerd worden dat 31% van de patiënten met OCS lijdt aan tics, en dat patiënten met ticgerelateerde OCS op basis van de inhoud van de dwangklachten te onderscheiden zijn van patiënten met pure OCS. Samengevat komt ticgerelateerde OCS vaker voor bij jongens, met een vroege leeftijd van ontstaan van OCS. Bij deze groep gaan ticstoornissen over het algemeen vooraf aan het ontstaan van de OCS. Wat betreft symptoomdimensies verschilt de groep patiënten met OCS met en zonder tics ook. Met name geldt dit voor de inhoud van de compulsies. 'Ticachtige' compulsies, die niet als doel hebben het verminderen van angst of spanning, maar waarbij de patiënt gevolg geeft aan een impuls, zoals tikken, oogknipperen, wrijven en herhalen, komen significant vaker voor bij patiënten met ticgerelateerde OCS. Bij deze groep komen seksuele, agressieve en religieuze obsessies vaker voor dan bij pure OCS. Tevens hebben patiënten met ticgerelateerde OCS vaker just-right perceptions. Patiënten met pure OCS hebben daarentegen significant vaker last van smetvrees en wasdwang.

Interpretatie

Men zou deze verschillen als volgt kunnen interpreteren. Naar analogie met de lichamelijke premonitory urge voor de tic, gaat de ticgerelateerde compulsie vaak gepaard met een just-right-perceptie. Deze compulsies worden net zo lang verricht totdat een mentale perceptie van compleetheit of symmetrie ervaren wordt. Voorbeelden zijn: kleren telkens opnieuw ordenen in de kast totdat 'het goed voelt', hetgeen bijvoorbeeld wil zeggen: totdat de handeling vloeiend is verlopen; handelingen alleen op symmetrische wijze verrichten, of: een trap zo oplopen dat een even aantal stappen gezet is. Deze repetitieve handelingen bij ticgerelateerde OCD kunnen geïnterpreteerd wor-

den als de in de inleiding beschreven symptoomdimensie ‘ordering en symmetrie’. Deze symptoomdimensie is verbonden met de ticgerelateerde OCS (Katerberg e.a. 2010).

Deze fenomenologische verschijnselen zijn op zichzelf niet voldoende om ticgerelateerde OCS als een valide subtype af te grenzen van de heterogene groep patiënten met dwangklachten. Om een valide subtype af te grenzen moeten tevens verschillen tussen ticgerelateerde OCS en pure OCS aangetoond worden op het gebied van behandelings-effect, beloop en neurobiologische correlaten.

Verskil in behandelings-effecten en beloop?

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar verschillen in behandelings-effect tussen beide groepen. Het betreft alleen farmacologische studies. Deze studies zijn niet eenduidig, waarbij sommige studies uitwijzen dat monotherapie met selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) zoals fluvoxamine en sertraline minder effectief is bij ticgerelateerde OCS dan bij pure OCS (March e.a. 2007; Masi e.a. 2005). Het toevoegen van haloperidol of risperidon aan SSRI's zou dan een toegevoegde waarde hebben in de behandeling van OCS, overigens bij zowel patiënten met ticvrije als degenen met ticgerelateerde OCS (Delgado e.a. 1990; McDougle e.a. 2000; Miguel e.a. 2003). De resultaten van een recente studie waarin men de respons op 40 mg fluoxetine rechtstreeks vergeleek bij een groep patiënten met OCS met en zonder tics weerspreken dit: in dit onderzoek vond men bij beide groepen een even groot effect op de dwangverschijnselen. Een zinvolle stap bij therapieresistentie bij beide subgroepen kan zijn een antipsychoticum aan de SSRI-behandeling toe te voegen (www.ggzrichtlijnen.nl).

Samenvattend blijkt dat behandelings-effecten, voor zover onderzocht, slechts zeer ten dele het onderscheid tussen ticgerelateerde OCS en pure OCS ondersteunen. Studies naar verschillen in natuurlijk beloop tussen beide aandoeningen zijn, voor zover wij weten, niet verricht.

Neurobiologische verschillen?

In hoeverre representeren de gevonden fenomenologische verschillen ook neurobiologische verschillen? Verscheidene neuroimagingstudies bij patiënten met OCS met en zonder tics wijzen bij beide aandoeningen op een stoornis in circuits, waarin verschillende corticale gebieden via de basale ganglia en de thalamus weer op de prefrontale cortex terug projecteren. Het gaat hier om de zogenaamde cortico-striato-pallido-thalamo-corticale (CSPTC)-circuits. Deze circuits zijn overwegend parallel geschakeld, maar integratie vindt plaats. Te onderscheiden zijn een motorisch, een cognitief en een emotieverwerkend circuit. De basale ganglia zijn nauw betrokken bij het aanleren van nieuwe bewegingen en gedragingen om deze vervolgens te kunnen automatiseren. Omgekeerd spelen de basale ganglia ook een rol in het kunnen switchen van automatisch gedrag naar gewild gedrag.

Op het niveau van het striatum worden met name onder invloed van dopamine, en indirect via serotonine, de informatiestromen uit de limbische en prefrontale gebieden zodanig op elkaar afgestemd dat een optimale respons op de situatie mogelijk wordt. Disfuncties van de CSPTC-circuits kunnen resulteren in repetitief gedrag, waaronder tics, obsessies en compulsies (Saxena e.a. 2000). Psychofarmaca die voor de behandeling van deze aandoeningen worden aangewend, grijpen aan ter hoogte van de dopaminerge en serotonerge modulatie van de cortico-striataire informatie uit de limbische en prefrontale gebieden (Wong e.a. 2008).

Eigen beeldvormend onderzoek

Tot op heden is nauwelijks direct vergelijkend neuroimagingonderzoek verricht naar overeenkomsten en verschillen tussen OCS met en zonder tics, met uitzondering van een recent door ons verricht onderzoek in samenwerking met de afdelingen psychiatrie van het UMC Utrecht en het AMC. Deze studie had tot doel om beschikbaar-

heid van de dopamine-2 en -3(DA2/3)-receptor te onderzoeken in de basale ganglia bij een groep patiënten met OCS zonder tics (n = 12), een groep patiënten met tics zonder OCS (n = 12) en 12 controlepersonen, om de beschikbaarheid en functie van dopamine te bepalen na belasting met een dopamineagonist (d-amfetamine). Hierbij werden met behulp van raclopride, een stof die de dopaminereceptoren in de basale ganglia zichtbaar maakt, PET-scans gemaakt voor en na een bolustoediening van d-amfetamine intraveneus.

De resultaten lieten een sterk verminderde basale DA-receptorbinding zien in het striatum bij beide groepen, waarbij de patiënten met tics de sterkst verminderde receptorbinding hadden, in een iets ander gebied van het striatum dan patiënten met OCS, vergeleken met de controlegroep. Het effect van amfetamine op dopamineverplaatsing was dat de controlepersonen de sterkste verplaatsing vertoonden, en de patiënten met tics de minste verplaatsing; degenen met OCS zaten er tussen in. De gebieden waar dit gevonden werd (ventrale striatum), overlaptten deels, maar waren ook iets verschillend. Dit betekent mogelijk een verhoogde hoeveelheid beschikbare endogene dopamine, deels in overlappende en deels in onderscheiden gebieden van de basale ganglia (met name in het ventrale striatum). Hieruit kunnen we concluderen dat de huidige theorie dat OCS en ticstoornissen pathofysiologisch deels convergeren en deels divergeren op het niveau van de basale ganglia, samenhangend met verminderde bindingscapaciteit van de dopaminereceptor.

BESLUIT

Samenvattend zijn er op basis van fenomenologische verschillen (verschillen in symptomen, geslachtsverdeling, en leeftijd van ontstaan) aanwijzingen dat OCS met tics klinisch gezien kan worden als een subtype van OCS. Dit wordt slechts gedeeltelijk ondersteund door (een klein aantal) behandelstudies en neurobiologische gegevens. Om het subtype OCS met tics verder te valideren

zijn behandelstudies nodig die bij beide groepen de toegevoegde waarde van dopamine-2-blokkerende middelen aan SSRI-behandeling onderzoeken, en zijn vergelijkende neuro-imagingstudies, genetische studies en studies naar overeenkomsten en verschillen in beloop dringend gewenst.

LITERATUUR

- Anholt GE, Cath DC, Emmelkamp PM, van Oppen P, Smit JH, van Balkom AJ. Do obsessive beliefs discriminate OCD without tic patients from OCD with tic and Tourette's syndrome patients? *Behav Res Ther* 2006; 44: 1537-43.
- Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry* 1994; 55(Suppl): 18-23.
- Bebbington PE. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl.* 1998; 2-6.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1532-42.
- Cath DC, Spinhoven P, Hoogduin CA, Landman AD, van Woerkom TC, van de Wetering BJ, e.a. Repetitive behaviors in Tourette's syndrome and OCD with and without tics: what are the differences? *Psychiatry Res* 2001; 101: 171-85.
- Chee KY, Sachdev P. A controlled study of sensory tics in Gilles de la Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder using a structured interview. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997; 62: 188-92.
- Delgado PL, Goodman WK, Price LH, Heninger GR, Charney DS. Fluvoxamine/pimozide treatment of concurrent Tourette's and obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 762-5.
- Diniz JB, Rosario-Campos MC, Shavitt RG, Curi M, Hounie AG, Brotto SA, e.a. Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 22-7.
- Diniz JB, Rosario-Campos MC, Hounie AG, Curi M, Shavitt RG, Lopes AC, e.a. Chronic tics and Tourette syndrome in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 487-93.
- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, e.a. The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale: Part II Validity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 1012-6.

- Grados MA, Riddle MA, Samuels JF, Liang KY, Hoehn-Saric R, Bienvenu OJ, e.a. The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biol Psychiatry* 2001; 50: 559-65.
- Hanna GL, Piacentini J, Cantwell DP, Fischer DJ, Himle JA, Van Etten M. Obsessive-compulsive disorder with and without tics in a clinical sample of children and adolescents. *Depress Anxiety* 2002; 16: 59-63.
- Hemmings SM, Kinnear CJ, Lochner C, Niehaus DJ, Knowles JA, Moolman-Smook JC, e.a. Early- versus late-onset obsessive-compulsive disorder: investigating genetic and clinical correlates. *Psychiatry Res* 2004; 128: 175-82.
- Holzer JC, Goodman WK, McDougle CJ, Baer L, Boyarsky BK, Leckman JF, e.a. Obsessive-compulsive disorder with and without a chronic tic disorder. A comparison of symptoms in 70 patients. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 469-73.
- Ivarsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 20-31.
- Jaisoorya TS, Reddy YC, Srinath S, Thennarasu K. Obsessive-compulsive disorder with and without tic disorder: a comparative study from India. *CNS Spectr* 2008; 13: 705-11.
- Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1094-9.
- Katerberg H, Delucchi KL, Stewart SE, Lochner C, Denys DA, Stack DE, e.a. Symptom dimensions in OCD: item-level factor analysis and heritability estimates. *Behav Genet* 2010; 40: 505-17.
- Leckman JF, Riddle MA, Hardin MT, Ort RI, Swartz KL, Stevenson J, Cohen DJ. The Yale Global Tic Severity Scale: initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989; 28: 566-73.
- Leckman JF, Grice DE, Barr LC, de Vries AL, Martin C, Cohen DJ, e.a. Tic-related vs. non-tic-related obsessive compulsive disorder. *Anxiety* 1995; 1: 208-15.
- Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, e.a. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 911-7.
- Leonard HL, Lenane MC, Swedo SE, Rettew DC, Gershon ES, Rapoport JL. Tics and Tourette's disorder: a 2- to 7-year follow-up of 54 obsessive-compulsive children. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1244-51.
- March JS, Franklin ME, Leonard H, Garcia A, Moore P, Freeman J, e.a. Tics moderate treatment outcome with sertraline but not cognitive-behavior therapy in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 344-7.
- Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Milantoni L, Arcangeli F. A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005; 44: 673-81.
- Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 564-76.
- de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB, Torres AR, Shavitt RG, Ferrão YA, e.a. Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry* 2008; 23: 187-94.
- McDougle CJ, Epperson CN, Pelton GH, Wasyluk S, Price LH. A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibitor-refractory obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 794-801.
- McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radosky A, Sookman D, e.a. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 283-313.
- Miguel EC, Baer L, Coffey BJ, Rauch SL, Savage CR, O'Sullivan RL, e.a. Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 140-5.
- Miguel EC, do Rosário-Campos MC, Prado HS, do Valle R, Rauch SL, Coffey BJ, e.a. Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 150-6.
- Miguel EC, Shavitt RG, Ferrão YA, Brotto SA, Diniz JB. How to treat OCD in patients with Tourette syndrome. *J Psychosom Res* 2003; 55: 49-57.
- Millet B, Kochman F, Gallarda T, Krebs MO, Demonfaucon F, Barrot I, e.a. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *J Affect Disord* 2004; 79: 241-6.
- Müller N, Putz A, Kathmann N, Lehle R, Günther W, Straube A. Characteristics of obsessive-compulsive symptoms in Tourette's syndrome, obsessive-compulsive disorder, and Parkinson's disease. *Psychiatry Res* 1997; 70: 105-14.

- Pauls DL, Leckman JF. The inheritance of Gilles de la Tourette's Syndrome and associated behaviors. *N Engl J Med* 1986; 315: 993-7.
- Peterson BS, Pine DS, Cohen P, Brook JS. Prospective, longitudinal study of tic, obsessive-compulsive, and attention-deficit/hyperactivity disorders in an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40: 685-95.
- Reddy YC, Reddy PS, Srinath S, Khanna S, Sheshadri SP, Girimaji SC. Comorbidity in juvenile obsessive-compulsive disorder: a report from India. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 274-28.
- Reddy PS, Reddy YC, Srinath S, Khanna S, Sheshadri SP, Girimaji SR. A family study of juvenile obsessive-compulsive disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 46-351.
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, Quatrano S, Katsovitch L, Miguel EC, e.a. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005; 136B: 92-7.
- Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2000; 23: 563-86.
- Scahill L, Kano Y, King RA, Carlson A, Peller A, LeBrun U, e.a. Influence of age and tic disorders on obsessive-compulsive disorder in a pediatric sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003; 13(Suppl 1): S7-S17.
- Zohar AH, Pauls DL, Ratzoni G, Apter A, Dycian A, Binder M, e.a. Obsessive-compulsive disorder with and without tics in an epidemiological sample of adolescents. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 274-6.

AUTEURS

L.A. FIBBE is medisch student verbonden aan het VU-MC/GGZ inGeest, Amsterdam.

D.C. CATH is psychiater werkzaam bij de angstpoli Altrecht en hoofddocent aan de Universiteit Utrecht.

A.J.L.M. VAN BALKOM is psychiater en hoogleraar evidencebased psychiatrie aan de vakgroep Psychiatrie en het EMGO-instituut, VU Medisch Centrum en GGZ inGeest, Amsterdam.

Correspondentieadres: prof.dr. A.J.L.M. van Balkom, GGZ inGeest, A.J. Ernststraat 887, 1081 HL Amsterdam.

E-mail: t.vanbalkom@ggzingeest.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-1-2011.

SUMMARY

Obsessive compulsive disorder with tics: a new subtype? – L.A. Fibbe, D.C. Cath, A.J.L.M. van Balkom –

BACKGROUND Obsessive compulsive disorder (OCD) is a heterogeneous disorder. With the help of phenomenological research, attempts are being made to create more homogeneous subtypes.

AIM To search the literature in order to compare the symptoms of OCD patients with tics and without tics, and thereby determine whether OCD with tics can be distinguished clinically from OCD without tics.

METHOD Search terms were used in conjunction with PubMed and PsychINFO in order to locate studies in which OCD patients without tics were compared with OCD patients with tics.

RESULTS In the 26 studies found in our search 872 OCD patients out of a total of 2801 OCD patients (i.e. 31%) had a comorbid tic disorder. OCD patients with tics displayed similarities and differences at symptom level. OCD patients with tics were associated with male gender and early age of onset. Tic-like symptoms such as touching, twitching, repeating, symmetry behavior and rubbing were seen more frequently in OCD patients with tics. OCD patients without tics more often displayed contamination obsessions and engaged in compulsive washing. On the other hand, the obsessions of patients with tics and without tics were very similar. The goal-directedness of compulsions differed between OCD patients with tics and those without tics. By analogy with ‘the premonitory urges’ that often precede tics, OCD patients with tics more often reported ‘just-right’ perceptions prior to their compulsions. OCD patients without tics more often reported anxiety prior to their compulsions. Compulsions seemed to be aimed at reducing tension and feelings of anxiety.

CONCLUSION On the basis of the clinical symptoms OCD with tics does seem to be a subtype of OCD. However further research is needed into the aetiology, effective treatment and the course of the disorder before OCD with tics can be accepted conclusively as a subtype of OCD.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)5, 275-285]

KEYWORDS comorbidity, just-right, obsessive compulsive disorder, premonitory, symptom dimensions, subtype, tic disorder