

# Dwangmatig handelen: niet altijd een obsessieve compulsieve stoornis

F.P.M.L. PEETERS, G. PODDIGHE

**SAMENVATTING** In dit artikel wordt een tweetal patiënten beschreven die zich presenteerden met klachten die door henzelf of verwijzers werden omschreven als een obsessieve compulsieve stoornis. Bij nadere beschouwing konden deze klachten beter als impulsen worden begrepen, wat aanzienlijke gevolgen had voor diagnostiek en behandeling: beide patiënten bleken te lijden aan het syndroom van Gilles de la Tourette. Verschillen en overeenkomsten tussen tics, impulsen en compulsies worden op grond van fenomenologische overwegingen besproken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 5, 353-357]

**TREFWOORDEN** impulsen, obsessies, syndroom van Gilles de la Tourette

In de ambulante praktijk van de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) presenteren zich regelmatig patiënten met klachten passend bij een obsessieve compulsieve stoornis (OCS). De fenomenologie van de klachten kan echter twijfel doen ontstaan aan een soms snel gestelde diagnose; een en ander wordt aan de hand van een tweetal casus geïllustreerd.

## CASUSBESCHRIJVINGEN

Patient A, een 24-jarige student, wordt door de studentepsycholoog verwezen naar de RIAGG vanwege een OCS. De anamnese leert dat de patiënt sinds ongeveer acht jaar last heeft van het dwangmatig 'trekken van lijntjes'. Hij heeft dagelijks zeer frequent de aandrang zich visueel te fixeren op objecten in de buitenwereld, waarbij hij tracht een 'ideaal symmetrisch punt' te vinden. Een veel voorkomend voorbeeld is het vinden van het 'midden' van meubelen en lijsten van illustraties aan de muur, waarbij hij denkbeeldige lijnen trekt tussen de middelpunten van diverse objecten (bijvoorbeeld het hoofd van

zijn gesprekspartner en het midden van een schilderij). Om dit te bewerkstelligen moet hij vaak bewegingen met zijn hoofd maken om het 'juiste' punt te vinden. Bij pogingen deze dwang te onderdrukken, ervaart patiënt spanning en onlust, die slechts opgeheven kunnen worden door het bereiken van de beschreven symmetrie. De drang naar symmetrie wordt niet gemotiveerd door cognities met angstige inhoud; er blijkt nooit enige samenhang met cognities van wat voor aard dan ook te zijn geweest. Naast het 'lijntjes trekken' moet bij het studeren de tafel leeg zijn op een kladboek en pennenzakje na, die beide overigens precies recht moeten liggen. De klachten hebben zowel tot een studieachterstand als tot relationele problemen geleid; het gedrag kost hem veel tijd (uren per dag) en is op sociale gronden in gezelschap slecht uitvoerbaar (wat spanning oproept die concentratie op het contact met anderen bemoeilijkt, wat leidt tot een chronisch gevoel van buitenstaander zijn). Patiënt ervaart grote schaamte over zijn gedrag. Bij verdere navraag komt aan het licht dat er ook allerlei andere zaken 'precies goed' moeten zijn:

's avonds in bed moet zijn pyjama 'precies goed zitten en moet hij precies gelijk beide ogen sluiten of openen. Het 'precies goed'-gevoel hangt voor patiënt niet direct samen met een scheef of gedraaid zittende pyjama; het gaat hem echt om een gevoel waarbij de pyjama op een bepaald moment subjectief 'goed' zit. Om dit gevoel te ervaren moet hij over het algemeen zeer frequent zijn pyjama herschikken of zijn oogleden bewegen. Dit geldt ook voor het gelijk sluiten of openen van de ogen. Ook deze beide handelingen gaan niet gepaard met angstige cognities of fysiologische angstverschijnselen.

Graviditeit en partus zijn, evenals de eerste ontwikkelingsjaren, zonder complicaties verlopen. Toen hij ongeveer zeven jaar oud was, heeft patiënt een aantal maanden onbedwingbaar veel met zijn ogen geknipperd, waarna een periode van een jaar volgde waarin hij draaiende bewegingen (naar links en rechts) met het hoofd maakte. Deze verschijnselen verdwenen spontaan. Aan het begin van de puberteit heeft patiënt enige tijd moeilijk bedwingbare keelschraapgeluiden gemaakt, die op zijn vijftiende verdwenen. Andere motorische of vocale tics ontbreken in de anamnese. Ook zijn er geen anamnestiche aanwijzingen voor attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Na het verdwijnen van de keelgeluiden zijn de actuele klachten begonnen. Deze klachten bestonden aanvankelijk alleen uit het trekken van lijntjes, later kwam daar het bewegen van zijn lichaam, om symmetrie te bewerkstelligen, bij. De andere verschijnselen zijn geleidelijk in de loop van de jaren opgetreden. Er is nu een situatie ontstaan waarin alle klachten voortdurend aanwezig zijn. Op psychiatrisch en neurologisch gebied zijn er geen andere afwijkingen (in het bijzonder geen positieve of negatieve symptomen die kunnen passen bij een beginnende schizofrene stoornis). De familieanamnese voor psychiatrische en neurologische ziekten is blanco.

Op grond van de criteria van de DSM-IV werd de diagnose syndroom van Gilles de la Tourette (GTS) gesteld. Patiënt werd aanvanke-

lijk behandeld met paroxetine 40 mg per dag (bij een hogere dosering ontstonden onaanvaardbare bijwerkingen): hierop trad een partiële symptoomreductie op. Toevoeging van 1 mg pimozide leidde tot volledige remissie van de klachten. Zowel het diagnostisch proces als de behandeling hadden voor patiënt grote gevolgen: ten eerste begreep hij eindelijk wat er met hem aan de hand was; ten tweede verdwenen zijn invaliderende klachten volledig.

Patiënt B is een 65-jarige vrouw die op eigen initiatief hulp heeft gezocht. Ze heeft al jaren dagelijks last van dwanghandelingen, waarbij het begrip 'rechts' voor haar een belangrijke betekenis heeft: ze moet altijd rechts een tik op een deur of een bed geven als ze deze passeert, traplopen moet worden begonnen met de rechtervoet, de gordijnen moeten rechts over links worden gesloten, de rechterschoen moet altijd het eerste worden aangetrokken. Veel handelingen worden in stilte door haar begeleid met tellen, waarbij de handeling niet mag worden voltooid op een bepaald getal (dat overigens steeds verschillend kan zijn). De handelingen worden door patiënte uitgevoerd om angstige gedachten te neutraliseren: ze is bang dat door het niet-uitvoeren van de handelingen haar man of kinderen iets ernstigs overkomt. Deze handelingen interfereren duidelijk met haar dagelijks functioneren en nemen meer dan een uur per dag in beslag.

Daarnaast zijn er door patiënte eveneens als dwangmatig omschreven handelingen die een ander karakter hebben: ze heeft soms de niet uit te stellen impulsieve behoefte iemand op te bellen, en in het verleden had ze weleens de neiging met haar hoofd tegen de muur te bonken en hard te schreeuwen. Verder beschrijft ze de impuls om in gedachten voorwerpen in haar omgeving visueel met elkaar in verbinding te brengen, waarbij ze geometrische figuren zoals driehoeken construeert. Deze handelingen gaan niet gepaard met angstige cognities of fysiologische angstverschijnselen, ze geven haar eigenlijk plezier. De klachten die patiënte beschrijft, zijn zolang zij

zich kan herinneren voortdurend, maar in wisselende ernst, aanwezig geweest. De verdere anamnese leert dat patiënte sinds haar kinderjaren last heeft van meerdere motorische tics, zoals het bewegen van de ogen, het bewegen van de neus en het trekken met de schouders. Daarnaast was sprake van regelmatig voorkomende driftaanvallen. Bovendien heeft patiënte vanaf 6-jarige leeftijd een tweetal jaren klakkende geluiden met haar tong gemaakt en was jarenlang sprake van een duidelijke vocale tic in de vorm van een zacht keelschraapgeluid. Deze vocale tics zijn in de loop der jaren verdwenen. Er is nooit sprake geweest van middelenmisbruik. In het verleden heeft ze een depressieve stoornis doorgemaakt. Patiënte maakt een gemiddeld intelligente indruk. Op neurologisch gebied zijn er geen aanwijzingen voor verdere pathologie. Enkele eerstegraadsfamilieleden van patiënte hebben motorische tics en klachten passend bij OCS.

Bij patiënte B werd zowel de diagnose OCS als GTS gesteld. Ze wordt behandeld met sulpiride in een dosering van 400 mg per dag, waarmee zowel de motorische tics als de impulsen, maar ook de compulsies in ernst zijn afgenomen tot een niveau waarop zij een minimale belemmering vormen voor het dagelijks functioneren van patiënte.

## BESPREKING

Patiënt A werd verwezen vanwege de diagnose OCS. Essentiële kenmerken van een OCS zijn obsessies en compulsies. Bij patiënt A zijn obsessies niet aanwezig, wel is er gedrag dat compulsief aan doet. Compulsies worden in de DSM-IV (APA 1994) omschreven als: (1) repetitieve gedragingen met als doel het voorkomen of reduceren van (met een obsessie samenhangende) angst; (2) gedrag dat op rigide, stereotypische wijze moet worden verricht zonder dat het voor de betrokkene (nog) duidelijk is waartoe het gedrag dient. Opvallend was dat patiënt A vertelde dat angstige cognities of autonome angstverschijnselen voorafgaand of samenhangend met

zijn repetitief gedrag nooit aanwezig zijn geweest. De handelingen hadden als doel het opheffen van gevoelens van onlust of het ervaren van gevoelens van opluchting en lust. Deze aspecten van zijn gedrag voldoen meer aan de omschrijving van een impuls dan van een compulsie. Een impuls is een (repetitieve) handeling waarbij een gevoel van spanning wordt opgeheven en wordt vervangen door gevoelens van opluchting, voldoening of lust. Dit laatste leidde tot twijfel aan de juistheid van de diagnose OCS. Verdere actieve navraag bracht de motorische en vocale tic(s) in de voorgeschiedenis aan het licht. Hiermee bleek patiënt te voldoen aan de criteria voor een milde vorm van GTS.

Patiënte B verricht handelingen die wegens hun angstreducerende functie als compulsies of dwangrituelen beschouwd moeten worden: ze lijdt aan een OCS. Patiënte B voldoet, gezien haar klachten over meerdere motorische en vocale tics, ook aan de diagnose GTS. Ze rapporteert echter ook 'dwangmatige' handelingen, die net als bij patiënt A beter omschreven kunnen worden als impulsen.

Bij beide patiënten konden andere diagnoses op grond van klachtenpatroon en onderzoek worden uitgesloten; de differentiële diagnose van tics omvat een zeer groot aantal ziektebeelden, variërend van infecties tot Huntingtonchorea (Robertson & Yakeley 1996).

Van oudsher wordt GTS sterk geassocieerd met OCS. De laatste jaren zijn een aantal onderzoeken gepubliceerd waarin genetische, neurochemische, neuroanatomische, epidemiologische en fenomenologische overeenkomsten en verschillen worden besproken (voor een uitgebreid overzicht: Robertson & Yakeley 1996). Er zijn een aantal onderzoeken verricht naar fenomenologische verschillen in dwangsymptomen bij patiënten met OCS en GTS. Bij patiënten met GTS worden meer dwanghandelingen gevonden gericht op aanraken en symmetrie dan bij patiënten met OCS. Ook zijn er bij patiënten met GTS meer (dwang)gedachten met agressieve en seksuele inhoud gevonden. Bij OCS komen dui-

delijk meer dwanghandelingen voor in samenhang met smetvrees (Cath e.a. 1992a; Coffey e.a. 1994; Eapen e.a. 1997; Miguel e.a. 1997; Muller e.a. 1997; Petter e.a. 1998; Zohar e.a. 1997). De GTS-patiënten met symptomatologie die fenomenologisch het meest overeenkwam met de OCS-patiënten, bleken een positieve familie-anamnese voor OCS te hebben (Eapen e.a. 1997).

De fenomenologie van de klachten bij de beschreven patiënten roept de vraag op of alle OCS-symptomen bij GTS inderdaad als zodanig beschouwd moeten worden. Diverse auteurs hebben erop gewezen dat er vaak eerder sprake is van stoornissen in de impulscontrole dan van compulsies (zie onder anderen Cath e.a. 1992b). Wellicht dat door het niet-hanteren van een zorgvuldig onderscheid tussen impuls en compulsie de associatie tussen GTS en OCS wordt overschat. Compulsies en impulsen moeten overigens weer onderscheiden worden van stereotypieën: dit zijn niet-functionele, repetitieve motorische gedragingen, die onder meer bij schizofrene stoornissen worden waargenomen.

Ook het onderscheid tussen impuls en tic verdient aandacht. De tics bij GTS blijken vaak vooraf te worden gegaan door oncomfortabele, sensorische sensaties: deze worden wel 'sensorische tics' genoemd (Shapiro & Shapiro 1988 (Lang 1993)). De begeleidende gevoelens van onlust worden opgeheven door het bewegen van het betreffende lichaamsdeel. In een recent onderzoek bleken GTS-patiënten veel vaker last te hebben van dergelijke sensorische tics dan patiënten met OCS (Chee & Sachdev 1997). Het onderscheid tussen tic en impuls wordt hiermee zeer vaag. Gebruikelijke onderscheidende criteria zoals het onvrijwillige karakter van tics en de doelloosheid helpen niet zoveel; het is beter bij dergelijke tics te spreken van ongewenst en opgedrongen dan van onwillekeurig (Hoogduin e.a. 1995). De resultaten van een aantal onderzoeken onderstrepen dat bij patiënten met GTS de meeste tics vooraf worden gegaan door een sterke drang en sensorische ervaringen (zie bijvoorbeeld Lang 1993). Een voorbeeld van sensorische ervaringen zijn de

zogenaamde 'just right'-fenomenen. Het gaat hierbij om ervaringen waarbij sensorische percepties worden geneutraliseerd door het herhaald uitvoeren van een handeling totdat er een gevoel wordt bereikt dat het 'precies goed' is (Leckman e.a. 1994). Ook de door ons beschreven patiënten melden dergelijke ervaringen. Het eindresultaat van het uitvoeren van tics en impulsen is hetzelfde: er wordt een gevoel van opluchting of plezier bereikt.

De behandeling van tics, impulsen en dwangsymptomen bij GTS kan zowel medicamenteus als psychotherapeutisch van aard zijn. Succesvolle psychotherapeutische interventies bestaan uit gedragstherapie en cognitieve therapie (Evers & Wetering 1998; Hoogduin e.a. 1995; Verdellen e.a. 1994). Medicamenteuze behandeling bestaat uit antipsychotica, zoals haloperidol, pimozide of sulpiride bij tics en serotonerge antidepressiva bij obsessieve compulsieve symptomen (Robertson & Yakeley 1996). Waarschijnlijk verdient bij de medicamenteuze behandeling van impulsen, op grond van bovenstaande overwegingen, een antipsychoticum de voorkeur boven een serotonerg antidepressivum.

#### LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington DC: APA.
- Cath, D., Hoogduin, C., v.d. Wetering, B., e.a. (1992a). Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder: An analysis of associated phenomena. In T. Chase, A. Friedhoff & D. Cohen (red.), *Advances in Neurology* (Vol. 58, pp. 33-41). New York: Raven Press.
- Cath, D., v.d. Wetering, B., van Woerkom, T., e.a. (1992b). Mental play in Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 161, 542-545.
- Chee, K., & Sachdev, P. (1997). A controlled study of sensory tics in Gilles de la Tourette syndrom and obsessive compulsive disorder using a structured interview. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 62, 188-192.
- Coffey, B., Miguel, E., Savage, C., e.a. (1994). Tourette's disorder and related problems: A review and update. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 121-132.

- Eapen, V., Robertson, M., Alsobrook, J., e.a. (1997). Obsessive compulsive symptoms in Gilles de la Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder: Differences by diagnosis and family history. *American Journal of Medical Genetics*, 74, 432-438.
- Evers, R., & v.d. Wetering, B. (1998). Het probleem van de klakkende tong; over de behandeling van een Gilles de la Tourette-patiënt. *Directieve Therapie*, 18, 69-78.
- Hoogduin, K., Cazemier, B., & Verdellen, C. (1995). Exposure, responspreventie en zelfcontrole bij Gilles de la Tourette-patiënten. *Gedragstherapie*, 28, 31-40.
- Lang, A. (1993). Premonitory ('sensory') experiences. In R. Kurlan (red.), *Handbook of Tourette's syndrom and related tic and behavioral disorders* (pp. 17-27). New York: Dekker.
- Leckman, J., Walker, D., Goodman, W., e.a. (1994). 'Just right' perceptions associated with compulsive behavior in Tourette's syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 151, 675-680.
- Miguel, E., Baer, L., Coffey, B., e.a. (1997). Phenomenological differences appearing with repetitive behaviours in obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 170, 140-145.
- Muller, N., Putz, A., Kathmann, N., e.a. (1997). Characteristics of obsessive compulsive symptoms in Tourette's syndrome, obsessive compulsive disorder, and Parkinson's disease. *Psychiatry Research*, 70, 105-114.
- Petter, T., Richter, M., & Sandor, P. (1998). Clinical features distinguishing patients with Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder from patients with obsessive compulsive disorder without tics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 456-459.
- Robertson, M., & Yakeley, J. (1996). Gilles de la Tourette syndrome and obsessive compulsive disorder. In B. Fogel, R. Schiffer & S. Rao (red.), *Neuropsychiatry* (pp. 827-870). Baltimore: Williams & Williams.
- Shapiro, A., & Shapiro, E. (1988). Proposed nosology, criteria and differential diagnosis. In A. Shapiro, E. Shapiro, J. Young & T. Feinberg (red.), *Gilles de la Tourette syndrome* (2nd ed., pp. 343-380). New York: Raven Press.
- Verdellen, C., Hoogduin, K., & Plandsoen, N. (1994). Exposure en responspreventie bij de behandeling van het syndroom van Gilles de la Tourette; een gevalsbeschrijving. *Directieve Therapie*, 14, 114-124.
- Zohar, A., Pauls, D., Ratzoni, G., e.a. (1997). Obsessive compulsive disorder with and without tics in an epidemiological sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 274-276.

AUTEURS

F.P.M.L. PEETERS, psychiater, is werkzaam bij de vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie van de Universiteit Maastricht en tevens bij de RIAGG Maastricht.

G. PODDIGHE, psychiater, is werkzaam bij de RIAGG Maastricht.

Correspondentieadres: F.P.M.L. Peeters, Universiteit Maastricht, Vakgroep Psychiatrie en Neuropsychologie (PAR 45), Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

E-mail: f.peeters@sp.unimaas.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-1-2000.

**SUMMARY Compulsive behaviour: not always an obsessive-compulsive disorder – F.P.M.L. Peeters, G. Poddighe –**

Two patients are presented whose complaints were, by themselves or referrers, described as obsessive compulsive disorders. On closer examination, these symptoms could be better described as impulsions which had considerable consequences for diagnosis and treatment: both patients were suffering from Gilles de la Tourette's syndrome. Using a fenomenological approach, differences and similarities between tics, impulsions and compulsions are discussed.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 5, 353-357]

**KEYWORDS** Gilles de la Tourette's Syndrome, impulses, obsessions