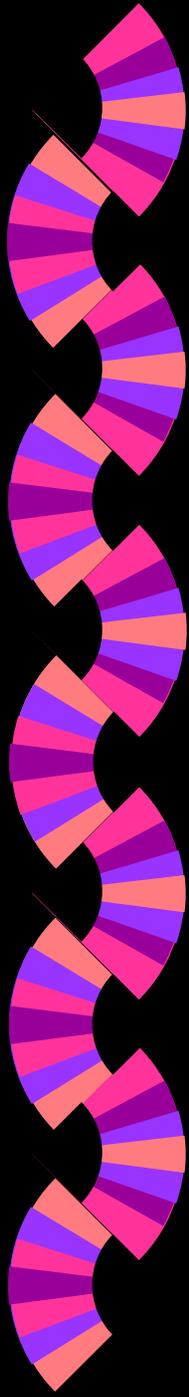


# TIQUES, ESTEREOTIPIAS E HÁBITOS

- Disciplina de pós graduação em  
Psicologia Clínica –  
10a. aula

**Francisco B. Assumpção Jr.**  
**cassiterides@bol.bom.br**





## **MODELOS DE COMPORTAMENTOS REPETITIVOS DA INFÂNCIA (Hoder, Cohen; 1983)**

### **1. Recém Nascido**

- a) Sucção de mão e polegar**
- b) Ereção do pênis**

### **2. Recém Nascido ( 0 a 1 mês de vida)**

- a) Ritmos**
- b) Ereções espontâneas**
- c) Reações de assustar-se**
- d) Sorriso reflexo**
- e) Soluções de inspiração**
- f) Contrações mioclônicas**



## **MODELOS DE COMPORTAMENTOS REPETITIVOS DA INFÂNCIA (Hoder, Cohen; 1983)**

### **3. Infância ( 0 a 1 ano)**

#### **a) Comportamentos de sucção**

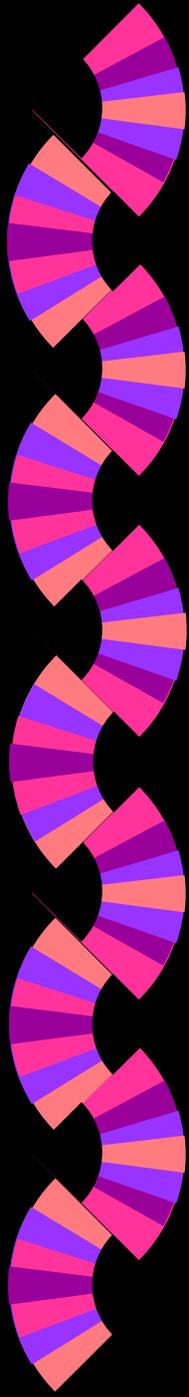
- sucção de polegar e dedos
- sucção e mordidas de lábios
- sucção de língua

#### **b) Chutes com os pés**

#### **c) Comportamentos de balanço e rolagem**

- balanço do corpo
- roleio de cabeça
- batidas de cabeça

#### **d) Bruxismo**



# **MODELOS DE COMPORTAMENTOS REPETITIVOS DA INFÂNCIA (Hoder, Cohen; 1983)**

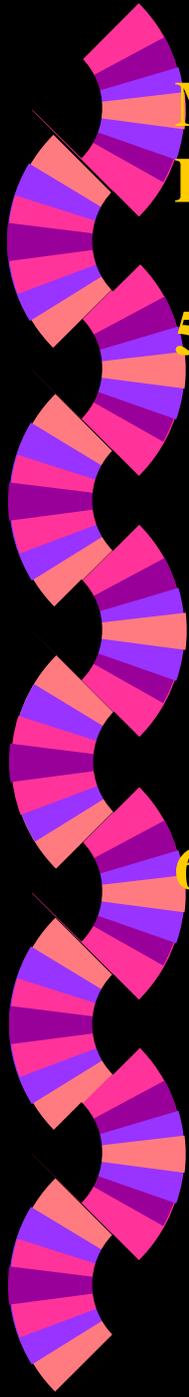
## **4. Infância ( após 1 ano)**

### **a) Comportamentos de automutilação**

- roer unhas ( onicofagia)**
- enfiar o dedo no nariz**
- tricotilomania**
- eczema**

### **b) Espasmos e hábitos**

- Distúrbio de tique transitório**
- Distúrbio de tique crônico**
- Distúrbio atípico**
- Síndrome de Gilles de la Tourette**



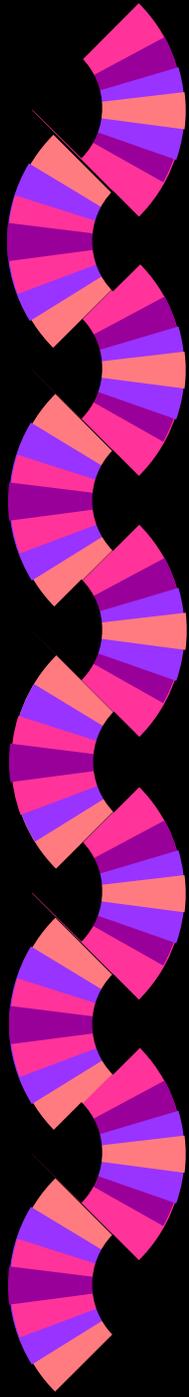
## **MODELOS DE COMPORTAMENTOS REPETITIVOS DA INFÂNCIA (Hoder, Cohen; 1983)**

### **5. Comportamentos estereotipados associados com doenças físicas**

- a) induzidas por drogas**
- b) doenças degenerativas do Sistema Nervoso Central**
- c) distúrbios convulsivos e de movimentos**

### **6. Comportamentos estereotipados em crianças com comprometimentos sensoriais**

- a) Cegueira**
- b) Surdos-mudos**



## **MODELOS DE COMPORTAMENTOS REPETITIVOS DA INFÂNCIA (Hoder, Cohen; 1983)**

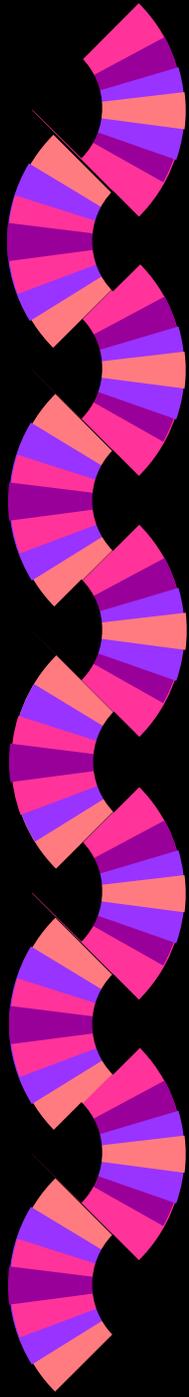
**7. Comportamentos estereotipados em crianças com  
deficiências múltiplas e retardos mentais**

**8. Comportamentos estereotipados em crianças com doenças  
psiquiátricas**

**a) transtorno obsessivo-compulsivo**

**b) autismo infantil**

**c) esquizofrenia infantil**



## **TIQUES**

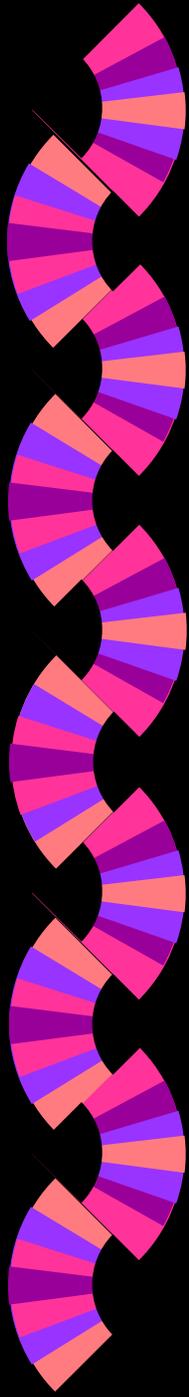
**Criação da palavra no século XVI - afecção de cavalos**

**Natureza convulsiva, inoportuna e excessiva dos movimentos dos tiques, requerendo envolvimento cortical ( Meige,1907)**

**Descrições clínicas de tiques (Trosseau; 1873)**

**Importância do fator psíquico causando tiques (Charcot, 1887)**

**Forma particular de tiques (Gilles de la Tourette, 1885)**



## **TIQUES**

### **Definição**

**Descreve uma variedade de movimentos motores involuntários, rápidos e repetitivos, habitualmente circunscritos a grupos musculares e que não têm um propósito aparente (Shapiro, 1987).**

**Podem envolver face, pescoço, tronco e membros superiores e inferiores, também podendo apresentar vocalizações e frases faladas e complexas.**

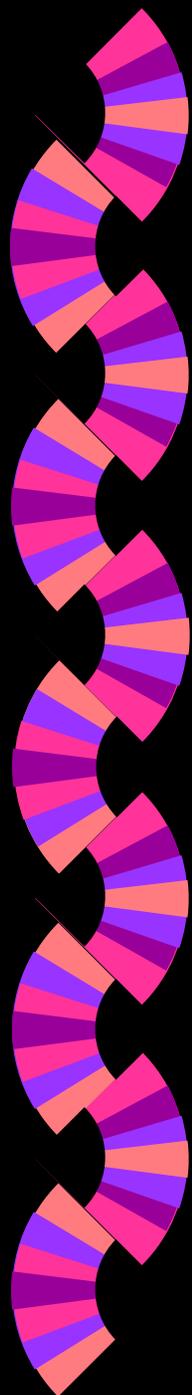


## **TIQUES**

**Costumam desaparecer durante o sono e são exacerbados pelo estresse, podendo ser suprimidos por esforço voluntário embora sejam sentidos como irreprimíveis.**

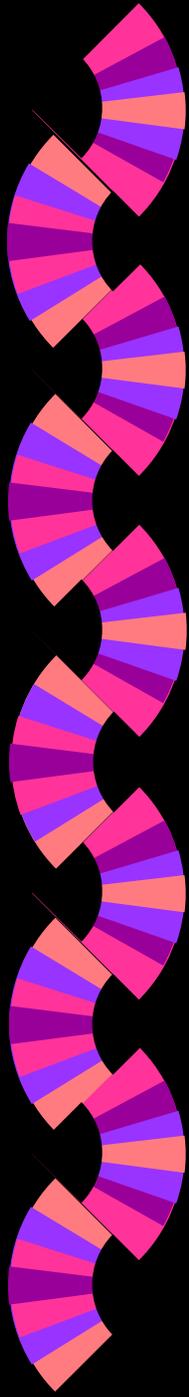
**Podem ser expressos como simples sacudidelas musculares, com movimentos mais complexos, ou na forma de sons como: grunhidos, latidos, fungadas, limpeza de garganta ou coprolalia.**

**Pode ser usado para descrever uma série de movimentos involuntários que variam de simples contrações musculares a frases faladas complexas.  
(APA; 1986)**



## **TIPOS DE TIQUES** **(Alexander; 1979)**

- 1. Oral ( sucção de polegar, de dedos, onicofagia, protrusão de língua)**
- 2. Nasal ( enfiar dedos no nariz, enrugar o nariz)**
- 3. Manual (beliscar dedos, estalar mãos, cerrar punhos)**
- 4. Pêlos (puxar e enroscar cabelos, roçar cabeça)**
- 5. Aural (puxar e beliscar a orelha)**
- 6. Irritacional ( esfregar o corpo)**
- 7. Ocular (esfregar os olhos, piscar pálpebras, piscar)**
- 8. Genital (manipulação de genitália, roçar coxas)**
- 9. Facial (careta, contração muscular)**



## **TIQUES MOTORES**

### **Simples -**

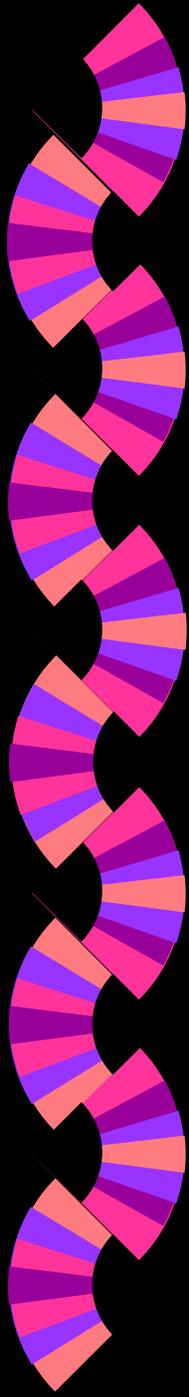
- piscar de olhos
- movimentos bruscos do pescoço
- levantar ombros
- fazer caretas

### **Complexos -**

- bater-se
- saltar e saltitar

### **Tiques Vocais simples**

- latidos
- limpeza de garganta
- fungar e assobiar



## **TIQUES MOTORES**

### **Complexos -**

- repetição de palavras socialmente reprovadas (coprolalia)**
- repetição de seus próprios sons ou palavras (palilalia)**



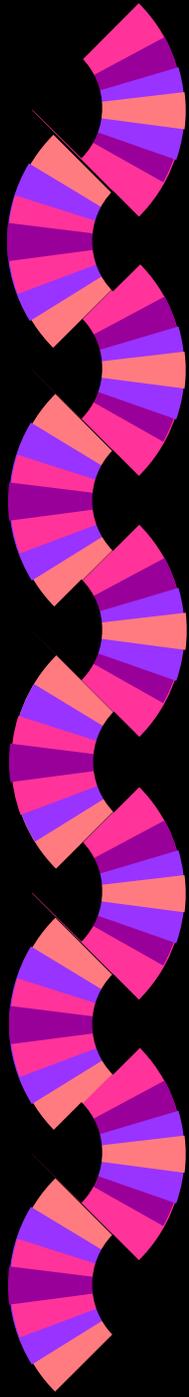
## **CLASSIFICAÇÃO**

### **1. Transtorno de Tique Transitório**

**Tique que não persiste por mais de 12 meses.  
Mais frequente por voltas dos 4 a 5 anos, aparecendo  
sob a forma de piscar de olhos, mímica facial ou  
movimentos de cabeça.**

### **2. Transtornos de Tique Motor ou Vocal Crônico**

**Critério geral de tique onde existem tiques motores  
ou vocais mas não ambos ao mesmo tempo e podem  
ser isolados ou, mais frequentemente, múltiplos, por  
mais de 1 anos.**



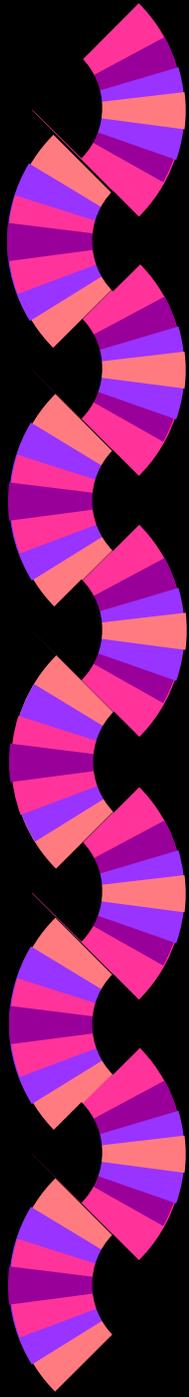
## **CLASSIFICAÇÃO**

### **3. Tiques Motores e Vocais Múltiplos ( Síndrome de Gilles de la Tourette)**

**Há ou tem havido tiques motores múltiplos e tiques vocais, embora não obrigatoriamente ocorrendo de maneira simultânea.**

**Início na infância ou adolescência com história de tiques motores antes dos vocais. Se agrava e persiste na idade adulta.**

**Tiques vocais: vocalizações, limpeza de garganta e grunhidos repetitivos e explosivos, emissão de frases ou palavras obscenas (copropraxia). Podem ser voluntariamente suprimidos por curtos períodos, exacerbados pelo estresse, desaparecer com o sono.**



## **IDADE DE INÍCIO E FREQUÊNCIA**

**90% entre 3 a 6 anos (Anderson;1973)**

**3/5 dos casos entre 5 a 12 anos**

**menos de 4% após 20 anos**

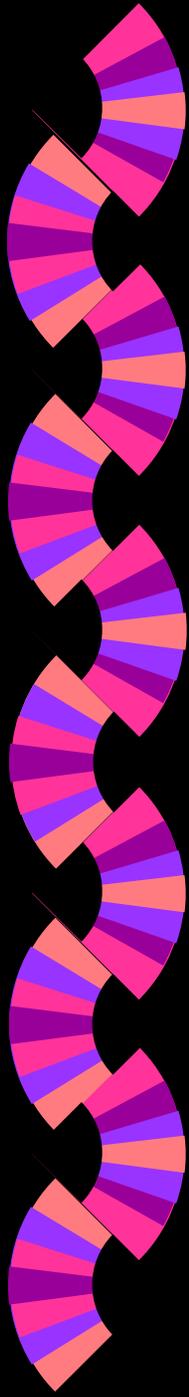
**10 a 24% das crianças irão manifestar tiques alguma vez, embora esses sejam transitórios (Barabas; 1986)**

**Prevalência (APA; 1986) - 0,1 a 0,5 casos por mil.**

**Tiques faciais (92%), braços (78%), pescoço (54%), olhos (31%).**

**Tiques vocais - inarticulações (65%), coprolalia (58%), ecolalia (23%)**

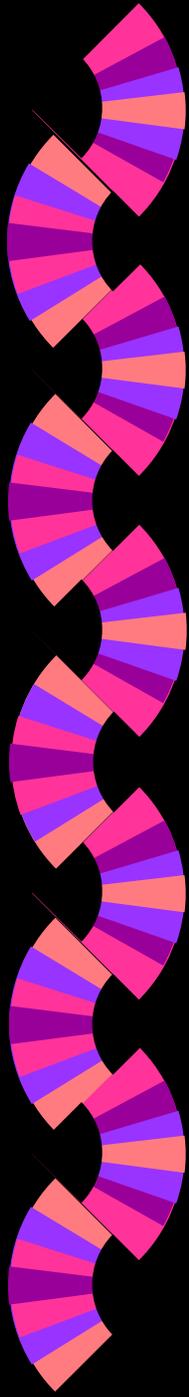
**Meninos:Meninas - 2:1 (Zausmer); 3,7:1 (Mahler)**



## **EVOLUÇÃO**

**Tiques Transitórios - podem desaparecer definitivamente ou voltar em situações estressantes (APA)**

**Síndrome de la Tourette - remissões e exacerbações de duração variável, sendo comum persistir durante toda a vida.**

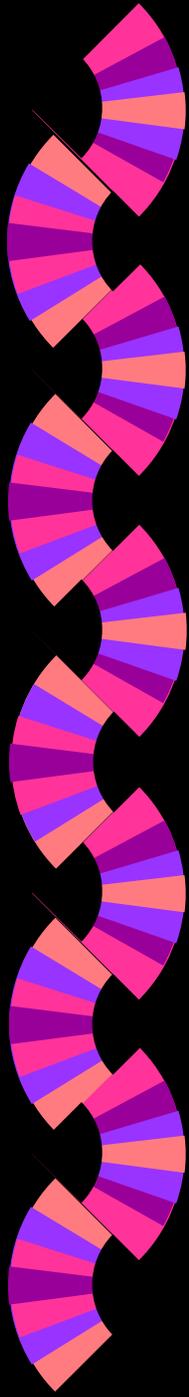


## **ETIOLOGIA**

### **Personalidade -**

**I - Boa adaptação e boa escolaridade: o tique interfere no meio familiar, crianças ansiosas e infantis.**

**II - Crianças instáveis, turbulentas, desatentas. Tique é manifestação paroxística de inadaptação ao meio, com comportamentos turbulentos, de contrariedades e de agressividade.**



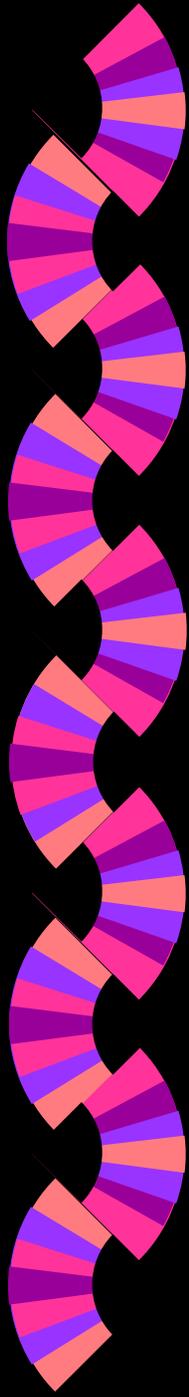
## **ETIOLOGIA**

### **Famílias -**

**Ambiente tenso, mãe perfeccionista e ansiosa, funcionando ora com permissividade, ora com repressão.**

**Costumam suportar mal a criança com tique, interpretado como hostil e agressivo, tendendo a reprimí-los provocando sentimentos de culpa.**

**Ansiedade dos pais vista como fator de manutenção e eventos da vida tem sido responsabilizados como causa, principalmente na exacerbação (Corbett; 1985)**



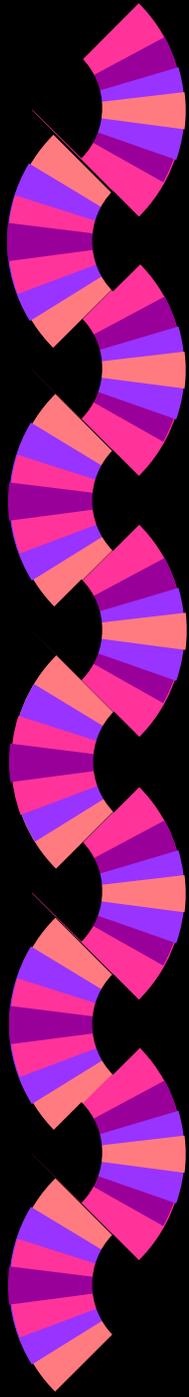
## **ETIOLOGIA**

### **Genética -**

**Correlação importante.**

**Incidência de tiques nos pais estimada em 10 a 40%  
(Corbett; 1985)**

**Modo de transmissão incerto, influência do sexo  
p.ex.: Quando Gilles de la Tourette acomete menina cujo  
antecedente familiar é mais forte do que quando se trata de  
menino**



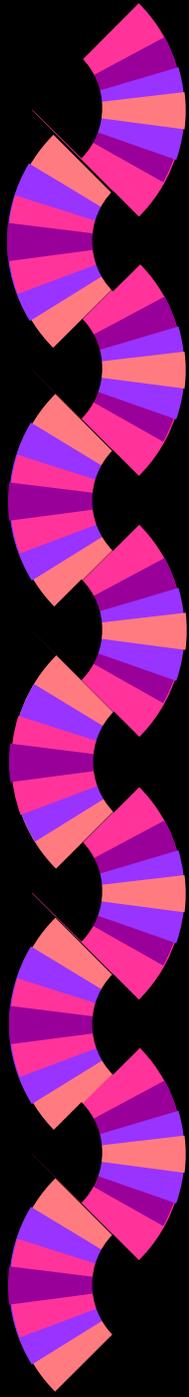
## **ETIOLOGIA**

### **Anormalidades Neurológicas**

**Mais da metade tem sinais neurológicos leves e taxas de organicidade diferem entre pacientes e grupos controles.**

**Anormalidades eletroencefalográficas não específicas tem sido encontradas.**

**Discrepante performance verbal (QI verbal) acima de 15 pontos em S. Gilles de la Tourette.**

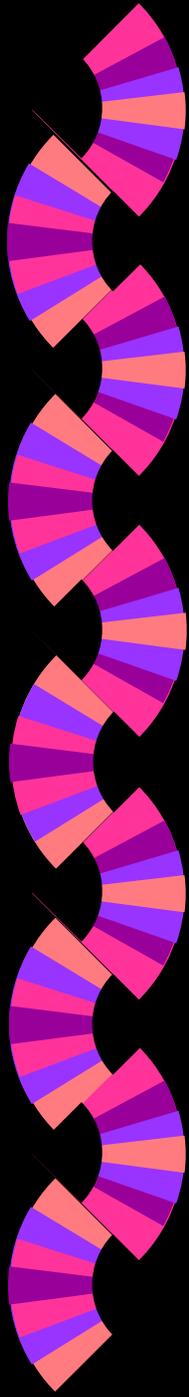


## **ETIOLOGIA**

### **Bioquímica**

**Mecanismos dopaminérgicos - drogas que aumentam a dopamina no cérebro ( metilfenidato) aumentam os tiques e drogas que inibem sua síntese ( pimozide e haloperidol) os diminuem. ( Corbett; 1985)**

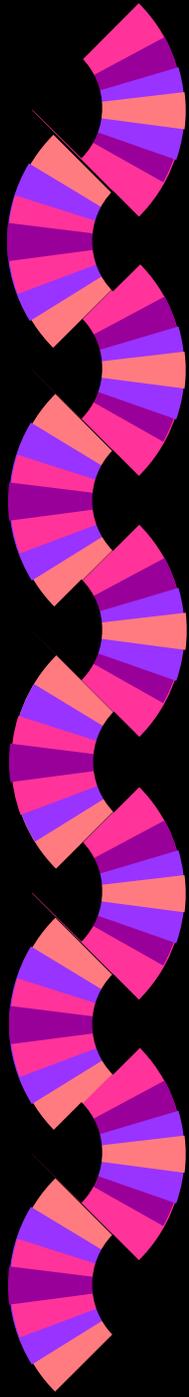
**Mecanismos serotoninérgicos e noradrenérgicos envolvidos na Síndrome de Gilles de la Tourette ( Corbett; 1985)**



## **QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO**

### **Critérios para Transtorno de Tique Transitório**

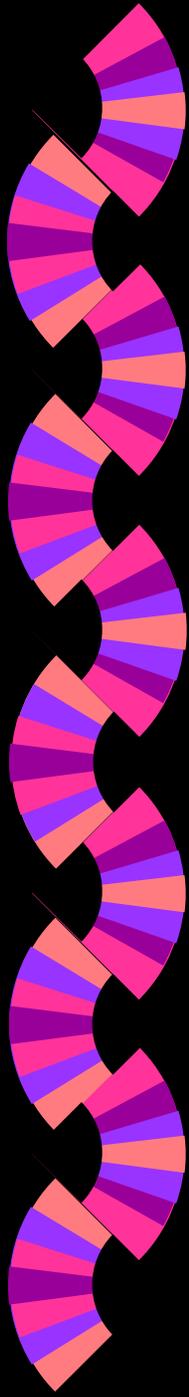
- a) aparecimento na infância ou início da adolescência**
- b) presença de movimentos motores recorrentes, involuntários, repetitivos, rápidos, sem finalidade (tiques)**
- c) capacidade de suprimir voluntariamente os movimentos por períodos que vão de minutos a horas**
- d) intensidade de sintomas variáveis durante semanas ou meses**
- e) duração de pelo menos um mês, mas nunca excedendo um ano**



## QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

### **Critérios para Transtorno de Tique Motor Crônico**

- a) presença de movimentos recorrentes, involuntários, repetitivos, rápidos, sem finalidade (tiques), que não afetam mais do que três grupos musculares de cada vez**
- b) intensidade variável dos tiques durante semanas ou meses**
- c) capacidade de suprimir voluntariamente os movimentos por períodos que vão de minutos a horas**
- d) duração de pelo menos um ano**



## **QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO**

### **Critérios para S. Gilles de la Tourette**

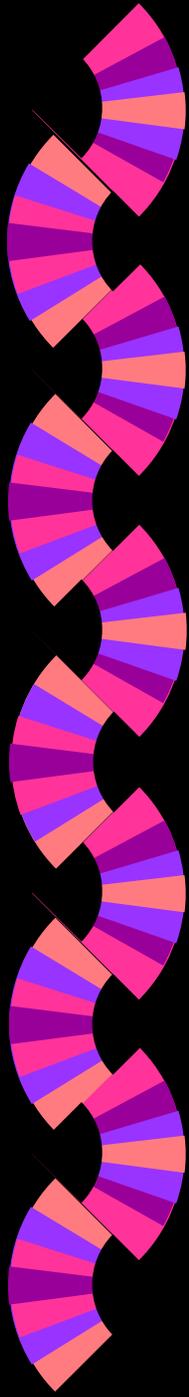
- a) idade de aparecimento entre 2 e 15 anos**
- b) presença de movimentos motores recorrentes, involuntários, repetitivos, rápidos e sem finalidade, que afetam múltiplos grupos musculares**
- c) múltiplos tiques vocais**
- d) capacidade de suprimir voluntariamente os movimentos por períodos que vão de minutos a horas**
- e) intensidade variável dos sintomas durante semanas ou meses**
- f) duração de pelo menos 1 ano**



# QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

## Diagnóstico Diferencial

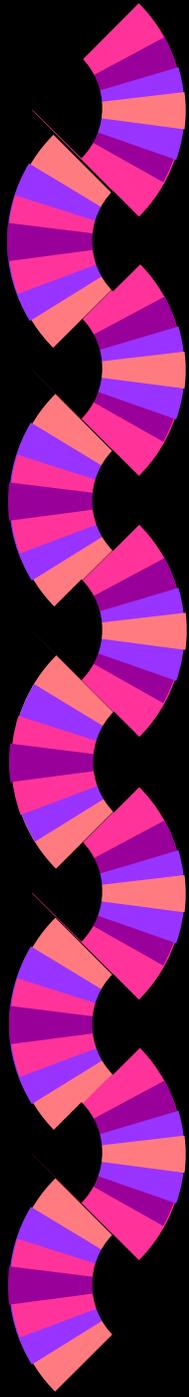
- 1. Movimentos coreiformes: dançantes, ao acaso, irregulares não repetitivos**
- 2. Movimentos distônicos: lentos, serpenteantes, alternando com estados prolongados de tensão muscular**
- 3. Movimentos atetóides: lentos irregulares, de contorção, mais frequentemente em dedos das mãos ou pés**
- 4. Movimentos mioclônicos: contorções musculares breves, similares a descargas elétricas, podem afetar parte ou totalidade de um músculo mas não grupos musculares**



# QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

## Diagnóstico Diferencial

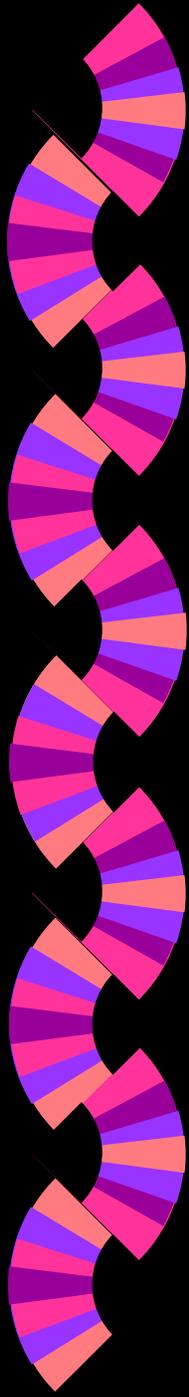
- 5. Movimentos hemibalísticos: intermitentes, largos, explosivos, com movimentos unilaterais dos membros. Espasmos estereotipados, lentos e prolongados afetando grupos musculares.**
- 6. Espasmos hemifaciais: tremores repetitivos e unilaterais dos músculos faciais**
- 7. Sincinesias: movimentos de canto da boca quando o indivíduo fechar o olho ou vice-versa**



## **QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO**

### **Diagnóstico Diferencial**

- 8. Discinesias: movimentos silenciosos, orobucolinguais ou mastigatórios, com movimentos dos membros**
- 9. Estereotipia: hábito, voluntário, breve ou prolongado, ou um maneirismo que, muitas vezes é vivenciado agradavelmente**



## **TRATAMENTO**

### **Psicofarmacoterapia**

**Fenotiazinas**

**Tranquilizantes Menores ( diazepam e clonazepam) -  
melhoria temporária**

**Haloperidol - bloqueio dopaminérgico - doses de 0,5  
a 1,5 mg/dia - melhoria em 89% dos casos**

**Pimozide - bloqueio dopaminérgico - doses de 1 a 4  
mg/dia**

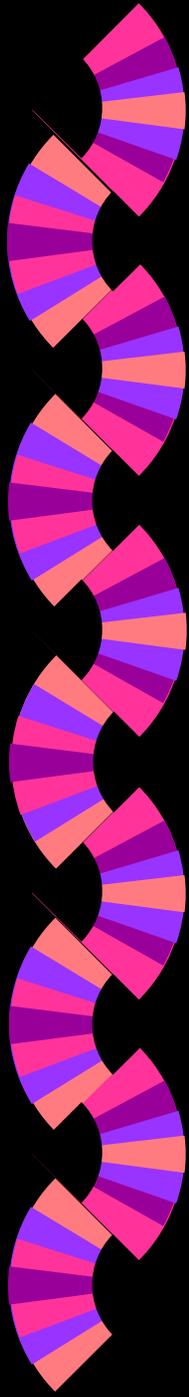
**ADT - doses de 25 a 100 mgs/dia**

**IRSSe - fluoxetina**

**paroxetina**

**sertralina**

**Psicoterapia individual e familiar**



## **ESTEREOTIPIAS**

**Movimentos voluntários, repetitivos, rítmicos, estereotipados, não funcionais, não fazendo parte de nenhuma condição neurológica ou psiquiátrica.**

**Variam de sem a com auto agressão**

**Mais frequentes na infância, condição autiolimitada, benigna, associada ao desenvolvimento normal, terminando ao redor do segundo ano de vida.**



## **ESTEREOTIPIAS**

### **“Head Banging” ( Bater a cabeça)**

**Movimento de balanceio de grande amplitude, para frente e para trás, com golpe mais ou menos violento da cabeça contra superfície dura, geralmente cabeceira do berço.**

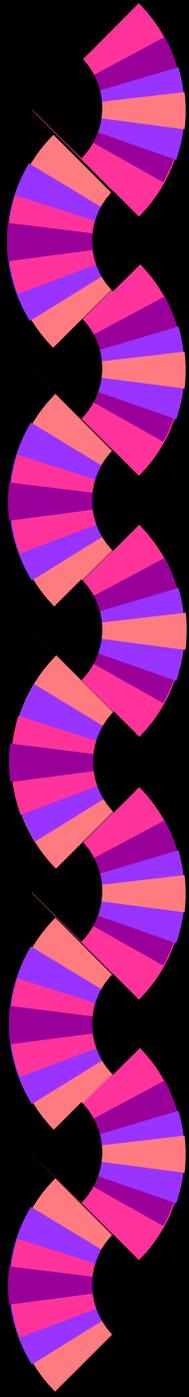
**Ocorrem mais a noite, provocam lesões cutâneas (calosidade)**

**Não parece sentir dor ou a neutraliza pelo aporte cinestésico, auditivo e rítmico.**

**5 a 15% das crianças normais.**

**Início: 8 meses, raramente após 4-5 anos**

**3:1 meninos**



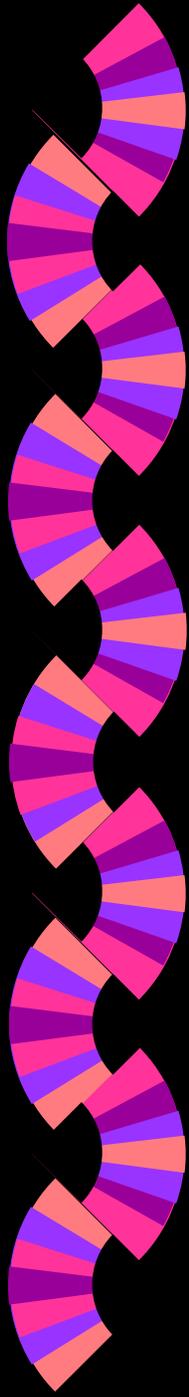
## **ESTEREOTIPIAS**

### **“Body Rocking” ( Balanceio do corpo)**

**Balanço rítmico e prolongado do tronco em sentido antero-posterior, com a criança sentada. Pode ser também lateral ou antero-posterior em pé.**

**19 e 21% das crianças normais**

**Transitória desaparecendo entre 2 e 3 anos de idade embora em alguns casos persista até a adolescência**

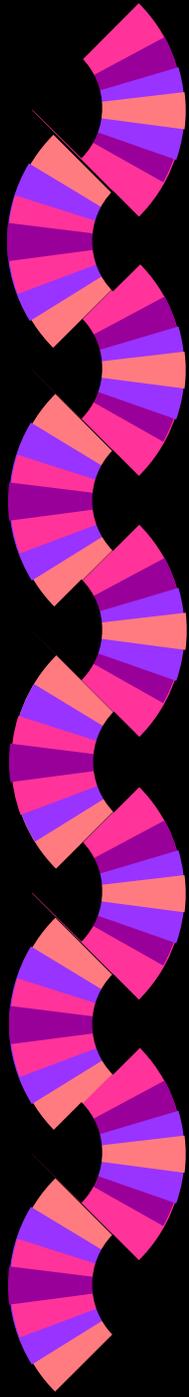


## **ESTEREOTIPIAS**

### **“Head Rolling” (Balanceio de Cabeça)**

**Movimentos de balanceio da cabeça de lado a lado, rítmico e regular que pode ser acompanhado de balanceio corporal com a criança em pé.**

**Início entre 2 a 3 meses embora a idade média inicial seja maior do que 12 meses com resolução espontânea ao redor dos 2 anos.**



## **ESTEREOTIPIAS**

**Etiologia -**

**Desenvolvimento neurológico e eletroencefalográfico normais**

**Diminuição da tensão ( idade de aparecimento igual a dos dentes incisivos - Robinowitz; 1983) (crianças abandonadas e hospitalizadas) - estimulação vestibular por insuficiência cinestésica - Ajuriaguerra; 1980)**



# **ESTEREOTIPIAS**

**Tratamento -**

**Resolução espontânea**

**Intervenção em casos de ganho secundário**

**Canalização da atenção para outras atividades - maternagem,  
estimulação sensorial**

**Quando lesivos - estímulos auditivos rítmicos, até contenção  
e uso de capacetes**

**Quadros graves - psicofármacos ( tranquilizantes,  
fenotiazinas, haloperidol, ADT, IRSSe)**



## **HÁBITOS**

### **SUCÇÃO DE DEDOS**

**Forma mais precoce de manipulação corporal.**

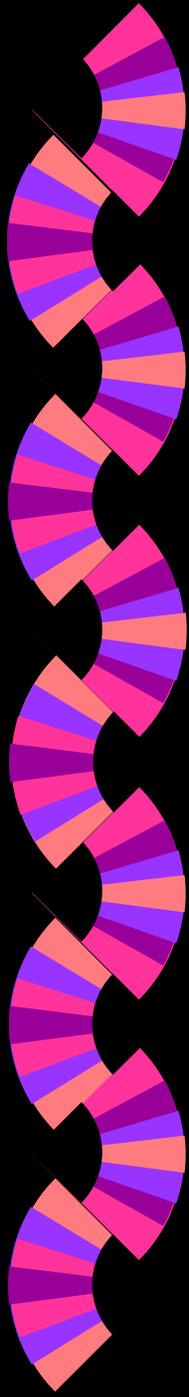
**Comum nos 2 primeiros meses e observada intra-útero**

**Início do fenômeno casual.**

**Início nos primeiros meses com maior intensidade durante a erupção dos dentes.**

**Ocorre quando a criança está quieta, parada ou prestes a dormir.**

**Comportamentos associados: puxar a orelha, enrolar cabelos, roça o nariz, usa uma fralda ou bichinho ( objeto transicional de Winnicot)**



## **HÁBITOS**

### **SUCÇÃO DE DEDOS**

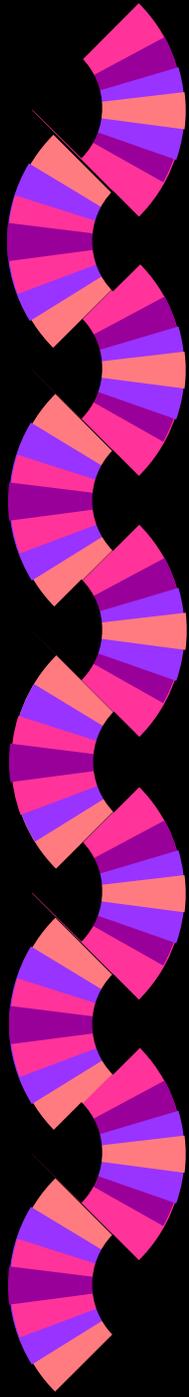
**Frequência: 15 a 60% com diferença segundo sexo.**

**45% sucção de deods entre 3 e 4 anos e meio**

**13,6% nas de 6 anos**

**5,9% entre 7 e 11 anos de idade**

**Rara na adolescência**



## **HÁBITOS**

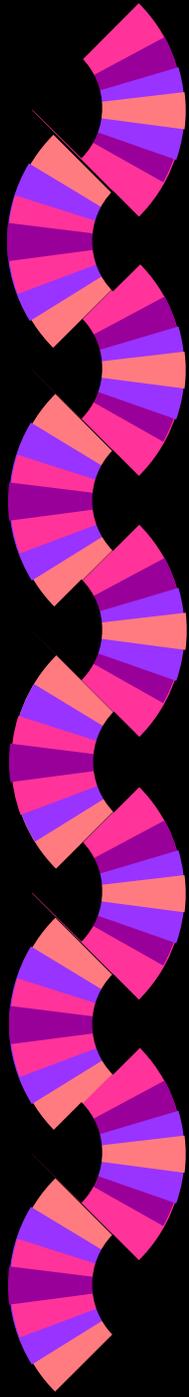
## **SUCÇÃO DE DEDOS**

### **Etiologia**

**Gesell(1985) - associado a fome nas primeiras semanas de vida e depois a dentição**

**Freud (1972) - manifestação sexual relacionada a comportamentos adultos de fumar, beber e transtornos alimentares**

**Necessidades insatisfeitas, isolamento, regressão, perda, separação (APA; 1986)**



## HÁBITOS

### SUCÇÃO DE DEDOS

**Sem efeitos nocivos até ao redor dos 6 anos, na dentição mista observa-se má oclusão, mordida cruzada, maxila deslocada para frente, retrusão da mandíbula, deformidade da arcada, aprofundamento de palato.**

**Em consequência: deglutição atípica  
dificuldades na fala ( principalmente  
consoantes)**



## **HÁBITOS**

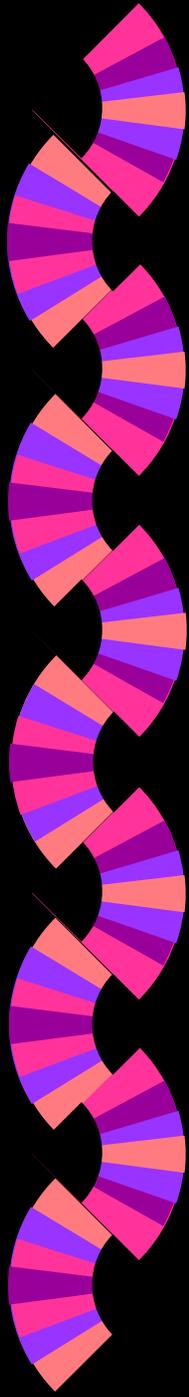
## **SUCÇÃO DE DEDOS**

### **Tratamento**

**Crianças pequenas: nenhum**

**4 a 5 anos: restrição mecânica ou uso de substâncias nas unhas para que se impeçam complicações não são recomendadas pelo estresse adicional.**

**Idade escolar: técnicas de modificação de comportamento quando alteram o relacionamento sócio-familiar  
Odontopediatra utilizando aplicação intra-oral fixa ou removível (Hoder, 1983)**



## **HÁBITOS**

### **ROER UNHAS ( onicofagia)**

**Raro antes dos 3 anos**

**Incidência igual entre homens:mulheres**

**7 e 10 anos - 18 a 33%**

**13 aos 15 anos - 45% (Lucas, 1979)**

**Causas: Ansiedade, tensão, estresse**

**Desordens emocionais no ambiente familiar**

**rivalidade fraterna**

**conflito entre os pais**

**insegurança emocional**



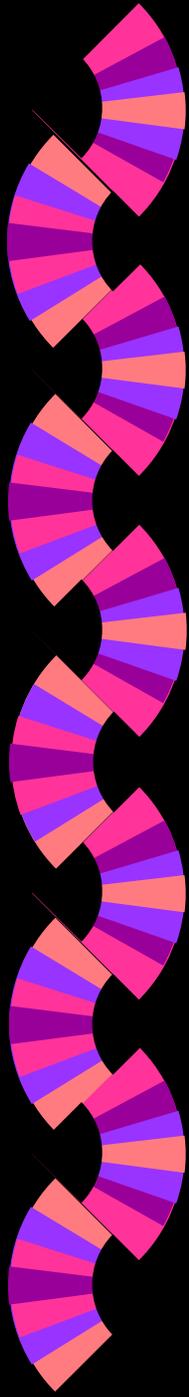
## **HÁBITOS**

### **ROER UNHAS ( onicofagia)**

**Forma deslocada e inconsciente de atividade masturbatória (aparecimento na fase fálica) ou autopunição por fantasias e pensamentos não aceitáveis (Hoder; 1985).**

**Deslocamento e regressão com substituição de prazer genital por oral (Ajuriaguerra; 1980)**

**Tratamento: remoção das causas de tensão  
utilização de brinquedos para distração (menores)  
reforço positivo e da vaidade (escolares)  
reforço negativo com benefício limitado**



## HÁBITOS

### MASTURBAÇÃO EXCESSIVA

**Atividade auto erótica que se incrementa na adolescência.**

**“Assume aspectos patológicos quando se consolidam regressivamente as fixações infantis, tomando caráter compulsivo e se tornando prejudicial ao desenvolvimento, com o indivíduo se tornando dependente do ato e a libido objetal ficando impedida de se voltar para o exterior”  
(Ajuriaguerra; 1980)**

**Pode ser decorrente de déficit egóico (RM) e déficit no desenvolvimento, com finalidade de enfrentamento e agressão**



## **HÁBITOS**

### **MASTURBAÇÃO EXCESSIVA**

**Pode estar ligada a**

- ansiedade de castração**
- fantasias incestuosas**
- conflitos a respeito de impulsos agressivos**

**Conflitos parentais definem “o que é” e o “que não é”  
excessivo**

**Tratamento: determinar a causa do sintoma**