رویش روان شناسی، سال ۸ شماره ۱، شماره پیاپی ۳۴، فروردین ماه ۱۳۹۸
Rooyesh-e-Ravanshenasi, 8(1), 2019

ویژگی های بالینی سندرم تورت و اختلالات تیک
Clinical features of Tourette syndrome and tic disorders

Mohsen Soruri
MSc Child and Adolescent Clinical Psychology
soruri_mohsen@yahoo.com

محسن سروری
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان دانشگاه تبریز

Abstract
Childhood is an important period of human life. Now children do not only need physical care and attention, but the attention and training should include all aspects of social development, emotional, and intellectual personality encompassing. In the meantime, according to the course of the disease is important. Disorders of childhood and adolescence can delay or even prevent the social development of children are from developing. Obviously, the social development of children affected by various factors such as heredity, environment, culture, attitudes and behaviors of parents, sibling and peer relationships, behavior and training programs will be teachers.
Tics starts usually between 4 and 6 years old, and most intense between 10 and 12 years of age occurs, so that its intensity is reduced in adolescence. Following the definition of this group of disorders and theories on the etiology they were raised, hereditary factors-genetic, neuro-biological and social environment to develop, maintain and intensify these disorders are known. Because of the importance and impact of childhood disorders in adult individuals, treatment and early identification can have a positive impact and lasting the life of patients. The first step in determining the most appropriate treatment tic disorders, the general functioning of the child or adolescent. The purpose of this article Tourette syndrome and tic disorders is familiar clinical features.
Keywords: Tourette syndrome, tic, children disorders.

چکیده
دوران کودکی یکی از مهم ترین دوران زندگی انسان است . امروزه کودکان فقط به مراقبت و توجه جسمانی نیاز ندارند، بلکه این توجه و تربیت باید همه‌ی ابعاد وجودی آن‌ها شامل رشد اجتماعی، عاطفی، شخصیتی و هوشی را دربر گیرد. در این میان توجه به اختلالات این دوره از اهمیت زیادی برخوردار است. اختلالات دوران کودکی و نوجوانی می توانند تحول اجتماعی کودکان را به تاخیر اندازند و یا حتی مانع از پیشرفت آن شوند. بدیهی است تحول اجتماعی کودکان تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند وراثت، محیط، فرهنگ، بازخورد و رفتارهای والدین، روابط با هم نژادها و همسالان، رفتار معلمان و برنامه های آموزشی قرار می گیرد. شروع تیک ها معمولا بین ۴ تا ۶ سالگی است و بیشترین شدت بین ۱۰ تا ۱۲ سالگی روی می دهد، به طوری که در نوجوانی شدت آن کاهش می یابد. به دنبال تعریف این گروه از اختلالات و نظریه هایی که در خصوص سبب شناسی آنها مطرح شد، عوامل ارثی-ژنتیکی ، عصبی-زیستی و محیطی-اجتماعی را در ابتلا،حفظ و تشدید این اختلالات موثر دانسته اند. به دلیل اهمیت و تاثیر مهمی که اختلالات دوران کودکی و نوجوانی در بزرگسالی افراد دارند، درمان و شناسایی زود هنگام می تواند تاثیر مثبت و ماندگاری را بر زندگی افراد مبتلا داشته باشد. نخستین گام در تعیین مناسب ترین شیوه درمانی اختلالات تیک، بررسی کارکرد کلی کودک یا نوجوان است. هدف از این نوشتار آشنایی ویژگی های بالینی سندرم تورت و اختلالات تیک است.

کلید واژها : سندرم تورت، تیک، اختلالات کودکان.

مقدمه
اختلالاتی که در اوایل زندگی شروع می شوند و در سرتاسر عمر با فرد می مانند، اختلالات عصبی-رشدی[1] نامیده می شوند. این اختلالات معمولا در اوایل رشد کودک، اغلب قبل از اینکه آنها به سن مدرسه رفتن برسند آشکار می شوند.کمبودهایی که با این اختلالات ارتباط دارند، اختلال در عملکرد شخصی، اجتماعی، تحصیلی یا شغلی را شامل می شوند. برخی اختلالات شاخص هایی دارند که برای مثال اشاره دارند به اینکه اختلال با نابهنجاری ژنتیکی یا عوامل محیطی که در طول دوره پیش از تولد بر فرد تاثیر می گذارند ارتباط دارد. این اختلالات ممکن است تغییرات مهمی را با گذشت زمان نشان دهند(هالجین[2]، ۲۰۱۴؛ نقل از سید محمدی، ۱۳۹۳). اختلالات دوران کودکی و نوجوانی می توانند تحول اجتماعی کودکان را به تاخیر اندازند و یا حتی مانع از پیشرفت آن شوند. بدیهی است تحول اجتماعی کودکان تحت تأثیر عوامل مختلفی مانند وراثت، محیط، فرهنگ، بازخورد و رفتارهای والدین، روابط با هم نژادها و همسالان، رفتار معلمان و برنامه های آموزشی قرار می گیرد (سایلان[3]،۲۰۱۰). اختلالات تیک[4]، گروهی از اختلالات عصبی- رشدی هستند که عموما در دوران

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.1.7]

کودکی و نوجوانی شروع می شوند و ممکن است در طول زمان ثابت باشند و یا به طور متناوب دچار تشدید و تخفیف شوند. هرچند تیک ها ارادی نیستند اما در برخی افراد برای دوره های زمانی معینی ممکن است سرکوب شوند .

تیک، عبارت از حرکات یا اصوات تکراری، غیر ارادی، ناموزون و ناگهانی است که می تواند گروه های عضلانی مجزایی را شامل شود و اغلب بین ۴ تا ۶ سالگی نمایان می شود. تیک ها دارای گستره عظیمی هستند، به طوری که از حالت بسیار ضعیف و ملایم تکان دادن و انقباض ناگهانی یا غرغر کردن تا حالت بسیار شدید تکان های ماهیچه ای که زندگی اجتماعی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد، شامل می شود. این اختلالات به انواع سندرم تورت[۵]، تیک حرکتی یا صوتی مزمن[۶] و تیک گذرا[۷] تقسیم می شوند (وودز[۸]، پای سنتین[۹] و والکاپ[۱۰] ،۲۰۰۷ ؛ رابرتسون[۱۱] و کاوانا[۱۲] ،۲۰۰۸).

اختلالات تیک در کودکان بیش تر از بزرگسالان است. به این ترتیب که از هر ۱۰۰۰۰ کودک حدود ۵ تا ۳۰ نفر و از هر ۱۰۰۰۰ بزرگسال تنها ۱ یا ۲ نفر به این اختلالات مبتلا هستند. بر اساس تحقیقات موجود، کودکان ۷ تا ۱۱ ساله بالاترین میزان شیوع را داشته اند و سندرم تورت که شکل کامل تر و شدید تر بیماری محسوب می شود، شیوع کمتری نسبت به تیک های گذرا دارد. همه انواع اختلالات تیک در پسران شایع تر از دختران است و در خصوص سندرم تورت نسبت پسران به دختران در حدود ۳ به ۱ است(کوشا، ۱۳۸۸). تیک ها معمولا در قسمت فوقانی بدن یعنی چشم ها، پیشانی، دهان، صورت، گردن و شانه ها و در هر قسمت و بین ۱ تا ۲۰۰ بار در هر دقیقه می توانند رخ دهند. تیک های ساده صورت عموما بیشتر می باشند. شروع تیک های ساده بر تیک های پیچیده سبقت می گیرد و در هر زمان از کودکی می تواند بین ۰ تا ۵ سال ادامه یابد. تیک های صوتی از نظر شروع و فراوانی پس از تیک های حرکتی رخ می دهند و وقوع تیک ها پس از بزرگسالی به ندرت دیده می شود. هر چند می توان وقوع آنها را در بزرگسالی به دنبال ضایعه یا جراحی دید. به عنوان مثال پلک زدن چشم ممکن است به عنوان واکنش دفاعی به نور موجود در جراحی چشم باشد. به هر حال در طول زندگی شدت تیک ها تغییر می یابد و حتی تیک ها ممکن است به انواع کاملا متفاوت تبدیل یا خود به خود بهبود یابند. مردم غالبا حرکات و رفتارهای خاصی را تیک می دانند. آنها ممکن است بازی با یک برگ کاغذ یا شی را تیک نام نهند ولی از نظر بالینی تیک می بایست موجب درماندگی فرد شود و تا حد کافی غیر قابل کنترل باشد. بازی با یک برگه کاغذ را می توان با تمرکز بر آن متوقف ساخت، به این ترتیب عادات روزانه مثل بستن بندهای کفش، رانندگی با ماشین، نوع راه رفتن و یا خوردن ساندویچ عادات خودکارند و ممکن است به خصوصیات فردی آزاردهنده یا دوست داشتنی تبدیل شوند. ولی این عادات اساسا تحت کنترل ارادی ما هستند و همانگونه که مهارت های حرکتی دیگر را می توانیم بیاموزیم، با تمرین قادر به تغییر دادن آنها هستیم. البته اگر انگیزه عادات، ترس یا علاقه فراوان فردی باشد یا فرد از انجام آنها لذت ببرد، تغییر دادن آنها به مراتب مشکل تر است(کارنر[۱]، ۲۰۰۵ ؛ به نقل از قنبری هاشم آبادی و فرحبخش، ۱۳۸۹).

ویژگی اساسی تیک ها آن است که می شود آنها را به طور ارادی مهار کرد هر چند که این اقدام در کوتاه مدت امکان پذیر می گردد. این توانایی مهار موقتی این شک را ایجاد می کند که تیک ها تا حدی ارادی هستند و این مطلب می تواند باعث افزایش احساس گناه ناشی از این واقعیت شود که چرا بیماران نمی توانند به صورت نامحدود تیک ها را مهار کنند. مثل بسیاری دیگر از حرکات غیرارادی تیک ها می توانند تمرکز روی وظایف آگاهانه و ارادی را که مسیرهای فرونتواستریاتال [۱]را فعال می سازند کم کنند(حسینی و فیروزکوهی ،۱۳۸۷).

تیک های حرکتی یا صوتی در واقع، حرکات، ژست ها، اداها یا صداهایی هستند که ناگهانی و تکرار شونده اند. اغلب به صورت حمله ای و در مواقع اضطراب و برانگیخته شدن یا استراحت بیشتر می شوند و در زمان تمرکز بر فعالیت جسمی یا ذهنی کاهش می یابند. گاهی افراد در مواجهه با گرما به تشدید تیک دچار می شوند. در بیش تر مواقع تیک ها هنگام خواب ناپدید می شوند. بنابر این عجیب نیست اگر کودکی هنگامی که تنبیه می شود یا از فرط خوشحالی به هیجان می آید به تیک دچار شود. قبل از بروز تیک، فرد دچار احساسی می شود که منشا جسمی دارد و در همان اندام مربوط قابل درک است که وقتی حرکت مربوط به تیک انجام می شود این احساس به صورت موقتی از بین می رود. برای مثال، کسی که تیک پلک زدن دارد، قبل از آن به احساس خارش یا ناراحتی در پلک دچار می شود. اختلالات تیک شامل چند خصوصیت اصلی حرکات غیر ارادی (تیک حرکتی) یا صداهای غیر عادی(تیک صوتی) هستند(کوشا،۱۳۸۸).

1.Neurodevelopmental disorders
2.Halgin
3.Ceylan
4.Tic
5. Tourette syndrome
6. Chronic tic disorder
7. Transient tic disorder
8. Woods
9.Piacentini
10.Walkup
11.Robertson
12.Cavanna

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.1.7]

انواع اختلالات تیک

در پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آمارای اختلالات روانی[2] انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳)، اختلالات تیک به چهار طبقه تشخیصی اختلال تورت، اختلال تیک حرکتی یا صوتی مداوم(مزمن)، اختلال تیک موقتی و اختلالات تیک مشخص دیگر[3] و نامشخص[4] تقسیم می شوند. تیک ها حرکات یا اصوات ناگهانی، سریع، عودکننده و ناموزون هستند و در طول زمان دچار تشدید و تخفیف می شوند و امکان دارد تغییر شکل دهند. تیک ها می توانند ساده مانند پلک زدن، صاف کردن گلو یا فین فین کردن و یا پیچیده مانند چرخاندن سر و بالاانداختن شانه یا مکرر گویی باشند.

در سندرم تورت هر دو تیک حرکتی و صوتی باید وجود داشته باشد در حالی که در اختلال تیک حرکتی یا صوتی مداوم فقط تیک های حرکتی یا فقط تیک های صوتی باید وجود داشته باشند. تیک ها باید از زمان اولین تیک حداقل ۱ سال از بروز آنها گذشته باشد و قبل از ۱۸ سالگی شروع شده و به سبب بیماری جسمانی یا در معرض مواد قرار گرفتن ایجاد نشده باشند.

جدول ۱. ملاک های تشخیصی DSM-5 برای اختلالات تیک

اختلال تورت

A. تیک های حرکتی متعدد و یک یا چند تیک آوایی برخی اوقات در طول بیماری وجود دارند.هرچند که نه لزوما به طور همزمان.

B. ممکن است تیک ها از نظر فراوانی افزایش و کاهش داشته باشند ولی به مدت بیش از ۱ سال از شروع اولین تیک ادامه یافته اند.

C. شروع قبل از ۱۸ سالگی است.

D. این اختلال ناشی از تاثیرات فیزیولوژیکی مواد(مانند کوکایین) یا بیماری جسمانی دیگر نیست(مثل بیماری هانتینگتون، التهاب مغز پس از ویروس).

اختلال تیک حرکتی یا آوایی مداوم(مزمن)

A. تیک های حرکتی یا آوایی تکی یا متعدد در طول بیماری وجود دارند.اما نه هر دو تیک حرکتی و آوایی با هم.

B. ممکن است تیک ها از نظر فراوانی افزایش و کاهش داشته باشند ولی به مدت بیش از ۱ سال از شروع اولین تیک ادامه یافته اند.

C. شروع قبل از ۱۸ سالگی است.

D. این اختلال ناشی از تاثیرات فیزیولوژیکی مواد(مانند کوکایین) یا بیماری جسمانی دیگر نیست(مثل بیماری هانتینگتون، التهاب مغز پس از ویروس).

E. ملاک ها هرگز برای اختلال تورت برآورده نشده اند.

مشخص شود اگر:

فقط همراه با تیک های حرکتی

فقط همراه با تیک های آوایی

اختلال تیک موقتی

A. تیک های حرکتی و یا آوایی تکی یا متعدد.

1. Frontostriatal
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders .Fifth Edition(DSM-5)
3. Other specified tic disorder
4. unspecified tic disorder

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.1.7]

B. تیک ها به مدت حداقل ۱ سال از شروع اولین تیک وجود داشته اند.
C. شروع قبل از ۱۸ سالگی است.
D. این اختلال ناشی از تاثیرات فیزیولوژیکی مواد(مانند کوکایین) یا بیماری جسمانی دیگر نیست(مثل بیماری هانتینگتون، التهاب مغز پس از ویروس).
E. ملاک ها هرگز برای اختلال تورت یا اختلال تیک حرکتی یا آوایی مداوم(مزمن) برآورده نشده اند.

سبب شناسی

مطالعات خانوادگی و ژنتیکی حاکی از این است که اختلالات تیک یک جز اصلی ژنتیکی دارند. همچنین تخمین زده شده است که بستگان یک فرد مبتلا به سندرم تورت در معرض خطر ۵ تا ۱۵ درصدی برای ابتلا به این اختلال و ۱۰ تا ۲۰ درصد در معرض خطر ابتلا به سایر اختلالات حرکات غیر ارادی اندام ها هستند. اما همچنان الگوی وراثتی این اختلال هنوز کاملا مشخص نیست و شناسایی ژن های درگیر در این اختلال پیچیده و دشوار است (لودولف[1]، روسنر[2]، مون چاو[3] و مولر وال[4]، ۲۰۱۲). مطالعه بر روی دوقلوها و فرزندخواندگی و مطالعات در تحلیل جداسازی، همگی حاکی از این است که عوامل ژنتیک در بروز این اختلال نقش دارند. مطالعات دوقلوها نشان داده که این اختلال در دوقلوهای یک تخمکی شایعتر از دوقلوهای دوتخمکی است.

این واقعیت که ممکن است سندرم تورت و اختلال تیک حرکتی یا صوتی مزمن در یک خانواده مشاهده شوند این دیدگاه را تقویت می کند که اختلالات تیک بخشی از یک طیف با زمینه ژنتیکی هستند(سادوک[1] و سادوک، ۲۰۰۷). الگوی ژنتیکی اساسا قائل به این است که بیماران مبتلا به سندرم تورت و تیک حرکتی یا صوتی مزمن آسیب پذیری ژنتیکی دارند و ظهور آن ظاهرا توسط یک ژن غالب در کروموزوم های غیر جنسی است، هرچند نقشه های ژنی اخیرا احتمال پیچیده تر و ناهمگن تر بودن آن را می دهند (کارنر، ۲۰۰۵؛ به نقل از قنبری هاشم آبادی و فرحبخش، ۱۳۸۹).

شواهد غیرمستقیم و در عین حال قانع کننده دخالت دستگاه دوپامینی در بروز اختلالات تیک وجود دارد، مبتنی بر این واقعیت که عوامل دارویی آنتاگونیست[2] دوپامین مانند هالوپریدول تیک ها روا فرونشانده، و عواملی که فعالیت دوپامینرژیک مرکزی را افزایش می دهند مانند ریتالین[3] سبب تشدید تیک ها می شوند. ارتباط تیک ها با دستگاه دوپامینی رابطه ساده ای نیست و هنوز به طور کامل مشخص نشده است، زیرا در برخی موارد داروهای ضد روانپریشی مانند هالوپریدول در کاهش تیک ها موثر نیستند و اثر داروهای محرک روی تیک ها متغیر گزارش شده است(سادوک و سادوک،۲۰۰۷).

همچنین شواهدی مبنی بر ناکارآمدی مدارهای قشری مغز که در عملکردهای حرکتی نقش دارند وجود دارد . مطالعاتی که با روش تصویربرداری با تشدید مغناطیسی[4] انجام شده، حاکی عدم تقارن طبیعی هسته های دمی در افراد مبتلا به این اختلالات است(تانیا[5] ،آدام[6] ، اریک[7] ، ساندرا[8] و انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان امریکا[9] ، ۲۰۱۳).

عوامل محیطی-اجتماعی نیز نقش بسزایی در ابتلا به اختلالات دارند مانند مصرف دخانیات و سطح بالای فشار روانی در دوران بارداری، نارس بودن و کم وزنی هنگام تولد، اختلالات روانپزشکی، عفونت های استرپتوکوکی و سایر استرس های روانشناختی (لودولف، روسنر، مون چاو و مولر وال، ۲۰۱۲).

---

1. Ludolph
2. Roessner
3. Münchau
4. Müller-Vahl

1. Sadock
2. Antagonist
3. Ritalin
4. Magnetic Resonance Imaging (***MRI)***
5. Tanya
6. Adam
7. Eric
8. Saundra
9. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.1.7]

اختلالات همایند

شاید بزرگترین نگرانی برای افراد مبتلا به اختلالات تیک، تشخیص های روانپزشکی همراه است. تحقیقات نشان می دهد که تقریبا در ۹۵درصد از افراد با اختلالات تیک، معیار های تشخیصی برای سایر حالات روانپزشکی رایج مانند بیش فعالی-نقص توجه و وسواس اجباری نیز وجود دارد(کافی[۱]، بیدرمن[۲] و گلر[۳]، ۲۰۰۰). تحقیقات دیگری حاکی از نرخ بالای وجود اختلالات اضطرابی[۴] در افراد مبتلا به تیک ها هستند(کافی، بیدرمن و اسمولر[۵]، ۲۰۰۰). کودکان با اختلالات تیک همچنین در معرض خطر افزایش رفتارهای مخرب مانند اختلالات سلوک[۶] و نافرمانی مقابله ای[۷] هستند(کادس جو[۸] و گیلبرگ[۹]، ۲۰۰۰).

چند بیماری جسمانی و روانپزشکی به عنوان بیماری هایی که همزمان با اختلالات تیک روی می دهند توصیف شده اند. به طوری که وسواس فکری -عملی و اختلالات مربوط خیلی شایع هستند. نشانه های وسواس فکری -عملی که در اختلالات تیک مشاهده شده اند به وسیله نشانه های تقارن و نظم، تهاجمی تر و پاسخ ضعیف تر به دارو درمانی با داروهای بازدارنده باز جذب گزینشی سروتونین مشخص می شوند. کودکان مبتلا به ADHD ممکن است رفتار اخلالگر ناپختگی اجتماعی و مشکلات یادگیری نشان دهند که در پیشرفت تحصیلی و روابط میان فردی اختلال ایجاد می کند و به مشکلات بیشتر از آنچه توسط اختلال تیک ایجاد می شوند می انجامد. علاوه بر همایندی اختلالات بیش فعالی-نقص توجه و وسواسی-جبری کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات تیک ممکن است به اختلالات یادگیری، افسردگی، اختلالات حرکتی و اختلالات روانی دیگر مانند دوقطبی یا مصرف مواد نیز مبتلا باشند(انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

سیر و پیش آگهی

شروع تیک ها معمولا بین ۴ تا ۶ سالگی است. بیشترین شدت بین ۱۰ تا ۱۲ سالگی روی می دهد. به طوری که در نوجوانی شدت آن کاهش می یابد. خیلی از بزرگسالانی که به اختلالات تیک مبتلا هستند، کاهش نشانه ها را تجربه می کنند.

نشانه های تیک در تمام گروه های سنی و در طول عمر به صورت مشابه آشکار می شوند. تیک ها از نظر شدت افزایش و کاهش می یابند و با گذشت زمان در گروه های ماهیچه ای و اصواتی که تحت تاثیر قرار گرفته اند، دچار تغییر می شوند. کودکان با افزایش سن از ارتباط تیک های خود با عوامل هشدار دهنده که قبل از تیک واقع می شوند و کاهش تنشی که به دنبال بروز تیک اتفاق می افتد، آگاه می شوند. خیلی از افراد مبتلا به تیک خفیف تا متوسط، دچار ناراحتی یا اختلال در عملکرد نمی شوند و حتی ممکن است از تیک های خود آگاه نباشد. افرادی که شدت بالاتری از تیک ها را تجربه می کنند عموما اختلال بیشتری در زندگی روزمره دارند اما این افراد نیز ممکن است عملکرد خوبی داشته باشند . وجود بیماری همزمان مانند OCD و ADHD می تواند تاثیر بیشتری بر عملکرد داشته باشد. شیوع برآورد شده اختلال تورت از ۳ تا ۸ نفر در ۱۰۰۰ کودک دبستانی گسترش دارد. معمولا پسرها بیشتراز دخترها مبتلا می شوند، به طوری که این نسبت از ۱ به ۲ تا ۱به ۴ تفاوت دارد. به نظر نمی رسد که اختلالات تیک از نظر ویژگی های بالینی، روند یا سبب شناسی بسته به نژاد، قومیت و فرهنگ تفاوت داشته باشند. با این حال نژاد، قومیت و فرهنگ می توانند بر اینکه چگونه اختلالات تیک در خانواده و جامعه درک و مدیریت شوند تاثیر داشته باشند. همچنین بر الگوهای کمک خواهی و گزینه های درمانی تاثیر بگذارند(انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

تشخیص افتراقی

اختلالات تیک نیازمند تشخیص افتراقی از سایر اختلالات مشابه هستند که در ادامه به مهمترین آنها اشاره می شود. فعالیت ها یا جنبش های حرکتی قالبی، که به صورت حرکات موزون، تکراری و قابل پیش بینی و غیر ارادی تعریف می شوند که هدفمند نیز به نظر می رسند، اما کارکرد یا هدف مشخصی ندارند و با حواسپرتی متوقف می شوند. مانند تکان دادن دست و چرخاندن تکراری، تکان دادن بازو و حرکات انگشت. این حرکات قالبی می توانند بر اساس سن قبلی شروع(کمتر از سه سالگی)، مدت طولانی(از چند ثانیه تا چند دقیقه)، شکل و مکان تکراری و پایدار، تشدید شدن هنگام انجام فعالیت ها، نبودن میل هشدار دهنده، و توقف با حواسپرتی (مانند نامیدن اسم یا لمس کردن) متمایز می شوند.

1. Coffey
2. Biederman
3. Geller
4. Anxiety disorders
5. Smoller
6. Conduct Disorder
7. Oppositional defiant disorder
8. Kadesjo
9. Gillberg

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.1.7]

اختلال دیگر داء الرقص نام دارد که شامل اعمالی سریع، تصادفی، مداوم، ناگهانی و نامنظم، غیر قابل پیش بینی و نیز غیر قالبی می شود. این اختلال معمولا تمام قسمت های بدن را مانند صورت، تنه، دست و پا را شامل شده و دو طرفه می باشد. زمان بروز و اشاعه آن متغیر است و زمانی که عمل ارادی انجام می شود، بدتر می شوند. اختلال تونوس عضلانی، انقباض عضلات مخالف و موافق بوده و به وضع اندامی یا حرکات تحریف شده قسمت هایی از بدن منجر می شود. این وضعیت اندامی که در آن عضلات حالت کشیدگی پیدا می کنند معمولا هنگام اقدام برای حرکت های ارادی بروز می کنند و در هنگان خواب ناپدید می شوند(انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۳).

حرکت پریشی های تشنجی[۱] ناشی از مواد به صورت اختلال تونوس عضلانی یا حرکات داءالرقص اتفاق می افتند که حرکات ارادی و یا فشار باعث بروز آنها شده و به ندرت از فعالیتی طبیعی ناشی می شود. گرفتگی عضلانی با حرکات یک جهتی و ناگهانی مشخص می شود که اکثر آنها ناموزون اند. گرفتگی عضلانی ممکن است با حرکت بدتر شود و در زمان خواب روی می دهد. گرفتگی عضلانی همچنین با سرعت، توقف ناپذیری و نبودن میل هشدار دهنده از تیک ها متمایز می شوند. اما گروه دیگری از اختلالات که رفتارهای وسواس فکری-عملی و اختلالات مربوط هستند، به سختی از تیک ها متمایز می شوند. علائمی که از رفتار وسواس فکری-عملی خبر می دهند عبارتند از داشتن پایه شناختی، مانند ترس از آلودگی، نیاز به انجام دادن عمل به شیوه ای خاص و به تعداد مشخص، تعادل و میزان برابری در دو طرف بدن یا تا زمانی که احساس کاملا درست رخ داده باشد. مشکلات کنترل تکانه و سایر رفتارهای تکراری مانند موکنی[۲]، پوست کنی و ناخن جویدن[۳]، هدفمند تر و پیچیده تر از تیک ها به نظر می رسند(همان منبع).

درمان

با وجود برخی پیشرفت ها در طول دهه گذشته، درمان ایده آل برای این اختلالات هنوز در دسترس نیست. تصمیم برای شروع یک درمان خاص بر اساس شدت حداقل و حداکثر علائم مربوط به تیک و میزان تداخلی است که در زندگی روزمره فرد، عزت نفس، روابط میان فردی با همسالان، معلمان و اعضای خانواده، همچنین توانایی برای انجام تکالیف در مدرسه ایجاد کرده است(کینگ[۴]، سی هیل، لامبروسو[۵] و لکمن[۶]، ۲۰۰۳).

در افرادی که اختلال تیک آنها با ADHD، OCD، افسردگی و یا اختلال دو قطبی همایند است، ابتدا باید اختلال همایند همراه درمان شود زیرا درمان آنها ممکن است شدت تیک ها را کاهش دهد. اگر چه یافته های پژوهشی حاضر می تواند فراتر از نتایج بدست آمده باشد، مطالعات آینده می توانند جزییات بیشتری در خصوص درمان این گروه از اختلالات فراهم کنند(گروه مطالعه سندرم تورت۲۰۰۲،[۱]؛ مارتین[۲]، سی هیل، چارنی[۳] و لکمن، ۲۰۰۳؛ بلاچ[۴]، لندرسو ویزنبرگر[۵]، کلمندی[۶]، کوریک[۷] و همکاران،۲۰۰۶).

بعضی از داروهایی که به طور رایج استفاده می شوند عبارتند از ریسپریدون[۸]، اولانزاپین، پی موزاید، هالوپریدول و فلوفنازین[۹]. پژوهشگران معتقداند که داروهای آرام بخش و مسکن که برای درمان بیماران مبتلا به روان پریشی به کار برده می شوند برای درمان تیک ها نیز مورد استفاده قرار گیرند(راجرز[۱۰]، ۲۰۰۸؛ به نقل از جمالفر، ۱۳۹۲). گروه دیگری از داروهایی که برای اختلالات تیک تجویز می شوند، سد کننده های آلفا هستند که عبارتند از کلونیدین[۱۱]، هیدروکلروید[۱۲] و گان فاسین[۱۳] که معمولا برای فشار خون بالا تجویز می شوند. علاوه بر این کلونازپام[۱۴]، که برای درمان تیک ها تجویز می شود اغلب برای از بین بردن و کاهش اضطراب از آن استفاده می شود. همچنین بکلوفن[۱۵] که یک داروی آرام کننده ماهیچه ها و ضد اسپاسم است برای درمان تورت نیز تجویز می شود(همان منبع). هالوپریدول و پی موزاید بیش از سایر داروهای ضد روانپریشی در درمان تورت مطالعه شده اند.

1.Paroxysmal dyskinesias
2.Trichotillomania
3.Chewing-nails
4. King
5. Lombroso
6.Lekman

1. Tourette Syndrome Classification Study Group
2. Martin
3. Charney
4. Bloch
5. Landeros-Weisenberger
6. Kelmendi
7. Coric
8. ***Risperidone***
9. Fluphenazine
10.Rogerz
11. ***Clonidine***
12. Hydrochloride
13. Guanfacine
14. Clonazepam
15. Baclofen

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.1.7]

این داروها به میزان چشمگیری در کاهش تیک ها موثر بوده اند به طوری که ۸۰ درصد بیماران پاسخ مناسبی به این داروها می دهند و فرکانس علایمشان بین ۷۰ تا ۹۰ درصد کاهش می یابد اما مطالعات پیگیری حاکی است که فقط ۲۰ تا ۳۰ درصد افراد مبتلا درمان نگهدارنده طولانی مدت را ادامه می دهند. قطع دارو غالبا به دلیل عوارض جانبی دارو از جمله اثرات خارج هرمی و احساس ملال انجام می گیرد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). نوع دیگری از درمان برای این گروه از اختلالات درمان شناختی –رفتاری است که راهبردی ۱۰ مرحله ای را برای تیک ها شامل می شود و بعد از ارزیابی نهایی توسط درمانگر آغاز می شوند.

این مراحل عبارتند از آگاهی، برنامه افتراق، تمرین آرام سازی تدریجی، کاهش فعال سازی حسی حرکتی، سبک عمل برنامه ریزی، بازسازی شناختی، بازسازی رفتاری، بازسازی شناختی رفتاری، تعمیم و بازداری از عود (کارنر، ۲۰۰۵ ؛ به نقل از قنبری هاشم آبادی و فرحبخش، ۱۳۸۹). درمان شناختی-رفتاری ترکیبی از چندین تکنیک است که لازم است به صورت هماهنگ اجرا شوند. در سالهای اخیر یک مدل رفتاری بر اساس مشاهدات بالینی و مطالعات تجربی شرایطی که بر ظهور تیک ها تاثیر دارند آغاز شده است. در مدل رفتاری برای تیک ها فرض می شود اساس تیک ها بیولوژیکی و بروز آنها در طبیعت است. مدل رفتاری به عنوان جایگزینی برای مدل بیولوژیکی نیست، بلکه این مدل به دنبال این است که با توجه به مدل بیولوژیکی توضیح دهد چگونه تیک ها در یک بار رخ دادن، می توانند شدید تر شوند و در موقعیت های مختلف سطوح مختلفی از فراوانی پیدا کنند (کونلا[1] و وودز[2]، ۲۰۰۸).

با توجه به مدل رفتاری حداقل ۲ دسته از عوامل در حفظ و تغییر تیک ها موثراند که شامل عوامل موقعیتی که خارج از بدن فرد رخ می دهند(عوامل خارجی[3]) و عوامل موقعیتی که داخل بدن فرد اتفاق می افتند(عوامل داخلی[4]) می باشند. تحقیقات از تاثیر عوامل خارجی مانند واکنش های اجتماعی به تیک که می توانند فراوانی آن را تغییر دهند حمایت می کنند. بروز تیک می تواند به وسیله توجه اجتماعی و فرار از موقعیت های مبهم تحت تاثیر قرار بگیرد و سرکوب تیک می تواند از طریق پیامدهای بیرونی تقویت شود(وودز و همیل[5]، ۲۰۰۴؛ وودز، همیل و میلتنبرگر[6]، ۲۰۰۸ و وودز، والتر[7] و باور[8]، ۲۰۰۹). شواهدی تجربی و بالینی وجود دارد که تیک ها در موقعیتی که فرد در آن است تحت تاثیر قرار می گیرند(کونلا و وودز، ۲۰۰۸). تاثیر متغیرهای موقعیتی مانند توجه اجتماعی و فعالیت ها به طریق های مختلف و تاثیر متفاوتی بر افراد دارند. از میان روش های رفتاری، وارونه سازی عادت[9] در درمان تیک ها کاربرد بیشتری دارد. آموزش وارونه سازی عادت یکی از روش های رفتاری در درمان تیک ها است که توسط آزرین و نان (۱۹۷۳) طراحی شده است.

این روش مداخله ای چند مفهومی است که اولین کاربرد آن با مفاهیم خود بازبینی و فنون تن آرامی شروع شد و در ادامه تکنیک های دیگری چون آموزش آگاهی، آموزش پاسخ متضاد و حمایت اجتماعی به آن اضافه شد(فرانکلین، والتر و وودز، ۲۰۱۰). این روش نه تنها برای اختلالات تیک، بلکه به عنوان درمانی برای اختلالات عادتی چون وسواس موکنی[1] ،ناخن جویدن ، انگشت مکیدن ، عادات دهانی (کاتن[2] ،بوهن[3]،هیمل و وودز ،۲۰۰۵) و لکنت زبان[4] (کونلا ،رایس[5] و وودز،۲۰۰۶) کاربرد دارد.

1. Conelea
2. Woods
3. External factors
4. Internal factors
5. Himle
6. Miltenberger
7. Walther
8. Bauer
9. Habit Reversal

1. Trichotillomania
2. Keuthen
3. Bohne
4. Stuttering
5. Rice

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.1.7]

منابع

حسینی، سیدرضا و فیروزکوهی، محبوبه.(۱۳۸۷). سندرم تورت و طیف اختلالات عصبی رشـدی تیک. *فصلنامه انجمن روان پزشکی کودک و نوجوان ایران. شماره ۷.*

راجرز، شیلاجی.(۲۰۰۸). *درمان های طبیعی تیک ها و تورت.* ترجمه سیاوش جمالفر.(۱۳۹۲).تهران: نشر ویرایش.

کانر، کیرون.(۲۰۰۵). *درمان شناختی-رفتاری اختلالات تیک.* ترجمه بهرام علی قنبری هاشم آبادی و کیومرث فرحبخش.(۱۳۸۹).مشهد: انتشارات دانشگاه.

کوشا، مریم.(۱۳۸۸). *اختلالات تیک.*تهران: نشر قطره.

هالجین، ریچارد پی.(۲۰۱۳).*آسیب شناسی روانی جلد ۱.* ترجمه یحیی سید محمدی.(۱۳۹۴).تهران: نشر روان.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders .Fifth Edition*. American Psychiatric Publishing.

Azrin, N. H., & Nunn, R. G. (1973).Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 141–149.

Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B, Coric V, Bracken MB, Leckman, J,F .(2006c). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry* ,11:622Y632.

Chieh Du,J Ting-Fang Chiu, Kun-Mei Lee, Hsin-Lin W,Ya-Chi Yang, Shu-Yeh Hsu, Chung-Shu Sun, Betau Hwang,James F. Leckman.(2010). Tourette Syndrome in Children: An Updated Review. *Pediatr Neonatol*.51(5).

Conelea, C. A., Rice, K. A., & Woods, D. W. (2006). Regulated breathing as a treatment for stuttering: a review of the evidence. Regulated breathing as a treatment for stuttering: A review of the empirical evidence. *Journal of Speech Language Pathology and Applied Behavior Analysis*, 1, 94–102 Retrieved January 10, 2011,from http://www.baojournal.com/SLP- BA%20WEBSITE/SLP-ABA-VOL-1/SLPABA-1-2.pdf.).

Coffey BJ, Biederman J and Geller DA. (2000). Distinguishing illness severity from tic severity in children and adolescents with Tourette's disorder. *Journal American Academy Child Adolescent Psychiatry*,39 (5):556–61.

Coffey BJ, Biederman J and Smoller JW. (2000). Anxiety disorders and tic severity in juveniles with Tourette's disorder. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*,39 (5):562–8.

Conelea, C. A., & Woods, D. W. (2008a). The influence of contextual factors on tic expression in Tourette's syndrome: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 487–496. http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.04.010.

Franklin,S A. Walther,M R. Woods D, W. (2010). Behavioral Interventions for Tic Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33 , 641–655.

Kadesjo B, Gillberg C.(2000). Tourette's disorder: epidemiology and comorbidity in primary school children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39(5): 548–555. [PubMed: 10802971].

Keuthen,N.J,Bohne,A.,Himle,M.,andWoods,D.W.(2005).Advancesi the conceptualization and treatment of body-focused repetitive behaviors. In B. E. Ling (Ed.), *Obsessive compulsive disorder research* (pp. 1–29). Hauppauge, NY: Nova Biomedical Books.

King RA, Scahill L, Lombroso PJ, Leckman JF .(2003). *Tourette`s syndrome and other tic disorders*. In: Pediatric Psychopharmacology.

Ludolph, A, G , Roessner,V , Münchau,A and Müller-Vahl,K.(2012).Tourette Syndrome and Other Tic Disorders in Childhood, Adolescence and Adulthood. *Deutsches Ärzteblatt International*,109(48).

Martin A, Scahill L, Charney DS, Leckman JF .(2003). *Pediatric Psychopharmacology*. New York: Oxford.

Robertson M, Cavanna A (2008*). Tourette syndrome: The facts.2nd ed*. Oxford; Oxford University Press.

Sadock B,J, Sadock.V,A.(2007).*Kaplan and Sadock`s comprehensive textbook of Psychiatry*.Lippincott Williams & Wilkins

Tanya K. M , Adam B. L, Eric A. S, Saundra ,S and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.(2013).Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Tic Disorders. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.52.

Woods DW, Piacentini JC, Walkup JT (2007) editors. *Treating Tourette syndrome and tic disorders*: A guide for practitioners.New York; The Guilford Press.

Woods, D. W., & Himle, M. B. (2004). Creating tic suppression. Comparing the effects of verbal instruction to differential reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis,37, 417–420.* http://dx.doi.org/10.1901/jaba.2004.37-417.

Woods, D.W., Himle, M. B., Miltenberger, R. G., Carr, J. E., Osmon, D. C., Karsten, A. M., et al. (2008). Durability, negative impact, and neuropsychological predictors of tic suppression in children with chronic tic disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36, 237–245.* http://dx.doi.org/10.1007/s10802-007-9173-9.

Woods D, Walther M, Bauer C.(2009). The development of stimulus control over tics: a potential explanation for contextually-based variability in the symptoms of Tourette syndrome. *Behavior Research Therapy 9;47(1):41–7.*

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-06]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1398.8.1.1.7]