

Diego Macedo Gonçalves <sup>1\*</sup>  
Neuciane Gomes da Silva <sup>2</sup>  
Ionara Dantas Estevam <sup>3</sup>

## Síndrome de Tourette e Terapia Cognitivo-comportamental: Um Estudo de Caso

### *Tourette's Syndrome and Cognitive-Behavioral Therapy: A Case Study*

#### RESUMO

A síndrome de Tourette é um transtorno do neurodesenvolvimento que se manifesta por meio de tiques e estereotipias. Esse quadro afeta o sistema motor, gerando maneirismos irregulares que provocam prejuízos sociais, acadêmicos e laborais aos pacientes. Apesar de muitas pesquisas salientarem as causas neurobiológicas da síndrome de Tourette, estudos de caso vêm mostrando que as ações da terapia cognitivo-comportamental têm apresentado eficácia na diminuição da intensidade e da frequência dos sintomas. Neste artigo, teve-se o objetivo de apresentar as condutas clínicas eficazes no caso de uma paciente diagnosticada com síndrome de Tourette. O presente relato de caso descreve o atendimento a uma paciente de 32 anos, casada, submetida a 36 sessões de psicoterapia individual para tratamento da síndrome de Tourette. Na avaliação diagnóstica foram utilizados os critérios do DSM-5. O plano de tratamento envolveu técnicas cognitivo-comportamentais, como psicoeducação, treinamento de reversão de hábitos, exposição com prevenção de resposta e questionamento socrático. Houve diminuição da frequência e da intensidade dos sintomas, fato mencionado pela paciente e por familiares, bem como observado em processo terapêutico.

**Palavras-chave:** Terapia Cognitivo-comportamental; Tiques; Síndrome de Tourette.

#### ABSTRACT

Tourette Syndrome is a neurodevelopmental disorder manifested through tics and stereotypies. This psychopathology affects the motor system generating irregular mannerisms that cause social, academic and labor losses to those who have this disease. Although many studies highlight the neurobiological causes of Tourette Syndrome case studies have shown that the actions of cognitive-behavioral therapy have shown effectiveness in decreasing the intensity and frequency of symptoms. In this article, the objective was to present effective clinical actions in the case of a patient diagnosed with Tourette Syndrome. The present case report describes the treatment of a 32-year-old woman, married, who had 36 sessions of individual psychotherapy for the treatment of Tourette's syndrome. The DSM-5 criteria were used in the diagnostic evaluation. The treatment plan involved Cognitive Behavioral Therapy techniques such as psychoeducation, habit reversal training, exposure and response prevention, and Socratic questioning. There was a decrease in the frequency and intensity of symptoms – this was mentioned by the patient, relatives and observed in a therapeutic process.

**Keywords:** Cognitive-Behavioral Therapy; Tics; Tourette Syndrome.

<sup>1</sup> Doutor - (Coordenador do Programa de Mestrado em Psicologia Organizacional da Universidade Potiguar) - Natal - RN - Brasil.

<sup>2</sup> Doutorado em Biologie Du Comportement - Université de Paris XIII (Paris-Nord) - (Professor Associado da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil).

<sup>3</sup> Doutorado em Psicologia (Psicologia Social) Ufpa/J.P. - Ufrn pela Universidade Federal da Paraíba, Brasil - (Professor Titular da Universidade Potiguar, Brasil).

**Correspondência:**

**Diego Macedo Gonçalves**

Instituição: Universidade Potiguar - Laureate International Universities.

Av. Engenheiro Roberto Freire, 2184

Capim Macio, Natal - RN

CEP: 59082-902.

E-mail: diego@metacognitiva.com.br

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 30 de Abril de 2018. cod. 643.

Artigo aceito em 04 de Fevereiro de 2019.

## INTRODUÇÃO

A síndrome de Tourette (ST) é um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta características psicológicas e neurológicas na manifestação de tiques (Hawksley, Cavanna, & Nagai, 2015). Foi identificada pela primeira vez por Joan Marie Itard, no ano de 1825, sendo mais bem descrita em 1885, por George Gilles de la Tourette – estudante de Medicina em Salpêtrière –, que observou nove casos de pessoas que apresentavam sintomas como tiques múltiplos, coprolalia e palilalia. Em função dessa descrição, Charcot nomeou a doença dos tiques de Gilles de la Tourette (Gunduz & Okun, 2016; Mattos & Rosso, 1995).

Esse é um quadro de perturbação emocional que afeta o sistema motor. É observado sobretudo na infância e na adolescência, com pico de incidência entre os 11 e os 12 anos na maioria das crianças (Robertson, 2000; Hassan & Cavanna, 2012), e sua evolução parece ser variável. Durante essa fase da vida, há maior frequência de tiques e vocalizações, e estes se apresentam com maior intensidade. Alguns pacientes diminuem a frequência dos tiques à medida que crescem, e outros apresentam sintomas no decorrer de todo o processo ontogenético (Draper et al., 2014).

Nos últimos anos, a quantidade de diagnósticos de ST vem aumentando drasticamente em todo o mundo devido à maior quantidade de informações produzidas por grupos de pesquisa e equipes de saúde (Hounie & Petribú, 1999). Algumas pesquisas indicam que 0,3 a 0,4% das crianças ao redor do mundo têm a ST (Robertson, 2008; Hawksley, Cavanna, & Nagai, 2015) e que esse transtorno é quatro vezes mais comum entre crianças do sexo masculino do que do feminino (Comings & Comings, 1990; Leivonen et al., 2015). Estudos de metanálise corroboram esse dado, informando que a ST afeta cerca de 1% dos meninos e 0,3% das meninas em idade escolar (Knight et al., 2012).

Os comportamentos observados na ST levam a sofrimento emocional e a graves consequências sociais. Não é incomum encontrar pessoas que se referem a indivíduos com ST como tendo tiques ou “cacoetes”, muitas vezes passando por situações constrangedoras devido aos movimentos motores e às vocalizações descontextualizadas. Há uma tendência ao isolamento em função dos prejuízos sociais que a síndrome causa. Os pacientes se envergonham de seus sintomas e temem que os demais os julguem de maneira inadequada.

É comum a comorbidade com outros transtornos, principalmente o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) (Robertson & Yakely, 2002), o que leva a crer que a etiologia genética seja parcialmente partilhada entre esses dois quadros clínicos (McGrath et al., 2014). Geralmente, pacientes com essa comorbidade apresentam um pior prognóstico no tratamento. Também é comum surgirem distúrbios do sono, ansiedade, depressão, comportamento agressivo, transtorno de oposição

desafiante, labilidade emocional e impulsividade (Robertson & Yakely, 2002).

No momento, há um esforço da comunidade científica em compreender as razões que levam os pacientes a apresentar esse transtorno. Esse interesse tem ocorrido pelo aumento considerável na frequência dos casos registrados, pelas consequências vinculadas ao quadro clínico e pela comorbidade com o TOC e o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH), o que leva à compreensão de que haja uma base neurológica comum entre esses transtornos (Freeman, 2007; Goetz, 2007; Hounie & Petribú, 1999; King, & Leckman, 2007; Swain, et al. 2007). Mais do que isso, há evidências, inclusive, de uma base genética na ST. Estudos experimentais, por exemplo, chegaram à conclusão de que há um aumento de 100 vezes nas taxas de ST em parentes de primeiro grau de indivíduos afetados em comparação com parentes do grupo-controle. Esse dado sugere que a ST compartilha fatores etiológicos comuns entre familiares (Mataix-Cols et al., 2015; O'Rourke, Scharf, Yu, & Pauls, 2009).

Mesmo com esses esforços, ainda não há tratamento científico comprovado e validado para a ST. Várias frentes de trabalho têm sido realizadas para desenvolver estratégias clínicas que diminuam os sintomas, principalmente por meio de medicações e da terapia cognitivo-comportamental (TCC). Alguns estudos têm mostrado evolução do quadro clínico e consequentemente diminuição da sintomatologia com essas estratégias clínicas, mas ainda não há um tratamento clínico sistematizado para ST (Loureiro, Matheus-Guimarães, Santos, Fabri, Rodrigues, & Castro, 2005).

Considerando a dificuldade de controle da ST, este estudo apresenta os diversos aspectos desse quadro clínico, incluindo sua definição, seus critérios diagnósticos e sua manifestação clínica, dando um enfoque, sobretudo, às estratégias terapêuticas desenvolvidas pela TCC. O objetivo é estabelecer uma relação entre sintomas, objetivos, estratégias utilizadas e resultados. Assim, pode-se desenvolver um protocolo de atendimento em TCC, ajudando a comunidade de psicólogos no atendimento sistemático a pacientes com ST. Também será mencionado um caso clínico com remissão total dos sintomas no qual foram utilizadas estratégias da TCC juntamente com medicação.

Sabe-se, no entanto, que muitas variáveis podem interferir na evolução clínica do paciente e que o protocolo utilizado pode sofrer limitações decorrentes do contexto de atendimento e do histórico do paciente.

## DEFINIÇÃO E MANIFESTAÇÃO CLÍNICA

Jaspers definiu a ST como uma síndrome neurológica, caracterizada por distúrbios psicológicos e do aparelho motor decorrentes de uma anormalidade das funções motoras (Hounie & Petribú, 1999). Essa condição se manifesta por meio dos tiques – ações curtas irregulares, estereotipadas e que se repetem sob a forma de caretas, movimentos motores

e sonorizações (Hawksley, Cavanna, & Nagai, 2015). São, na verdade, ações involuntárias, atetóticas, coreicas e compulsivas de músculos agonistas e antagonistas em uma ou mais partes do corpo (Hounie & Petribú, 1999). Na prática, o paciente realiza uma série de ações – como movimentos estranhos com o corpo, piscar, rodopiar, girar, sacudir braços e pernas, esticar-se –, e vocalizações – como grunhidos, latidos, palavras obscenas (coprolalia), repetições de palavras que os outros falaram (ecolalia) e repetição de palavras ou sílabas faladas por ele próprio (palilalia). O paciente tem pouco controle voluntário acerca dos tiques, e estes causam angústia e ansiedade intensa, principalmente se o ato comportamental não for realizado.

O relato mais comum das pessoas com esse quadro é que não conseguem controlar os maneirismos. Uma sensação premonitória toma conta do indivíduo com ST, sendo seguida de alívio quando o tique é realizado (Rajagopal et al., 2013). Metaforicamente, as pessoas com ST afirmam que os tiques funcionam como uma coceira que vai aumentando até se tornar um desconforto insuportável, e um ato semivoluntário ou involuntário é realizado apesar de haver consciência de tal ação.

A *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10; OMS, 1993) aloca a ST no grupo de transtornos com perturbações emocionais e do comportamento iniciados na infância e adolescência. Segundo a CID-10 (OMS, 1993), a ST é um transtorno caracterizado por tiques motores múltiplos e um ou mais tiques vocais, que não são necessariamente simultâneos. O transtorno tipicamente se agrava durante a adolescência e persiste na idade adulta. Os tiques vocais costumam ser múltiplos, com vocalizações, grunhidos repetidos, limpeza da garganta e explosões, e, por vezes, emissão de palavras ou frases obscenas, associadas, em certos casos, a uma ecopraxia gestual que pode ser igualmente obscena (copropraxia).

Já o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5; APA, 2014) também a classifica no grande grupo de transtornos do neurodesenvolvimento, sendo agrupada nos transtornos de tique. Os principais critérios diagnósticos da ST são:

- A. Múltiplos tiques motores e um ou mais tiques vocais estiveram presentes em algum momento durante o quadro, embora não necessariamente ao mesmo tempo.
- B. Os tiques podem aumentar e diminuir em frequência, mas persistiram por mais de um ano desde o início do primeiro tique.
- C. O início ocorre antes dos 18 anos de idade.

A avaliação dos profissionais que trabalham com essa demanda, de modo geral, é que o prognóstico não é bom. Geralmente há apenas remissão parcial dos sintomas, sendo que os maneirismos e as vocalizações permanecem em algum grau durante toda a vida (Eapen & Crncec, 2014).

## ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS DA SÍNDROME DE TOURETTE

Os mecanismos neurais da ST são complexos e ainda não totalmente conhecidos, mas algumas pesquisas mencionam que ela se manifesta por disfunções no circuito córtico-estriado-tálamo-cortical e pela hiperexcitabilidade em áreas motoras corticais (Draper et al., 2014). Diversas deficiências estão sendo encontradas em vários domínios, como atenção, memória, funções executivas, linguagem, funções motoras e visomotoras, entre outras (Morand-Beaulieu et al., 2017; Takács et al., 2017).

Há, prioritariamente, uma anormalidade na matéria branca das vias de conexão entre o córtex cerebral (incluindo o córtex motor primário, o córtex somatossensorial primário e a área motora suplementar), o tálamo e os gânglios da base (Bastos & Vaz, 2009; Chelse & Blackburn, 2015). Esses dados foram obtidos em um estudo com um grupo de 49 adultos com ST. A conectividade reforçada no córtex motor foi positivamente associada ao aumento da gravidade dos tiques e estereotípias, independentemente da medicação, da idade ou do sexo. O mesmo estudo também mostrou alterações na microestrutura dos tratos de matéria branca em adultos e adolescentes com ST, especificamente, há uma conexão reduzida da matéria branca no corpo caloso.

Também tem sido demonstrando que o neurotransmissor GABA tem importante papel na manifestação e no controle clínico da ST (Draper et al., 2014). As concentrações de GABA na área motora suplementar são paradoxalmente elevadas em indivíduos com tiques. Em contraste, as concentrações de GABA em situação de controle não diferem das de um grupo-controle pareado. É importante também salientar que as concentrações de GABA na área motora suplementar são inversamente correlacionadas à excitabilidade cortical no córtex motor primário. Em função disso, Draper e colaboradores (2014) propõem que o GABA contribui para uma forma de controle, com base na inibição tônica localizada na área motora suplementar, que pode levar à supressão de tiques. Esses dados são importantes, uma vez que podem sugerir o desenvolvimento de estratégias farmacológicas para o tratamento da ST.

## A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA SÍNDROME DE TOURETTE

A TCC é uma abordagem psicoterápica que emprega estratégias clínicas que possibilitam a mudança de padrões de pensamentos, de emoções e de comportamentos do paciente (Knapp, 2007; Wright, 2008). Ela parte da premissa básica de que os comportamentos disfuncionais são decorrentes dos padrões de crenças que se desenvolvem no decorrer da vida, e que tais crenças ou pensamentos podem ser acessados e modificados, o que acarreta mudança dos padrões emocionais e comportamentais.

A TCC vem se destacando no tratamento de quadros psicopatológicos como transtornos do humor e de ansiedade, mas os tratamentos de outras demandas clínicas ainda estão sendo construídos, como no caso de transtornos do controle de impulsos, transtornos da personalidade e transtornos somatoformes (Bahls & Navolar, 2004; Caballo, 1996). Há um número cada vez maior de pesquisas mostrando a validação de estratégias clínicas da TCC para esses transtornos, e novos estudos vêm sendo aplicados continuamente. Essa tendência à cientificidade da TCC leva a acreditar que suas estratégias podem ser aplicadas e estudadas em outras demandas clínicas, inclusive na ST.

No tratamento do TOC, por exemplo – transtorno correlacionado com a ST –, alguns pesquisadores ingleses se propuseram a desafiar os modelos de tratamento que predominavam nos anos 1970, questionando a ideia de que, se o paciente não realizasse os rituais (tiques), desenvolveria um quadro psicótico (Cordioli, 2008). Para isso, observaram em alguns voluntários o que ocorreria se fossem impedidos de realizar os rituais ou se fossem expostos a eles. Alguns estudos concluíram que, após a realização do ritual, o paciente amenizava sua ansiedade e, também, que se fosse solicitado a não realizá-lo, o impulso desapareceria entre 15 e 180 minutos. Por fim, concluíram que a ansiedade seria amenizada a cada repetição executada. Esses dados foram testados e sua validade foi comprovada.

### **ESTRATÉGIAS E TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA A SÍNDROME DE TOURETTE**

Quando se fala em tratamento para a ST, duas técnicas se destacam: a exposição com prevenção de resposta (EPR) e o treinamento de reversão de hábitos (TRH).

Victor Meyer, em 1966, foi o primeiro pesquisador que utilizou estratégias comportamentais no tratamento de síndromes obsessivo-compulsivas (Havnen et al., 2013) – empregadas, posteriormente, em transtornos do controle de impulsos. O pesquisador aplicou a EPR a dois pacientes, sendo estes os primeiros casos clínicos tratados de forma bem-sucedida pelas técnicas comportamentais. Em pesquisas posteriores, os sintomas obsessivo-compulsivos (OCs) apresentaram remissão em aproximadamente 75% dos pacientes. Diante das evidências de eficácia dessa técnica, no fim dos anos 1970, mais de 200 pacientes já haviam se favorecido da terapêutica (Barlow, 2009; Cordioli et al., 2014).

A EPR envolve técnicas comportamentais que têm sido de grande ajuda no tratamento de transtornos do controle de impulsos e do TOC. De acordo com Cordioli et al., (2014) e Fernandes, Kruehl e Finkler (2015), a exposição, no contexto do TOC, refere-se ao contato direto ou imaginário com objetos, lugares, pessoas, situações, pensamentos, imagens mentais, imagens acústicas ou palavras indesejadas, ao mesmo tempo em que as respostas compulsivas são suprimidas. A técnica tem sua eficiência no fato de que a supressão da resposta

compulsiva faz com que não haja reforço da obsessão. Esse procedimento altera o condicionamento operante psicopatológico, e, com o tempo e a repetição, acompanhados de aplicação da técnica, consolida-se o condicionamento de um novo comportamento operante.

A EPR deve ser gradual: inicia-se pelo grupo de estímulos que eliciam obsessões e compulsões menos ansiogênicos, passando posteriormente aos grupos de estímulos que eliciam respostas obsessivo-compulsivas mais complexas e mais ansiogênicas. Essa sequência pode ser quebrada no caso de haver sintomas OCs que estejam comprometendo alguma função vegetativa. Um exemplo disso é quando um paciente apresenta sintomas OCs rígidos de verificação de comida, resultando na evitação da ingestão, o que costuma levá-lo a uma severa perda de peso. Em casos como esse, a hierarquia deve ser quebrada, sendo mandatório o início da EPR pelos sintomas que estejam provocando maior prejuízo ou risco à vida do indivíduo.

Apesar de ter sido uma técnica desenvolvida para tratamento de TOC, muitos profissionais a estão utilizando também para o tratamento da ST. Isso se justifica pelo fato de que a premissa de funcionamento dos dois transtornos é a mesma: ambos partem de comportamentos impulsivos, incontroláveis, espontâneos e que causam prejuízos de diversas ordens e possivelmente apresentam mecanismos neurobiológicos em comum.

Outra proposta terapêutica bastante utilizada para o tratamento da ST e que apresenta evidência sistemática é o TRH (Fründt, Woods, & Ganos, 2017). Opdyke e Rothbaum (2003) afirmam, inclusive, que essa técnica é uma estratégia clínica que vai além do tratamento da ST, tentando ajudar grupos gerais de transtornos do hábito, incluindo os atos de arrancar cabelo, chupar o dedo polegar, roer unhas, etc. (Goulart-Junior & Britto, 2010). A ideia é que o paciente focalize cada ocorrência do comportamento-problema e o interrompa por meio de outro comportamento incompatível. A TRH aumenta a consciência do comportamento disfuncional, mostra alternativas comportamentais funcionais, mantém a motivação e aumenta as generalizações (Toledo et al., 2010). No pioneiro estudo do TRH, o tratamento apresentou 90% de eficácia para reduzir problemas de comportamentos de 12 pacientes com transtornos do hábito.

Segundo Goulart-Junior e Britto (2010), esse método envolve três passos: primeiro, o paciente aprende a descrever e a identificar o comportamento-problema; segundo, ele treina, diariamente, a emissão de um novo comportamento que seja incompatível ou que concorra com o comportamento-problema e emite esse novo comportamento em seguida da emissão do comportamento-problema; terceiro, o paciente revê os comportamentos constrangedores causados pelo transtorno, registra-os e faz gráficos do comportamento, o que é uma maneira de se manter engajado e reforçar o novo padrão comportamental. Solicita-se a um membro da família

que forneça o reforçamento, gerando adesão ao tratamento. Resumindo, o TRH possibilita o monitoramento das sensações premonitórias e dos tiques, a fim de que o paciente responda a eles com uma reação voluntária fisicamente incompatível.

## DESCRIÇÃO DE CASO CLÍNICO

Uma anamnese foi realizada nas primeiras sessões a fim de identificar as queixas do paciente e sua história de vida, bem como de, posteriormente, poder acompanhar a evolução dos sintomas associados a seu diagnóstico.

## APRESENTAÇÃO DO CASO E META TERAPÊUTICA

Paciente do sexo feminino, 32 anos, casada, mora com o marido e a mãe, apresentava, desde os 16 anos, sintomas de ST que pareceram surgir sem motivo prévio. Por vergonha, sempre se negou a fazer tratamento. A maioria dos tiques parecia surgir quase por imitação, vendo ações “estranhas” de amigos.

A meta da terapia, definida no final do primeiro encontro, foi colaborar com o desenvolvimento de estratégias para o controle dos tiques nervosos e ajudar na melhoria da qualidade de vida da paciente.

## HISTÓRICO DO CASO CLÍNICO E IDENTIFICAÇÃO DE PADRÕES DE PENSAMENTOS, EMOÇÕES E COMPORTAMENTOS

Na avaliação inicial, foi criada a hipótese diagnóstica de ST usando os critérios diagnósticos do DSM-5 devido à ausência de inventários específicos para a identificação da ST. Posteriormente, essa hipótese diagnóstica foi corroborada pelo médico neurologista da paciente, que passou, então, a fazer uso das medicações topiramato e cloridrato de buspirona.

No primeiro momento, a paciente mencionou a presença de “tiques nervosos” que surgiram no decorrer de sua adolescência e foram aumentando gradativamente durante seu desenvolvimento ontogenético. Esses tiques se caracterizavam por maneirismos e vocalizações involuntários que ocorriam em alta frequência e pareciam atrapalhar sua vida nos âmbitos profissional, familiar e social. Durante muito tempo ela evitava expor-se em situações sociais, principalmente por medo de ser ridicularizada. Alguns gatilhos ativavam os tiques: a paciente parecia ter maior frequência de tiques em ambientes externos do que em sua casa. Na anamnese, identificou-se que isso ocorria devido aos estressores associados a atividades externas a sua residência, como o julgamento social. Ela, inclusive, evitava realizar atividades fora de casa, o que gerava prejuízo social, acadêmico e laboral, já que não trabalhava, não estudava e se esquivava de contatos interpessoais.

Durante os atendimentos, o diálogo muitas vezes era interrompido por ritualizações e vocalizações. Vez por outra, a paciente emitia sons que se assemelhavam a um miado e apresentava comportamentos irregulares, movimentando a boca e os braços e se levantando de forma repentina. Tipicamente, a paciente parecia não se concentrar na conversa,

já que a não realização dos tiques causava muita angústia. Tudo isso ajudou na formulação de caso clínico da paciente.

O *rapport* foi estabelecido com muita facilidade. A paciente era de fácil trato, apresentava bom humor e tinha condutas colaborativas – condizente com o bom andamento para o sucesso terapêutico em uma TCC.

Nas duas sessões seguintes, foram identificados alguns padrões da paciente. No decorrer de seu dia, ela ficava bastante ociosa e tinha hábitos que reforçavam os tiques. O próprio tique costumava ser autorreforçador já que causava alívio imediato dos sintomas premonitórios. Como a paciente ocupava pouco tempo de seu dia com atividades produtivas, concentrava-se em realizar seus comportamentos disfuncionais. Durante a noite, os tiques se acentuavam de modo que não conseguia dormir. Considerando que a não realização de atividades diárias poderia intensificar os sintomas do transtorno, solicitamos que ela tentasse se ocupar a fim de que, assim, focalizasse ainda menos nos comportamentos disfuncionais. Entre os exercícios terapêuticos indicados para casa, estavam atividades físicas, interações sociais, monitoramento dos tiques, aumento do tempo de controle dos tiques e busca de uma atividade acadêmica e/ou laboral (mesmo que não remunerada).

Outro problema identificado foi sua irritação diante dos olhares das pessoas. A paciente mencionava que era comum ser observada por terceiros quando realizava os rituais em público, mas, depois de algum tempo, se habituou com tal situação. Houve todo um processo de adaptação à vida social. Em restaurantes, geralmente se sentava em locais onde não pudesse ser vista por outros, pois, quando percebia que alguém a observava, os rituais pareciam aumentar de frequência, causando constrangimento e situações sociais embaraçosas. A paciente, portanto, nunca se sentava no meio do salão, evitando, assim, ser observada.

Os tiques pareciam incomodar bastante seus familiares, que mencionavam que a paciente apresentava muitos comportamentos “estranhos”: pulava da cadeira, movimentava os braços, levantava abruptamente as pernas, fazia vocalizações inesperadas e fora de contexto, entre outros. Sua mãe afirmou, em sessão com os familiares: “Esse comportamento cansa. Às vezes ela não nos deixa dormir com esses tiques.” As sessões com os familiares foram fundamentais para ajudá-los a não julgar a paciente e a não cobrar em demasia a interrupção de seu comportamento.

## FORMULAÇÃO DE CASO CLÍNICO E PLANO DE TRATAMENTO

Ainda nas primeiras sessões foi realizada a formulação de caso clínico e, assim, foram identificados desencadeadores (sensações premonitórias, focalização sensorial e pensamentos disfuncionais), crenças e pensamentos (“Eu não consigo suportar esse desconforto”), emoções (angústia), padrões comportamentais (estereotipia motora e vocalizações) e consequências que mantinham o problema (o alívio ao realizar

o ato). Também foi solicitado que ela fizesse um registro de pensamentos disfuncionais para melhor identificação de seus padrões de pensamentos.

No plano de tratamento, concordou-se que seria realizada a psicoeducação da ST e que seriam estabelecidas estratégias de combate – as definidas como mais eficazes no combate à ST foram: desfocalização da atenção, EPR, TRH e questionamento socrático.

## INTERVENÇÕES

Estratégias cognitivas e comportamentais foram utilizadas para tratamento do caso clínico. Inicialmente, explicou-se o modelo cognitivo da ST, caracterizado por hipervigilância a algumas regiões do corpo ou a ações que causam incômodo e angústia, com esse sentimento parecendo diminuir apenas quando da realização da ritualização de alguns padrões comportamentais. A ST funciona de maneira semelhante ao TOC, no qual o paciente tem um pensamento intrusivo, fica ansioso em decorrência desse pensamento e, em seguida, precisa realizar as ações compulsivas para se sentir aliviado. Comumente, nesse caso, havia a crença intermediária de que “se não realizasse o ritual, sentiria um desconforto incontrolável”.

A maior dificuldade que a paciente parecia apresentar era justamente suportar esse desconforto caso não realizasse o ritual. No decorrer do processo, foram passadas algumas atividades de desfocalização da atenção para que ela percebesse que, ao se distrair, a sensação de desconforto pela não realização do hábito desaparecia. À medida que a paciente procurava se distrair, o controle aumentava e o desconforto diminuía. Foi solicitada a realização da técnica EPR, na qual a paciente tentaria não realizar o ritual e antecipar as consequências desse comportamento, associada com a desfocalização dos estímulos desencadeadores dos tiques.

O questionamento socrático foi de grande relevância para a evolução clínica da paciente. Essa técnica ajudou na diminuição dos tiques, já que permitiu a mudança dos pensamentos e crenças de “Eu não tenho controle” para “Eu posso me controlar” e da suposição “Se eu não realizar o tique, vou sentir um desconforto incontrolável” para “Se eu aguentar o desconforto, logo ele passará”. Isso auxiliou a paciente a persistir nas técnicas e ajudou a combater o desconforto pela não realização dos tiques. Ou seja, o questionamento socrático foi empregado para reduzir as distorções cognitivas e as reações emocionais aos sintomas da ST. Os padrões de hipervigilância (a paciente mencionava que ficava focalizando em algumas regiões do corpo e que, se não realizasse o ritual, ficaria muito angustiada) também foram diminuindo.

Outra técnica utilizada foi o TRH. Após a descrição e a compreensão da paciente em relação ao funcionamento de seu problema, foi solicitado que ela realizasse outro comportamento concorrente ao comportamento-problema, para que, assim, o tique diminuísse de intensidade e frequência. A paciente treinava diariamente, em frente ao espelho, o

comportamento concorrente – comportamentos que tiram o foco de atenção da sensação premonitória e dos tiques – e emitia tal comportamento logo após uma emissão do comportamento-problema. O comportamento concorrente escolhido foi fazer alguma atividade física. As inconveniências causadas pela ST foram registradas em gráficos, e o novo comportamento foi reforçado. Por fim, foi solicitado aos familiares que ficassem atentos à evolução clínica a fim de fornecer o reforçamento necessário, elogiando a conduta adequada da paciente.

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

À medida que as técnicas foram sendo utilizadas, a paciente parecia ter evolução dos seus sintomas clínicos, já que os tiques iam ficando menos intensos e mais espaçados. Isso pôde ser identificado pela contagem dos tiques em um formulário de automonitoramento. A frequência, que antes era de um tique a cada dois minutos, em média, passou para cinco ocorrências por dia em um prazo de três meses. A paciente parecia ser bastante sistemática no uso das técnicas de controle dos comportamentos, e isso ajudou em sua evolução. Ela relatava que, no momento que os tiques se intensificavam, usava a desfocalização dos estímulos internos – causadores do desconforto – e se concentrava mais em estímulos externos. Isso parecia fazer com que o desconforto associado a não realização dos tiques diminuísse.

No fim do processo terapêutico, a paciente apresentava remissão total dos sintomas. O formulário de automonitoramento não tinha registro de comportamentos-problema. A paciente não manifestava mais tiques e vocalizações, o que ajudou a diminuir os prejuízos causados pela presença da ST em sua vida por 20 anos.

O processo ocorreu em um prazo de aproximadamente oito meses, totalizando 36 sessões. Após esse período, a paciente apresentou remissão total dos sintomas. Essa melhora foi relatada por ela, por seus familiares e observada no consultório. Para melhor eficácia do processo, foi realizado acompanhamento terapêutico mensal por mais três meses como forma de realizar a prevenção de recaídas e ajudar na manutenção do processo evolutivo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente artigo, objetivamos discutir as condutas clínicas baseadas na TCC que foram eficazes no tratamento da ST em um caso clínico. A importância atribuída a essa temática se dá pelo aumento de casos identificados como sendo ST e pelos prejuízos diversos que as pessoas com esse diagnóstico apresentam. Uma quantidade cada vez maior da população mundial tem se imbuído acerca da sintomatologia e das causas da ST, e isso é importante, já que ajuda a lidar com pessoas que tenham essas demandas clínicas.

O estudo de caso mencionado mostrou como estratégias cognitivo-comportamentais podem ajudar na redução dos

sintomas desses pacientes. Em um período de oito meses, a paciente do caso clínico apresentado diminuiu em frequência e intensidade a quantidade de tiques, maneirismos e vocalizações que produzia, a ponto de chegar à remissão total dos sintomas. Foram utilizados como estratégia clínica a desfocalização das sensações que levavam aos tiques, a técnica conhecida como EPR, o TRH e o questionamento socrático. As estratégias empregadas ajudaram a melhorar a qualidade de vida da paciente e diminuíram os prejuízos que a realização dos tiques acarretava. É importante afirmar que a melhora clínica não seria possível sem o empenho e a determinação da própria paciente, que mostrou muita vontade de mudar e se comprometeu com todo o processo terapêutico.

Outro fator relevante na melhora clínica foi o bom vínculo desenvolvido entre paciente e terapeuta. A execução regular das atividades e dos exercícios terapêuticos pela paciente se deve à confiança no profissional que a acompanhava. Várias vivências foram realizadas no intuito de mostrar a eficácia da técnica, e a paciente parecia estar bastante atenta às explicações mencionadas. Sendo assim, defende-se aqui que os resultados obtidos foram decorrentes do bom vínculo desenvolvido entre paciente e terapeuta, do uso das estratégias adequadas para o caso clínico e do empenho da paciente em seu processo de mudança.

Acerca dos limites deste artigo, inicialmente gostaríamos de mencionar que o trabalho realizado se deu em ambiente clínico e não foi resultado de uma investigação científica. As observações realizadas e os resultados obtidos ainda precisam de validação em contextos mais controlados para que essas informações possam ser generalizadas e para que se possa desenvolver protocolos de atendimento para a ST.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatry Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais: DSM-5*. (5. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bahls, S. & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos. *Revista eletrônica de Psicologia*, 4, 1-11.
- Barlow, D. H. (2009). *Manual clínico de transtornos psicológicos*. (4. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Bastos, A. & Vaz, C. (2009). Estudo correlacional entre neuroimagem e a técnica de Rorschach em crianças com síndrome de Tourette. *Avaliação Psicológica*, 8(2), 229-244.
- Caballo, V. E. (1996). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos.
- Chelse, M. D. & Blackburn J. S. (2015). Structural Connectivity in Gilles de la Tourette Syndrome. *Pediatric Neurology Briefs*, 29(4), 472-482. doi: <http://dx.doi.org/10.15844/pedneurbriefs-29-4-1>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.
- Comings, D. E., & Comings, B. G. (1990). An epidemiologic study of Tourette's syndrome in a single school district. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(11), 563-569.
- Cordioli, A. V. (2008). *TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. (2. ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., Sousa, M. B., Tonello J., ... Kapczinski, F. (2014). Cognitive behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 211-216. doi: <https://doi.org/10.1159/000070785>
- Draper, A., Stephenson, M. C., Jackson G. M., Pépés S., Morgan, P. S., Morris, P. G. & Jackson, S. R. (2014). Increased GABA contributes to enhanced control over motor excitability in tourette syndrome. *Current Biology*, 24(19), 2343-2347. doi: 10.1016/j.cub.2014.08.038
- Eapen, V. & Cmceec, R. (2014). DSM 5 and child psychiatric disorders: What is new? What has changed? *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 114-118. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.04.008>
- Fernandes, J. B., Kruehl L. R. P. & Finkler, D. C. (2015). Repercussão da acomodação familiar no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 50-56. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20150007>.
- Freeman, R. (2007). Tic disorders and ADHD: Answers from a world-wide clinical dataset on Tourette Syndrome. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 15-23. doi: 10.1007/s00787-007-1003-7
- Fründt, O., Woods, D. & Ganos, C. (2017). Behavioral therapy for Tourette syndrome and chronic tic disorders. *Neurology. Clinical Practice*, 7(2), 148-156. doi: 10.1212/CPJ.0000000000000348
- Goetz, C. (2007). Treating tourette syndrome and tic disorders: A guide for practioners. *New England Journal of Medicine*. New York: Guilford.
- Goulart-Junior, R. M. & Britto, I. A. G. S. (2010). Intervenção analítico-comportamental em tricotilomania. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 12(1/2), 224-237.
- Gunduz, A. & Okun, M. S. (2016). A review and update on Tourette syndrome: where is the field headed? *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 16(4), 37. doi: 10.1007/s11910-016-0633-x.
- Hanna G. L. (1995). Tic disorders. In: H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *The genetics of Tourette's syndrome: Comprehensive textbook of psychiatry*. (6th ed., Vol. VI) Maryland: Williams and Wilkins.
- Hassan N. & Cavanna A.E. (2012). The prognosis of Tourette syndrome: Implications for clinical practice. *Functional Neurology*, 27(1), 23-27.
- Havnen A., Hansen, B, Haug, E. T., Prescott P. & Kvale, G. (2013). Intensive group treatment of obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Clinical Neuropsychiatry*, 10(3, Suppl 1), 48-55.
- Hawksley, J., Cavanna, A. E., & Nagai, Y. (2015). The role of the autonomic nervous system in Tourette Syndrome. *Frontiers in Neuroscience*, 9, 117. doi: 10.3389/fnins.2015.00117
- Hounie, A. & Petribú, K. (1999). síndrome de Tourette – Revisão bibliográfica e relato de casos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 50-63.
- Knapp, P. (2004). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knight T, Steeves T, Day L, Lowerison M, Jette N & Pringshem T. (2012). Prevalence of Tic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77-90. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002.
- Leivonen, S., Voutilainen, A., Hinkka-Yli-Salomäki, S., Timonen-Soivio, L., Chudal, R., Gissler, M., ... & Sourander, A. (2014). A nationwide register study of the characteristics, incidence and validity of

- diagnosed Tourette syndrome and other tic disorders. *Acta Paediatrica*, 103(9), 984–990. doi: 10.1111/apa.12708
- Loureiro N. I. V., Matheus-Guimarães C., Santos D. O., Fabri R. G. F., Rodrigues C. R., & Castro H.C. (2005) Tourette: por dentro da síndrome. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(4), 218-230.
- Mataix-Cols, D., Isomura, K., Pérez-Vigil, A., Chang, Z., Rück, C., Larsson, K.J., ... & Lichtenstein, P. (2015). Familial risks of Tourette syndrome and chronic tic disorders a population-based cohort study. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 787-793. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.0627
- Mattos, J. P & Rosso, A. L. Z. (1995). Tiques e síndrome de Gilles de La Tourette. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 53(1), 141-146.
- McGrath, L. M., Yu, D., Marshall, C., Davis, L.K., Thiruvahindrapuram, B., Li, B., ... Scharf, J. M. (2014). Copy number variation in obsessive-compulsive disorder and tourette syndrome: a cross-disorder study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 910-919. doi: 10.1016/j.jaac.2014.04.022
- Morand-Beaulieu, S., Leclerc, J. B., Valois, P., Lavoie, M. E., O'Connor, K. P. & Gauthier, B. (2017). A Review of the Neuropsychological Dimensions of Tourette Syndrome. *Brain Science*, 7 (106), 1-30. doi:10.3390/brainsci7080106
- O'Rourke, J. A., Scharf, J. M., Yu, D. & Pauls, D. L. (2009). The genetics of Tourette syndrome: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 533-545. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.06.006.
- Opdyke, D. & Rothbaum, B. O. (2003). Transtornos do controle de impulsos com ênfase na tricotilomania. In V. E. Caballo (Org.), *Tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos* (pp. 445-469). São Paulo: Santos.
- Rajagopal, S. Seri, S & Cavanna, A. E. (2013). Premonitory Urges and Sensorimotor Processing in Tourette Syndrome. *Behavioural Neurology*. 27 (1), 65-73. <http://dx.doi.org/10.3233/BEN-120308>
- Robertson, M. & Yakely, J. (2002). Gilles de la Tourette Syndrome and obsessive compulsive disorder. In B. Fogel, R. Schiffer & S. Rao, S. (Orgs.), *Neuropsychiatry*. (pp. 947-990). Maryland: Williams and Wilkins.
- Robertson, M. M. (2000). Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, 123(3), 425-462.
- Swain, J., Scahill, L., Lombroso, P., King, R. & Leckaman, J. (2007). Tourette Syndrome and Tic Disorders: A decade of progress. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 947-968.
- Takács, Á., Shilon, Y., Janacsek, K., Kóbor, A., Tremblay, A., Németh, D. & Ullman, M.T. (2017). Procedural learning in Tourette syndrome, ADHD, and comorbid Tourette-ADHD: Evidence from a probabilistic sequence learning task. *Brain and Cognition*, 117, 33-40. doi: 10.1016/j.bandc.2017.06.009
- Toledo, E. L. (2010). *Avaliação do tratamento cognitivo-comportamental estruturado para grupos de pacientes com tricotilomania*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-09062014-095528/pt-br.php>
- Wright, J., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado*. Porto Alegre: Artmed.