

## Prescrição do sintoma no tratamento do síndrome de Gilles de la Tourette

EURICO FIGUEIREDO

J. DUARTE GEADA

A. PACHECO PALHA

MARIA DA CONCEIÇÃO MOREIRÃO \*

*Pareceu-nos pertinente trazer à reunião da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Neurologia de 25 de Julho de 1977, consagrada fundamentalmente a doenças raras e tratamentos novos, um caso de síndrome de Gilles de la Tourette, doença que Enoch et al. incluíram na designação de «Some Uncommon Psychiatric Syndromes» (Enoch et al., 1967). Tratámo-lo, numa primeira fase, pela prescrição do sintoma, método inspirado nas técnicas das prescrições paradoxais, e que, perante a revisão bibliográfica que efectuámos, podemos considerar como um tratamento original deste síndrome.*

*Antes de expormos este caso, parece-nos útil fazer uma breve revisão bibliográfica.*

### BREVE REVISÃO

*A este síndrome, apesar da sua raridade, tem sido consagrada uma extensa literatura.*

*Elementos recentes confirmam a utilidade do critério de diagnóstico de Fernando (1976): 1) começo na infância; 2) múltiplos tiques mo-*

*tores; 3) exclamações em voz alta, não provocadas, que podem evoluir para a coprolalia.*

*O síndrome inicia-se geralmente com múltiplos tiques motores, algumas vezes acompanhados por exclamações (tiques vocais). Os tiques afectam a cabeça, a face e o pescoço. Movimentos anormais dos membros são menos comuns e os tiques envolvendo o tronco são raros no início. Há uma progressão rápida, com aumento da variedade dos tiques motores, que se propagam no sentido céfalo-caudal. Finalmente, movimentos dos ombros, tórax e extremidades inferiores completam o quadro motor. Os movimentos são breves, incoordenados, explosivos, rítmicos, de um a várias centenas por hora. Meses ou anos após os primeiros sintomas, a participação vocal torna-se evidente, com grunhidos, tossidelas, latidos, etc., e em cerca de 50 % dos casos com coprolalia. Ocasionalmente, a ecolalia e ecopraxia podem aparecer como sintomas iniciais (Shapiro et al., 1973b; Woodrow, 1974).*

*Têm sido referidos casos nas mais variadas zonas do Globo, desde a Europa à América, a Israel, Nova Zelândia, Austrália (Shapiro e Clarkin, 1972), China, Japão (Challas et al., 1967) e Índia (Prabhakaran, 1970).*

*A prevalência do síndrome na população geral, particularmente estudada nos E.U.A., atinge provavelmente valores de cerca de*

\* E.F. é Professor Auxiliar de Psiquiatria; J.D.G. é Chefe de Serviço de Psicologia; A.P.P. é Assistente de Psiquiatria; e M.C.M. é Preparadora do Serviço de Psicologia na Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Esta nota clínica foi apresentada à reunião da Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Neurologia do dia 25 de Julho de 1977, no Porto.

4/100 000 (Woodrow, 1974). Inicia-se por volta dos sete anos e 85 % dos casos começam antes dos doze anos, com predominância para o sexo masculino (Fernando, 1967). Os factores hereditários não parecem de grande importância. Ellison, em citação de Challas et al. (1967), descreve um doente único num par de gémeos monozigóticos e Shapiro et al. (1972) encontraram apenas quatro casos em 34 doentes com história familiar.

Os factores que têm sido referidos como etiopatogénicos são os mais diversos. Em alguns casos referem-se traumas psicológicos banais (Einsemsberg, 1959) como factores desencadeantes: tonsilites, mudança de escola, etc. Merskey (1974) descreve um caso de associação com cariótipo XYY. A predominância tem sido atribuída ora a factores psicológicos (Mahler et al., 1945) ora a factores neuropsicológicos (Shapiro et al., 1973a). Sanders (1973) procura conciliar os elementos psicológicos com os neurofisiológicos. Os centros subcorticais, sobretudo o estriado e o pálido, estariam envolvidos na expressão motora dos afectos. Algumas hipóteses explicativas do nível de intervenção bioquímica também têm sido avançadas, como aquela em que se faz intervir um defeito dopaminérgico nas conexões dos núcleos pálido e estriado, dado ser a dopamina o neurotransmissor mais selectivamente bloqueado pelo haloperidol, que por sua vez é o melhor medicamento utilizado no tratamento deste síndrome.

Por vezes, a fadiga, a cólera e o stress agravam o síndrome, que melhora com o relaxamento, o sono, a febre e as boas condições ambientais (Faux, 1966). O síndrome é também caracterizado por flutuações do agravamento e melhoria, muito embora a evolução seja, aparentemente, para a deterioração (Einsemsberg, 1959), o que alguns todavia contestam (Shapiro e Clarkin, 1972).

O diagnóstico diferencial deve considerar a coreia de Sydenham, a encefalite letárgica, a doença de Wilson, a esquizofrenia e casos limites (Bruun, 1972).

Quanto ao tratamento, este síndrome foi objecto das mais variadas tentativas terapêuti-

cas (Politer et al., 1965): hidroterapia CO<sub>2</sub>, anestesia, isolamento, etc. Foram também utilizadas psicoterapias directivas, psicanálise, terapias comportamentais. Quanto a estas últimas terapias, algumas referências são-lhes favoráveis (Clark, 1966), utilizando a prática negativa, outras são pouco optimistas (Sand e Carlson, 1973). Todavia, apesar de terem sido assinalados efeitos eficazes com várias drogas, o haloperidol tem-se afirmado, nos últimos anos, como o melhor tratamento deste síndrome, desde a primeira comunicação de Seignot (1961) até aos mais recentes follow-up de Shapiro et al. (1973b) e Bruun et al. (1976).

## HISTÓRIA CLÍNICA

Quando vimos pela primeira vez a doente a que nos vamos referir, esta tinha então 15 anos de idade. Nasceu de parto normal, filha de uma família abastada. Com cerca de 2 anos deu uma queda seguida de fractura e comoção cerebral. «Tatabitata» no momento de entrar para a escola, começou, a partir desta altura, a apresentar alguns tiques (pestanejos) nos momentos de tensão. Tem um irmão de 6 e outro de 13 anos de idade. Viveu numa colónia portuguesa dos 4 aos 12 anos, tendo regressado em 1974 em consequência das convulsões políticas da altura. Apresentou, a partir de então, grandes dificuldades escolares. O pai abandonou a mulher e os filhos, partindo com uma companheira para um país distante. De notar que o pai apresentava também tendência para os tiques em momentos de tensão. Ultimamente, uns dois meses antes da primeira consulta e em consequência de um telefonema do pai que convidava a doente para passar férias com ele, ao que a mãe se opunha, começou a apresentar a seguinte sintomatologia: tiques mais ou menos generalizados, «tiques» vocais (parecendo o grasnar dos corvos), perturbações do comportamento (cortando à tesourada cortinas, vestidos da mãe, partindo louça, distribuindo pela casa bocados de papel higiénico de recente utilização) e ideias obsessivas em relação à morte, acompanhando enterros, fazendo velas de de-

*funtos e espreitando ambulâncias. A situação tornou-se muito tensa em casa. A mãe e o irmão mais velho, que a agrediu várias vezes, não a podiam suportar, agravando-se assim a sintomatologia da doente. Esta, finalmente, «claus-trava-se» com vergonha de se apresentar em público. Na primeira consulta apresentava o seguinte quadro clínico: um pestanejar quase constante, flexões laterais da cabeça (10 a 20 por minuto), movimentos bruscos dos ombros, acompanhados de movimentos de supinação e pronação dos braços, patear quase constante, uma espécie de silvo e princípios de ecolalia.*

## EXAME PSICOMÉTRICO

*Foram-lhe aplicados vários testes (de retenção visual de A. L. Benton, de aprendizagem verbal de A. Rey, de inteligência infantil de Wechsler — W.I.S.C.), cujos resultados sugerem uma deficiência das funções intelectuais. A observação da doente, na execução das provas, faz pensar numa importante contribuição da ansiedade no resultado dos testes, que se coaduna mal com a escolaridade suficiente antes da doente regressar a Portugal.*

## EEG

*Revelou uma disritmia irritativa com predominância na área têmporo-posterior direita. Este traçado não encontra equivalente na revisão bibliográfica por nós feita. As anomalias encontradas por Shapiro et al. (1972) e Woodrow (1974) em cerca de 50 % dos doentes seriam inespecíficas e não focalizadas.*

## TRATAMENTO

*Antes de iniciar um tratamento com haloperidol em hospital de dia, resolvemos fazer a prescrição paradoxal do sintoma dos tiques por duas razões fundamentais. Por um lado, estávamos convencidos da importância do meio familiar no desencadeamento de, ao menos, a fase aguda do síndrome e na potencialização da sintomatologia. Por outro lado, recebávamos as dificuldades da doente em assumir o hospital de dia, quando esta já se havia «clausurado»*

*por inibição. Inspirados por Haley (1963), Watzlawick et al. (1972) e Selvini et al. (1975), decidimos:*

*1. Dar uma conotação positiva ao sintoma: explicámos à mãe, na presença da filha, que com os tiques a doente procurava não ter que escolher entre o pai e a mãe para passar férias.*

*2. Prescrever o sintoma e indicar rituais: pedimos para que a mãe e a filha, todas as manhãs, rigorosamente entre as 9 e as 9.30 horas, se sentassem uma em frente da outra, a filha procurando fazer o máximo de tiques possível, a mãe contando todas as flexões laterais da cabeça, tique mais fácil de contar e que no início do tratamento se repetia a um ritmo de cerca de 20 por minuto.*

*Fizemos um primeiro balanço, uma semana depois do início do tratamento e, dado os efeitos francamente benéficos do mesmo, decidimos prolongá-lo por mais uma semana. Após esses quinze dias, a doente apresentava-se no seguinte estado: tinham desaparecido as anomalias do comportamento, as ideias obsessivas, a ecolalia e o silvo, tendo este sido substituído por estalidos da língua; ausência dos movimentos anormais de flexão lateral da cabeça, de supinação e pronação dos braços e do patear; diminuição do pestanejar e dos movimentos anormais dos ombros. Começámos então um tratamento com haloperidol, na unidade de dia, onde a doente foi muito bem aceite. Subimos o haloperidol até à dose máxima de 8 mg, adjuvado com correctores.*

*No dia da alta, sete semanas após o início do tratamento, da sintomatologia que apresentava na primeira consulta, a doente apenas exibiu alguns movimentos bruscos dos ombros num ritmo de 2 movimentos todos os cinco minutos, quando no princípio do tratamento pelo haloperidol o ritmo era de 4 por minuto. Mesmo esses movimentos anormais desapareciam totalmente em longos momentos quando a doente não se sentia observada<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Depois de termos feito esta comunicação e seguindo a doente no ambulatório, constatámos que no controlo do nono mês a situação se mantinha idêntica à do momento da saída do hospital de dia.

## RESUMO

Os autores principiam por fazer uma breve revisão bibliográfica do síndrome de Gilles de la Tourette.

Seria uma doença caracterizada fundamentalmente por múltiplos tiques motores e exclamações em voz alta, não provocadas, que poderiam evoluir para a coprolalia. O síndrome começa geralmente na infância, antes dos 11 anos, predominando no sexo masculino, tendo sido descrito em praticamente todas as zonas do Globo, com uma prevalência provável de cerca de 4/100 000. Muitos factores têm sido apontados para o seu aparecimento mas, actualmente, há tendência para se admitir que existiria uma insuficiência neurofisiológica de base reactivada por factores psicológicos.

Descrevem seguidamente o caso clínico de uma doente de 15 anos que, assim como seu pai, apresentava tendência para os tiques em situações ansiógenas. Teriam existido importantes factores de desequilíbrio familiar e situações ansiógenas desencadeantes da sintomatologia aguda. Esta teria sido por sua vez agravada pela agressividade dos familiares.

Na fase aguda, apresentava tiques muito frequentes, mais ou menos generalizados (exclamações vocais lembrando o grasnar e o silvar, ecolalia, perturbações do comportamento e ideias obsessivas no que respeita à morte).

Com vista a poder tratar a doente em hospital de dia pelo haloperidol em boas condições, procurando evitar as eventuais dificuldades relacionais do meio institucional, a doente foi inicialmente tratada pela prescrição do sintoma. Foi dada uma conotação positiva aos sintomas, que foram presentes dentro de um ritual, na presença da mãe. Os efeitos benéficos foram evidentes.

Posteriormente, a quase totalidade dos sintomas residuais desapareceram com um tratamento de haloperidol em hospital de dia.

No controlo do nono mês, a situação manteve-se estacionária.

## SUMMARY

The authors start by giving a brief bibliographical survey of Gilles de la Tourette syndrome.

It could be basically characterized by multiple motor tics and unprovoked loud exclamations which may develop into obscene speech (coprolalia). The syndrome usually starts in infancy, before the age of 11, predominantly in

males, having been described in practically all countries of the world, with a likely prevalence of about 4/100,000. Many factors have been indicated as responsible for its appearance but at present there is a tendency to accept that there might exist a basic neurophysiological insufficiency reactivated by psychological factors.

Next they describe the clinical case of a 15-year-old patient who, like her father, showed a tendency to tics in situations of anxiety. There existed important factors of family instability and anxiety provoking situations setting off acute symptoms. This in its turn being aggravated by aggressiveness on the part of members of the family.

In its acute phase she had very frequent and more or less general tics (vocal cries like croaks and whistles, echolalia, perturbed behaviour and obsessive ideas about death).

With a view to treating the patient in hospital during the day with haloperidol under good conditions, trying to avoid possible difficulties related to an institutional atmosphere, the patient was initially treated for the curbing of her symptoms.

A positive connotation was given to the symptoms, which were present within a pattern, in the presence of her mother.

The good effects were evident. Latterly almost all the residual symptoms disappeared with a treatment of haloperidol in day hospital.

The nine-month exams showed no changes.

## REFERÊNCIAS

- BRUUN, R. D., SHAPIRO, A. K. (1972) — «Differential diagnosis of Gilles de la Tourette's syndrome», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 155:338-339.
- BRUUN, R. D., SHAPIRO, A. K., SHAPIRO, E. et al. (1976) — «A follow-up of 78 patients with Gilles de la Tourette's syndrome», *Amer. J. Psychiatry*, 133-8:944-947.
- CHALLAS, G., CHAPEL, J. L., JENKINS, R. (1967) — «Tourette's disease: control of symptoms and its clinical course», *International Journal of Neuropsychiatry*, 3, sup. 1, 96-104.
- CLARK, D. F. (1966) — «Behavior Therapy of Gilles de la Tourette's syndrome», *Brit. J. Psych.*, 112: 771-778.
- EINSEMBERG, G., FISCHER, E., KANNER, L. (1959) — «A clinical study of Gilles de la Tourette's disease (maladie des tics) in children», *Amer. J. Psychiatry*, 115:715-723.
- ENOCH, M. D., TRETOWAN, W. H., BARKER, J. C. (1967) — *Somme uncommon Psychiatric Syndromes*, John Wright & Sons Ltd., Bristol.

- FAUX, E. J. (1966)—«Gilles de la Tourette's Syndrome, Social Psychiatric Management», *Arch. Gen. Psychiat.*, 14:139-142.
- FERNANDO, S. I. N. (1967)—«Gilles de la Tourette's Syndrome. A report on four cases and a review of published case reports», *Brit. J. Psychiat.*, 113:607-617.
- FERNANDO, S. I. N. (1976)—«Six cases of Gilles de la Tourette's Syndrome», *Brit. J. Psychiat.*, 128:436-441.
- HALEY (1963)—*Strategics of Psychoterapy*. Grune and Stratton, N.Y. Trad. esp., *Estrategias en Psicoterapia*.
- MAHLER, M. S., LUKE, J. A., DALTROFF, W. (1945)—«Clinical and follow-up study of the tic syndrome in children», *Amer. J. Orthopsychiat.*, 42:293-301.
- MERSKEY, H. (1974)—«A case of Multiple Tics with Vocalisation (Partial Syndrome of Gilles de la Tourette) and XYY Karyotype», *Brit. J. Psychiat.*, 125:593-594.
- POLITER, D. J., KRUGER, D., STEVENSON, I. (1965)—«Sequential Treatment in a case of Gilles de la Tourette's Syndrome», *Brit. J. Med. Psycholo.*, 38:42-45.
- PRABHAKARAN, N. (1970)—«A case of Gilles de la Tourette's Syndrome with some observations on aetiology and treatment», *Brit. J. Psychiat.*, 116:539-541.
- SAND, P., CARLSON, G. (1973)—«Failure to Establish Control over Tics in the Gilles de la Tourette's Syndrome with Behaviours Therapy Techniques», *Brit. J. Psychiat.*, 122:665-670.
- SANDERS, D. G. (1973)—«Familial Occurrence of Gilles de la Tourette's Syndrome. Report of the Syndrome Occurring in a Father and Son», *Arch. Gen. Psychiatry*, 28:326-328.
- SEIGNOT, J. N. (1961)—«Un cas de maladie de Gilles de la Tourette gueri par le R 1625», *Ann. Med. Psychol.*, 119:578-579.
- SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., CEECHIN, G., PRATA, G. (1975)—*Paradosso e Contrapadosso*, Ed. Feltrinelli.
- SHAPIRO, A. K., CLARKIN, J. (1972)—«The psychopathology of Gilles de la Tourette's Syndrome», *Amer. Journ. of Psychiat.*, 129:427-434.
- SHAPIRO, A. K., SHAPIRO, E., WAYNE, H., CLARIN, J. (1973a)—«Organic Factors in Gilles de la Tourette's Syndrome», *Brit. J. Psychiat.*, 122:659-664.
- SHAPIRO, A. K., SHAPIRO, E., WAYNE, H. (1973b)—«Treatment of Tourette's Syndrome with Haloperidol. Review of 34 cases», *Arch. Gen. Psychiatry*, 28:92-97.
- WATZLAWICK, P., HELMICK-BEAVIN, J., JACKSON, D. (1972)—*Pragmatics of Human Communication*, W. W. Norton & Company, N.Y., 1967. Trad. fr. *Une logique de la Communication*, Seuil.
- WOODROW, K. M. (1974)—«Gilles de la Tourette's Disease», *A Review Am. J. Psychiatry*, 131:9, 1000-3.