

# UM ESTUDO PSICANALÍTICO SOBRE A SÍNDROME DE TOURETTE

*Andre Goettems Bastos\**

## **RESUMO:**

A Síndrome de Tourette (ST) é uma doença neuropsiquiátrica que possui descrições desde a idade média. A psicanálise já teve a oportunidade de investigar a origem dos sintomas da ST. Este trabalho tem como objetivo levantar hipóteses interpretativas de certos fenômenos psíquicos relacionados a essa patologia. Para esse fim, buscou-se particularmente utilizar como pano de fundo algumas passagens de *A Interpretação dos Sonhos*, de Freud (1900), pois se compreende que assim pode-se ampliar a compreensão da dinâmica psíquica desses pacientes e do impacto que a síndrome causa em suas vidas. Através da contextualização histórica da Síndrome de Tourette, sua descrição, e o estudo de caso clínico, oferece-se uma parcela de contribuição para o entendimento psicanalítico desta patologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tourette. Psicanálise. Tiques. Patologia.

---

\* **Andre Goettems Bastos.** Psicólogo, Especialista em Psicoterapia Psicanalítica, Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS, Doutorando em Psicologia pela UFRGS, Professor Titular na Disciplina de Psicopatologia da Infância e Adolescência do Curso de Especialização em Psicoterapia Psicanalítica da Infância e Adolescência do Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade de Porto Alegre

## Introdução

A Síndrome de Tourette (ST) é uma doença neuropsiquiátrica que possui descrições desde a idade média. A psicanálise já teve a oportunidade de investigar a origem dos sintomas da ST. Este trabalho tem como objetivo levantar hipóteses interpretativas de certos fenômenos psíquicos relacionados a essa patologia. Para esse fim, buscou-se particularmente utilizar como pano de fundo algumas passagens de “A Interpretação dos Sonhos”, de Freud (1900), pois se compreende que assim pode-se ampliar a compreensão da dinâmica psíquica desses pacientes, devido ao impacto que a síndrome causa em suas vidas. Através da contextualização histórica da Síndrome de Tourette, sua descrição, e o estudo de caso clínico, oferece-se uma parcela de contribuição para o entendimento psicanalítico desta patologia.

## *Síndrome de Tourette*

A Síndrome de Gilles de la Tourette (ST) foi inicialmente descrita pelo francês Jean Marc Gaspard Itard, médico chefe da Instituição Real para surdos-mudos de Paris, em 1825. Itard relatou o comportamento de uma nobre jovem francesa de 26 anos de idade, a Marquesa de Dampière, portadora de tiques corporais persistentes desde os sete anos. A Marquesa emitia sons semelhantes a latidos e proferia obscenidades que a forçaram a viver como uma reclusa durante a maior parte de sua vida (KUSHNER, 2000; BASTOS e VAZ, 2009).

Sessenta anos após Itard publicar sua descrição, o neurologista parisiense George Gilles de la Tourette, escolheu o caso da Marquesa como o primeiro exemplo do que ele chamou de *maladie des tics* (BRUUN & BRUUN, 1994). Com a descrição de mais oito casos de tiques múltiplos, coprolalia e ecolalia, feita por Gilles de la Tourette, o *status* emblemático do caso da Marquesa se firmou pelo fato de que ela, anos após a descrição de Itard, foi diagnosticada pelo neurologista mais proeminente do Século XIX, Jean-Martin Charcot. Foi seguindo instruções de Charcot que Gilles de la Tourette organizou seus casos clínicos para publicação, e foi também Charcot que imediatamente renomeou a “doença dos tiques” para a “Doença de Gilles de la Tourette” (HANNA, 1995; TEIVE, CHIEN, MUNHOZ, e BARBOSA, 2008). O próprio Freud, quando foi aluno de Charcot, relatou que “as diversas

formas de tiques (...) estavam recebendo atenção especial durante a época” (FREUD, 1886, p. 40).

O diagnóstico e tratamento da ST são complicados, por causa da natureza dos sintomas e sua tendência caótica de crescer ou diminuir, sem obedecer a um curso lógico, acompanhando o indivíduo por toda vida. Ao final do século XIX e início do século XX, foram elaboradas hipóteses psicanalíticas para explicar a ST (BASTOS E VAZ, 2009; GERMINIANI E COLS., 2012).

### *Aspectos Psicodinâmicos*

Não é segredo que Freud logo descobriu que seus trabalhos com neuroanatomia não o haviam preparado, de forma alguma, para lidar com os problemas relatados por seus pacientes. Na Universidade de Viena, onde ele formou-se médico em 1881, e logo depois, como residente no Hospital Geral de Viena, Freud realizou uma série de pesquisas com vários problemas neurológicos. Estes estudos iam desde tópicos exóticos, como dissecações do sistema nervoso de um peixe primitivo chamado *Ammocoetes Petromyzon* até preocupações maiores acerca de paralisias cerebrais em crianças e a neurofisiologia da *afasia* e da *agnosia* (JONES, 1981). Desta forma, com este histórico, não é de se estranhar que Freud tenha sempre se interessado por pacientes com *sintomas nervosos*. Estes pacientes exibiam sintomas que lembravam muito os efeitos orgânicos de um dano nos nervos, tais como paralisias, analgesias, tremores, problemas de memória e, é claro, múltiplos tipos de tiques.

Freud falou muito pouco especificamente sobre os tiques. Seu exame mais extensivo sobre tiques, o caso de Frau Emmy Von N, “Estudos sobre a Histeria” (1893-1895), foi publicado *antes* de Freud desenvolver a teoria fundamentada em “A Interpretação dos Sonhos”, de 1900. Freud atendeu a Sra. Von N entre 1888 e 1889, e na época acreditava que seus tiques eram sintomas de histeria traumática, e foi neste contexto que ele a tratou.

No caso da Sra. Emma Von N., por exemplo, Freud descreveu um quadro em que tiques motores simples se misturavam com os vocais, descritos como:

um curioso estalido com a boca, um som impossível de imitar (...) ficava de tempos em tempos sujeita a interrupções espásticas, a ponto de gaguejar (...) o que a paciente dizia era perfeitamente consciente e revelava um grau inusitado de instrução e inteligência. Isso fazia com que parecesse ainda mais estranho que, a cada dois ou três minutos, ela de súbito se calasse (...) e exclamasse numa voz alterada, carregada de angústia – não me toque! Não diga nada! Fique quieto! –

essas interrupções chegavam ao fim tão de súbito como começavam e (...) provavelmente, sem que ela própria as notasse (FREUD, 1893, p.180).

Freud, através da hipnose, pôde relacionar o conteúdo dos tiques a traumas psíquicos, e interpretou as frases estranhas da Sra. Von N como uma forma de se proteger contra conteúdos perigosos que espreitavam sua consciência. Anteriormente, Charcot e Guinon já haviam relatado casos de tiques, coprolalia, ecolalia e idéias obsessivas, enquanto Freud relatava nunca ter visto um caso de coprolalia (1892). Na época a ST era composta pela tríade clássica de coprolalia, tiques motores e ecolalia, e Freud não aventou tal diagnóstico para a Sra. von N (KUSHNER, 2000).

No entanto, Freud estava a par do artigo de 1885 de Gilles de la Tourette. Em “Um Caso de Cura pelo Hipnotismo” (1892), Freud explicou as diferenças entre um diagnóstico de histeria e um de tiques convulsivos, mas salientou que na prática a distinção é geralmente arbitrária:

*Tic convulsif* é uma neurose que tem tanta semelhança sintomática com a histeria que toda sua aparência pode ser uma manifestação parcial da própria histeria. Tanto é assim que Charcot, se compreendi bem seus ensinamentos sobre o assunto, após manter separados a histeria e o *tic convulsif* por algum tempo, conseguiu constatar apenas um aspecto diferencial entre os dois – que tiques histéricos mais cedo ou mais tarde desaparecem, enquanto o *tic* genuíno persiste (FREUD, 1892, p. 127).

Freud, na verdade, parecia rejeitar a formulação diagnóstica de Gilles de la Tourette como um transtorno diferente da histeria. Além disso, Freud estava convencido de que seus métodos de tratamento hipnocatárticos haviam feito a Sra. Von N melhorar de seus sintomas, e por isso acabou por optar por um diagnóstico de histeria, ao invés de *tic convulsif*.

Após 1893, ele nunca reexaminou os possíveis mecanismos que poderiam estar por trás dos tiques e dos demais sintomas da ST. Em 1921, escrevendo sobre um estudo de caso famoso na época (MEIGE E FEINDEL, 1902, citados por KUSHNER, 2000), Sandor Ferenczi delineou uma análise dos tiques a partir de um enfoque psicanalítico. Seu artigo “Observação Psicanalítica dos Tiques” (1921) se tornou rapidamente o pronunciamento psicanalítico “oficial” sobre tiques.

Ferenczi criou um discurso sobre os tiques que estivesse em congruência com as categorizações psicanalíticas desenvolvidas por Freud – “discuti os significados e importância dos tiques com professor Freud, ele mencionou que aparentemente havia um fator orgânico envolvido na questão” (FERENCZI, 1921, p.2-3). Ferenczi explicou que Freud deveria ser entendido como sugerindo que órgãos específicos servem como representações psíquicas de

um conflito, ao invés de uma região fisiológica para a produção dos tiques. Tiques seriam, assim, conflitos psicogênicos que se manifestariam fisiologicamente, como movimentos corporais e vocalizações.

Assim, os tiques poderiam ser mais bem compreendidos como uma forma de narcisismo constitucional, onde o menor dano a uma parte do corpo atinge todo o Ego. Os portadores de tiques seriam indivíduos sensíveis e seus tiques seriam as expressões motoras desta hipersensibilidade a estimulações externas. Estes pacientes teriam reprimido seus desejos de prazer corporal, especialmente aqueles ligados aos genitais. A coprolalia e a incapacidade de segurar um pensamento eram, para Ferenczi, um alívio de energia substituto para aqueles incapazes de suportar um estímulo em seus corpos sem ter que imediatamente descarregar defensivamente. Assim, a coprolalia e os tiques vocais seriam reações motoras através das quais impulsos seriam aliviados. Desta forma, os tiques motores e as vocalizações involuntárias seriam expressões de uma sexualidade infantil reprimida.

Mais tarde, nos anos 40, Margareth Mahler sugeriu que os sintomas descritos por Gilles de la Tourette eram sinais de distúrbios psicosssexuais profundos, estruturados sobre verdadeiros fatores orgânicos. No artigo “Um Estudo Psicossomático do Mal dos Tiques” (Doença de Gilles de la Tourette), de 1943, Mahler e Rangell descreveram a clássica síndrome como normalmente aparecendo na infância, com uma série de movimentos involuntários anormais e incontroláveis, que gradualmente aumentavam de intensidade e frequência.

Mahler acreditava que os tiques geralmente tinham um substrato orgânico, mas que só se manifestavam naquelas crianças que tinham passado por conflitos e traumas psíquicos severos que haviam sido reprimidos. Mahler e Rangell (1943) escreveram que:

Existe um grande substrato de doença orgânica (...) o fato importante, entretanto, é que este fator, por si mesmo, não seria suficiente para formar a síndrome. O que ele faz é deixar o indivíduo sem defesa contra as grandes forças psicodinâmicas e emocionais envolvidas (p. 579).

Mahler (1944) considerava que os tiques vocais, a ecolalia, a ecopraxia e a coprolalia não seriam psicanaliticamente diferentes de tiques gestuais, como piscar de olhos, movimentos com a cabeça e com os ombros. A coprolalia seria meramente o desenvolvimento final lógico de tiques motores e vocais. Representaria uma condensação das vocalizações involuntárias e repetitivas, como também dos sons primitivos feitos por crianças pequenas.

Estes seriam geralmente seguidos, mesmo em crianças normais de quatro ou cinco anos, por assuntos de conteúdo provocativo ou erótico. O discurso provocativo precoce seria, na verdade, um estágio intermediário que terminaria em tiques coproláticos. Os comportamentos ecoláticos seriam soluções comprometedoras, onde haveria uma tendência irresistível de imitar e de repetir compulsivamente de forma instintiva, que se tornaria exagerada quando a capacidade de expressar-se estivesse frustrada.

Mahler, Luke e Daltroff (1945) concluíram que muitas das crianças com ST possuíam um claro papel simbólico em suas estruturas familiares. Esse papel exacerbava ou não os sintomas de tique. A partir destas conclusões, incluindo o alto percentual de pacientes que foram amamentados por tempo excessivo, os autores indicaram que a maioria das crianças que sofriam de ST teriam sido superestimuladas no estágio oral e continuaram a depender totalmente de suas mães até os dez anos de idade. Neste sentido, a ST parece somente se estruturar quando eventos ambientais falham em estabelecer uma demarcação de atividade do que é permitido e do que não é permitido na vida destas crianças. O processo secundário, desta forma, não encontra condições para instaurar-se.

De qualquer forma, Mahler e Luke (1946) salientavam que a psicoterapia deveria possibilitar ao ego da criança uma oportunidade de abrir perspectivas a respeito de seus impulsos. O tratamento deveria proporcionar força ao ego para que ele pudesse lidar com esses impulsos.

Mahler (1988) enfatizou sua crença de que a ST era uma doença progressiva que, caso não fosse tratada, logo acarretaria numa debilitação permanente ou até mesmo numa psicose. Suas hipóteses eram sustentadas pela observação de que os paroxismos dos tiques bombardeavam constantemente o ego, o enfraquecendo cada vez mais.

### ***Ilustração Clínica***

Como salientado no início deste trabalho, pretendemos basear nossas considerações acerca do funcionamento mental e psíquico do caso de ST utilizando de passagens de “A Interpretação dos Sonhos”, pois acreditamos ser esta uma forma ilustrativa de integrar aspectos psicodinâmicos desta síndrome.

Parafrazeando a Freud (1900, p.492):

a meu ver, é lícito darmos livre curso a nossas especulações, desde que preservemos a frieza de nosso juízo e não tomemos os andaimes

pelo edifício. E uma vez que, em nossa primeira abordagem de algo desconhecido, tudo de que precisamos é o auxílio de algumas representações provisórias, darei preferência, inicialmente, às hipóteses de caráter mais tosco e mais concreto.

A comparação que faremos, portanto, pretenderá *apenas ilustrar*, num modelo explicativo, algumas de nossas considerações. Freud (1920) salientou que o estudo dos sonhos era considerado, por ele, o método mais seguro de investigação dos processos mentais profundos. Em nossos pacientes com ST, o sonho não nos serve como instrumento direto, pois eles dificilmente relatam sonhos. Por isso, fazemos uma analogia tiques-sonhos para buscar uma investigação dos processos mentais profundos destes pacientes através de seus principais sintomas, *os tiques*.

Nesse sentido, podemos pensar os tiques, tal como sonhos, como uma *resposta à censura* de um *conteúdo ameaçador* que espreita a *consciência*. Os tiques podem ser considerados, também, *deslocamentos* de *idéias* para *reações corporais involuntárias*. Além disso, a *forma*, *momento* e *intensidade* das manifestações sintomáticas da ST (tiques, ecolalia e coprolalia, principalmente) são estritamente *simbólicas* – já que ocorrem em momentos especiais e de forma simbólica na vida no indivíduo – e, é claro, produtos de *representações plásticas* e *condensações*. Assim sendo, podemos também encontrar nos sintomas da ST, funções psíquicas análogas às dos sonhos.

Essa ponte teórica encontra amparo a partir da concepção de que o sintoma possui sempre um caráter enigmático, mesmo em patologias tão idiossincráticas como a Síndrome de Tourette. Foi essa característica do sintoma que permitiu a Freud a construção do conceito de inconsciente. Tal funcionamento também se faz presente em uma série de fenômenos aparentemente banais e corriqueiros encontrados na vida cotidiana, quais sejam: chistes, esquecimentos, lapsos e atos falhos. Incluir-se-iam aqui, também, os próprios sintomas. Estes fenômenos foram entendidos por Freud como manifestações do inconsciente, formações ou produções deste. Estas formações do inconsciente possuem um significado, são sobredeterminadas, uma vez que estão associadas a conflitos psíquicos e passam pelos referidos mecanismos de condensação e deslocamento. Nas ecolalias e nas coprolalias, é exatamente isso que ocorre: um funcionamento metafórico e metonímico da língua. A repetição é literal e o sentido é rígido, fixo, justamente porque o psiquismo sofre para elaborar o conflito. Repetir, repetir, repetir. Até elaborar, se possível o for.

Isso se desenvolveria seguindo uma lógica inconsciente. Primeiro: como um meio de *descarga* pulsional. Segundo: como um recurso de *realização* (disfarçada) de *desejos*

(reprimidos). Neste sentido, um recurso disfuncional, diferentemente dos sonhos que fazem parte do funcionamento mental. Terceiro: como uma função traumatofílica, ou seja, como uma maneira de *elaborar situações traumáticas*. No caso dos tiques, este processo não ocorre da mesma forma que nos sonhos. Os tiques buscam a elaboração de traumas na medida em que servem como descarga do acúmulo de energia no sistema psíquico. Apenas isso. Esta função, por si só, visaria a traumatofilia. Quarto: tentativas de *integração* do ego – no caso, de forma disfuncional. Quinto: como uma forma de *linguagem e comunicação*; determinadas experiências emocionais antigas que estão representadas patologicamente no ego não conseguem ser *verbalizadas* e são expressas em tiques motores, esperando para serem decodificados e nomeados pelo trabalho analítico. Às vezes, estas experiências vêm à tona em forma de coprolalias, como uma reação escatológica que visa, provavelmente, comunicar algo ao interlocutor. Freud (1910), lembramos, salientou que os sintomas sempre têm um significado psicológico. Após esta breve ressalva, vamos ao caso.

M era um jovem de 16 anos que apresentara muitos tiques motores e vocais desde os seis anos de idade. Entre eles, destacavam-se: “cheirar” e tocar compulsivo (desde objetos a pessoas); contorção do corpo (especialmente o quadril, em movimentos súbitos e não-ritmados); e contração da mandíbula (muitas vezes acompanhadas de uma espécie de mastigação involuntária). Todos estes tiques não eram passíveis de controle consciente.

O sofrimento de M era visível. Ele suplicava nas consultas: “Faz parar! Por favor, faz parar!”, referindo-se às contorções de seu quadril, que o impediam de ficar sentado, e até mesmo de dormir, às vezes. Foi medicado por seu neurologista com Risperidona (um antipsicótico – as medicações antipsicóticas são, aparentemente, *inibidoras* do processo primário e da capacidade de simbolização, condensação e, conseqüentemente, da produção onírica e dos tiques. Aqui também há um fundamento constitucional para nossas hipóteses acerca do paralelismo tiques-sonhos), o que fez com que os tiques motores de grupos musculares maiores diminuíssem bastante. No entanto, o cheirar compulsivo foi refratário à droga, permanecendo por vários meses até desaparecerem, ressurgindo em situações estressantes, não necessariamente desagradáveis.

A relação com as figuras parentais, conforme vimos na obra de Mahler, parecia aqui também ter um papel fundamental na estruturação dos sintomas e da ST como um todo. M parecia ter sofrido uma superestimulação oral, pois uma das “queixas” era que o menino, até os 12 anos idade, ainda tomou mamadeira, pela manhã, e à noite, preparada e servida pela



mãe. Também manifestou enurese noturna constantemente e encoprese diurna eventual até esta idade.

Podemos dizer que os sintomas relatados sempre se ligam a uma regressão pré-genital profunda, que se colocou entre o Complexo de Édipo e o sintoma. Como ensinou Freud (1900), “a regressão desempenha na (...) formação dos sintomas neuróticos um papel (...) importante” (p.501). A regressão *formal* de M fizera com que os métodos primitivos de expressão e representação tomassem o lugar dos métodos habituais, esperados pela normalidade. Da mesma forma, a regressão *temporal* executada fazia com que M retornasse a um funcionamento psíquico mais arcaico. A regressão temporal, formal e *tópica* fizera com que seu aparato psíquico se estabelecesse numa fase onde ele se porta como um aparelho reflexo – e esta é uma das diferenças em relação aos sonhos. Os tiques têm funcionamento muito mais primário; qualquer excitação sensorial geradora de ansiedade-sinal deve ser prontamente descarregada por *qualquer* via motora. Os sonhos, por sua vez, não são uma descarga imediata, nem instrumentos para a mesma.

Cabe ressaltar que a regressão *tópica* é utilizada tal como Freud descreveu em “A Interpretação dos Sonhos”; a regressão *temporal*, na medida em que se trata de um retorno a estruturas psíquicas mais antigas; e regressão *formal*, onde os métodos mais primitivos de expressão e representação tomam o lugar dos métodos habituais. “No fundo, porém, todos esses três tipos de regressão constituem um só e, em geral, ocorrem juntos, pois o que é mais antigo no tempo é mais primitivo na forma e, na *tópica* psíquica, fica mais perto da extremidade perceptiva” (FREUD, 1900, p.501).

A independência dos impulsos motores de cunho emocional em relação ao ego organizado é, portanto, o problema principal de um tique. Parece estar faltando, ou não bastar, a capacidade do ego de controlar a motricidade. Em lugar de servir a uma ação voluntária, coordenada e dirigida, a musculatura volta, em maior ou menor grau, a ser instrumento de descargas imediatas. Aqui, acudimo-nos novamente em Freud (1900, p.516):

o bebê faminto grita ou dá pontapés, inerte. Mas a situação permanece inalterada, pois a excitação proveniente de uma necessidade interna não se deve a uma força que produza um impacto *momentâneo*, mas a uma força que está continuamente em ação. Só pode haver mudança quando, de uma maneira ou de outra (...), chega-se a uma ‘vivência de satisfação’ que põe fim ao estímulo interno.

M gritara e dera pontapés como um bebê faminto, na forma de suas ecolalias e tiques, que descarregavam o estado de tensão interna da mesma forma que este bebê descrito por Freud fizera. Os tiques eram a vivência de satisfação que, num primeiro momento, o

aliviara, mas, num segundo momento, o angustiava novamente na percepção da falta de controle, o que gerava outra vivência de satisfação (outro tique), e mais outra, e mais outra, compulsivamente. A vivência de satisfação deve ser aqui compreendida como uma vivência de satisfação muito primitiva, que busca o alívio da tensão interna. “Logo, o objetivo desta atividade psíquica era produzir uma *identidade perceptiva* (vivência de satisfação) – uma repetição da percepção vinculada à satisfação da necessidade” (FREUD, 1900, p.516).

No caso de M as experiências da vida não estavam possibilitando que esta atividade primitiva de pensamento transformasse-se numa atividade secundária. As vias de acesso à descarga motora estavam padronizadas, viciadas. Não havia força egóica capaz de deter a regressão, bem como os tiques. Existia, podemos dizer, uma falha na organização do ego, onde impulsos e afetos individuais não se integravam em um *self* mais elaborado.

O tocar, o cheirar, parecia ser uma tentativa de testar as coisas e as pessoas para verificar se elas seriam reais ou não. O primeiro sistema e o segundo sistema propostos por Freud (1900) – Inconsciente e Pré-Consciente – estariam confundidos em M. Por isso, os tiques são a primeira escolha como tentativas inconscientes de defesa contra a angústia. Não haveria ou haveria pouca diferenciação, entre os movimentos automáticos e os movimentos voluntários. Não haveria clareza da diferença perceptiva inconsciente entre, por exemplo, caminhar e um tique. A não ser que o tique durasse tempo suficiente para sair da satisfação e entrar na angústia, ficando, então, acessível ao terceiro sistema, o *Consciente*.

Se for verdadeira nossa assertiva de que os sistemas *Ics* e *Pcs* em M estão fundidos e misturados, com pouca diferenciação, podemos levantar a hipótese de *falha no mecanismo de recalçamento*. Cadeias de pensamentos inconscientes teriam livre acesso ao Pré-Consciente. Em outras palavras, os desejos inconscientes de satisfação buscariam constantemente ligarem-se aos restos psíquicos não-catexizados pelo *Pcs*. Isto poderia ter tanto fundo psíquico como somático (FREUD, 1900). Além disso, podemos sugerir que provavelmente há uma falha no próprio *sonhar*, e por isso métodos menos evoluídos de elaboração e defesa são escolhidos pelo sistema psíquico. Assim, passaria a existir no *Pcs* uma rede de associações e pensamentos sem energia provinda do próprio *Pcs*. As catexias desta(s) rede(s) seriam oriundas do desejo *inconsciente* de satisfação; o alívio do estado de tensão. “A partir daí, a cadeia de pensamentos passa por uma série de transformações que já não podemos reconhecer como processos psíquicos normais e que levam a um resultado que nos desnorreia – uma formação psicopatológica” (Freud, 1900, p.539). Então, as representações se tornariam hiperintensas e acabariam por fazer uma descarga *en bloc*

(tiques); passariam a existir representações intermediárias que afetariam a área da linguagem, através da interferência no Pcs, que poderiam ser observadas, conforme Freud (1900, 1905), através dos “lapsos de linguagem” (coprolalia e ecolalia). “A principal característica desses processos é que toda ênfase recai em tornar móvel e passível de descarga a energia catexizante (FREUD, 1900, p.541).

O aparelho psíquico de M parece, agora, ser um aparelho psíquico de funcionamento primitivo, como de um recém-nascido. Todas as atividades, tanto de fundo psicológico como somático, seriam influenciadas pelo esforço de evitar o acúmulo de excitação e de se manter, tanto quanto possível, sem excitação. Como um aparelho reflexo. Os movimentos de grupos musculares pareciam, então, se tornar a saída mais rápida e o caminho mais curto para o alívio, ainda mais se funcionando involuntariamente. Sendo o movimento, como demonstraram Freud, Ferenczi e Mahler, uma das primeiras formas de promover mudanças em estados internos, ele ficaria à mercê da descarga energética. Os tiques musculares seriam, então, uma medida disfuncionada para manter o reprimido em sua já frágil repressão, como se quiséssemos opor uma pressão muscular externa à tensão interna do reprimido. “*sintomas servem o propósito de descarregar impulsos instintuais reprimidos de forma patológica*. Assim, os tiques representam uma espécie de alívio mórbido, uma válvula de escape de fácil acesso para aliviar a tensão psicológica” (MAHLER & LUKE, p. 442-443, 1946, grifo nosso). Para M, o acúmulo de excitação era experienciado como desprazeroso, e colocava o aparato psíquico em vias de repetir constantemente a vivência de satisfação, que seria, então, encarada como prazerosa.

A esse tipo de corrente no interior do aparelho, partindo do desprazer e apontando para o prazer, demos o nome de “desejo”; afirmamos que só o desejo é capaz de pôr o aparelho em movimento e que o curso da excitação dentro dele é automaticamente regulado pelas sensações de prazer e desprazer (Freud, 1900, p.542).

Desta forma, sendo sonhos realizações de desejos num nível psíquico, podemos dizer que *tiques também são realizações de desejos*, mas em um nível motor. O desejo surge de forma inconsciente e primitiva, como um desejo de descarga imediata do acúmulo energético no psiquismo do sujeito. E este desejo primitivo, quase animalesco, parece ser os únicos tipos de desejos que surgem nestes pacientes. A realização de desejos acaba por assumir aqui um caráter de obediência à compulsão de repetir. Utilizando-se de Além do Princípio do prazer, no sentido de formular um exemplo, esta repetição se dá na forma de tiques, tal qual traumatizados de guerra, por exemplo, sofrem de *flashbacks* e recorrentes

sonhos repetitivos numa tentativa inútil de elaborar o excesso de estímulos ao qual foram expostos (FREUD, 1920).

A exploração ambiental feita por M, sua necessidade de cheirar e tocar as coisas e os outros também pareciam ser a busca constante de acumular experiências e registros, para aprender a utilizar e dominar sua motilidade. Havia uma tentativa obstinada de empregar a motilidade para efetuar no mundo exterior alterações que fossem efetivas e diminuíssem sua angústia. O bebê faz isso quando chora em desespero para que suas demandas sejam atendidas. Mais tarde, com auxílio do processo secundário, o bebê encontra outras formas de conseguir o que quer, desenvolvendo o que chamamos de “pensamento”. Em M isto não ocorrera satisfatoriamente, como era de se esperar. Resultava de um esforço para produzir uma hipercatexia em seu aparelho psíquico com a intenção de gerar uma “anticatexia” suficiente para absorver os estímulos e excitações oriundos do mundo externo. Em termos freudianos, tudo isso estaria acontecendo antes (ou em paralelo) à vigência do Princípio do Prazer. Seu funcionamento psíquico era regido pelo processo primário. Pelo *primeiro* sistema –  $\Psi$ , que visa somente *livre descarga* – mas não apenas isso. A falha no processo secundário era a falha do único sistema interno que poderia *inibir* a descarga involuntária. Seu “pensamento” atingia somente um nível concreto, pragmático, não permitindo soluções para suas angústias, medos e desejos.

Não podemos deixar de recordar que o processo primário e o processo secundário são duas maneiras de funcionamento do aparelho psíquico, que dizem respeito à circulação da energia psíquica. Resumidamente, podemos dizer que o *Processo Primário* é caracterizado pelo livre fluir da energia, como acontece topicamente no Inconsciente. Esta hipótese de livre circulação é condição necessária para explicar o deslocamento da energia sobre as representações e, portanto, o diferente valor, em intensidade e significação, adquiridas por uma representação em relação à outra. Este processo de deslocamento culmina com a condensação, que é uma confluência de diferentes representações e que, como seu nome indica, oferece uma superdeterminação de representações (FREUD, 1911). O *Processo Secundário*, por sua vez, é a outra maneira de operação da energia dentro do aparelho psíquico. Aqui, topicamente, nos encontramos com o Pré-Consciente e com o Consciente. A energia é ligada e altamente concentrada. Essa hipótese é a condição necessária para explicar os processos de atenção, raciocínio, tomada de decisão, juízo crítico, etc. Aqui a energia está inibida, não flui livremente, e sua principal função é a de regular os processos de descarga (FREUD, 1911).

O processo primário está dominado pelo Princípio do Prazer, e o processo secundário pelo Princípio da Realidade. Sendo o Princípio do Prazer um elemento regulador dos processos primários, ele acaba por necessariamente se articular com o Princípio da Realidade. Desta forma, as descargas explosivas, bruscas, reflexas, provocadas pelo Princípio do Prazer vão, à medida que o aparelho psíquico entra em contato com a realidade, se protelando, se inibindo, aceitando alcançar sua finalidade e seu objetivo num período de tempo mais longo.

O conceito de *prazer* está perfeitamente articulado com o de processo primário, com o de energia livre e com o de identidade de percepção – na primeira teoria das pulsões. Por outro lado, *realidade* está articulada com o processo secundário, com energia ligada e com identidade de pensamento. Em termos da Primeira Tópica, o Princípio do Prazer, com todas as suas séries articuladas, corresponderia ao Inconsciente, enquanto o Princípio da Realidade corresponderia ao Consciente. Em termos da Segunda Tópica, o prazer corresponde ao Id e a parte inconsciente do Ego. A realidade corresponde, então, ao Ego consciente.

Na ST o funcionamento neuromuscular é regido essencialmente pelo Princípio do Prazer, pela energia livre e pelo processo primário. Parece-nos ser mais ou menos o que Freud relata:

Suponhamos que incida no aparelho primitivo um estímulo perceptivo que seja fonte de uma excitação dolorosa. Sobrevêm então manifestações motoras descoordenadas, até que uma delas faz com que o aparelho se retraia da repetido (um movimento de fuga talvez), até que a percepção torne a percepção e, ao mesmo tempo, da dor. Quando a percepção reaparece, o movimento é imediatamente desaparecer (FREUD, 1900, p.544).

O paciente que descrevemos mostrou dificuldades constitucionais, pessoais, familiares e ambientais. As situações traumáticas por qual passou na primeira infância não puderam ser elaboradas de uma melhor maneira justamente por causa de falhas constitucionais em seu psiquismo e pela falha de seus cuidadores em possibilitar um ambiente seguro e estável. Estes fatores são fundamentais para evitar uma psicopatologia da infância (KERNBERG, WEINER & BARDENSTEIN, 2003). Isto foi constantemente bombardeando o ego de M, até que a ST se cristalizasse ao nível estrutural do funcionamento psíquico.

Freud (1920) demonstrou que nestes casos de onde o escudo protetor contra a excitação rompeu-se – ou não se formou adequadamente – as funções psíquicas ficam paralisadas ou amplamente reduzidas. Freud (1939) denomina como *trauma* as impressões, vivenciadas e posteriormente esquecidas; às quais atribuímos grande importância na etiologia

de psicopatologias. Os sintomas de uma psicopatologia, portanto, são respostas do psiquismo a certas impressões e experiências, e desta forma são consideradas como traumas etiológicos. Todos estes traumas ocorrem na primeira infância até os cinco anos. Em M isto ocorreu também, e com um agravante: a constituição genética deficitária ocasionada pela ST.

A última consideração que desejamos fazer no momento a respeito de M é que o mecanismo de introjeção das figuras parentais parece ter uma influência de tremenda importância sobre os sintomas da ST, para o bem, ou para o mal. Os pais, incapazes de alterar o ambiente de forma a tranquilizar o bebê, podem ser introjetados precocemente como *tiques*; paradoxais, destensionantes e imprevisíveis. E é essa imagem mnêmica que deve ser destruída e reconstruída, de forma a se tornar uma força para o ego do sujeito, a fim de que ele consiga dominar os fantasmas alucinados primevos que acentuam a disfunção de seu aparato psíquico e muscular.

### **Considerações Finais**

“Não se trata agora de saber se formei uma opinião aproximadamente correta dos fatores psicológicos em que estamos interessados, ou se, como é bem possível em assuntos tão difíceis, o quadro que forneço deles é distorcido e incompleto” (FREUD, 1900, p.549). Os tiques, principais sintomas da ST, são fenômenos originados psiquicamente e transformados, como pudemos ver, em atos corporais. Sua força propulsora é, na totalidade dos casos, um desejo que busca realizar-se, assim como Freud descreve em relação aos sonhos. O fato de não serem reconhecíveis, *a priori*, como desejos, bem como suas múltiplas peculiaridades e absurdos, devem-se à influência da censura psíquica disfuncionada a que foram submetidos durante o processo de sua formação (processo patológico – diferente dos sonhos, que é um processo natural e importante do psiquismo). Uma diferença importante que os tiques sustentam em relação aos sonhos é que os primeiros não possuem uma fachada “racional e inteligível” como os segundos, que podem assumir a forma de “histórias” com certa estruturação. Isso é que permite, afinal, que os pacientes tenham um sonho a contar. Além disso, enquanto nos sonhos o pensamento se transforma em imagens visuais e em fala, nos tiques o mesmo não ocorre. Nos tiques, o pensamento ou não se formou, ou aparenta se transformar em movimentos aleatórios e caóticos, e somente em fala quando da ocorrência de tiques vocais, ecolalia ou coprolalia.

A ST e sua fenomenologia de sintomas parecem ser, em seu conjunto, regressões às condições mais primitivas da pessoa. Uma revivência dos primórdios de sua existência, de sua primeira infância, das moções pulsionais que a dominaram, e dos métodos de expressão que se dispunha na época. Tiques vocais e motores, ecolalia e coprolalia. Estas formas de expressão remontam, à infância que vai dos zero aos quatro anos de idade. É nesse momento da vida que os sintomas de ST buscam sua reedição no aqui-agora. O bebê sofre pequenos espasmos musculares no início da vida que podem ser comparados aos tiques motores. Assim como os tiques vocais, na forma de gemidos e estalidos, sons que o bebê de berço também reproduz. A repetição das palavras que escuta – ecolalia – é outra característica do bebê, de um pouco mais adiante, quando está aprendendo a usar suas cordas vocais. Por fim, o sintoma mais satirizado da ST, a coprolalia, lembra muito quando as crianças pequenas – dois a quatro anos – descobrem o impacto que palavras obscenas provocam nos adultos.

Isto abre um novo leque para as pesquisas. Diferentes sintomas dentro de uma mesma síndrome corresponderiam a diferentes estados regressivos em termos de amplitude. Portanto, a diferentes formas de estruturação e fixação psicopatológica do mesmo transtorno. Os eventos determinantes que ocorrem na vida de uma pessoa fazem parte de sua evolução. Mas muito mais do que o fenômeno em si, e a época da vida do sujeito em que ocorreu, é importante pensar no “processo pelo qual se enfrentou o vento, e a reação a ele” (FREUD, 1939).

As alterações psicológicas relatadas nos pacientes com ST parecem, de modo geral, relacionadas à questão de como a mente e o cérebro destes pacientes geram o *pensamento* entre o impulso e a ação. Ou seja, qual é o papel do processo secundário no funcionamento psíquico destes pacientes. Parecem existir muitas formas deste processo não funcionar de forma correta, e qualquer coisa que mine a capacidade do ego do indivíduo de governar seus sistemas de ação de forma eficiente irão constituir-se em alguma forma de psicopatologia. Os dois exemplos mais simples seriam os excessos constitucionais de impulsos (a impulsividade e a explosividade) ou as deficiências no processo inibitório. Entretanto, se considerarmos as inumeráveis permutações realizadas pela variedade de “impulsos” (referimo-nos tanto a impulsos motores e emocionais), em conjunto com o quase infinito *spectrum* de fatores ambientais que podem afetar estes processos, tanto em sua fase desenvolvimental, como *a posteriori*, fica claro o motivo pelo qual existem tantas coisas diferentes contidas dentro de uma “psicopatologia” como a Síndrome de Tourette ou outra qualquer.

Finalmente, pode-se cogitar que os tiques – todos eles, de todas as etiologias – são fenômenos originados psiquicamente e transformados em atos corporais, mas isso não significa que não possamos considerá-los como produções subjetivas constituídas a partir de uma concepção epigenética do sujeito, nem que esse sujeito não mereça ser atendido e respeitado em suas características. Temos que atender às demandas da clínica e olhar, sempre, para a subjetividade, ou seja, para vivência interna de uma vida. Acreditamos que “nossa ciência não é uma ilusão. Ilusão seria imaginar que aquilo que a ciência não nos pode dar, podemos conseguir em outro lugar” (FREUD, 1927, p.128).



## Referências

BASTOS, A. G., VAZ, C. Estudo correlacional entre neuroimagem e a técnica de Rorschach em crianças com síndrome de Tourette. *Avaliação Psicológica*, v.8, n.2: 229-244, 2009.

BRUUN, R., BRUUN, B. *A Mind of Its Own: Tourette's Syndrome*. New York: Oxford University Press, 1994.

FERENCZI, S. Psycho-Analytical Observations on Tic. *International Journal of Psycho-Analysis*. v.1, n.2: 1-30, 1921.

FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1980.

\_\_\_\_\_. (1886). Relatório sobre meus estudos em Paris e Berlim. v. I.

\_\_\_\_\_. (1892). Um Caso de cura pelo hipnotismo. V. II.

\_\_\_\_\_. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. v. II.

\_\_\_\_\_. (1893-1895). Estudos sobre histeria. Frau Emmy von N. v. I.

\_\_\_\_\_. (1900). A interpretação dos sonhos. v. V.

\_\_\_\_\_. (1905). Os chistes e sua relação com o inconsciente. v. VIII.

\_\_\_\_\_. (1910). Cinco lições de psicanálise. v. XI.

\_\_\_\_\_. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. v. XII.

\_\_\_\_\_. (1920). Além do princípio do prazer. v. XVIII.

\_\_\_\_\_. (1927). Perspectivas futuras da terapêutica psicanalítica. v. XXII.

\_\_\_\_\_. (1939). Moisés e o Monoteísmo: Três ensaios. V. XXIII.

GERMINIANI, F., MIRANDA, A., FERENCZY, P., MUNHOZ, R., TEIVE, H. Tourette's syndrome: from demonic possession and psychoanalysis to the discovery of gene. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v.70, n.7: 547-549, 2012.

HANNA, G. "Tic disorders". In: KAPLAN, H., SADOCK, B. (Orgs.) 1995: *Comprehensive textbook of psychiatry VI*. 6<sup>th</sup> ed. Maryland: Williams e Wilkins.

JONES, E. *A vida e a obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1981.

KERNBERG, P.; WEINER, A.; BARDENSTEIN, K. *Transtornos da Personalidade em Crianças e Adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 2003.

KUSHNER, H. *A cursing brain? The histories of Tourette syndrome*. London: Harvard University Press, 2000.

MAHLER, M. Tics and Impulsions in Children: A Study of Motility. *The Psychoanalytic Quarterly*. n.13: 430-444, 1944.

\_\_\_\_\_. A Psychoanalytic Evaluation of Tic in the Psychopathology of Children: Symptomatic and Tic Syndrome. *Psychoanalytic Study of the Child*. v.1, n.2: 302-332, 1949.

\_\_\_\_\_. *The Memoirs of Margareth Mahler*. New York: The Free Press, 1988.

MAHLER, M, GROSS, I. Psychotherapeutic Study of a Typical Case of Tic Syndrome. *The Nervous Child*. n.4: 359-373, 1945.

MAHLER, M, LUKE, J. Outcome of the Tic Syndrome. *Journal of Nervous and Mental Diseases*. n.103: 433-445, 1946.

MAHLER, M, LUKE, J., DALTROFF, W. Clinical and Follow Up Study of the Tic Syndrome in Children. *American Journal of Orthopsychiatry*. n. 15: 631-647, 1945.

MAHLER, M, RANGELL, L. A psychosomatic study of the Maladie des Tics (Gilles de la Tourette's Syndrome). *The Psychiatric Quarterly*. n.17: 579-603, 1943.

TEIVE, H., CHIEN, H., MUNHOZ, R., BARBOSA, E. A contribuição de Charcot para o estudo da síndrome de Tourette. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v.66, n.4: 918-921, 2008.

## A PSYCHOANALYTIC STUDY OF THE TOURETTE SYNDROME

### ABSTRACT:

Tourette Syndrome (TS) is a neuropsychiatric disorder that has descriptions since the middle Ages. Psychoanalysis has had the opportunity to investigate the origin of the symptoms of TS. This paper aims to raise interpretative hypotheses of certain psychic phenomena related to this pathology. To this end, we attempted to use particularly some passages of Freud's *The Interpretation of Dreams* (1900), because we understand that so we can broaden the understanding of the psychological dynamics of these patients and the impact that the syndrome has caused in their lives. Through historical contextualization of Tourette Syndrome, its description, and a clinical case study, we offer up a portion of contribution to the psychoanalytic understanding of this pathology.

**KEYWORDS:** Tourette. Psychoanalysis. Tics. Pathology.

## UNE ETUDE PSYCHANALYTIQUE DU SYNDROME DE TOURETTE

### RÉSUMÉ:

Le syndrome de Gilles de la Tourette (TS) est un trouble neuropsychiatrique qui a des descriptions depuis le Moyen Âge. La psychanalyse a eu l'occasion d'enquêter sur l'origine des symptômes de TS. Le présent document a pour but de générer des hypothèses interprétatives de certains phénomènes psychiques liés à cette pathologie. À cette fin, nous avons tenté d'utiliser notamment comme toile de fond certains passages de *L'interprétation des Rêves* de Freud (1900), parce que nous comprenons que si nous pouvons élargir la compréhension de la dynamique psychologique de ces patients et la cause du syndrome d'impact dans leur vie. Grâce à la contextualisation historique du syndrome de Gilles de la Tourette, sa description et étude de cas clinique, offre une partie de la contribution à la compréhension psychanalytique de cette pathologie.

**MOTS-CLÉS:** Tourette. Psychanalyse. Tics. Pathologie.

Recebido em 17.12.2012

Aprovado em 30.01.2013

©2013 *Psicanálise & Barroco em revista*

[www.psicanaliseebarroco.pro.br](http://www.psicanaliseebarroco.pro.br)

*Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Cultura – UFJF/CNPq*

*Programa de Pós-Graduação em Memória Social – UNIRIO.*

*Memória, Subjetividade e Criação.*

[www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php](http://www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php)

[revista@psicanaliseebarroco.pro.br](mailto:revista@psicanaliseebarroco.pro.br) [www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista](http://www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista)