

Comorbiditat de la síndrome de Gilles de la Tourette i la síndrome d'Asperger. A propòsit d'un cas

Ana Farré i Meritxell Pacheco
Universitat Ramon Llull

Rebut: 5-4-2012

Acceptat:30-5-2013

Comorbiditat de la síndrome de Gilles de la Tourette i la síndrome d'Asperger

Resum. Presentem una anàlisi qualitativa sobre l'evolució de la simptomatologia i la intervenció en l'àmbit escolar d'un adolescent de 15 anys diagnosticat de síndrome de Gilles de la Tourette i de síndrome d'Asperger. En aquests dos trastorns, la comorbiditat no ha estat prou investigada. Fem una observació directa del comportament de l'adolescent en l'ambient escolar durant dos trimestres. Utilitzem una agenda del dia a dia acadèmic en la qual s'apunten totes les dades rellevants referents a la conducta del subjecte i es recullen dibuixos o narracions personals amb la finalitat de confeccionar una llista de les conductes patró. Amb l'objectiu d'augmentar el nivell d'autoconsciència del subjecte quant al control i descontrol de les seves conductes, se li aplica reforç positiu permanent i contenció en situacions amb conductes més violentes. Observem que, independentment del diferent origen psicogenètic i psiconeurològic d'ambdues síndromes, les conductes resultants són similars, i que la intervenció aplicada dona uns resultats favorables. Els resultats ens porten a afirmar que la simptomatologia es presenta de manera semblant en ambdues síndromes i que és abordable des de la perspectiva cognitivoconductual i per a les dues síndromes simultàniament.

Paraules clau: comorbiditat, síndrome d'Asperger, síndrome de Tourette, teràpia cognitivoconductual.

Comorbidity of Gilles de la Tourette Syndrome and Asperger's Syndrome

Summary. We present a qualitative analysis about the evolution of symptoms and the school intervention for a 15-year-old adolescent diagnosed with Gilles de la Tourette Syndrome and Asperger's Syndrome. In these two disorders, comorbidity has not been thoroughly studied yet. We carried out a direct observation of the adolescent's behaviour at school for two terms. We used a diary for the academic daily events, where all the relevant data concerning the subject's behaviour were noted down and personal drawings or narrations were collected with the aim of developing a list of behaviour patterns. With the aim of increasing the subject's level of self-awareness concerning control and lack of control of his behaviours, he was applied permanent positive reinforcement and control of situations with more violent behaviours. We observed that, independently of the different psychogenetic and psychoneurological origin of both syndromes, resulting behaviours are similar, and the intervention applied has favourable results. Results lead us to say that the symptoms are quite similar in both syndromes and this can be approached from the cognitive-behavioural perspective and for both syndromes at once.

Keywords: comorbidity, Asperger's syndrome, Tourette syndrome, cognitive-behavioural therapy.

Correspondència
Meritxell Pacheco

FPCEE Blanquerna
Universitat Ramon Llull
Cister 24-34
08022-Barcelona
meritxellpp@blanquerna.url.edu

Introducció

La síndrome d'Asperger (SA) i la síndrome de Gilles de la Tourette (ST) son trastorns de l'inici de la infància o adolescència. El primer, és un trastorn generalitzat del desenvolupament que afecta principalment la persona en quatre àmbits: el cognitiu, el lingüísticocomunicatiu, el socioafectiu i el motor. Així, doncs, els subjectes diagnosticats presenten una alteració qualitativa de la interacció social, patrons de comportament inflexibles i alteració de les habilitats pragmàtiques del llenguatge i la comunicació social, sense mostrar un endarreriment general del desenvolupament cognoscitiu clínicament significatiu.

Pel que fa a la síndrome de Tourette, és un trastorn amb símptomes neurològics de tics vocals i motors juntament amb trastorn de conducta. La persona presenta una afectació en l'àmbit de relació amb l'entorn, deguda a possibles trastorns emocionals, i en la integració social, per patologies o trets patològics del caràcter, com ara l'obsessió, la compulsió, la dificultat d'atenció, la hiperactivitat, l'agressió o el control d'impulsos (Caballo i Simón, 2010).

Tractem dos trastorns en els quals la comorbiditat no ha estat suficientment investigada, segurament perquè presenten molts aspectes diferenciats com és el suposat origen psicogenètic d'ambdues síndromes. En la síndrome d'Asperger, s'afirma un origen biològic degut a una disminució de la dopamina en la via dopaminèrgica mesocortical que genera una baixa concentració, dificultats d'organitzar o planificar activitats completes i una dificultat en l'aprenentatge. També una disminució de la via dopaminèrgica del gangli estirat ventral que suposa una baixa adherència a les activitats i al reforç, i de la via dopaminèrgica nigroestirada que provoca hiperactivitat i impulsivitat. També es dona una disminució de la noradrenalina a la via del locus *coeruleus*, al còrtex prefrontal, que fa disminuir l'atenció i una disfunció cortical de l'hemisferi dret (Artigas, 2005; Gunter, Ghaziuddin i Ellis, 2002; Nieminen-Von Wendt, Metsahonkala, Kulomaki, Aalto, Aautti, Venhala, Eskola, Bergman, Hietala i Von Wendt, 2004).

En canvi, en la síndrome de Tourette, encara que la causa fonamental és encara desconeguda, la investigació actual suggereix que hi ha una anormalitat en els gens i en diferents regions del cervell com els ganglis basals, lòbuls frontals i còrtex cerebral, i els circuits que interconnexionen entre aquestes regions i els seus neurotransmissors (dopamina, serotonina i norepinefrina) que duen a terme la comunicació entre les cèl·lules nervioses (NINDS: National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2012). Per tant, és interessant de fixar-se, no tant en la suposada base biològica, ja que no són cent per cent certes, sinó més aviat en l'àmbit conductual, emocional, cognitiu i social de l'individu per tal de descobrir una possible comorbiditat entre la síndrome d'Asperger i la síndrome de Tourette. Existeixen estudis, però, que associen la síndrome de Tourette amb altres trastorns que fan referència a problemes addicionals de neurocomportament i estudis

que associen la síndrome d'Asperger amb altres trastorns afectius, esquizoide infantil, semàntic-pragmàtic del llenguatge o d'aprenentatge no verbal derivats principalment de problemes sobre el llenguatge, l'atenció i la socialització (Caballero, 2012).

La síndrome de Tourette, doncs, consisteix en un conjunt de tics múltiples crònics que sol aparèixer entre els 2 i els 21 anys amb predominança del sexe masculí (2 homes de cada 3 persones afectades). Aquests tics no han de tenir un origen degut a fàrmacs o a una malaltia mèdica; han d'aparèixer diverses vegades al dia, disminueixen amb la distracció i concentració, desapareixen amb el son, i s'agregen amb els estats d'ansietat. És important destacar la diferència entre els tics simples i els complexos per poder establir un grau d'afectació lleu, moderat, marcat o més sever. S'associa a la síndrome de Tourette els trastorns següents: trastorn obsessivocompulsiu, trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, trastorn de moviments estereotipats amb conductes autolesives, trastorn del control d'impulsos, sobretot el trastorn explosiu intermitent, trastorn de la son, terrors nocturns, somnambulisme, enuresi o cansament o irritabilitat diürna associada.

En el cas de la síndrome d'Asperger, té una prevalença major que qualsevol altre trastorn generalitzat del desenvolupament (de 3 a 5 casos per cada 1.000 individus) segons la Federació Asperger Espanya, amb més afectació en barons que en dones (de 4 barons, 1 dona). Aquesta síndrome té incidència en l'àrea social de l'individu, amb dificultats en la relació social i vies d'interacció social; en l'àrea comunicativa, amb una disminució de la comunicació no verbal, gran habilitat en el llenguatge i l'ús literal dels significats d'allò que escolten o llegeixen; i també en l'àrea imaginativa, amb afecció en el joc i centres d'interès obsessius i estereotipats. Així, doncs, té comorbiditat amb trastorns afectius, ansiosos, psicòtic, obsessius i atencionals. Segons Vázquez i Murillo (2007), en el desenvolupament en l'àmbit cognitiu, les persones amb síndrome d'Asperger presenten dificultats en la Teoria de la Ment quant a la capacitat de llegir o anticipar el que succeeix en la ment dels altres (Attwood, 2009, inflexibilitat del pensament amb direcció única, dificultats per a establir transferència o generalitzacions dels aprenentatges, literalitat en la comprensió i expressió lingüística. També mostra dificultats pel joc imaginatiu o simbòlic que desenvolupa en solitari i se centra en l'evocació de situacions viscudes o interessos reduïts, un pensament molt visual i sensibilitat sensorial a les percepcions tàctils, sabors i textures del menjar, olors o al dolor. En el cas de l'àmbit lingüístic-comunicatiu, tenen dificultats per a l'inici o el manteniment de converses, fan una interpretació literal del llenguatge, tendeixen a la parla idiosincràtica en associar un vocable a una situació o objecte erròniament o per invenció de termes (Vázquez i Murillo, 2007). Pateixen, també, alteracions en la fluïdesa del discurs i entonació o melodia en el llenguatge. En l'àmbit socioafectiu, els pacients diagnosticats de síndrome d'Asperger tenen problemes per a jugar amb els iguals, dificultats per a la comprensió

de codis de conducta i per a la comprensió i expressió d'emocions. En el desenvolupament en l'àmbit motor, hi ha un retard des d'un període de temps primerenc, malaptesa en l'execució de moviments i dificultats en la coordinació motora, psicomotricitat fina i l'equilibri, i presenten impulsivitat en els moviments. Amb tot això, les comorbiditats més freqüents en la síndrome d'Asperger, segons Zardaín i Trelles (2009) i la Federació Asperger Espanya, són aquestes: trastorn de dèficit d'atenció amb hiperactivitat, trastorns específics del llenguatge, com la dislèxia o la hiperlexia; en específic destaquem el trastorn semanticopràgmat del llenguatge que afecta els aspectes estructurals, per la qual cosa tendeixen a un llenguatge estereotipat i a una entonació i prosòdia exagerades. També presenta comorbiditat amb el trastorn obsessivocompulsiu, amb trastorns afectius: normalment són secundaris a les dificultats socials i tenen origen en l'evolució d'una mala autoestima i irritabilitat, trastorn esquizoide infantil, trastorn de l'aprenentatge no verbal.

En referir-nos, en aquesta investigació, a un cas únic, és essencial situar-nos en la seva història clínica i desenvolupar aquells aspectes rellevants. Hem de destacar que es tracta d'un adolescent. L'adolescent amb síndrome d'Asperger té dificultats de tipus emocional com la incomprensió, la immaduresa emocional, les reaccions desproporcionades a les situacions, el desig d'igualtat i la independència. També pot presentar resistència a la higiene o cura personal, així com problemes d'hipersensibilitat, rituals obsessius, dificultats acadèmiques per a adaptar-se al freqüent canvi de professorat o d'aula, falta d'organització o interès en certes assignatures, desmotivació i un augment de les obsessions i rituals de pensament o desorientació degut a l'estrès (Fowler, 2012). En el cas de la síndrome de Tourette, l'adolescent presenta dificultats de relació amb l'entorn, com és un clar exemple la relació amb els pares, que a vegades esdevé contradictòria, ja que cedeixen als seus capricis d'una manera il·lògica o actuen amb molta severitat, i poden crear conflictes seriosos amb persones del seu entorn que dificulten la seva integració social; tot i això, tendeixen a buscar l'afecte en els altres (Korman, 2008). Cal destacar que aquest perfil és un blanc fàcil per a esdevenir víctimes de *bullying* o assetjament escolar en una escola ordinària. En el cas que ens ocupa, però, el subjecte està escolaritzat en un centre d'educació especial a causa de les seves dificultats.

Havent exposat les comorbiditats més destacades de cada síndrome, en aquest estudi observem, definim i classifiquem la simptomatologia que presenta un subjecte diagnosticat de síndrome d'Asperger i síndrome de Tourette i amb el qual s'intervé des d'una perspectiva cognitivoconductual. És un estudi exploratori i el nostre principal objectiu és observar la intervenció cognitivoconductual que es duu a terme amb aquest subjecte per tal de poder exemplificar que la simptomatologia es presenta de manera semblant en ambdues síndromes i que és abordable des d'aquesta perspectiva i per a les dues síndromes simultàniament.

Mètode

Es tracta d'una anàlisi qualitativa exploratòria, de tipus descriptiu, emprant el mètode de l'observació participativa. L'observació directa del comportament del subjecte es produeix en l'àmbit escolar amb l'objectiu d'ajudar a augmentar l'autoconsciència del subjecte en el control i descontrol dels seus propis impulsos i de constatar com la intervenció cognitivo-conductual que s'efectua és eficaç per a aquest fi. Fem un recull durant dos trimestres escolars dels tics, patrons conductuals inadequats al context, i interessos obsessius que presenta un adolescent diagnosticat de síndrome d'Asperger juntament amb síndrome de Tourette.

Participant

Es tracta d'un adolescent de 15 anys d'edat, a qui anomenarem Sergi. Té un germà de 16 anys i els seus pares estan separats, amb la guàrdia i custòdia de la mare. En Sergi té una relació molt estreta amb la família materna, sobretot amb la mare i l'àvia, tot i que es destaca pel continu conflicte i dependència que representen les conductes resultants d'ambdues síndromes. És important també la relació inexistent amb el pare, ja que es va desentendre de la família quan en Sergi encara era molt petit, i també la relació distant amb el germà. En Sergi s'integra al centre d'educació especial el 2012 amb 13 anys d'edat i a un nivell de 6è de Primària.

Quant a aspectes referents a l'anamnesi, es van recollir les dades següents: L'embaràs va ser desitjat, però força complicat. En el 6è mes la mare va patir pèrdues i va ser ingressada. El part va ser per cesària d'urgència als 7 mesos; varen haver de reanimar-lo a la bossa embrionària i va estar 1 mes a la incubadora. Al cap d'un mes va tornar a ser ingressat degut a un trastorn alimentari. Se li diagnosticà al·lèrgia als àcars, dermatitis atòpica i intolerància a la lactosa. En l'historial clínic familiar no es destaca cap malaltia o discapacitat.

Referent a l'alimentació, li va costar menjar, tant pel que fa a la deglució com a la masticació. A 2 anys es va negar a menjar i només s'alimentava de barretes energètiques. Encara ara presenta una conducta molt selectiva amb els aliments i, fins i tot, hi va haver una temporada que els relacionava per colors. Fins als 7 anys prenia biberó i posteriorment l'ha continuat demanant.

De l'àmbit psicomotriu, cal destacar que no va gatejar i la deambulació es va iniciar als 13 mesos. Comença a patir tics motors simples i complexos lleus a la infantesa, però s'agreugen entrant a l'adolescència (ecopràxia i copropràxia). Presenta un predomini lateral esquerre.

Pel que fa al joc, no fa jocs d'imitació i es distreu fàcilment quan se l'ajuda a participar. Li agraden els puzzles, els senyals, els endolls, les llums d'emergència, tot el referent a la mecànica i construir coses. Presenta una resposta agressiva si no es fa el que ell vol.

En referència al llenguatge i a la comunicació, durant els primers anys i fins ben entrats els 4, li costava de fixar la mirada i no tenia intencionalitat comunica-

tiva. Va començar a parlar a 5 anys. La seva llengua materna és el català. La mare relata que els tics vocals són presents des de sempre. Podem constatar que actualment presenta ecolàlia, palilàlia i coprolàlia.

Dels hàbits d'autonomia destaquem un bon control d' esfínters i una possible obsessió per la neteja relacionada amb les tasques de la casa, com la rentadora. Dorm sol però a la nit es desperta.

L'escolaritat ha estat caracteritzada per visites a l'Equip d'Atenció Psicopedagògica (EAP), al Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ), psicòlegs, psiquiatres, neuròlegs i metges. A 2 anys i mig se li va fer estimulació precoç i a 3 anys mesures escolars especials. Com a activitats extraescolars va a l'esplai i actualment fa canoteràpia.

Pel que fa a les relacions afectives i a l'ambient familiar, en Sergi presentava rebuig al pare i actualment indiferència envers ell. Tot i que no mostra una actitud oposicionista, hem de destacar que fa el que ell vol i ningú no s'atreveix a portar-li la contrària per l'enrabiada que en resultaria.

Com a signes psicopatològics a destacar del subjecte trobem els següents: les rebequeries cada vegada més greus, parlar sol quan alguna cosa no li interessa, agressivitat, hiperactivitat, mal comportament, convivència molt difícil a casa, necessitat constant de cridar l'atenció i enfrontament constant amb l'autoritat, conductes extravagants i obsessions amb temes de construcció i electricitat.

Ens fan arribar des del servei de CSMIJ el diagnòstic de Trastorn dins l'espectre autista, assenyalant la síndrome d'Asperger; també una clara síndrome de Gilles de la Tourette amb trastorn de conducta. Es pren la resolució d'un certificat de disminució del 55 %.

En el centre d'educació especial se li passa el Child Behavior Checklist CBCL (Achenbach, 1979) per a nens de 4 a 18 anys, obtenint una elevada puntuació en aïllament (73) i depressió (75). Els ítems destinats a problemes socials, atenció, ansietat i oposicions desafians es trobaven al límit de la normalitat.

Instrument i procediment

Les observacions es recullen en un diari de camp que anomenem "agenda del dia a dia acadèmic", en el qual es enregistra la presència o absència de tics, patrons conductuals inadequats al context, i interessos obsessius que presenta el subjecte durant el desenvolupament de cada activitat al llarg de tota la jornada lectiva. En la redacció del diari de camp o agenda del dia a dia hi participen tots els professionals de l'escola que tenen relació amb el nen (psicòleg, educadora especial, una monitora d'esbarjo que és llicenciada en Psicologia, una monitora de menjador i la vetlladora). S'hi anoten les conductes que presenta el subjecte, la situació en què tenen lloc, el comportament desencadenant i el sentiment que desperta en el nen. Tot això acompanyat amb explicacions del mateix nen en format de dibuix o narracions.

Els dos primers mesos els considerem com a període de presa de contacte, durant els quals l'analista es

relaciona amb l'adolescent amb l'únic objectiu que s'hi pugui familiaritzar. Posteriorment, passa a prendre un rol de vetlladora, d'acompanyant, donant suport en tot moment a en Sergi, estant atenta a les tasques que duu a terme, i a partir d'aquest moment ja comença a participar en la redacció de l'agenda. La redacció de l'agenda és revisada diàriament per totes les persones que hi participen i només s'hi deixen aquelles anotacions en les quals l'acord és del 100 %. Tot i que les reflexions sobre les observacions es duen a terme durant tot el procés, la redacció definitiva de resultats no s'inicia fins 6 mesos després de l'inici.

Curs de la intervenció

A continuació presentem una llista d'aquelles conductes que en Sergi mostra més sovint, amb la corresponent explicació; d'aquesta manera veurem l'evolució que es produeix durant un període de dos trimestres escolars.

Cal destacar que s'utilitza el reforç positiu per a modificar la conducta de l'adolescent. Si realitza correctament les tasques que se li demanen, se li permet que seleccioni una activitat (privilegi), d'una llista que va fer al principi de curs amb el psicòleg del centre, per poder dur-la a la pràctica en els últims 15 minuts de classe. En la llista de privilegis que es van acordar hi ha les activitats següents: ordinador (pintar amb el Paint, entrar al Google Maps); revisar sistema d'emergència del centre; fer de professor; conversar amb l'educadora, la directora, o qualsevol membre del centre que decideixi; jugar a qualsevol dels jocs que hi ha a classe, o sortir a la terrassa o al pati (vegeu figura 1).

La intervenció de tipus conductual recau en conductes de caire obsessiu i d'integració social, com és el cas de "tocar" a altres persones certes parts del cos (vegeu figura 2).

Es va observar el patró de conductes obsessives que en Sergi presentava per certes parts del cos, com ara les orelles o les panxes, i es va confeccionar un dibuix amb una figura humana on s'assenyalen les parts del cos socialment correctes per tocar i les que no. Es va utilitzar el recurs del semàfor per assenyalar el permís (verd), la precaució (taronja) i el prohibit (vermell) en el cas de poder tocar o no l'altra persona. En el cas de la precaució, expressada amb el color taronja, es va proposar la pregunta de demanar permís, ja que no es tracta de zones privades del cos, però sí estranyes de ser tocades. Així, doncs, la classificació proposada és la següent:

- Sí podem tocar (verd): els cabells, les mans i les espatlles.
- Demanar permís per tocar (taronja): la cara, les orelles, els peus i les cames.
- No es poden tocar (vermell): parts íntimes del cos com les cuixes, el cul, els pits o la panxa.

La següent intervenció a nivell conductual que proposem és sobre la conducta a classe (vegeu figura 3).

A causa dels símptomes de la síndrome de Tourette, com els tics motors simples de grups musculars aïllats

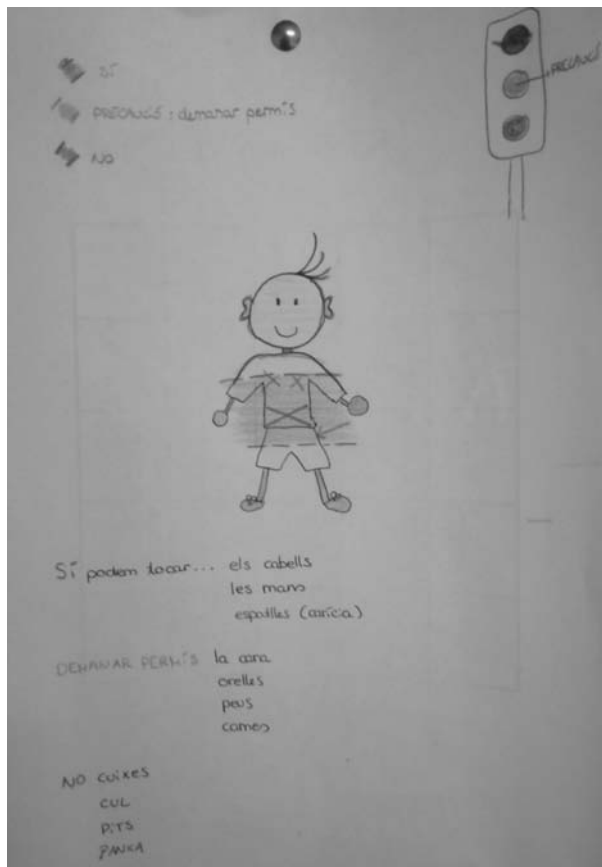
Figura 1. Intervenció per reforç positiu.

| | 9h – 10:15h | 11h – 11:50h | 12h – 14:15h | 14:30h – 16h |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|
| Hem de tractar bé a tothom (companys i mestres) | | | | |
| Hem de fer silenci | | | | |
| Hem d'entrar a classe | | | | |

Privilegis: ordenador // passejar per l'escola (14:15 – 14:30h) // classe d'anglès // anar a l'hort (16:15h) // tocar timbre escola (divendres tarda) // provar claus (tarda) // prendre un colacao (abans del pati) // dibuixar // plàstica // explicar coses als companys // fer construccions // jugar a jocs (solitari) // jugar a ser mestre // menjar alguna cosa (16:15h o 10:15h després del teu esmorçar)

o els complexos de diferents grups musculars, i els tics vocals simples d'emissió involuntària de sons inarticulats o els complexos d'elaboració de paraules i frases, tenint en compte també el quadre d'hiperactivitat i la dificultat per a mantenir l'atenció, es fa molt difícil de poder seguir la classe amb els altres alumnes. Així,

Figura 2. Pautes per al control dels impulsos per tocar.

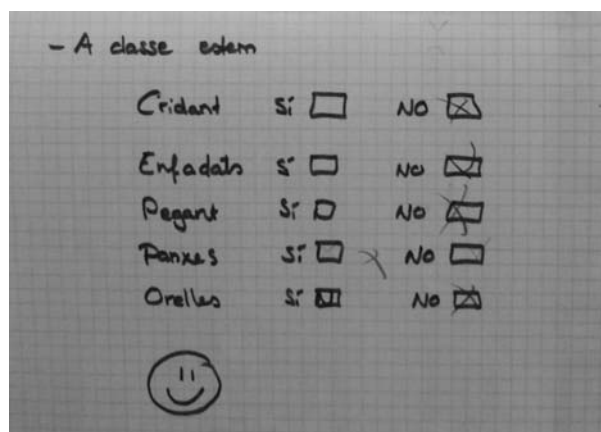


doncs, per a mantenir un ordre i unes normes ben definides per no semblar contradictoris i ajudar en la seva comprensió, s'ha confeccionat un petit quadre amb unes graelles d'opcions. En aquest quadre s'inclouen una sèrie de característiques sobre com cal estar a classe: cridant, enfadats, pegant, tocant panxes o tocant orelles. Es dona l'opció que marqui SÍ o NO depenent de quina cregui ell mateix que és la conducta correcta. Com podem observar en la figura 3, el subjecte marca una resposta correcta a tots els ítems, exceptuant-ne un, el de tocar panxes, que no marca ni sí ni no. Això ens mostra que el subjecte ha integrat les conductes correctes en estar a classe, però que té autoconsciència de les seves limitacions i impulsos, a vegades incontrolables.

La intervenció de caire cognitiu la trobem en l'àmbit de relació amb l'entorn; en aquest cas en concret, amb els companys de l'escola.

Una de les característiques principals tant de la síndrome de Tourette com de la d'Asperger és la dificul-

Figura 3. Com estar a classe.



tat de relació amb els altres, ja sigui deguda a patrons estereotipats de conducta, a incomprensió de les normes socials, o a respostes agressives o violentes. Es proposa, doncs, un reforç cognitiu en situacions on es planteja un problema i en Sergi ha d'identificar la millor resposta per a solucionar-ho. En aquest cas, es plantegen tres solucions possibles que ja s'havien plantejat anteriorment en el subjecte en situacions similars. La primera és "Pegar", una resposta violenta i agressiva, la qual marquem com a negativa. La segona és "Dir Paraulotes o Insultar", que també queda descartada per la manca de respecte que comporta envers l'altra persona. I la tercera i última, és l'opció de "Demandar Ajuda", que marquem com a millor opció a causa de les seves conseqüències positives tant per al subjecte mateix com per al company amb el qual s'ha tingut el problema.

De la mateixa manera que es vol desenvolupar un aprenentatge significatiu sobre el tema de resolució de problemes, també trobem important tractar el tema de demanar perdó si té lloc una conducta negativa, ja sigui un acte d'agressió a un company o personal del centre, o bé de falta de respecte o d'interrupció de les tasques.

Així, doncs, presentem tres conductes negatives com a exemple, com ara pegar, insultar o molestar, i la solució socialment adient que és la de demanar perdó.

Amb tot això, es vol intervenir en la conducta patològica que en Sergi presenta a l'escola, però que també pot presentar en altres àmbits com el familiar, fomentant un aprenentatge significatiu de les respostes més adequades en cada cas.

Resultats

Com a resultat de l'observació directa del subjecte durant dos trimestres escolars, hem fet un recull de les conductes que presenta (Taula 1).

Tot i que veiem una clara milloria en referència a patrons patològics que presenta en Sergi, hem de tenir en compte que, en la síndrome de Tourette, els tics no desapareixen per complet, sinó que es manifesten de manera diferent. Hem pogut observar com, per exemple, han disminuït els tics vocals simples i complexos de crits i paraulotes, però han aparegut nous tics motors facials (ecopràxia) i vocals (ecolàlia) d'imitació. Tot i això, s'ha aconseguit disminuir aquells patrons que esdevenien més problemàtics a nivell social i per al subjecte mateix.

Per tal de poder entendre l'origen conductual d'alguns dels patrons presentats, hem observat diferents situacions freqüents del dia a dia, hem indicat el comportament que el subjecte ha manifestat i el sentiment que expressa just després d'actuar. Això ha estat possible gràcies a l'observació directa dels diferents professionals escolars que han confeccionat l'agenda escolar del dia a dia del subjecte, on han recollit situacions, conductes, explicacions i diversos dibuixos i redaccions on en Sergi expressa, des del seu punt de vista, el que ha passat i com s'ha sentit en cada moment.

Cal destacar que les conductes que observem més violentes en la Taula 2, són degudes a situacions que produeixen en el subjecte força ansietat, com són el contacte amb els seus companys, l'elaboració de tasques que no li representen cap tipus de motivació, baralles o esbrincades amb els professors i la sensació de fer-ho tot malament.

Troblem interessant de mostrar les paraules que en Sergi va utilitzar en una redacció sobre les sensacions d'estar separat de l'aula, sense els companys ni els tutors, perquè havia esgarrapat un company, ja que podem veure un clar sentiment de culpa, ràbia, contradiccions, ganes de cridar l'atenció i també mostra alguna de les obsessions esmentades anteriorment com

Taula 1. Recull de patrons resultants de l'observació directa del subjecte durant dos trimestres escolars

| Tics, patrons conductuals inadequats al context i interessos obsessius observables a l'inici | Tics, patrons conductuals inadequats al context i interessos obsessius no estables (es presenten de manera discontinua) | Tics, patrons conductuals inadequats al context i interessos obsessius que han disminuït | Tics, patrons conductuals inadequats al context i interessos obsessius que han aparegut |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Tocar orela dels altres, posar-li nom, mirar-la, dibuixar-la - Tocar panxa dels altres - Tocar-se els pantalons - Olorar la goma d'esborrar - Atracció per l'olor a net de rentadora o lavanda - Visibilitat i control dels sistemes d'emergència - Tics d'imitació de cares o gestos (immediats o no) - Tics d'imitació de son o paraules (immediats o no) - Tics vocals (sons, paraules, paraulotes) - Tics motors facials (ulls, boca) - Tics motors amb el cos (saltar, moure les mans, balanceig, tensió-distensió) - Pujar i entrar en una classe en concret que no és la seva - Tocar el llum d'emergència en entrar o sortir de la classe - Interès per la rutina del dia i la seva planificació - Interès pels electrodomèstics - Interès pel tema cel i infern (què és bo i què és dolent) - Interès pel personatge de dibuixos animats Bob Esponja - Son a primera hora de la tarda - Oposició a l'autoritat | <ul style="list-style-type: none"> - Interès pels ordinadors, sobretot en programes com el Paint o el Google Maps - Interès pels sistemes elèctrics o mecànics - Control de la situació dels endolls - Interès pels hospitals - Interès pels senyals de tot tipus - Interès pels puzzles - Petits furtis (com, per exemple, unes claus) | <ul style="list-style-type: none"> - Son a primera hora de la tarda - Oposició a l'autoritat (amb violència) - Pujar i entrar en una classe en concret que no és la seva - Tocar les orelles dels altres i dir que vol menjar-se-les - Tocar les panxes dels altres - Petits furtis - Tics vocals de crits i paraulotes - Tocar el llum d'emergència en entrar i sortir de la classe - Tocar-se els pantalons | <ul style="list-style-type: none"> - Tocar llavis dels demés - Somriure, el sentit de l'humor i les bromes - Peticions i negociacions esporàdiques - Nous tics motors facials d'imitació de gestos - Nous tics vocals d'imitació de paraules i sons |

Taula 2. Comportaments i sentiments manifestats davant situacions del dia a dia escolar

| Situació | Comportament | Sentiment |
|--|--|--|
| Tasca que no li agrada | Oposicionista desafiant Passotisme | Ràbia. Culpa si hi ha descontrol Ràbia si se'l renya |
| Tasca que li agrada | Entusiasme. Molts tics, descontrol. Motivació | Alegria. Culpa si se'l renya |
| Quan fa alguna cosa malament | Ràbia envers ell mateix, conductes violentes, augment dels tics | Culpa. Tristesa |
| Quan algú fa alguna cosa malament | Curiositat, li fa aparentment gràcia, imitació del que reganya | Excitació. Curiositat |
| Quan fa alguna cosa ben feta i se li reconeix | Tics vocals de sons, somriure, tics motors. Descontrol. A vegades no s'ho creu | Entusiasme. Alegria |
| Quan es trenca la rutina | Augment dels tics. Rabieta. | Ràbia. Tristesa. Culpa si se'l renya |
| Quan no té privilegi perquè abans ha fet alguna cosa mal feta | Rabieta. Augment dels tics. Crits. Oposició. Violència. Assumeix que ha fet alguna cosa malament i ho accepta | Ràbia i molta culpa envers ell mateix Culpa envers ell mateix |
| Quan els companys juguen amb ell quan ell no ho vol, el pressionen o li estan molt a sobre | Augment dels tics. Rabieta envers els companys, violència (temptacions) | Molta culpa per si ha fet mal a algun company |
| Quan se li nega una petició sense un raonament explicatiu | Oposició, violència, augment dels tics. Crits | Ràbia |
| Quan se li nega una petició amb un argument raonable | Augment dels tics. Acceptació. | Culpa per si no ha fet alguna cosa ben feta |

és l'aire condicionat: *“Les meves sensacions al estar separat del grup han sigut... Lletges perquè estava sol. No m'agrada estar amb els companys, vull estar sol. No m'agrada que no em facin cas. He treballat una mica malament perquè no m'agradava la feina i el pati bé. Lo que no vull és estar amb el grup; em va malament, perquè toco l'orella i la panxa dels companys i vull estar a una altre classe. Ho escriuré, jo vull una classe que no tingui temptacions, com una altra classe; es pot provar. M'agrada aquella classe perquè hi ha aire condicionat. Si poseu un aire condicionat o ventilador, m'agradarà més i no molestaré ningú. Els profes m'agraden i ja està.”*

Hem de tenir en compte la variable de la presència d'altres persones quan es produeix la situació i la conducta desencadenant. S'ha observat que el subjecte tendeix a controlar les seves conductes més violentes en presència de figures rellevants i autoritàries femenines, com és el cas de la professora o la mare, mentre que la resposta és més agressiva i desafiant quan hi ha una figura masculina autoritària com la del professor. Podríem relacionar aquest patró conductual amb diferents causes. La primera seria l'absència de la figura masculina paterna en el seu entorn familiar, ja que es tracta d'una família força matriarcal. La segona premissa recau en factors relacionals propis de l'adolescència; els canvis hormonals pertinents de la pubertat solen tenir conseqüències sobre els estats emocionals dels subjectes i repercuteixen de forma negativa en les relacions amb els qui els envolten (Oliva, 2006). En tractar-se d'un subjecte que ha tingut la dona com a figura referent, la presència masculina autoritària el desconcerta, li produeix ansietat i descarrega amb violència contra aquest “desconegut” la forta càrrega emocional que comporta el tema tabú de la figura masculina paterna (Dornbusch, Carlsmith, Bushwall, Ritter, Leiderman, Hastorf i Gross, 1985; Amato, 1993).

També volem destacar, que, gràcies a l'observació, hem pogut distingir diferents períodes d'inactivitat dels símptomes de tics, tant vocals com motors. Disminueixen amb la concentració, com en la requerida per a

fer alguna tasca escolar com ara les fitxes o els exàmens, mentre que augmenten en situacions de distracció, ja que el subjecte es deixa portar pels seus impulsos sense fer res per aturar-los o controlar-los. Com hem esmentat abans, s'agreugen amb els estats d'ansietat, per la qual cosa les relacions interpersonals, les esbroncades, la no-motivació i el trencament de la rutina són clars antecedents de la pèrdua de control a la temptació de dur a terme l'impuls.

Amb la intervenció cognitivoconductual proposada a l'escola, es pretén reduir l'impacte que produeixen les conductes que el subjecte presenta en determinades situacions. Així, doncs, amb el registre que exposem en la taula 2, també es pretén conscienciar de les conseqüències socials que pot tenir el comportament del subjecte en diferents situacions que es poden produir, tant a dins com a fora de l'aula.

Ens ha semblat interessant de fer un treball de rerefons de la conducta presentada analitzant el que seria la funció del símptoma. A trets generals, hem identificat tres possibles funcions que caldria tenir en compte a l'hora de tractar amb subjectes amb aquest perfil:

- Com a via per a cridar l'atenció dels adults pel seu propi profit: hi ha situacions en què el subjecte utilitza el símptoma per fugir d'una activitat que no li agrada, per demanar més atenció i suport de l'adult en la resolució de les tasques proposades a classe, i també per justificar una acció per la qual ha estat esbronat. Aquesta resulta la més difícil de distingir, però també és la que és més important de detectar.
- Com a via d'exteriorització de l'ansietat: aquesta funció la podem veure molt clara en les situacions exposades en la taula 2.
- Com a resultat de la mateixa síndrome a nivell biològic: Com hem esmentat en la introducció, ambdues síndromes tenen un origen psiconeurològic i psicogenètic; ara bé, hi ha símptomes, com ara els tics, que generalment no tenen un significat conductual de rerefons.

Discussió

Amb tot el que hem pogut observar, hem de destacar que, tot i que en el cas de les persones diagnosticades de síndrome de Gilles de la Tourette, es recomana una intervenció a nivell conductual per a alleugerar els tics principalment (Caballo i Simón, 2010), s'ha comprovat que, en aquest cas, després d'haver provat diferents tipus d'intervenció, el subjecte presenta tal grau d'ansietat degut als mateixos símptomes del trastorn, que és necessària una intervenció cognitiva simultània a la conductual tradicional per la síndrome de Tourette, per tal de poder disminuir aquests nivells d'ansietat que presenta. Observem que la intervenció d'Estímul-Resposta pròpia del model conductual dóna pas al fet de destacar la rellevància dels processos cognitius del subjecte, amb la corresponent preocupació pels antecedents i les conseqüències de la conducta.

Així, doncs, quan s'aplica el reforç positiu o quan es retira, sempre ha d'anar acompanyat d'una explicació raonada, i preferiblement també amb algun suport visual, per tal que el subjecte faci un aprenentatge significatiu del que se li demana. També s'aplica aquest suport cognitiu per a oferir la possibilitat d'expressar-se correctament, ja que, degut a la simptomatologia d'ambdues síndromes, com els alts graus d'ansietat i els tics vocals i motors, es fa molt difícil.

Per això, és necessària una formació del professorat amb alumnes amb síndromes de tals característiques. Hem de tenir en compte, en tot moment, que no hem de ridiculitzar el subjecte per la simptomatologia que presenta, ja que sovint és malinterpretada amb reaccions en contra de les persones, i això, conseqüentment, provoca consternació i angoixa en els subjectes i les seves famílies. Cal destacar, però, que, en el cas presentat, els mestres amb formació d'educadors especials han sabut reconduir les tècniques per a la creació, entrenament i enfortiment de les habilitats socials i resolució de conflictes tan presents en aquest tipus de quadre simptomàtic. Per tal de millorar en la integració de l'alumne en el seu grup d'iguals a l'aula, ha d'haver-hi flexibilitat (Montezuma, 2003) i això ens porta a suggerir una sèrie de modificacions en l'ambient acadèmic com les següents:

- Instrucció personalitzada amb l'educadora, psicòleg o estudiant en pràctiques del centre.
- Temps fora voluntari per expressar els tics, sempre acompanyat d'algú amb la pertinent instrucció.
- Adaptació dels exàmens quant a temps i via (oral o escrita) per a fer-los.
- Utilització d'eines motivacionals o innovadores per a aconseguir captar l'atenció de l'alumne (ordinadors, gravadora...).
- Utilització d'un suport visual que faciliti l'aprenentatge tant de continguts teòrics a nivell acadèmic com el relacionat amb les habilitats socials.
- Ubicació especial a l'aula apartat de tota "temptació".
- Tutoria per a portar al dia l'agenda escolar o el quadern de control.

- Suport per part dels monitors, companys i personal del centre escolar.
- Avaluació dels efectes col·laterals de la medicació tals com la somnolència o la tonicitat.

En realitzar una petita classificació sobre les conductes observades del subjecte en l'ambient escolar, hem de tenir en compte en tot moment la variable de l'edat, ja que l'adolescència per si mateixa comporta canvis físics i conductuals que fan augmentar els símptomes. Tanmateix, com hem esmentat anteriorment, els símptomes resultants de la comorbiditat entre la síndrome de Tourette i la d'Asperger tenen conseqüències a nivell social que es tracta de disminuir i de fer que el subjecte en sigui conscient. Trobem important, doncs, destacar la tasca dels professionals implicats en el cas en fer una previsió de l'evolució de les conductes per a prevenir-ne de noves que es puguin produir en entorns i situacions diferents dels de l'escola, per així garantir la millor integració possible en la societat.

L'objectiu de la intervenció actual que es planteja al subjecte té de rerefons potenciar i donar eines per a la seva autonomia. Podríem utilitzar el treball de classificació, descripció i identificació fet fins ara per a realitzar una tècnica d'inversió d'hàbit, partint del model de Ladouceur, Fontaine i Cottraux (1994), adaptada a aquest cas en concret que inclogui els components següents:

- Autoregistre de les conductes.
- Revisió en detall dels inconvenients de les conductes.
- Descripció i detecció de les conductes.
- Identificació de les sensacions associades a dites conductes.
- Identificació de les situacions que afecten l'origen de la conducta.
- Cessió d'eines per a aprendre a relaxar-se.
- Cessió d'eines per a aprendre i practicar les reaccions incompatibles amb els tics.
- Assaig del control dels tics.
- Notificació al subjecte, en tot moment, del suport social que té.
- *Feedback* sobre els avenços i les millores.

Amb tot el que hem exposat, sembla ser que la comorbiditat de la síndrome de Gilles de la Tourette i la síndrome d'Asperger presentada pel subjecte, ve donada per la comorbiditat d'ambdues síndromes amb dèficits d'atenció, trastorns de conducta, trastorns afectius i emocionals i problemes d'empatia, tot i que encara no s'han investigat prou les causes i conseqüències a nivell psicobiològic i psiconeurològic (Kadesjö i Gillberg, 2000).

Seria interessant de poder replicar l'estudi amb una mostra més nombrosa i amb la possibilitat de dur a terme una observació més sistemàtica, enregistrada audiovisualment, per tal de poder extreure conclusions sobre l'eficàcia de la intervenció cognitivoconductual en aquestes síndromes. Alhora, també seria interessant de poder indagar més en el context familiar i sobre els antecedents familiars psiquiàtrics, tals com la síndrome de Tourette, per poder contrastar la hipòtesi genètica de la síndrome. També poder estudiar la dinàmica fa-

miliar per tal de poder aclarir si és disfuncional i, per tant, contribueix a mantenir el símptoma. Hem de conèixer els diferents contextos de la vida dels subjectes per tal de poder entendre millor la seva globalitat. És essencial, doncs, un treball en xarxa on tots els professionals i família tinguin un mateix objectiu a seguir i així evitar els dobles missatges que pot rebre l'adolescent, els quals podrien empitjorar la situació que pateix.

Referències

- Achenbach, T.M. (1979). The Child Behaviour Profile: an empirically based System for assessing children's behavioral problems and competencies. *International Journal of Mental Health*, 7, 24 - 42.
- Amato, P.R. (1993). Children's adjustment to divorce: Theories, hypotheses, and empirical support. *Journal of Marriage and the Family*, 55, 23 - 38.
- Artigas, J. (2005). Aspectos Neurobiológicos del síndrome de Asperger. síndrome de Asperger: un enfoque multidisciplinar. *Actas sobre la 1ª Jornada científica-sanitaria sobre el síndrome de Asperger*, Sevilla.
- Associació per a pacients amb tics i síndrome de Tourette. (1992). Tics i malalties de Gilles de la Tourette: què ens cal saber. *Punt de referència*, 11, Generalitat de Catalunya.
- Attwood, T. (2009). *Guía del síndrome de Asperger*. Barcelona: Paidós.
- Caballero, R. (2012). Comorbilidad y diagnóstico diferencial en el síndrome de Asperger. *Federación Asperger España*. Recuperat el 25 de gener 2012 a (www.asperger.es)
- Caballo, V.E. i Simón, M.A. (2010). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente: Trastornos Generales*. Madrid: Pirámide.
- Dornbusch, S; Carlsmith, M; Bushwall, S; Ritter, P; Leiderman, H; Hastorf, A i Gross, R. (1985). Single parents, extended households, and the control of adolescents. *Child Development*, 56, 326 - 341.
- Fowler, B. (2012). La adolescència y el síndrome de Asperger. *Federación Asperger España*. Recuperat l' 1 de febrer 2012 a (www.asperger.es).
- Friendberg, R i McClure, J.M. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos esenciales*. Barcelona: Paidós.
- Gunter, H; Ghaziuddin, M i Ellis, H. (2002). Asperger syndrome: tests of right hemisphere functioning and interhemispheric communication. *Journal of Autism and development disorders*, 32, 263 - 281.
- Kadesjö, B i Gillberg, C. (2000). Tourette's disorder: epidemiology and comorbidity in primary school children. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 548 - 555.
- Korman, C.B. (2008). *Els adolescents i la síndrome de Gilles de la Tourette*. Barcelona: Asociación Española para pacientes con tics y síndrome de Tourette.
- Ladouceur, R; Fontaine, O i Cottraux, J. (1994). *Terapia Cognitiva y Comportamental. Segunda part: Terapias comportamentales de l'infant*. Barcelona: Masson.
- Montezuma, O. (2003). El rol del psicólogo en el síndrome de Tourette. *Persona*, 6, 151 - 178.
- Nieminen-Von Wendt, T; Metsahonkala, L; Kulomaki, T; Aalto, S; Aautti, T; Venhala, R; Eskola, O; Bergman, J; Hietala, J i Von Wendt, L. (2004). Increased presynaptic dopamine function in Asperger syndrome. *Clinical neuroscience and neuropathology*, 15, 757 - 760.
- NINDS (National institute of neurological disorders and stroke). (2012). *síndrome de Tourette. Trastornos neurológicos*. Recuperat el 25 de gener 2012 a (www.espanol.ninds.nih.gov/trastornos/sindrome_de_tourette.htm#trastornos)
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares i desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 3, 209 - 223.
- Vázquez, M i Murillo, F. (2007). *Síndrome de Asperger: un acercamiento al trastorno y a su tratamiento educativo*. Sevilla: Fundació ECOEM.
- Zardaín, P.C i Trelles, G. (2009). *El síndrome de Asperger*. Oviedo: Asociación Asperger de Asturias.

Resumen

Comorbilidad del síndrome de Gilles de la Tourette y síndrome de Asperger

Presentamos un análisis cualitativo sobre la evolución de la sintomatología y la intervención en el ámbito escolar de un adolescente de 15 años diagnosticado de síndrome de Gilles de la Tourette y de síndrome de Asperger. En estos dos trastornos la comorbilidad no ha sido suficientemente investigada. Realizamos una observación directa del comportamiento del adolescente en el ambiente escolar durante dos trimestres. Se utiliza una agenda del día a día académico donde se apuntan todos los datos relevantes referentes a la conducta del sujeto, recopilación de dibujos o narraciones personales con el fin de confeccionar un listado de las conductas patrón. Con el objetivo de aumentar el nivel de autoconciencia del sujeto en cuanto al control y descontrol de sus conductas, se le aplica: refuerzo positivo permanente y contención en situaciones con conductas más violentas. Observamos que, independientemente del distinto origen psicogenético y psico-neurológico de ambos síndromes, las conductas resultantes son similares, y que la intervención aplicada da unos resultados favorables. Los resultados nos llevan a firmar que la sintomatología se presenta de manera similar en ambos síndromes y que es abordable desde la perspectiva cognitivo-conductual y para los dos síndromes simultáneamente.

Palabras clave: comorbilidad, síndrome de Asperger, síndrome de Tourette, terapia cognitivo-conductual.