

Tiki psychogenne: charakterystyka kliniczna i częstość występowania

Psychogenic tics: clinical characteristics and prevalence

Piotr Janik, Łukasz Milanowski, Natalia Szejko

Katedra i Klinika Neurologii WUM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kamińska

Summary

Aim. Clinical characteristics and the prevalence of psychogenic tics (PT)

Methods. 268 consecutively examined patients aged 4 to 54 years (221 men, 47 females; 134 children, 134 adults) with tic phenotype: Gilles de la Tourette syndrome (GTS, n = 255), chronic motor tics (n = 6), chronic vocal tics (n = 1), transient tics (n = 1), tics unclassified (n = 2), PT (n = 5) were analyzed. The diagnosis of tic disorders was made on the DSM-IV-TR criteria and mental disorders by psychiatrists.

Results. PT were found in 5 patients (1.9%), aged 17 to 51 years, four men and one woman. The phenotype included vocalizations and complex movements. In none of the patients simple motor facial tics, inability to tic suppress, unchanging clinical pattern, peak severity from the beginning of the disease, lack of concern about the disease were present. The absence of premonitory urges, regression in unexpected positions, and the presence of atypical for GTS mental disorders were found in two persons. PT occurred in three persons in whom organic tics were present in childhood. Pharmacological treatment and psychotherapy were unsuccessful. In two persons spontaneous resolution occurred, in two patients the tics persist, in one person the course of PT is unknown.

Conclusions. PT are rare and may occur in patients with organic tics. The most typical features of PT are: early onset in adulthood, lack of simple motor tics, inability to tic suppress. The diagnosis is established if a few atypical symptoms for organic tics occur.

Słowa kluczowe: tiki, tiki psychogenne, zespół Gillesa de la Tourette'a

Key words: tics, psychogenic tics, Gilles de la Tourette syndrome

Wstęp

Tiki organiczne to gwałtowne, szybkie, nawracające i nierytmiczne ruchy (tiki ruchowe) lub wokalizacje (tiki głosowe) o zmiennym nasileniu i częstości, które pojawiają się zazwyczaj w seriach. Charakterystyczną cechą tików organicznych są

poprzedzające je objawy czuciowe, takie jak mrowienie, kłucie, wrażenie ucisku, napięcia mięśni w obrębie części ciała, w której następnie w krótkim czasie pojawia się tik. Objawy sensoryczne są dokuczliwe dla chorego i ustępują w następstwie tiku, dlatego mogą być one odbierane jako zachowanie wykonywane świadomie, zwłaszcza przez osoby dorosłe. Inną ważną cechą tików organicznych jest zdolność do czasowego ich powstrzymania, co związane jest z narastającym uczuciem bliżej nieokreślonego niepokoju, napięcia i dyskomfortu, które ustępują w następstwie tiku [1, 2].

Tiki organiczne często występują w seriach, chociaż w nieregularnych odstępach czasu. Typowa jest zmienność nasilenia, liczby i rodzaju tików w czasie, nawet w ciągu jednego dnia. Czynniki zmniejszające nasilenie tików organicznych to sen, wykonywanie czynności wymagających koncentracji oraz koordynacji ruchowej (jazda na rowerze, gra na instrumencie muzycznym, taniec, prowadzenie samochodu) oraz wysiłek fizyczny (uprawianie sportu). Alkohol, używki produkowane z konopi, gorączka, relaks lub orgazm również mogą zmniejszać nasilenie tików organicznych u niektórych chorych. Tiki te mogą nasilać się pod wpływem stresu, emocji, podekscytowania, zmęczenia, choroby, rozmowy o tikach i kiedy chory przebywa w samotności. Regułą jest mniejsze nasilenie tików w szkole, pracy, w otoczeniu nieznanymi osobami, a większe w domu i przy znanych osobach [3].

Najcięższym schorzeniem, w przebiegu którego występują tiki organiczne, jest zespół Gillesa de la Tourette'a (GTS), w którym idiopatyczne tiki ruchowe i głosowe zaczynają się przed 18 r.ż., utrzymują się dłużej niż 12 miesięcy, a okres całkowitej remisji nie przekracza trzech kolejnych miesięcy [4]. Choroba zaczyna się w pierwszej dekadzie życia, najczęściej pomiędzy 5 a 7 r.ż., od tików ruchowych prostych twarzy (mrużenie oczu) i głowy (potrząsanie), które zazwyczaj zanikają po kilku tygodniach. Po pewnym czasie tiki pojawiają się ponownie, wykazując zmienne nasilenie i różną lokalizację. W miarę rozwoju choroby pojawiają się tiki ruchowe złożone, angażujące wiele grup mięśniowych, a po 1–2 latach od początku zachorowania zjawiają się tiki głosowe proste (dźwięki nieartykułowane). Tiki głosowe złożone (zrozumiałe słowa, wyrazy) występują jeszcze później i u mniej niż połowy pacjentów [1, 3]. U 80–90% chorych występuje przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne współistniejące z tikami. Najczęściej stwierdza się zespół nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne, rzadziej specyficzne zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych, zaburzenia lękowe, zaburzenia nastroju, poważne zaburzenia zachowania [5–8].

Rokowanie dla pacjentów z GTS jest zazwyczaj dobre. Największe nasilenie tików występuje pomiędzy 10 a 12 r.ż., a w okresie młodzieńczym i wczesnym okresie dorosłym ulegają one osłabieniu [9]. W wieku dorosłym 1/3 osób, u których w dzieciństwie występowały tiki ciężkie, wykazuje całkowitą remisję. U około połowy chorych tiki są minimalne lub łagodne. Jedynie 1/5 pacjentów ma bardziej nasilone tiki przeszkadzające w życiu codziennym [10, 11].

Do lat 60. ubiegłego stulecia tiki traktowane były jako zaburzenie psychogenne niemające podłoża organicznego. Psychoterapia chorych i ich rodzin była podstawową metodą leczenia, a zmniejszenie objawów po zastosowaniu technik behawioralnych i innych metod psychoterapii uważano za potwierdzenie tej hipotezy [12]. Dopiero

odkrycie roli układu dopaminergicznego w etiologii tików oraz skutecznego ich leczenia za pomocą haloperydolu spowodowało zaliczenie tików do organicznych ruchów mimowolnych [13, 14].

Tiki psychogenne (TP) zalicza się do tików objawowych. Obecnie uważa się je za rzadko występujące zaburzenie. Częstość występowania TP wśród wszystkich psychogennych zaburzeń ruchowych (PZR) szacowana jest od 0% do 8% [15–19], w grupie chorych z ruchami mimowolnymi i innymi zaburzeniami ruchu na 0,16% [18], a w grupie pacjentów z tikami objawowymi na 10,3% [20]. Nie ma natomiast danych, jak często TP mogą występować w grupie chorych z tikami o różnej etiologii.

Cel

Cel pracy stanowiła charakterystyka kliniczna i ocena częstości występowania tików psychogennych w grupie pacjentów z tikami o różnej etiologii.

Material

Analizie poddano 268 kolejno zbadanych pacjentów w latach 1998–2012, w wieku od 4 do 54 lat, z fenotypem klinicznym tików: zespół Gillesa de la Tourette’a (GTS, $n = 255$), przewlekłe tiki ruchowe ($n = 6$), przewlekłe tiki głosowe ($n = 1$), tiki przemijające ($n = 1$), tiki niesklasyfikowane ($n = 2$), tiki psychogenne ($n = 5$). Pacjenci z tikami objawowymi mogli być włączani do badania, jednak takie rozpoznanie nie zostało postawione u żadnego chorego (z wyjątkiem etiologii psychogennej). W badanej grupie chorych z tikami było 221 mężczyzn (82,5%), 47 kobiet (17,5%), w tym 134 dzieci i 134 dorosłych (≥ 18 lat).

Metody

Badanie przeprowadzono w Klinice Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Pacjenci byli kierowani do Poradni Chorób Pozapiramidowych przez neurologów lub psychiatrów w celu ustalenia rozpoznania i leczenia tików. Wszyscy pacjenci zostali zbadani przez autora pracy (PJ). Rozpoznanie TP ustalone zostało przez specjalistę neurologa, mającego wieloletnie doświadczenie w diagnozowaniu ruchów mimowolnych i innych zaburzeń ruchowych, na podstawie wywiadu medycznego i badania przedmiotowego. Rozpoznanie GTS ustalono na podstawie kryteriów DSM-IV-TR [4]. Rozpoznanie zaburzeń psychicznych ustalono na podstawie badań psychiatrycznych przeprowadzonych przez specjalistów psychiatrii oraz kart wypisowych z oddziałów psychiatrycznych, w których pacjenci byli diagnozowani i leczeni. Autorzy pracy nie weryfikowali rozpoznania zaburzeń psychicznych ani kryteriów diagnostycznych zastosowanych przez psychiatrów w celu ustalenia rozpoznania. Autorzy przejrzeni ponadto retrospektywnie karty ambulatoryjne pacjentów z TP w celu uzyskania danych demograficznych i klinicznych. Przebieg kliniczny tików psychogennych określono na podstawie informacji uzyskanych w trakcie rozmowy telefonicznej z pacjentami i ich rodzicami lub małżonkami.

Wyniki

W badanej grupie 268 chorych z tikami u 5 osób (1,9%), czterech mężczyzn i jednej kobiety, stwierdzono TP. U trzech osób początek ich wystąpienia miał miejsce w wieku dorosłym (dwóch mężczyzn, jedna kobieta), u dwóch pozostałych wiek zachorowania przypadła na wiek młodzieńczy. Wiek wystąpienia TP wynosił od 17 do 51 lat (średnia: $34,0 \pm 16,6$ roku). Opóźnienie rozpoznania wynosiło od 2 do 5 lat u czterech pacjentów. Tylko u jednego chorego zaburzenie rozpoznano krótko po jego wystąpieniu.

Fenotyp TP przedstawia tabela 1. U wszystkich chorych stwierdzono niemożność czasowego zahamowania TP, niezmienną fenomenologię, nieobecność tików ruchowych prostych twarzy i szyi w okresie występowania TP, nagły początek, bardzo duże i maksymalne nasilenie od początku wystąpienia, brak zaniepokojenia chorobą oraz nietypowe dla tików organicznych i GTS cechy: ustępowanie w zaskakujących sytuacjach, napady głębokiego oddychania, zespół parkinsonowski, trwający kilka dni mutyzm. Poprzedzające objawy czuciowe występowały u trzech osób (u wszystkich z pozytywnym wywiadem tików organicznych w dzieciństwie), a były nieobecne u dwóch pozostałych pacjentów, u których tiki organiczne nigdy nie występowały.

Tabela 1. Fenotyp kliniczny tików psychogennych

Pacjent	Fenotyp kliniczny		
	Wokalizacje		Złożone czynności ruchowe
	Nieartykułowane	Artykułowane	
1	Przeraźliwie głośny, krótki krzyk, mlaskanie, dmuchanie, pohukiwanie	Koprolalia, palilalia, echolalia	unoszenie kończyny górnej zaciśniętej w pięść, uderzanie ręką w czoło, kłapanie ustami, kopanie, wysuwanie języka, nadymanie policzków
2	Głęboki dźwięk gardłowy, jąkanie	-	-
3	Przeraźliwie głośny, krótki krzyk	-	odrzućcie głowy do tyłu, podskakiwanie
4	-	-	uderzanie ręką w klatkę piersiową, wyginanie ciała w łuk, gwałtowne szarpnięcia całym ciałem, usztywnienie ciała powodujące niemożność poruszania się
5	Głęboki dźwięk gardłowy	Koprolalia	odrzućcie głowy do tyłu, silne napięcie całego ciała połączone z zaciskaniem powiek, dłoni, bezdech i zaczerwienienie twarzy

U dwóch pacjentów rozpoznano GTS w dzieciństwie, u jednego chorego występowały tiki w dzieciństwie, których rodzaj ani czas trwania nie był możliwy do ustalenia. Wywiad rodzinny występowania tików był pozytywny u wszystkich tych trzech chorych. U dwóch pozostałych dorosłych osób wywiad rodzinny oraz wywiad występowania tików w dzieciństwie był negatywny. U czterech pacjentów stwierdzono towarzyszące zaburzenia psychiczne (tab. 2).

Tabela 2. Charakterystyka kliniczna pacjentów z tikami psychogennymi

Pacjent	Wiek, płeć	Fenotyp kliniczny	Wywiad rodzinny	Tiki w dzieciństwie	Poprzedzające objawy czuciowe	Inne cechy	Zaburzenia psychiczne	Leczenie	Opóźnienie rozpoznania	Przebieg
1	51, M	Wokalizacje, złożone czynności ruchowe	-	Nie	Nie	Ustępowanie TP w pozycji leżącej	Zespół paranoidalny	Haloperydol, sulpiryd, rysperydon, lewomepromazyne, klozapina, tiapryd, torydazyne, pimozyd, olanzapina, flupentylksol, klonazepam; psychoterapia	5 lat	Zmienne nasilenie, objawy utrzymują się 11 lat
2	49, K	Wokalizacje	-	Nie	Nie	Napady hipnwentylacji	Osobowość histryczna, zaburzenia zachowania i emocjonalne, upośledzenie umysłowe, zaburzenie konwersyjne	Tiapryd; psychoterapia	5 lat	Zmienne nasilenie, całkowita remisja po 6 latach
3	36, M	Wokalizacje, podskakiwanie	Tiki	Tiki nieokreślone	Tak	Parkinsonizm	Zespół depresyjny nawracający	Haloperydol, rysperydon, lewomepromazyne, kwetiapina, chlorprokseen, klonazepam, klorazepat, lorazepam, klonidyna	2 lata	Zmienne nasilenie, objawy utrzymują się 4 lata
4	17, M	Wyginanie ciała w łuk, usztywnienie i szarpnięcia ciałem	GTS	GTS	Tak	Mutyzm	-	Haloperydol, tiapryd, pimozyd, klozapina, klonazepam, klonidyna; śpiączka farmakologiczna; psychoterapia	4 lata	Napadowy, całkowita remisja po 5 latach
5	17, M	Wokalizacje, napięcie ciała	Tiki	GTS	Tak	Ustępowanie TP w czasie palenia papierosów	ADHD, OCD, okaleczenia	Haloperydol, rysperydon; psychoterapia	5 dni	Nieznanym

TP – tiki psychogenne; GTS – zespół Gillesa de la Tourette'a, ADHD – zespół nadpobudliwości psychoruchowej, OCD – zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne

U wszystkich pacjentów rozpoznawano początkowo tiki organiczne i stosowano intensywne leczenie objawowe neuroleptykami, benzodiazepinami i klonidyną (tab. 2). U pacjenta 4, sześciokrotnie w ciągu 4 lat zastosowano śpiączkę farmakologiczną połączoną ze sztuczną wentylacją. Psychoterapię polegającą na terapii zajęciowej, indywidualnej i grupowej zastosowano u czterech chorych. U trzech z nich okazała się nieskuteczna (pacjenci 1, 2 i 4), u jednej osoby jej efektu nie ustalono (pacjent 5). Pacjent 4, u którego wystąpiło samoistne ustąpienie TP, zaprzestał psychoterapii na 2 lata przed ustąpieniem zaburzenia, uznając ją za nieskuteczną. Pacjent 3 nie wyraził zgody na psychoterapię.

Przebieg TP u trzech pacjentów polegał na zmiennym nasileniu objawów, bez okresów całkowitej remisji. Okres obserwacji u tych chorych wynosi 4, 6 i 11 lat. U jednego chorego przebieg był napadowy, z okresem występowania zaburzenia od kilku dni do 3 tygodni, z całkowitym ustąpieniem objawów po 4 latach choroby. U wszystkich osób zaostrzenia objawów psychogennych związane były z występowaniem sytuacji stresowych. U jednej osoby (pacjent 5), u której rozpoznanie ustalono w pierwszym tygodniu choroby, dalszy przebieg TP był nieznyany.

Dyskusja

Jednym z najbardziej pewnych dowodów na etiologię psychogenną obserwowanego ruchu mimowolnego jest obraz kliniczny niespójny z organicznym zaburzeniem ruchowym [21]. Stałą cechą tików organicznych jest ich sugestywność, ponieważ niemal wszyscy pacjenci mają zdolność do czasowego ich powstrzymania [1, 22]. Ta szczególnie cecha tików odróżnia je od innych ruchów mimowolnych. Stałą cechą TP u wszystkich opisywanych pięciu osób był brak kontroli dowolnej i niemożność nawet krótkotrwałego zahamowania tiku. Ta cecha TP jest podobna do innych PZR, ponieważ większość chorych z tymi zaburzeniami nie ma żadnej dowolnej kontroli nad ruchami mimowolnymi [23]. Inną cechą tików organicznych jest obecność poprzedzających je objawów czuciowych. Poprzedzające wrażenia czuciowe obecne są u 90% pacjentów z GTS, zwłaszcza u młodzieży i dorosłych [24]. U małych dzieci poniżej 10. roku życia objawy czuciowe mogą być nieobecne lub nieuświadomiane, a niektóre tiki organiczne o bardziej automatycznym charakterze (np. mrużenie oczu) nie są nimi poprzedzone [1, 24]. Nieobecność poprzedzających objawów czuciowych uważana jest za typową cechę TP [23, 25–27]. Jednak trzy z pięciu opisywanych osób relacjonowały występowanie objawów czuciowych związanych z TP. Prawdopodobną przyczyną jest współwystępowanie u tych pacjentów, w różnych okresach, tików organicznych (u dwóch stwierdzono GTS, u jednego tiki nieokreślone w dzieciństwie) i psychogennych oraz odnoszenie poprzedzających objawów czuciowych do obu rodzajów zaburzeń ruchowych. U tych pacjentów tiki organiczne zawsze poprzedzały TP, które pojawiały się w okresie pełnej remisji tików organicznych.

Tiki organiczne charakteryzuje zmienność umiejscowienia i nasilenia. Typowe jest ustępowanie jednego rodzaju tików, a następnie pojawianie się tików o innej fenomenologii i w innym miejscu ciała. W przeciwieństwie do tików organicznych, stałą cechą opisywanych TP była ich niezmienność i utrwalony wzorec kliniczny (tab. 2).

Pierwszym objawem GTS są najczęściej tiki ruchowe proste twarzy. Tiki ruchowe zazwyczaj poprzedzają głosowe, a tiki proste pojawiają się wcześniej niż złożone. U dwóch pacjentów z negatywnym wywiadem tików w dzieciństwie choroba rozpoczęła się od wokalizacji i ruchów złożonych (pacjenci 1 i 2), a u trzech pozostałych TP pojawiły się w okresie pełnej remisji tików ruchowych prostych, co było niezgodne z naturalnym przebiegiem tików organicznych i GTS. U osób dorosłych z GTS, u których utrzymują się tiki, dominują tiki twarzy, szyi i tułowia, podczas gdy tiki ruchowe złożone i tiki głosowe ulegają osłabieniu z upływem lat [9]. U opisywanych pacjentów z TP dominowały wokalizacje i złożone czynności ruchowe bez tików prostych twarzy i szyi (tab. 1). Opisy symptomatologii TP, włączając do nich napadowe dyskinezy, w piśmiennictwie są rzadkie, dotyczą zwykle pojedynczych przypadków i obejmują wokalizacje, uderzanie w klatkę piersiową, wyginanie ciała w łuk, rytmiczne ruchy tułowia i kończyn, wysuwanie języka, ruchy żuchwą, pochylenie ciała do boku, przyjmowanie określonej postawy ciała [25], opadanie na łóżko połączone z ruchami toniczno-klonicznymi [26], napady ruchów barkiem połączone z wyprostem i skrętem szyi [23], potrząsanie głową wraz ze złożonymi, powtarzającymi się ruchami rąk [27]. Fenomenologia TP u naszych pacjentów okazała się bardzo podobna. Głównymi objawami były głośne wokalizacje nieartykułowane oraz różnego rodzaju złożone czynności ruchowe. U dwóch pacjentów (1 i 3) występowały wokalizacje artykułowane (palilalia, echolalia, koproalia), które razem z innymi ruchami złożonymi stanowiły jeden z początkowych objawów choroby. Koproalia nigdy nie jest pierwszym objawem GTS, zazwyczaj pojawia się około 12 r.ż., chociaż rzadko (u 15% chorych) może wystąpić dopiero w wieku dorosłym [28]. Podobnie inne tiki głosowe złożone, jak palilalia i echolalia, pojawiają się w GTS po kilku latach od wystąpienia pierwszych tików.

Największe nasilenie tików organicznych występuje w okresie dojrzewania, zwłaszcza pomiędzy 10 a 12 r.ż., w okresie młodzieńczym i wczesnym okresie dorosłym ulegają one osłabieniu [9]. Jedynie 20% dorosłych pacjentów, u których w dzieciństwie występowały tiki ciężkie, ma bardziej nasilone tiki [10, 11]. U trzech osób, u których występowały tiki organiczne w dzieciństwie, największe nasilenie choroby związane z pojawieniem się TP przypadało na okres młodzieńczy ($n = 2$) i dorosły ($n = 1$), a więc na okres, kiedy w sposób naturalny tiki organiczne ustępują. Niezwykle rzadko (mniej niż 5% chorych) ma miejsce sytuacja, że tiki organiczne są bardziej nasilone w wieku dorosłym niż w dzieciństwie [11]. Zupełnie wyjątkowo pojawiają się one po raz pierwszy u osób dorosłych, co z reguły związane jest z nawrotem tików organicznych z dzieciństwa lub etiologią objawową [29]. Zatem początek zachorowania w wieku dorosłym, pojawienie się tików głosowych i tików złożonych jako pierwszego objawu choroby oraz wystąpienie ciężkich tików w okresie ich naturalnego ustępowania, czyli po ukończeniu okresu dojrzewania, powinno skłaniać do podejrzenia psychogenego charakteru zaburzenia.

Nasilenie TP u wszystkich opisywanych pacjentów oceniono jako znaczne, uniemożliwiające funkcjonowanie społeczne, co jest zgodne z danymi z piśmiennictwa, gdzie podkreśla się, że TP stanowią rodzaj PZR o największym nasileniu, które powodują zwykle niezdolność do pracy [19]. Żaden z trzech opisywanych dorosłych pacjentów nie pracował, dwóch uczniów szkoły średniej przerwało naukę z powodu

TP. Pomimo znacznego nasilenia TP żaden chory nie zdradzał zaniepokojenia chorobą lub obaw o przyszłość, co jest typowym objawem dla wszystkich PZR [18].

Czynnikiem ryzyka wystąpienia PZR jest możliwość osiągnięcia korzyści z choroby [16, 18, 21]. Taką potencjalną korzyść zidentyfikowano tylko u dwóch nastolatków (pacjenci 4 i 5): polegała na możliwości uniknięcia nauki i chodzenia do szkoły. Charakterystyczną cechą PZR jest możliwe ich ustępowanie pod wpływem różnych bodźców, np. dotknięcia określonych miejsc na skórze [16, 18, 21]. U dwóch osób TP ustępowały w pozycji leżącej lub podczas palenia papierosów (tab. 2). Inne cechy tików psychogennych, które wystąpiły u opisywanych chorych, zgodnych z charakterystyką PZR, obejmują nagły początek, maksymalne nasilenie zaburzenia od początku choroby, znajomość z osobą mającą podobną chorobę (trzech pacjentów z tikami w dzieciństwie miało osobę z tikami w rodzinie), nieskuteczność klasycznej farmakoterapii. Z drugiej strony niektóre cechy PZR, takie jak samookałeczenia, ustępowanie przy odwróceniu uwagi, obecność zaburzeń psychicznych czy spontaniczne remisje, mogą mieć mniejsze znaczenie w ustaleniu rozpoznania TP. Uszkodzenia własnego ciała spotyka się nawet u 40% chorych z GTS [6], odwrócenie uwagi (zaabsorbowanie wykonywaniem jakiejś czynności) zazwyczaj zmniejsza tiki [1, 3]. Zaburzenia psychiczne występują u większości chorych z GTS, chociaż niektóre z nich nie występują nigdy (np. zespół paranoidalny u pacjenta 1) lub bardzo rzadko (upośledzenie umysłowe u pacjenta 2) [5–8]. Całkowite remisje występują u 1/3 dorosłych pacjentów z GTS, jednak po 25 r.ż. spontaniczne remisje nie występują i tiki organiczne stabilizują się po tym okresie [9]. Dlatego nietypowe dla GTS zaburzenia psychiczne oraz spontaniczne remisje po 25 r.ż. można uznać za charakterystyczne cechy TP.

Warto podkreślić, że u trzech z pięciu pacjentów tiki organiczne poprzedzały wystąpienie TP, co dowodzi, że oba zaburzenia mogą współistnieć w tego samego chorego, chociaż w różnych okresach utrzymywania się zaburzenia. Obserwacja ta jest zgodna z danymi z piśmiennictwa, w którym można spotkać podobne opisy koincydencji i sekwencji występowania GTS i TP [23, 26, 27, 30]. Właściwe odróżnienie TP od tików organicznych u chorych z GTS pozwala uniknąć niepotrzebnej farmakoterapii. U wszystkich opisywanych pacjentów z TP stosowano liczne leki neuroleptyczne i benzodiazepiny, u jednego pacjenta sześciokrotnie stosowano śpiączkę farmakologiczną. Z drugiej strony psychoterapia zastosowana u trzech z czterech pacjentów okazała się również nieskuteczna. Rokowanie jest niepewne. U dwóch pacjentów stwierdziliśmy całkowite ustąpienie objawów po wielu latach choroby, pomimo że dłuższy czas utrzymywania się PZR rokuje niekorzystnie co do możliwości uzyskania istotnej poprawy [31], u dwóch innych osób TP utrzymują się od 4 i 11 lat.

Obecna praca potwierdza dane z literatury, że TP są zaburzeniem rzadkim. Częstość ich występowania w badanej populacji polskiej z tikami wyniosła 1,9%. Jednak z uwagi na odmienne postępowanie terapeutyczne rozpoznanie TP jest problemem istotnym klinicznie.

Autorzy mają świadomość ograniczeń pracy. Rozpoznanie określonego zespołu tików zostało postawione w każdym przypadku przez autora pracy na podstawie klasyfikacji DSM-IV-TR, natomiast zaburzenia psychiczne zostały zdiagnozowane przez różnych psychiatrów na podstawie kryteriów diagnostycznych nieznanymi au-

torom. Nie wiadomo również, czy korzystali oni z określonych skal i kwestionariuszy diagnostycznych w celu ustalenia rozpoznania istniejących zaburzeń psychicznych.

Wnioski

1. Tiki psychogenne są zaburzeniem rzadkim, które występuje u mniej niż 2% wszystkich chorych z tikami.
2. Fenomenologia tików psychogennych obejmuje wokalizacje i złożone czynności ruchowe.
3. Tiki psychogenne wykazują niezmienny wzorzec kliniczny i duże nasilenie, co nie powoduje jednak istotnego zaniepokojenia pacjenta.
4. Początek tików w wieku dorosłym lub w okresie naturalnego ustępowania tików organicznych, nieobecność tików ruchowych prostych twarzy, całkowity brak dowolnej kontroli oraz ustępowanie w nieoczekiwanych pozycjach sugeruje ich etiologię psychogeną.
5. Tiki psychogenne mogą pojawić się u pacjentów z wcześniej występującymi tikami organicznymi. U tych pacjentów nieobecność objawów czuciowych poprzedzających tiki nie jest wiarygodnym objawem różnicującym oba zaburzenia.
6. Rozpoznanie tików psychogennych powinno nastąpić na podstawie całości obrazu klinicznego przy obecności co najmniej kilku objawów nietypowych dla tików organicznych.

Piśmiennictwo

1. Leckman JF. *Phenomenology of tics and natural history of tic disorders*. Brain Dev. 2003; 25(supl. 1): S24–S28.
2. Kwak C, Dat Vuong K, Jankovic J. *Premonitory sensory phenomenon in Tourette's syndrome*. Mov. Disord. 2003; 18: 1530–1533.
3. Leckman JF, Bloch MH, King RA. *The diagnosis of Tourette syndrome*. W: Walkup JT, Mink JW, McNaught KSP. red. *A family guide to Tourette syndrome*. Bloomington: iUniverse; 2012. s. 8–23.
4. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Fourth edition, Text revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
5. Spencer T, Biederman J, Harding M, O'Donnell D, Wilens T, Faraone S. i wsp. *Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD*. J. Child Psychol. Psychiatry 1998; 39: 1037–1044.
6. Freeman RD, Fast DK, Burd L, Kerbeshian J, Robertson MM, Sandor P. *An international perspective on Tourette syndrome: selected findings from 3500 individuals in 22 countries*. Dev. Med. Child Neurol. 2000; 42: 436–447.
7. Khalifa N, von Knorring AL. *Tourette's syndrome and other tic disorders in a total population of children: clinical assessment and background*. Acta Paediatrica 2005; 94: 1608–1614.
8. Debes NM, Hjalgrim H, Skov L. *Clinical aspects of Tourette syndrome*. Ugeskr. Laeger 2008; 170: 2701–2703.

9. Leckman JF, Zhang H, Vitale A. *Course of tic severity in Tourette's syndrome: The first two decades*. Pediatrics 1998; 102: 234–245.
10. Spencer T, Biederman M, Coffey B, Geller D, Wilens T, Faraone S. *The 4-year course of tic disorders in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56: 842–847.
11. Bloch MH, Peterson BS, Scahill L, Otko J, Katsovich L, Zhang H. i wsp. *Adulthood outcome of tic and obsessive-compulsive symptom severity in children with Tourette syndrome*. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2006; 160: 65–69.
12. Mophew J, Sim M. *Gilles de la Tourette syndrome. A clinical and psychopathological study*. Br. J. Med. Psychol. 1969; 42: 293–301.
13. Messiha F, Knop W. *A study of endogenous dopamine metabolism in Gilles de la Tourette's Disease*. Dis. Nerv. Syst. 1976; 37: 470–473.
14. Shapiro E, Shapiro A, Sweet R. *The diagnosis, etiology and treatment of Gilles de la Tourette's Syndrome*. W: Sankar S. red. *Mental health in children. Vol I. Genetics, family and community studies*. Wyd. 2. Nowy Jork: Westbury; 1975. s. 167-73.
15. Gowers WR. *A manual of diseases of the nervous system*. Philadelphia: Blakiston; 1988.
16. Factor SA, Podskalny GD, Molho ES. *Psychogenic movement disorders: frequency, clinical profile, and characteristics*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1995; 59: 406–412.
17. Fahn S, Williams PJ. *Psychogenic dystonia*. Adv. Neurol. 1988; 50: 431–455.
18. Thomas M, Jankovic J. *Psychogenic movement disorders. Diagnosis and management*. CNS Drugs 2004; 18: 437–452.
19. Hinson VK, Cubo E, Comella CL, Goetz CG, Leurgans S. *Rating scale for psychogenic movement disorders: scale development and clinimetric testing*. Mov. Disord. 2005; 20: 1592–1597.
20. Mejia NI, Jankovic J. *Secondary tics and tourettism*. Rev. Bras. Psiquiatr. 2005; 27: 11–17.
21. Williams DT, Ford B, Fahn S. *Phenomenology and psychopathology related to psychogenic movement disorders*. Adv. Neurol. 1995; 65: 233–257.
22. Kwak C, Dat Vuong K, Jankovic J. *Premonitory sensory phenomenon in Tourette's syndrome*. Mov. Disord. 2003; 18: 1530–1533.
23. Galvez-Jimenez N, Lang AE. *Psychogenic movement disorders*. W: Watts RL, Koller WC. red. *Movement disorders. Neurologic principles and practice*. New York: McGraw-Hill; 1997. s. 715–732.
24. Leckman JF, Walker DF, Cohen DJ. *Premonitory urges in Tourette's syndrome*. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 98–102.
25. Bressman SB, Fahn S, Burke RE. *Paroxysmal non-kinesigenic dystonia*. Adv. Neurol. 1988; 50: 403–413.
26. Kurlan R, Deeley C, Comon PG. *Psychogenic movement disorder (pseudo-tics) in a patient with Tourette's syndrome*. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 1992; 4: 347–348.
27. Tan EK. *Psychogenic tics: diagnostic value of the placebo test*. J. Child Neurol. 2004; 19: 976–977.
28. Kobierska M, Sitek M, Gocyla K, Janik P. *Koprolalia i kopropaksja u pacjentów z zespołem Gillesa de la Tourette'a*. Neurol Neurochir Pol. 2014;48(1):1-7.
29. Chouinard S, Ford B. *Adult onset tic disorders*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2000; 68: 738–743.

-
30. Dooley JM, Stokes A, Gordon KE. *Pseudo-tics in Tourette syndrome*. J Child Neurol. 1994; 9(1): 50–51.
 31. Crimlisk HL, Bhatia K, Cope H. *Slater revisited: 6 year follow up study of patients with medically unexplained motor symptoms*. BMJ 1998; 316: 582–586.

Adres: Piotr Janik
Katedra i Klinika Neurologii WUM
02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a

Otrzymano: 30.12.2013
Zrecenzowano: 6.02.2014
Otrzymano po poprawie: 14.02.2014
Przyjęto do druku: 1.07.2014