

# آشنایی با...

## “اختلال تورت”

فرزانه اسلامی / کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

باعث دامنه‌ی گسترده‌ای از آشفتگی‌ها و اختلال‌های خفیف تا شدید شوند. کودکان خردسال به ویژه ممکن است از تیک‌های خود آگاه نباشند، ناراحت نشوند، و در هیچ یک از کارکردهای خود اختلالی نشان ندهند. درصد بالایی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دچار اختلال تورت برای درمان تیک‌های خود به پزشک مراجعه نمی‌کنند. در انتهای دیگر این طیف افراد دچار این اختلال قرار دارند که در اثر تیک‌های حرکتی و صوتی مزاحم، عود کننده، شدید و زنده‌ی اجتماعی ناراحت می‌شوند. کارکردهای اجتماعی، تحصیلی و شغلی ممکن است به دلیل طرد شدن از سوی دیگران یا اضطراب از رخداد تیک‌ها در موقعیت‌های اجتماعی دچار اختلال شوند. نشانه‌های تیک مزمن است باعث آشفتگی قابل توجه شده و به انزوای اجتماعی و تغییرات شخصیتی منجر شوند. در موارد شدید اختلال تورت، تیک‌ها ممکن است به طور مستقیم در فعالیت‌های روزمره (مانند صحبت کردن، خواندن یا نوشتن) تداخل نمایند. شدت تیک‌ها ممکن است با تجویز داروهای محرک دستگاه عصبی مرکزی

کشیدن بینی، فین کردن و سرفه کردن است. در بدنه‌ی و یا هرزه‌گویی که یک تیک پیچیده‌ی صوتی است، واژه‌هایی مستهجن ادامی شوند و در تعداد اندکی از افرادی که اختلال تیک دارند (کمتر از ۱۰ درصد) این حالت مشاهده می‌شود ولی برای تشخیص اختلال تورت ضروری نیست. در تقریباً نیمی از افراد دچار این اختلال نخستین نشانه‌هایی که آشکار می‌شوند تیک‌های منفرد، اغلب به شکل پلک زدن است. در موارد کمتر، تیک‌های اولیه شامل بخش دیگری از صورت یا بدن است، مانند شکلک در آوردن، تکان دادن سر، بیرون آوردن زبان، فین کردن، لی‌لی کردن، پریدن، صاف کردن گلو، وقفه شبیه لکنت زبان در گفتار، یا به زبان آوردن صداها یا واژه‌ها. گاهی این اختلال با نشانه‌های چندگانه همزمان آغاز می‌شود. شایع‌ترین نشانه‌های مرتبط با اختلال تورت، وسواس‌های فکری و عملی است. بیش‌فعالی، حواس‌پرتی و تکانشگری نیز نسبتاً شایع است. اغلب احساس ناراحتی در جمع مردم، شرمساری، کمروبی، تضعیف روحیه و غمگینی نیز دیده می‌شود. تیک‌های حرکتی و صوتی پیوسته ممکن است

مهمترین مشخصه‌ی اختلال تورت<sup>۱</sup> یک‌های حرکتی چندگانه همراه با بیش از یک تیک صوتی است. این تیک‌ها ممکن است به طور همزمان و یا طی دوره‌های مختلفی از بیماری ظاهر شوند. تیک‌ها در طی روز بارها ظاهر می‌شوند و طی مدتی بیش از یک سال به طور مکرر رخ می‌دهند. طی این دوره تیک‌ها هرگز بیش از ۳ ماه متوالی ناپدید نمی‌شوند. سن شروع اختلال قبل از ۱۸ سالگی است و تیک‌ها نباید ناشی از اثرات فیزیولوژیکی مستقیم دارو یا مواد (مانند داروهای محرک) یا یک بیماری جسمانی (مانند بیماری هانتینگتن یا آنسفالیت پس ویروسی) باشند. مکان یا موضع تیک‌ها در بدن، تعداد، فراوانی، پیچیدگی و شدت آنها در طی زمان تغییر می‌پذیرند. تیک‌های حرکتی ساده شامل انقباض‌های سریع و بی‌معنای یک یا چند ماهیچه، مانند پلک زدن است. تیک‌های حرکتی مرکب شامل لمس کردن، قوز کردن، خم کردن زانو، به عقب گام برداشتن و چرخیدن هنگام راه رفتن است. تیک‌های صوتی شامل بیان واژه‌های گوناگون یا اصواتی مانند تلق تلق، خرخر، آخ و وای، داغ داغ، بالا

تشدید شوند، مانند داروهایی که برای درمان اختلال کاستی توجه - بیش فعالی مصرف می شود، اما برخی از افراد می توانند این داروها را بدون تشدید تیک‌ها تحمل کنند و حتی ممکن است تیک‌های آنان کاهش یابد. در افراد دچار اختلال تیک اغلب اختلال وسواس فکری - عملی و اختلال کاستی توجه - بیش فعالی نیز رخ می دهد. نشانه‌های وسواس فکری - عملی افراد دچار اختلال تورت ممکن است شامل یک نوع فرعی خاص اختلال وسواس فکری عملی باشد. مشخصه‌های این نوع فرعی اختلال عبارت انداز: آغاز در سنین پایین تر، فراوانی بیشتر در پسران، فراوانی نشانه‌های وسواس فکری - عملی خاص (نشانه‌های پرخاشگری بیشتر و نگرانی کمتر درباره‌ی آلودگی و احتکار)، و پاسخ ضعیف تر به دارو درمانی به وسیله‌ی بازدارنده‌های انتخابی باز جذب سروتونین. گر چه در زمینه بالینی، اختلال تورت در پسران تقریباً ۳ تا ۵ برابر

بیش از دختران تشخیص داده می شود. نسبت جنسی آن در نمونه‌های جامعه احتمالاً ۲ به ۱ است. شیوع اختلال تورت با سن فرد رابطه دارد و کودکان بیشتر دچار آن می شوند (۵ تا ۳۰ در هزار) تا بزرگسالان (۱ تا ۲ در ۱۰ هزار).

سن شروع اختلال تورت ممکن است بسیار پایین و در حدود دو سالگی باشد ولی معمولاً طی دوره‌ی کودکی یا اوایل نوجوانی و به طور مشخص، قبل از ۱۸ سالگی ظاهر می شود. متوسط سن شروع برای تیک‌های حرکتی تقریباً ۶-۷ سالگی است. قدرت دوام این اختلال معمولاً همیشگی یا در تمام عمر است، هر چند امکان دارد دوره‌هایی از بهبود به مدت چند هفته یا چند سال هم دیده شود. حداکثر موارد شدت نشانه‌ها، فراوانی، مزاحمت و تغییر پذیری آنها، در نوجوانی و بزرگسالی کاهش می یابند و در موارد دیگر معمولاً در اوایل بزرگسالی نشانه‌ها به طور کامل ناپدید می شوند. در موارد نادر، نشانه‌ها ممکن است در بزرگسالی

و خیم تر شوند. عوامل پیش بینی کننده‌ی این روند شناخته شده نیستند. در زمینه درمان می توان اظهار داشت توجه به کار کرد کلی کودک یا نوجوان نخستین گام در تعیین مناسبترین درمان‌ها برای اختلال‌های تیک است. به طور کلی، درمان‌های رفتاری بیشتر در درمان اختلال تیک گذرا و مزمن موثر بوده‌اند در حالی که موارد نسبتاً محدودی از اختلال تورت واکنش مطلوب به روش‌های رفتاری نشان داده‌اند. فرض شده است که بین رفتارهای درمانی و درمان دارویی تأثیر تقویت کننده متقابلی وجود دارد. از نظر دارویی نشان داده شده است که آنتاگونیست‌های دو پامین قوی نظیر هالوپریدول، تری فلثوپرازین و پیمودزاید، تیک را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می دهند. داروهای ضد افسردگی و دیگر نظیر ایمی پرامین و دزپرامین ممکن است رفتار گسلنده را در کودکان مبتلا به اختلال تورت کاهش دهند. اما به دلیل اثرات نامطلوب قلبی مصرف گسترده‌ای ندارند.

زیر نویس ها:

منابع:

1. Tourette's disorder
- انجمن روانپزشکی آمریکا، (۱۳۸۱). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی (محمد رضائیکخواه و هامایاک آوادیس یانس / مترجمان). تهران: انتشارات سخن.
- سادوک، بینامین؛ سادوک، ویرجینیا، (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی (نصرت اله پورافکاری / مترجم). تهران: انتشارات شهر آب، آینده سازان، جلد سوم