

La Sindrome di Tourette - la patologia della maleducazione

Autore: [Lavinia Cioli](#) il 02-11-2004.

La sindrome di Tourette è una malattia neurologica, per molti anni considerata rara. I sintomi più evidenti sono i movimenti involontari che possono modificarsi nel tempo per intensità e caratteristiche, e produzione di suoni.

Introduzione

La sindrome di Tourette (TS), malattia neurologica, per molti anni è stata considerata una patologia piuttosto rara, che si manifesta nel periodo della pubertà. Ha una base sicuramente genetica, ma al momento non è completamente chiara l'esatta eziologia. Sembra che possa esservi una relazione tra l'infezione streptococcica β -emolitica e l'insorgere della malattia in soggetti che presentano una componente ereditaria predisponente.

L'incidenza della malattia è maggiore nei ragazzi piuttosto che nelle ragazze; pare, infatti, che essa colpisca i soggetti con un rapporto 3:1 tra maschi e femmine. La frequenza è tra lo 0.1 e 0.5 per mille.

I sintomi più evidenti sono i movimenti involontari (limitabili per brevi intervalli di tempo per effetto della volontà), che possono modificarsi nel tempo per intensità e caratteristiche, e produzione di suoni.

Alcuni soggetti colpiti dalla malattia pronunciano involontariamente parole oscene, bestemmie, etc... ciò comporta, logicamente, gravi implicazioni sociali.

La malattia è altalenante: a momenti di gravità clinica seguono periodi di completo benessere.

Storia ed epidemiologia

Il primo caso di TS risale al 1825 ed è quello della Marchesa Dampierre (Itard, 1825), è stato successivamente documentato da Gilles de la Tourette (1885).

Il secondo caso noto in letteratura risale al 1885. Il soggetto in questione era un impiegato contabile di venti anni; la sua storia clinica non riportava notizia di malattie importanti né di affezioni reumatiche. Per quanto riguarda il livello culturale il soggetto si era dedicato agli studi con ottimo profitto.

I primi sintomi comparvero nel 1880 e consistevano in movimenti involontari e bruschi (TIC), che andarono peggiorando in gravità ed intensità. Successivamente si aggiunsero tics vocali e, nel 1882, fu costretto a lasciare il lavoro e ritirarsi presso l'ospizio della Salpêtrière.

Durante il periodo di ricovero i tics non erano così gravi da invalidare eccessivamente il comportamento (ad es. poteva alimentarsi da solo). I tics vocali, però, si trasformarono in vere e proprie frasi ("Ecco il dottor Charcot, Ecco il dottor Charcot") ripetute, quasi come un eco, per lunghi periodi. Inoltre, qualunque circostanza poteva causare eccessive risposte comportamentali da parte del soggetto.

L'eloquio divenne presto saturo di parole oscene, pronunciate senza un vero e proprio motivo ed indirizzate, indistintamente, a tutti coloro che si avvicinavano a lui. La spontaneità di questo eloquio era tale che il soggetto, in qualunque luogo ed anche in presenza della madre, non poteva evitare di scandalizzare con parole oscene. In origine questa malattia era creduta rara; si pensava che avesse un'incidenza dello 0.5 per 1000. Studi epidemiologici recenti hanno permesso di aumentarne le stime fino ad un 4.28/1000 (Apter, 1992) o allo 0.1%. Ciò mostra che tale sindrome è molto più diffusa di quanto non fosse stato ritenuto precedentemente. È comune nei bambini e spesso è associata ad iper-attività o, in alcuni casi, alla ADHD.

Casi di TS sono stati riscontrati soprattutto nella popolazione maschile di tutte le culture, in tutti i Paesi e ceti sociali.

caratteristiche cliniche e complessità

È molto difficile studiare questo tipo di sindrome, in quanto mancano dati chiaramente osservabili, non presenta lesioni neuropatologiche visibili ad un esame autoptico, né esistono esami genetici su cui basarsi per una diagnosi clinica.

Tra i più evidenti sintomi della TS si riscontrano numerose tipologie di tics: movimenti rapidi e improvvisi, o, viceversa, lenti e sostenuti, stereotipati e vocalizzi di vario tipo. Questi tics possono essere semplici (sbattere le palpebre) o complessi (smorfie del viso o scosse delle spalle). Può, inoltre, capitare che il soggetto annusi le persone o tenti di toccarle.

I tics vocali possono consistere in semplici "grugniti" o colpi di tosse, o essere vere e proprie parole o frasi a contenuto scurrile.

I tics motori e fonetici sono segni distintivi della TS; un soggetto affetto da tali sintomi può mostrare una loro variazione in gravità e caratteristiche.

Questa variabilità di espressione contribuisce spesso a confondere ed a sbagliare la diagnosi.

Le caratteristiche principali della TS sono indipendenti dalla cultura di appartenenza ed i suoi sintomi sono simili in tutti i Paesi.

Jankovic ha descritto la fenomenologia dei tics caratteristici della TS, distinguendone due tipologie: semi-volontari e involontari (sopprimibili). Egli afferma che i segni premonitori e le sensazioni che precedono i tics (temporaneamente sopprimibili) sono caratteristiche della sindrome. Essi aumentano con lo stress ma anche con

il rilassamento post - stress, diminuiscono con la distrazione e la concentrazione e persistono durante il sonno.

L'età di insorgenza dei sintomi della TS è tra i 2 e i 21 anni, con un picco intorno ai 7 anni. I sintomi in questo periodo sono soprattutto motori. L'insorgenza dei tics fonetici è più tardiva, intorno agli 11 anni. I pazienti spesso dimostrano una varietà di movimenti complessi, compresi il toccare, saltare. Sentimenti premonitori o "esperienze sensoriali", diverse dai tics e che li precedono, sono presenti in circa l'80% dei pazienti. I tics possono essere veloci e brevi (tics clonici) o lenti e sostenuti (tics tonici e distonici). I tics distonici sono più facilmente associati alle sensazioni di premonizione (Jankovic, 1997) .

Altri elementi importanti per una diagnosi di Sindrome di Tourette sono:

- Coprolalia = inappropriata e involontaria pronuncia di parole oscene. È presente in circa 1/3 dei pazienti clinici di TS (soprattutto bambini) e si manifesta intorno ai 15 anni. La coprolalia può essere culturalmente determinata, tanto che in Giappone solo il 4% dei soggetti presentano tale sintomo, mentre la percentuale sale in paesi come USA e Europa.
- Coproprassia = involontaria ed inappropriata gestualità oscena;
- Ecolalia = imitazione di suoni e parole pronunciate da altri;
- Ecoprassia = imitazione delle azioni altrui;
- Palilalia = ripetizione reiterata delle ultime parole, frasi o sillabe di parola

Esistono anche altri tipi di comportamento riscontrati frequentemente nei pazienti TS:

1. Comportamento complesso non osceno ma socialmente inappropriato;
2. Comportamento "disinibito";
3. Azioni socialmente inappropriate.

Queste tipologie di comportamento sono generalmente dirette verso membri della famiglia oppure persone conosciute, sono più frequenti a casa o in ambienti familiari come lavoro o scuola, raramente sono rivolti verso estranei.

Il corso della TS è interessante da esaminare, i pattern di sintomi possono modificarsi nel corso della vita del paziente.

È stato notato che vi è un aumento nella frequenza e gravità dei tics tra la tarda adolescenza e la maturità.

Alcuni studiosi tendono a suddividere la TS in più categorie:

- **TS pura:** consistente soprattutto da tics motori e fonetici;
 - **TS ampiamente manifesta:** comprendente fenomeni di coprolalia, coproprassia, ecolalia, ecoprassia e palilalia;
 - **TS plus:** ove il paziente è affetto anche da ADHD, ICD e disturbo ossessivo compulsivo oltre che SIB. Possono essere incluse in questo gruppo anche altre patologie psicologiche (ansia, depressione, disordini di personalità) diagnosi differenziale, psicopatologia e comorbidità
- È necessaria una diagnosi differenziale con tutti i disturbi che manifestano una sintomatologia ossessivo compulsiva e che possono non esprimere le caratteristiche complessive del disturbo DOC.

La manifestazione base della sindrome prevede, come già esposto, la presenza di tic multipli vocali e motori (anche non contemporaneamente), che possono presentarsi, in modo discontinuo, per un periodo superiore ad un anno. L'esordio del disturbo precede i 21 anni e la localizzazione anatomica, numero, frequenza, complessità e gravità dei sintomi variano nel corso del tempo.

Osservazioni su individui affetti da TS hanno evidenziato numerose tipologie di comportamento e psicopatologia. È opinione diffusa che comportamenti quali OCB e SIB siano fortemente legate alla sindrome di Tourette, tanto da costituirne parte integrante.

Alcuni comportamenti e psicopatologie riscontrate nei pazienti affetti da TS sono:

Deficit attentivo di iper-attività (ADHD)

Il deficit attentivo di iper-attività è uno dei disordini psichiatrici più comuni, soprattutto nei bambini (2 - 15%); l'eziologia di tale sindrome non è chiara. Dal momento in cui l'ADHD si evidenzia i genitori sono i primi a notare eccessiva attività, bassa tolleranza alla frustrazione.

È stato dimostrato che di tutte le condizioni di comorbidità l'ADHD è la più comune nella TS, come evidenziato dalla letteratura in materia. Inoltre, i sintomi della ADHD spesso sono correlati ai problemi comportamentali, scarse performance scolastiche nei bambini affetti da TS.

Problemi attentivi e difficoltà legate ad iperattività precedono l'emergere dei tics. Per fare una diagnosi basandosi sui criteri del DSM-IV, i sintomi dell'ADHD devono essere presenti in due o più episodi precedenti ai 7 anni., a differenza dei sintomi della sindrome di Tourette che compaiono più tardivamente.

La relazione tra ADHD e TS è complessa e fonte di dibattiti; al momento esistono quattro indirizzi di pensiero:

1. I due disordini sono correlati geneticamente;
2. Esistono due tipologie di individui affetti da TS e da ADHD: nella prima l'ADHD è indipendente dalla TS, mentre nella seconda l'ADHD è secondario a tale sindrome.

3. ADHD pura e TS con ADHD sono fenomenologicamente diverse, ma l'esatto tipo di relazione non sarebbe tuttavia chiaro.

4. Individui affetti da Sindrome di Tourette possono mostrare una ridotta capacità di concentrazione, attenzione e controllo degli impulsi; tuttavia ciò è stabile ad un livello lievemente inferiore alla soglia di una diagnosi di ADHD secondo i criteri del DSM - IV.

Comportamento Ossessivo –Compulsivo (OCD)

Il disordine ossessivo – compulsivo (OCD) è caratterizzato da una ossessione persistente o da compulsioni. Entrambe le cose sono fonte di stress per l'individuo e interferiscono nella normale vita sociale. Esistono tre tipi di OCD:

- Disordine di tipo familiare, legato a tics;
- Disordine di tipo non familiare, legato a tics;
- Disordine di tipo non familiare.

È recentemente divenuto chiaro che vi è una forte relazione tra TS e OCD, sia in pazienti TS che nei loro familiari. Questo può essere evidenziato da uno studio fenomenologico, genetico e epidemiologico.

Numerosi studi su pazienti affetti da Sindrome di Tourette hanno dimostrato l'esistenza di specifici comportamenti ossessivo – compulsivi nella maggior parte dei casi. Tuttavia questi sarebbero significativamente diversi dallo stesso tipo di comportamenti osservati nei pazienti OCD.

Probabilmente esistono relazioni genetiche tra alcuni tipi di OCD e sindrome di Tourette.

COMPORAMENTO AUTOLESIONISTA

Nel suo articolo originale del 1885, Georges Gilles de la Tourette descrisse che due di nove pazienti mostravano comportamenti autolesionisti. Nelle epoche successive sono stati registrati molti casi di comportamento autolesionista (SIB) in pazienti Tourette.

Tipologie di comportamento autolesionista sembrano essere non specifiche e simili a quelle riscontrate in popolazioni di ritardati mentali. Esse includono il percuotere ripetutamente la testa, infliggersi punture su corpo, volto e testa, graffiare parti del corpo e l'infliggere gravi lesioni agli occhi.

La gravità di questo tipo di comportamento è proporzionale alla gravità della sindrome di Tourette ed alla storia psichiatrica e psicopatologica.

ANSIA

L'ansia è molto comune nei pazienti affetti da sindrome di Tourette, anche se la sua relazione esatta con tale disturbo non è chiara; potrebbe dipendere dalla moderata o severa gravità della sindrome.

DEPRESSIONE

È un disturbo molto comune, la cui eziologia è spesso multifattoriale. Include fattori genetici e anche variabili psicosociali (eventi avversi, circostanze particolarmente traumatiche nell'infanzia o correnti e problemi fisici). Molti studi hanno mostrato che sia i bambini che gli adulti affetti da TS paiono soffrire di depressione e ciò è più frequente in soggetti adulti in cui il deficit persiste da lungo tempo. Pare, infatti, che vi sia un'incidenza di disordini affettivi bipolari nel 30% dei soggetti Tourette.

La presenza della depressione può essere spiegata dal fatto che la TS è un disturbo cronico, causa di disagio sociale. Può anche essere dovuta ad un effetto collaterale dei neurolettici o dipendere dal fatto che i pazienti clinici spesso hanno più di un problema. Non è da dimenticare che la depressione è un problema comune e per questo motivo una certa proporzione di pazienti TS può essere depressa per un qualunque altro evento.

DISORDINI DELLA PERSONALITA'

I pazienti affetti da sindrome di Tourette spesso presentano disordini di personalità multipla. Le cause di ciò possono essere il risultato di un effetto a lungo termine dell' ADHD infantile. Perciò si ritiene che la popolazione TS abbia disordini di personalità che influiscono sia nella prognosi che nel trattamento.

ALTRI COMPORAMENTI ASSOCIATI

Nei pazienti affetti da Sindrome di Tourette sono stati evidenziati anche altri tipi di comportamento come le aggressioni, comportamenti antisociali, difficoltà di apprendimento, disordini di conduzione, sintomi schizoidi, comportamento sessuale inappropriato.

Alcuni casi singoli hanno mostrato anche una relazione tra autismo e sindrome di Tourette.

Tutti i comportamenti sopra elencati sono stati riscontrati in molti casi di pazienti affetti da TS, tuttavia la precisa relazione tra essi e tale sindrome non è chiara. Sarebbe utile approfondire gli studi su pazienti TS lievi in settings non clinici per scoprire se essi sono effettivamente più depressi ed ansiosi o mostrino disordini di personalità di quanto non appaia in ambito di studio. Al momento sono ancora in corso studi che cercano di scoprire una base genetica di questi disturbi.

Eziologia genetica

È abbastanza diffusa l'opinione secondo cui la sindrome di Tourette possa avere una base geneticamente

determinata. Questa asserzione è stata fatta in base ad un'ampia documentazione familiare che suggerisce un'incidenza di anomalia di un gene con tratto autosomico dominante, che determinerebbe un anormale metabolismo della dopamina. Ciò è anche stato mostrato da complesse tecniche di analisi di segregazione.

Un soggetto affetto da TS può trasmettere al figlio il gene difettoso, ma questa predisposizione non è condizione sufficiente allo sviluppo della malattia.

Sono stati proposti numerosi modelli nei quali si suggerisce una predisposizione genetica che coinvolge una copia del gene causa di vulnerabilità, e altri fattori (infezioni,..) che determinano i limiti dell'espressione del gene. La gravità della TS può essere determinata dal numero di geni (uno o due) ed il grado di "penetranza genica". È stata anche suggerita una probabile incidenza poligenica.

Recenti studi affermano che il gene responsabile della malattia non agisce esclusivamente sui meccanismi della dopamina, ma ha un'azione anche sulla serotonina.

Fattori perinatali e infezioni

È stata suggerita una varietà di altri fattori coinvolti nell'eziopatogenesi della sindrome di Tourette, comprese affezioni pre e perinatali, infezioni virali o batteriche.

Fattori perinatali

Leckman ha ipotizzato un modello stress – diatesi per la patogenesi della sindrome di Tourette, secondo cui l'espressione clinica della TS è un prodotto dell'interazione di una congenita vulnerabilità con fattori ambientali (inclusi stimolanti CNS o intermittenti, stress incontrollato durante un periodo critico dello sviluppo cerebrale). Perciò è stato proposto che eventi prenatali come stress durante la gravidanza, forti nausee e medicazioni antiemetiche possano modificare la sensibilità di alcuni recettori dopaminergici, determinando parzialmente la gravità dell'espressione della diatesi della TS.

Altri studiosi hanno dimostrato legami tra la sindrome di Tourette ed eventuali complicazioni durante il parto quali lungo travaglio, soffocamento da cordone ombelicale, parto cesareo, nascite pre-termine.

Neuroimmunologia ed infezioni

Numerosi autori si sono incentrati recentemente nel ruolo che possono avere le infezioni nella eziopatogenesi della TS e dei suoi disturbi correlati.

Tra i fattori ambientali più indagati negli ultimi anni, un ruolo di rilievo spetta alle infezioni causate dallo Streptococco β -emolitico di gruppo A (SBEGA – batterio diffuso nella popolazione e responsabile di oltre il 50% delle faringotonsilliti). In alcuni soggetti questo streptococco può creare un processo patologico auto-immunitario, riconosciuto anche come causa della Corea Reumatica (disturbo neurologico caratterizzato da movimenti involontari diversi dai tic).

Proprio studi sulla corea reumatica hanno permesso di descrivere un nuovo quadro patologico, detto PANDAS (Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections).

Esso consiste in una serie di disturbi di tipo ossessivo compulsivo e da tic. Tali disturbi presentano un'associazione temporale tra l'esordio della relativa sintomatologia clinica e una precedente infezione SBEGA.

Disordini PANDAS, associati all'esacerbazione dei tics o dei sintomi OCB sono stati descritti in molti casi clinici di pazienti TS; inoltre, recenti ricerche hanno identificato una infezione di streptococco nella storia clinica dei pazienti affetti da sindrome di Tourette.

Decorso e prognosi

La sindrome di Tourette ha una lunga aspettativa di vita. Il suo decorso è caratterizzato dalla comparsa di nuovi tics e dalla scomparsa di altri.

Solitamente una prima fondamentale comparsa dei tic avviene a circa 5 anni ed è seguita da un progressivo peggioramento dei pattern. Il periodo di maggiore gravità è intorno ai 10 anni. Nel 22% dei casi la frequenza ed intensità dei tics durante questo periodo è talmente elevata da impedire un corretto svolgimento delle attività scolastiche. Successivamente si ha un declino della gravità dei sintomi tanto che all'età di 18 anni la maggior parte dei soggetti è libera dai tic.

Si pensa che lo stress sia coinvolto nella patogenesi e peggioramento dei sintomi della TS, ma ciò non è ancora sufficientemente documentato.

Sicuramente lo stress aumenta la gravità dei tics, casi clinici documentati riportano che in seguito a situazioni quali la morte di un genitore, malattia, inizio di scuola, divorzi,...si è manifestato un peggioramento dei sintomi della TS.

TRATTAMENTO dei sintomi della sindrome di tourette

Non esiste un trattamento specifico che permetta di guarire dalla sindrome di Tourette, soprattutto perché il modello biochimico che agisce alla base della malattia non è ancora stato scoperto; il tentativo è quindi provare ad agire in modalità diverse.

L'uso di neurolettici è basato sulla possibilità che esista una iperattività dei recettori della dopamina e che tali

farmaci possano contribuire a migliorare i sintomi. Farmaci serotoninergici, invece, trovano motivo di impiego per l'aspetto dei sintomi riferibili allo spettro ossessivo – compulsivo.

Sono spesso associate alla cura farmacologica esperienze di psicoterapia (che agiscono positivamente a livello cognitivo che sul supporto alla famiglia), biofeedback e training autogeno.

Tecniche psicologiche

Nel trattamento della sindrome di Tourette sono state utilizzate molte e varie tecniche psicologiche. La più importante è la pratica negativa massiva (over-rehearsal del tic target, che può scomparire per mezzo di un meccanismo chiamato inibizione reattiva).

Altri trattamenti possono essere una terapia cognitiva o la terapia del rilassamento.

Trattamento farmacologico

La neurobiologia della TS è stata studiata a lungo e molti circuiti (es. frontale-subcorticale; gangli basali-talamo corticale, nucleo accumbens-sistema limbico) e sistemi neurotrasmettitori e/o neuromodulatori sono stati implicati nella sua eziopatogenesi. Questi sistemi di neurotrasmettitori includono le catecolamine (dopamina e noradrenalina), triptofano e i suoi metabolici (serotonina, kinurenina e triptamina), acetilcolina, gli aminoacidi GABA (glutammato, fenilalanina, p-tiroxina), tracce di amine (tiramina), peptidi oppioidi (dinorfina), secondi messaggeri (AMP ciclico), e ormoni androgeni.

Dalle indagini post mortem di pazienti TS è emerso che molte parti del cervello sembrano essere anormali. Studi sui movimenti oculari sembrano implicare una disfunzione dei gangli basali. Studi MRI hanno evidenziato la grandezza del corpo calloso e la perdita della normale predominanza asimmetrica del caudato.

Il principale trattamento dei sintomi motori e vocali della TS ed altri comportamenti associati, sono trattati attraverso chemioterapia.

Il trattamento farmacologico della TS può essere complesso e difficile.

Spesso sono richieste strategie di combinazione a seconda dei sintomi da colpire; pazienti i cui profili rivelano una molteplicità di sintomi appaiono refrattari a molti trattamenti.

trattamento farmacologico dei tics motori e vocali

Il medicinale comunemente prescritto per i tics vocali e motori sono gli antagonisti della dopamina. Gli elementi che hanno riportato migliori risultati sono l'haloperidolo, pimozide, sulpiride e tiapride. Altri farmaci quali clonidine, clonazepam sono di dubbia efficacia.

Farmaci che modulano la dopamina

Neurolettici tipici (antagonisti della dopamina).

I neurolettici sono spesso usati come agenti antipsicotici. Si pensa agiscano interferendo con la trasmissione dopaminergica cerebrale bloccando i recettori della dopamina. Essi possono anche avere effetti su recettori colinergici, α -adrenergici, istaminergici e serotoninergici.

HALOPERIDOL: è un bloccante dei recettori dopaminergici D2. è uno dei più utilizzati nel trattamento della TS in molti paesi. Tuttavia questo tipo di farmaco produce gravi effetti collaterali.

PIMOZIDE: è un derivato della difenilbutilpiperidina che possiede una attività bloccante a livello post sinaptico per i recettori D1 della dopamina.

SOSTITUTI DELLE BENZAMIDI: sono antagonisti selettivi per D2, sono divenuti popolari in tutto il mondo per il trattamento dei tic motori e vocali.

SULPIRIDE: è stato utilizzato per la prima volta nel 1970. Gli effetti positivi di questo farmaco sono: decremento dei tics motori e vocali, decremento sintomi OCD, decremento del comportamento aggressivo, decremento di ecofenomeni e tensione.

TIAPRIDE: è molto usato in Europa, un caso di una paziente di 17 anni ha mostrato che riduce notevolmente la sintomatologia della TS.

Neurolettici atipici

Solamente tre categorie di neurolettici atipici sono stati utilizzati per la cura di pazienti affetti da sindrome di Tourette.

RISPERIDONE: ha una alta affinità con i recettori 2A per la 5-idrossitriptamina (5-HT), mentre inferiore è la sua affinità con i recettori 2D per dopamina. Come farmaco dovrebbe essere di beneficio, soprattutto in pazienti con OCB, ove è implicata la 5-HT.

CLOZAPINA: è un composto di dibenzodiazepina per di più antagonista per i recettori di 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C} e 5-HT₃. Pazienti che assumono questo farmaco devono monitorare regolarmente il loro sangue in quanto possono sviluppare agranulocitosi.

OLANZAPINA: utilizzato solo recentemente si è mostrato un trattamento di successo.

Effetti collaterali dei neurolettici

I neurolettici sono utili nei trattamenti per la TS, sfortunatamente sono spesso associati ad effetti collaterali inaccettabili. Per esempio, circa l'84% dei pazienti trattati con haloperidolo ha provato effetti collaterali durante il corso del trattamento e solo una piccola parte ha potuto continuare ad assumere il farmaco per lunghi periodi. Alcuni degli effetti collaterali riportati sono: effetti collaterali distonici acuti, tremori parkinsoniani, depressione, fobie, ostilità e aggressività.

Persone famose affette da sindrome di tourette

- Jim Eisenreich (giocatore di baseball): gli è stata diagnosticata la sindrome di Tourette all'età di 23 anni. La sua carriera fu a rischio quando i suoi sintomi peggiorarono. Impiegò più di tre anni per trovare il giusto dosaggio di antidepressivi per controllare i suoi sintomi, e successivamente poté riprendere la sua carriera.
- Mahmoud Abdoul Rauf (giocatore di basket): il vero nome è Chris Jackson. È uno dei principali lanciatori liberi in NBA.
- Paul Gascoigne: secondo molti medici manifesterebbe segni di sindrome di Tourette
- Samuel Johnson (1709 – 1784): famoso scrittore inglese. I suoi amici notarono un peggioramento e cambiamento nei suoi tics. Spesso emetteva rumori ripetuti e fischi. Era inoltre un soggetto compulsivo, spesso eseguiva complessi rituali prima di passare attraverso una porta. Attraverso particolari circostanze riscontrabili nella sua biografia è possibile ipotizzare che fosse affetto da TS.
- Wolfgang Amadeus Mozart (1756 – 1791): è stato pubblicato nel 1992 un articolo sul British Medical Journal, che affermava che Mozart potesse essere affetto da TS. La verità non potrà mai essere svelata, l'unico dato è che scrisse lettere alla cugina Maria contenenti molte parole oscene, riferite a funzioni corporali. È stato anche documentato dalla storiografia che era affetto da numerosi tics e amava distorcere e ripetere parole.
- Eminem (Marshall Bruce Mathers): secondo gli esperti manifesterebbe sintomi della sindrome di Tourette.

Conclusioni

"Cazzo, dottore, cazzo, sto proprio meglio... cazzo!"

È necessario che la sindrome di Tourette sia conosciuta e studiata di più. La scarsa conoscenza su origine e decorso della sindrome è causa della mancanza di terapie specifiche.

Riuscire a limitare le manifestazioni tourettiche è una necessità non tanto sociale quanto strettamente medica, soprattutto nel momento in cui si ha un sommarsi dei tics e delle patologie ossessivo - compulsive o sindromi da iperattività o quando i movimenti ripetuti e scattanti della testa portano a disturbi della colonna cervicale o delle spalle.

Non di rado questo deficit ha forti ripercussioni sulle situazioni familiari, sociali e lavorative. Non essendo invalidante a livello cognitivo può affliggere anche soggetti dalla creatività più marcata della media, veri e propri talenti con sicure capacità di raggiungere il successo (come dimostrato dai personaggi famosi affetti da sindrome di Tourette).

È fondamentale, quindi, un supporto di medici e parenti che può dimostrarsi decisivo anche nelle condizioni più difficili.

Bibliografia

1. Castelnuovo Rossella, "La sfida di Tourette", *Mente & Cervello*, settembre 2003, vol. 1(5), pag. 78 – 81.
2. Dooley, J.M., Brna P. M., Gordon K. E., "Parent perceptions of symptom severity in Tourette's Syndrome", *Arch. Dis. Child.*, 1999, vol. 81, pag. 440 – 441.
3. Palmieri Maia Debora, Cardoso Francisco, "Complex phonic tic and disinhibition in Tourette Syndrome", *Arq Neuropsiquiatr*, 2001, vol. 53 (3-A), pag. 587 – 589).
4. Robertson Mary M., "INVITED REVIEW: Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment", *Brain*, 2000, vol. 123, pag.425 – 462.
5. Sapone Roxana, Lisanti Felice, "La sindrome di Gilles de la Tourette e il disturbo ossessivo – compulsivo, un caso di comorbidità" (www.tourette.it)
6. Teive, Hélio A. G., et al., "Tics and Tourette Syndrome: clinical evaluation of 44 cases", *Arq. Neuropsiquiatr*. 2001, vol. 59 (3-B), pag. 725 – 728.
7. Valsamma Eapen et al., "Prevalence of tics and Tourette syndrome in an inpatient adult psychiatry setting", *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 2001, vol. 26 (5), pag.417 – 420)

su internet

1. www.tourette.it
2. www.unicorno.it/tourette/ticdimatteo
3. www.univtrieste.it/~brain

Articolo tratto da **Obiettivo Psicologia** (<http://www.opsonline.it>),
la web community per studenti, laureati e professionisti della Psicologia