

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooon.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

بسمه تعالی

موضوع:

اختلال تیک

تهیه کننده:

کلثوم ستاری

بهار ۱۳۸۵

مقدمه :

تیک را می توان پرش غیر عادی و مکرر عضلات چهره تعریف کرد که ویژگی های خاص خود را داراست و به صورت های گوناگون عنوان می شود . تیک ها معمولا سریع و تکراری هستند و به عنوان حرکات کلیشه ای شناخته می شوند که شخص نمی تواند آنها را کنترل کند . در طبقه بندی اختلالات تیک با سه طبقه ی کلی تحت عنوان اختلالات تورت اختلال تیک صوتی یا حرکتی مزمن و اختلال تیک گذرا سرو کار داریم که به طور کلی درمان روانشناختی اختلالات تورت در مقایسه با درمان روان شناختی اختلالات تیک صوتی یا حرکتی مزمن و همچنین اختلال تیک گذرا کارایی بالاتری را نشان می دهد.

اختلالات تیک طبقه ای از اختلالات حرکتی می باشند . که ویژگی بارز آنها حرکت سریع ، تکراری و غیر ارادی عضلات است . آنها را می توان به عنوان گذرا یا مزمن طبقه بندی کرد و این وضعیت بستگی به این دارد که چگونه اختلال مشهود شده است . و ملاک تمیز برای تیک های مزمن یا گذرا حداقل یک سال است بدین ترتیب که اگر یک سال تیک بارز شده باشد آن را به عنوان تیک مزمن محسوب می کنند (ویر، ۱۹۸۴ص ۷۷۵)

تیک ممکن است در یک یا چند دسته از عضلات مخطط بدن یا حتی عضو دیده شود. این حرکات ظاهرا به منظور خاص صورت نمی گیرند ولی بی علت و بدون انگیزه

هم نیست و در کودکان و نوجوانان شاد، ایمن و متعادل از نظر روانی، عاطفی و هیجانی کمتر دیده می شود. بین شدت تیک و شدت کشمکش های عاطفی و هیجانی همواره رابطه ی نزدیکی وجود دارد. مثلاً مشاهده شده است که کودکی که از لحاظ تحصیلی هم از طرف اولیای مدرسه و هم به علت داشتن پدری سخت گیر مورد سرزنش بوده دچار تیک سر شده است اما در تعطیلات تابستان این عارضه به کلی از بین رفته است. فرستادن چنین کودکی به مدرسه شبانه روزی و قطع تماس با پدرش باعث رفع تیک شده است. در واقع تیک نمایانگر نوعی تخلیه ی روانی و نشانه ی ناراحتی های عصبی است. به همین دلیل آن را یکی از علائم نوروتیک به شمار می آورند. یکی از نکات و ویژگی های مهم در رابطه با تیک از بین رفتن آنها در هنگام خواب است.

در سبب شناسی تیک با دیدگاه تحلیل روانی: دیدگاههای یادگیری، مدل کنشگر، نقطه نظر پزشکی و سبب شناسی عصبی سرو کار داریم. با این وجود در دیدگاه یادگیری روش حساسیت زدایی منظم و تقلیل اضطراب می تواند کارایی بالایی را برای درمان تیک فراهم سازد. تیک را بعضی ارثی می دانند و می گویند که در بعضی خانواده ها زیاد دیده می شود چون در این خانواده ها میزان درگیری ها، بیماری های عصبی و هیجانات زیاد است لذا بهتر است تیک را یک پدیده ی خانوادگی بدانیم نه ارثی و به علاوه انتقال ارثی آن تاکنون ثابت نشده است.

جو عاطفی نامناسب زمینه را برای بروز اختلالات رفتاری فراهم می کند و مشهود است که محیط های خانوادگی نامطلوب در کودکان اضطراب، افسردگی و پرخاشگری را افزایش می دهد و منجر به بروز اختلالاتی از قبیل پیش فعالی، تیک پر اشتهایی و کم اشتهایی روانی می گردد.

در مواقعی که مشکلات خانوادگی تشدید می یابد و یا موقعیت های خاص محیطی باعث فشار بیش از حد به کودک می شود و وی را مضطرب می کند زمینه را برای بروز و تشدید اختلال تیک گذرا فراهم می شود. (جیمز، لکمن، ماسک، هاردین، مارین ۱۹۸۹ ص ۵۶۶-۵۷۳)

طبقه بندی اختلالات تیک:

شایع ترین تیک اولیه چشمک زدن است که در پی آن یک تیک سر یا ادا و اطوار با عضلات صورت است اکثر علائم حرکتی و صوتی پیچیده سالها پس از شروع علائم اولیه ظاهر می گردند. هرزه گویی (ادای کلمات رکیک معمولاً در اوایل نوجوانی شروع می شود و در یک سوم موارد مشاهده می شود. هرزه گویی ذهنی که در آن به ناگهان یک فکر یا کلمه زشت و نامقبول اجتماعی در ذهن خطور می کند ممکن است مشاهده گردد. در بعضی موارد شدید آسیب جسمی از جمله شدن شبکیه و مسایل اورتوپدیک از تیک های شدید ناشی گردیده است. (پور افکاری ۱۳۷۵ ص ۴۱۴)

باید تیک ها را از حرکات نابهنجار دیگری که مانند آنها ناگهانی و یکنواخت نیستند متمایز کرد، حرکت کره ای (داع الرقص)، حرکت دفع شر، بعضی از وسواس های

وخیم (پاک کردن کفش روی پادری) ، دست زدن به یک شی برای پیشگیری از خطر
و مانند آن) حرکات ریتمی مختلف (اعضای بدن و سر) و حرکات یکنواخت
سایکوزی ها.

شایع ترین انواع تیک عبارتند از :

در صورت و سر: شکلک در آوردن ، چین دادن به پیشانی ، بالا بردن ابروها ، باز و
بسته کردن پلک هر دو چشم ، در هم کشیدن بینی ، غنچه کردن دهان ، نشان دادن دندان
ها ، گاز گرفتن لب ها و سایر قسمت های بدن ، بیرون آوردن زبان ، تکان دادن سر به
پایین یا طرفین پیچش گردن ، نگاه کردن به طرفین و چرخش سر .

۲. دست و بازوها : حرکات پرتابی دست و بازوها ، کشیدن انگشتان ، پیچاندن

انگشتان و مشت کردن دستها

۳. تنه و اندام های تحتانی : بالا انداختن شانه ها ، تکان دادن پا ، زانو ، انگشتان پا ،

حرکات ویژه در راه رفتن پیچش دادن به بدن و از جا پریدن

۴. تنفسی و گوارشی : سکسکه ، آه کشیدن ، خمیازه کشیدن ، بالا کشیدن بینی ،

تنفس اگزارژه، آروغ زدن ، ایجاد صدای مکش یا ملچ ملچ لب ها و صاف کردن گلو.

معمولا علائم رفتاری مقدماتی مانند تحریک پذیری ، مسائل مربوط به توجه و عدم

تحمل کافی ، قبل یا همزمان با شروع تیک ها مشاهده می شوند.

بسیاری از تیک ها اجزای پرخاشگرانه و جنسی دارند و ممکن است مسائل جدی

برای صاحب تیک به وجود آوردند . از نظر پدیده شناسی تیک ها شبیه نارسایی های

«سانسور» است ، هم خود آگاه و هم ناخود آگاه ، با افزایش رفتار خلق الساعه و تبدیل اندیشه به عمل همراه است.

سبب شناسی اختلالات تیک :

۱- دیدگاه روان تحلیل گری: اولین دیدگاه در مورد سبب شناسی اختلالات تیک دیدگاه روان تحلیل گری است . گرچه فریزی تیک ها را به عنوان تثبیت لیبیدو (LIBIDO) روی اعضای واحد می داند . با این وصف اظهار می دارد که تیک ممکن است نتیجه ی یک حادثه ی دردناک روانی باشد . نظریه پردازان بعدی تفسیرهای دیگری ارائه نموده اند مثلاً فنیچل مکانیزم تبدیل را زیر بنای سندرم تورت می داند . طبق نظریه های وی تیک ها نتیجه ی جابجایی تکانش های جنسی است که ساختمان شخصیت وی در مرحله ی پیش تناسلی رشد تثبیت شده است .

ماهلر تیک ها را به عنوان تکانش های پرخاشگری و حیات می داند که همواره از طریق تخلیه مرضی رها می گردند. سیم اظهار می دارد که منشا تیک ها را تعارضات مربوط به سطح مقعدی رشد می داند.

۲- دیدگاه یادگیری: نظریه های یادگیری همواره به عنوان علت ظهور و استقرار تیک به کار گرفته شده است . باتز دو مدل مربوط به یادگیری مطرح کرده است یکی مدل پاسخ گر و دیگری مدل کنشگر که در هر دو مدل تیک ها به عنوان پاسخ های اموخته شده مورد توجه قرار گرفته اند. مدل پاسخگر چنین است که تیک ها را پاسخ

های شرطی شده ی اجتنابی می داند که برای تقلیل تنش هایی که اساسا در موقعیت های آسیب زای روانی ظاهر گشته اند به وجود آمده است .

همانطور که ذکر شد دومین مدل مدل کنشگر است . بر اساس این مدل تیک ها ممکن است پاسخ های آموخته شده ای باشند که از طریق تقویت کنندگان ضمنی استقرار یافته اند. بعضی حالات ضمنی که این حرکات یا در محیط خارجی و یا در درون ارگانیزم از طریق سیستم های بازخورد داخلی ایجاد می کنند، تقویت شده، نیرومندی و استحکام رفتار را موجب می شوند.

تأثیر اضطراب بر اختلالات تیک :

در تمام اختلالات تیک موقعیت های استرس آمیز و اضطراب ممکن است به تشدید تیک ها منجر شود بعضی از مبتلایان به تیک می توانند دقایق و ساعت ها تیک های خود را مهار کنند اما بعضی دیگر به خصوص کودکان یا متوجه تیک های خود نیستند یا آنها را مقاومت ناپذیر می دانند تیک ها در حالت خواب ، آرمیدگی یا مجذوب یک فعالیت بودن کاهش می یابند تیک ها معمولا در حالت خواب از بین می روند اما بعضی افراد حتی در زمان خواب هم تیک دارند . (پورافکاری ۱۳۷۵)

تأثیر خانواده بر اختلال تیک :

اختلال تورت و اختلال تیک صوتی و حرکتی مزمن تجمع خانوادگی نشان می دهند. مطالعات بر روی دو قلوها میزان تطابق را در اختلال تورت و اختلال تیک صوتی یا

حرکتی مزمن در دو قلوهای یک تخمکی را بالاتر یافته اند . این یافته اهمیت عوامل ژنتیکی را در انتقال حداقل بعضی از موارد تیک را تقویت می کند. (پور افکاری ۱۳۷۵).
بعضی عوامل ژنتیکی را در مبتلا بودن اعضای خانواده به تیک دخیل می دانند و بعضی دیگر شرایط خانوادگی استرس زا را عامل این امر میدانند و معتقدند تیک یک پدیده خانوادگی است و نه ارثی . از لحاظ میزان شیوع اختلال تیک بین طبقات مختلف اجتماعی تفاوتی مشاهده نشده است ولی به نظر می رسد که انواع تیک ها در میان افراد خانواده و بیماران بیش از افراد خانواده کل جمعیت دیده می شود. (مهیار ۱۳۶۹)

درمان اختلالات تیک :

درمان اختلالات تیک بستگی به شدت و بسامد تیک ها ، به میزان ناراحتی ذهنی ، تاثیر مدرسه یا محیط کار ، عملکرد شغلی ، میزان جامعه گرایی و وجود اختلالات روانی همزمان دیگر دارد.

رفتار درمانی به منظور تمرکز آنچه ممکن است تعارض هیجانی اولیه باشد یا تقلیل مسائل هیجان ثانویه ناشی از تیک در بعضی موارد جایز است.

رفتار درمانی اقدامات سودمندی را برای درمان تیک های عضلانی نشان داده است و یکی از موثرترین روش های درمانی در کاهش تیک های عضلانی مبادرت ورزیدن به ارائه پاسخ های متناقض می باشد. (ریموند و همکاران ۱۹۸۹)

در درمان تیک باید توجه داشت که درمان تیک مساله مشکلی است در درمان تیک نباید به نوع تیک اهمیت داد بلکه باید کودک را درمان کرد. وادار کردن کودک به اینکه جلوی آینه بایستد و خود را در موقع تیک تماشا کند یا روش هایی مانند ماساژ ، معالجه با برق و نظایر آنها اثری ندارد . همه ی این روش ها حاکی از آن است که بیشتر به تیک توجه می شود نه به بیمار.

والدین باید بدانند که تیک عادت نیست زیرا عادت را می توان کنترل کرد در حالی که تیک غیر ارادی و بدون کنترل صورت می گیرد . آرام و مساعد کردن اوضاع خانواده کودک مبتلا به تیک رفع مشکلات درسی و تطبیق با مدرسه به خصوص اگر تیک در سنین دبستان و به علت مسائل درسی ظاهر شده باشد روش های موثری است که در درمان تیک نقش بزرگی ایجاد می کند . به علاوه باید بیمار و اطرافیان وی را نسبت به قابل درمان بودن تیک متقاعد ساخت ضمنا علائم دیگری همراه است لذا برای درمان تیک باید این علائم نیز برطرف و معالجه کردند . نکته ی مهم دیگری که باید مورد توجه قرار گیرد عود تیک است که بیمار آن را به صورت نوروتیک انتخاب می کند. در این حال ممکن است مدتی پس از بهبود به علت مشکلات روانی و دیگر مشکلات برگشت نماید .

برای درمان این بیماری روان درمانی به صورت رفتار درمانی مخصوصا به صورت شرطی کردن منفی که باعث خستگی عصبی - عضلانی می شوند ممکن است موثر باشد.

مصرف داروهای آرام بخش و رفع هیجانات بیمار توام با روان درمانی غالباً نتیجه ی خوبی می دهد . پیش از اتخاذ هر روش درمانگری باید به اختلالات دیگری که با تیکها همراه هستند و همچنین به نقشی که تیک ها در مجموعه ی اختلالات دارند توجه شود . به طور کلی می توان گفت که روشهای درمانی در مورد تیک ها به سه دسته تقسیم می شوند :

(۱) دارو درمانی (۲) حرکت درمانی (۳) روان درمانی

در آنچه مربوط به دارو درمانی است باید گفت که اغلب داروها به تغییرات چشمگیری منجر نمی شوند و فقط پاره ای از موارد ، دیازپام و بوتیروفنون موثر بوده اند . اما تاثیر داروها در بیماران مختلف یکسان نیست .

درمانگری روانی - حرکتی به فرون کنشی ها و یا به تاخیر های حرکتی توجه می کنند چه غالباً تیک ها با چنین اختلالاتی همراهند . در این راه کارهایی مانند تمرین آینه ای یعنی اجرای حرکات تیک با طرف سالم بدن ، تمرین منظم آرامش عضلانی و تمرین همراه با کنترل به وسیله ی آینه پیشنهاد شده است .

نو رفتارگرایان بر اساس شرطی زدایی خود به بازنگری این فنون پرداخته اند . بر اساس این روش های جدید از بیمار خواسته می شود تا در برابر آینه به ایجاد ارادی تیک هر روز به مدت نیم ساعت یا هر سه روز به مدت یک ساعت بپردازد . و این کار را سه هفته انجام دهد . و سپس ۳ هفته استراحت کند و دوباره تمرین را از سر گیرد . جونز و همچنین والتن (۱۹۶۱ و ۱۹۶۰) با استفاده از این روش به نتایج موفقیت آمیزی

دست یافته اند . (دادستان ۱۳۷۰) روان درمانگری با استفاده از روشهای تنش زدایی نیز
به نتایج قابل ملاحظه ای دست یافته اند . (آژوریاگرا ۱۹۶۱) اما باید متذکر شد که در
همه حال سازش دادن روش درمانگری با شخصیت بیمار ضروری است . در فرد
ناپایداری که واجد تیک است . باز پروری روانی - حرکتی در سطح نخست دل
مشغولی های درمانگری قرار می گیرد . در تیک هیستریکی می توان بر اساس یک روان
درمانی کوتاه مدت و مصاحبه های مبتنی بر روان درمانگری با والدین به بهبود قابل
ملاحظه ای دست یافت . تیک هایی که در روان رنجوری و سواسی دیده می شود
مستلزم درمانگری روانی - حرکتی توأم با یک روان تحلیل گری هستند .

(دادستان ۱۳۷۰)

اختلالات تیک (مقاله شماره ۱)

تیک مشکلی است که در آن یک بخش از بدن مرتباً، به سرعت و ناگهانی و بی اراده تکان می خورد. تیک ممکن است در هر بخش از بدن مانند صورت، شانه ها، دست ها و پاها اتفاق بیفتد. آنها را می توان به طور ارادی برای یک دوره ی کوتاه متوقف کرد. صداهایی مانند «گلو صاف کردن» که بی اراده ایجاد می شوند تیک های آوایی نامیده می شوند. اکثر تیک ها ملایم هستند و به سختی قابل توجه هستند، اما در بعضی موارد فراوان و جدی هستند و می توانند از بسیاری جهات زندگی کودک را تحت تاثیر قرار دهند.

معمول ترین اختلال تیک اختلال تیک گذرا (TRANSIENT) نامیده می شود که ممکن است بیش از ۱۰ درصد کودکان را در طول سالهای اولیه ی مدرسه تحت تاثیر قرار دهد. معلمان یا دیگران ممکن است متوجه تیک ها شوند و ندانند که آیا کودک تحت استرس است یا عصبی است. تیک های گذرا خود به خود از بین می روند. بعضی از آنها ممکن است با اضطراب خستگی و بعضی دارو درمانی ها بدتر شوند. بعضی تیک ها از بین نمی روند تیک هایی که یک سال یا بیشتر به طول می انجامند تیک های مزمن (chronic) نامیده می شوند. تیک های مزمن کمتر از درصد کودکان را تحت تاثیر قرار می دهند و ممکن است مربوط به نوع خاص و معمول تر اختلال تیک به نام اختلال تورت (Tourette) باشند.

کودکان مبتلا به اختلال تورت هر دو نوع تیک های کلامی و بدنی را دارا هستند .
بعضی تیک ها در ابتدای بزرگسالی از بین می روند و برخی باقی می مانند . کودکان
مبتلا به اختلال تورت ممکن است مشکلاتی در توجه تمرکز و همچنین ناتوانی هایی در
یادگیری داشته باشند. آنها ممکن است تکانشی عمل کنند یا وسواس فکری عملی از
خود نشان دهند.

گاهی ممکن است افراد مبتلا به اختلال تورت کلمات توهین آمیز ادا کننده ، نسبت به
دیگران بی ادب باشند و یا حرکات یا ژست های توهین آمیزی نشان دهند . آنها
نمی توانند این صداها و حرکات را کنترل کنند و نباید به خاطر آن سرزنش شوند . تنبیه
والدین ، آزار و اذیت همکلاسی ها یا سرزنش معلمان به کودک کمک نمی کند تا بتواند
تیک هایش را کنترل کند اما به عزت نفسش آسیب می رساند .

به وسیله یک معاینه ی پزشکی کلی (فراگیر) که اغلب شامل مشاوره ی پزشکی
اطفال یا عصب شناختی است یک روانپزشک کودک و نوجوان می تواند تعیین کند که
آیا یک جوان مبتلا به اختلال تورت یا اختلال تیک دیگری است . درمان برای کودکی
که مبتلا به اختلال تیک است ممکن است شامل دارو درمانی باشد تا به کنترل نشانگان
اختلال کمک کند ، روانپزشک کودک و نوجوان همچنین می تواند خانواده را راهنمایی
کند تا چگونه برای نوجوان خود حمایت عاطفی و محیط آموزشی مناسب فراهم کنند.

اختلالات تیک (مقاله ی شماره ۲)

تعریف : گروهی از اختلالات که با حرکات و آواگری های ناگهانی ، غیر ارادی ،
تکرار شونده ، سریع ، تصادفی ، بی هدف و بسیار قالبی شناخته می شوند.

همه گیر شناسی :

نرخ شیوع : معمول ترین اختلال حرکتی

سن آغاز (شروع) :

میانگین ۷ سالگی (از پیش دبستانی تا سالهای آغاز دبستان)

عوامل خطر زا :

خانوادگی (الگوی وراثتی تعیین نشده است)

شرایط مرضی همزمان

- اختلال کمبود همزمان
- اختلال کمبود توجه
- اختلال وسواس فکری - عملی
- اختلالات خواب
- اختلالات زبان و گفتار
- ناتوانی های یادگیری
- مهارت های حرکتی - دیداری مختل (دچار اختلال)

• عملکرد های دیداری - ادراکی دچار اختلال

• تمایز شنیداری پریشان

• مشکلات رفتاری هیجانی

انواع :

(۱) اختلال تیک گذرا

(۲) اختلال تیک آوایی و حرکتی مزمن

(۳) اختلال تورت

مشخصات بالینی:

(۱) تیک های حرکتی :

• معمولاً با سر و صدا و گردن در ارتباط هستند .

• به طور غیر معمول با دست ها پاها و بدن در ارتباط هستند.

• معمولاً به صورت یک تیک ساده ظاهر می شوند که تبدیل به تیک های دیگر و

یا دو یا چند تیک همزمان می شود.

انواع :

(۱) ساده

• شامل گروهی از عضلات خاص سر و گردن می شوند.

- چشمک زدن

- ادا و اصول های صورت

- سر تکان دادن

- تکان دادن گردن

- بالا انداختن شانه

(۲) پیچیده

• شامل گروهی از عضلات می شود.

- ژست های صورت

- بو کردن اشیا

- بلند کردن دست به سمت صورت

- مدفوع کردن (copropraxia)

- رفتارهای تمیز کردن (آرایش کردن)

- زدن یا گاز گرفتن خود

- پژواک رفتار

- لی لی کردن ، پریدن ، خیز برداشتن ، جست و خیز کردن ، پایکوبی

• ممکن است شامل گروهی از تیک های ساده ی حرکتی باشد.

• ممکن است وسواسی باشد:

- لمس کردن اشیا ، دیگران ، خود

- مرتب کردن اشیا

تیک های کلامی :

(۱) ساده

- پارس کردن
- سرفه کردن
- خرخر کردن
- فین فین کردن (بالا کشیدن بینی)
- صدای فین در آوردن
- صاف کردن گلو

(۲) پیچیده

- صداها:
صدای حیوانات ، آروغ زدن ، سکسکه کردن ، فریادهای بلند و جیغ کشیدن
- واژه ها :
بد دهنی کردن ، پژواک گویی ، مکرر گویی

(۳) مشخصات بالینی

- مومی شکل و به تدریج کم شونده
- ناخواسته است و به وسیله ی استرس ایجاد نشده است
- با اضطراب ، استرس عاطفی ، عصبانیت ، هیجان ، خستگی افزایش می یابد.

- با خواب ، آرمیدگی و یا تمرکز کاهش می یابد .
- برای مدت کوتاه قابل فرونشانی است اما ممکن است به تشدید آن بیانجامد.
- اختلال گذرا(کمتر از یک سال) در برابر اختلال مزمن
- می توان بین آن و دیگر اختلالات حرکتی تفاوت قایل شد
- داع الرقص، جنبش نا منظم و تشنجی ماهیچه ، ناتوانی در حفظ ماهیچه به حالتی خاص ، تونوس ، پرش ناگهانی دست و بازوی یک نیمه از بدن ، رعشه
- مقیاس های تشخیص شدت تیک در دسترس است
- همچنین تیک های حسی
- احساس ها - خارش های ناراحت کننده ، تحریک پذیری ، تغییر دما ،

احساسات غیرعادی

۴) شرایط مرضی همزمان

۱. اختلالات بیش فعالی - کمبود توجه :
 - در ۲۰ تا ۶۰ درصد از سندرم های تورت
 - ممکن است ظهور تیک ها را ۲-۳ سال جلو بیندازد
 - ممکن است در افراد مبتلا به تیک بیشتر و معمول تر باشد
 - بیشتر در مردان مبتلا به سندرم تورت شیوع دارد
۲. اختلالات وسواس فکری - عملی :
 - در ۲۸ تا ۶۷ درصد از سندرم تورت

- وسواس فکری:
- ترس از آسیب ، آلودگی و غیره...
- وسواس عملی:
- عادات مرتب کردن ، نظم دادن
- مناسک چک کردن ، شمردن یا پاکیزه کردن
- ۳. اختلالات خواب
- راه رفتن در خواب ، حمله های شبانه ، کابوس ها ، حرف زدن در خواب ،
ناآرامی به سختی به خواب رفتن
- ۴. اختلالات یادگیری:
- در ۳۳ تا ۵۰ درصد سندرم تورت
- ممکن است به مهارت های دچار اختلال دیداری حرکتی ، و یا تمایز شنیداری
نارساخوانی مربوط باشد
- ۵. دیگر مشکلات رفتاری
- ۵ تا ۲۰ برابر بیشتر در سندرم تورت متداول است
- اضطراب ، افسردگی ، خصومت
- رفتارها یا افکار جنسی نامتناسب
- اختلالات سلوک ، مشکلات انضباطی ، مانیا ، حمله های هراس ، ترس های
مرضی ، لکنت زبان ، نوروها

تحقیقات :

- عملکرد در همه ی تست ها معمولاً نرمال (بهنجار) است.
- در تحقیقات هیچ تشخیص بالینی درمورد این بیماران داده نمی شود.

مدیریت :

۱. هدف :

تعیین اینکه منبع پریشانی تیک ها هستند یا مشکلات مرضی همزمان و تهیه ی یک

برنامه ی مدیریتی چند روشی فردی شده

۲. روانشناختی :

- مشاوره ی فردی و خانوادگی
- آموزش خانواده همسالان و معلمان مدرسه
- آزمایش مفصل روانی - آموزشی برای شرایط مرضی همزمان (مانند ، ناتوانی های یادگیری ، مهارت های دچار اختلال دیداری- حرکتی)

۳. طبی :

(۱) اختلالات تیک :

- منافع
- تیک ها را در ۸۰ درصد بیماران فرو می نشاند.
- خطرها

- هیچ درمانی نتایج تصادفی را تغییر نمیدهد.

- ۵۰ درصد عوارض جانبی خفیف یا شدید دارد

• نشانگان

- اختلالات تیک حرکتی یا آوایی مزمن

- اختلالات تورت

- نشانگانی برای درمان اختلال تیک گذرا وجود ندارد

- ناتوانی های اجتماعی و تحصیلی

۱. هالوپریدول :

- آنتاگونیست دوپامین که از سال ۱۹۶۱ استفاده می شود.

- از ۰/۲۵-۰/۵۰ میلی گرم آغاز می شود

- از ۰/۵ میلی گرم افزایش می یابد تا وقتی که تاثیرات درمانی وجود دارد سپس به

همان مقدار تغییر می یابد.

- اگر با ۶ میلی گرم در روز پاسخی دیده نشود غیر محتمل است که جوابگو باشد .

- عوارض جانبی :

• رخوت و سستی ، ملال و دلتنگی ، افسردگی ، اضافه وزن

• عملکرد شناختی یکنواخت با عملکرد دچار اختلال در مدرسه

• تظاهرات برون هرمی (بیش از ۱۰ درصد بیماران)

واکنش تونوسی حاد

اسپاسم آکولوژیر ، کجی گردن

واکنش های نادر

۲. پیموزید :

- قفل کننده ی پس سیناپسی گیرنده های D_2

- به اندازه هالوپریدول موثر است اما با عوارض جانبی بیشتر.

- عوارض جانبی:

- تظاهرات برون هرمی (در ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران)

- مانند بالا

- مدت QT را بر روی ECG افزایش می دهد.

۴. مشکلات مرضی همزمان :

(۱) اختلال کمبود توجه :

- رویکردهای رفتاری یا آموزشی

- درمان با متیل فنیدیت ، دکسترو مپتامین یا پمولین ممکن است تیک ها را

بدتر کند.

- دسیپرامین

اختلالات تیک (مقاله ی شماره ۳)

- یک رویکرد عملی مشخص برای والدین

تیک ها چیستند؟ تیک ها روش های غیر ارادی هستند که ممکن است هر دسته از اعضای ارادی را درگیر نمایند. زمانی که شخص یک تلاش شدید را برای کنترل تیک ها به کار می برد ممکن است بطور جزئی و کوتاه مدت تیک ها کنترل شود. اما بعدا تیک ها مجددا اتفاق می افتند و حتی به علت سعی شدید به کار رفته ممکن است از قبل شدیدتر شوند.

تیک ها ممکن است شامل چشمک زدن های چشم ، شکلک های صورت ، حرکات بینی یا باز کردن دهان می باشد . جهت فهم بهتر چگونگی یک بیمار مبتلا به تیک بهتر است دانسته شود که یک شخص ممکن است سعی در توقف چشمک چشمهایش نماید. این ممکن است در ابتدا آسان به نظر برسد اما بعد از ۳۰ ثانیه چشمک زدن تیک وار شروع می شود . به این دلیل یک بیمار مبتلا دائما با آن درگیر است . تیک ها در زمانی که فرد تحت تاثیر موقعیت استرس زا قرار دارد تشدید می گردد معمولا تیک برای اولین بار در یک موقعیت نا امن خانواده یا فرضا درموقع جابه جایی محیط امن خانوادگی اتفاق می افتد.

تیک ها ممکن است حرکتی یا صوتی باشند : تیک های صوتی عبارتند از :

وز وز کردن ، ناله کردن یا گفتن کلمات واقعی که معمولاً با حالت انفجاری ادا

می‌شوند (کلمات ممکن است دشنام باشند)

تیک‌ها ممکن است ساده یا پیچیده باشند. یک تیک ساده بدون اختیار اتفاق می‌افتد.

مانند چشمک زدن ، پرش های عضلانی ، ناله یا تولید صدا

یک تیک پیچیده شامل حرکت عضله با هدفی خاص است

مانند خراشیدن ، پرتاب کردن ، جویدن

یک تیک صوتی می تواند شامل تولید یک کلمه و نه فقط یک صوت باشد .

چند نوع تیک داریم؟ پیچیده ترین نوع از بیماری های تیک بیماری تورت می باشد

که تیک ها حداقل یک سال باقی می مانند.

• تیک ها از نوع حرکتی یا صوتی می باشند

• باید تکراری و بدون وقفه بیش از ۲ ماه به طول بیانجامند

• باید باعث اختلال عملکرد قابل ملاحظه گردند

بیماری تورت شامل ترکیبی از تیکهای پیچیده ، سندرم شبه AD/HD و مشکلات

وسواسی فکری - عملی است .

اختلال تیک حرکتی مزمن : مثل بیماری تورت است وقتی که تیک صوتی ندارد

اختلال تیک صوتی مزمن : مثل بیماری تورت است وقتی که فقط تیک صوتی

مورد نظر است (نه تیک حرکتی)

اختلال تیک حاد: اختلالی که شامل تیک است و در مدت کوتاهی اتفاق می افتد و

وقتی که استرس برطرف شد حذف می گردد. (کمتر از ۳ ماه)

اختلال تیک بدون ویژگی خاص : شامل اختلال های تیک که فاکتورهای

اختلالات بالا را ندارد .

بیماری تورت : شامل ترکیبی از تیک های حرکتی و صوتی می باشد ، آن باید به

عنوان بخشی از یک اختلال به حساب آید . طیفی از اختلال رفتاری که شامل تیک ها،

رفتار وسواسی و اختلال کمبود دقت بیش فعالی است. در بیماری تورت تیک ها باید

بیش از یک سال وجود داشته باشند و هیچ وقت بیش از ۲ ماه متوقف نگردند . این

بیماری ماهیت مواج دارد که نوسانات آن ممکن است مرتبط یا غیر مرتبط با

فاکتورهای استرس زا باشند.

این بیماری ریشه ی ژنتیکی دارد که تصور می شود به شکل کروموزوم غیر جنسی

غالب انتقال می یابد . اما سایر فاکتورهای ژنتیکی مانند تقویت ژن ممکن است نقشی

در آن ایفا نمایند. (تقویت ژن در طول نسل های پی در پی و ضخیم تر می شود) و

جایگیری ژنتیکی نیز (تظاهر متفاوت از آنچه از پدر و مادر به ارث رسیده داشتن)

در آن نقش دارد . تظاهر معمول اختلال تورت با مقداری افزایش در بیش فعالی و

تحریک پذیری همراه است . در این زمان بعضی کودکان ممکن است تشخیص

AD/HD دریافت کنند و درمان تحریک کننده را آغاز کنند که بعدا هنگامی که تیک ها

افزایش پیدا می کند قطع می شود . تیک ها معمولا در ابتدا با تیک های حرکتی

در ناحیه ی صورت مانند چشمک زدن ، اداهای صورت ، سیخ شدن موها ، باز کردن دهان ، فین فین کردن و تکان دادن گردن آغاز می شوند . سپس تیک ها ، تکان دادن شانه ها و دست ها و پاها تکمیل می شوند . معمولا تیک ها صوتی بعدا گسترش پیدا می کنند که اغلب شامل صاف کردن گلو است . دیگر تیک شامل خرخر کردن ، سر و صدای بلند، فریاد زدن واژه های حقیقی ، اغلب نفرین و دشنام است .

تیک های آوایی و حرکتی ممکن است به طور همزمان رخ دهند اما الزامی نیست که در یک ترتیب باشند تا آن ها را برای تشخیص اختلال تورت مناسب بدانیم . رفتار وسواسی (فکری - عملی) اضطراب و افسردگی ممکن است با اختلال مرتبط باشند و معمولا بعدا در جریان اختلال رشد یابند .

این موقعیت ممکن است به شدت نابود کننده باشد و زندگی کردن با آن ممکن است بسیار مشکل باشد . درمان ممکن است به درجات مفید واقع شود.

دیگر علت های تیک کدامند؟ استرس شدید ، بعضی دارو درمانی ها که شامل

رتیلین ، دکسورین و آدرال (محرک ها) و یا تگرکول ممکن است باعث تیک ها شوند . درموقیت های نادر بعضی عفونت ها که با مغز ارتباط دارند (آنسفالیت ها)

ممکن است با تیک ها در ارتباط باشند . دیگر اختلالات ژنتیکی و متابولیکی اکثرا آنهایی که عقده های عصبی پایه را تحت تاثیر قرار می دهند ممکن است با تیک ها یا پدیده ی شبه تیک مرتبط باشند . همچنین عفونتهای ویروسی ممکن است ندرتا باعث تیک شوند . عفونت های استرپتوکوکی باگسترش تیکها و رفتارهای وسواسی فکری -

عملی مرتبط هستند. PANDAS اختلالات نورو روانپزشکی خود ایمنی کودکان مرتبط با عفونت‌های استرپتوکوکی یک اختلال شناخته شده است که در آن پادتن‌های باکتری‌های استرپتوکوکی به عقده‌های عصبی پایه حمله می‌کنند که باعث نشانگان می‌شود که در بالا مطرح شد.

بایستی تیک‌ها را از داع الرقص جدا دانست (CHOREA) داع الرقص اختلالی حرکتی است که برخلاف تیک نمی‌تواند به وسیله‌ی یک مشاهده‌گر بازسازی می‌شود، فرونشانی آن مشکل‌تر است و جزء حرکات ارادی قرار داده می‌شود. ندرتا بعضی حمله‌ها ممکن است اختلالات تیک تقلیدی تند و گذرا باشند.

- **درمان سندرم تورت**: اکثر کودکانی که تیک دارند نیازی به درمان ندارند. جریان پرنوسان اختلال باعث می‌شود که برای اتخاذ یک انتخاب محتاطانه صیر کنیم و همچنین ارزیابی روشن پاسخ به درمان راهنگامی که یک نوسان منظم به جای تاثیرات درمان ممکن است باعث بدتر شدن یا بهتر شدن می‌شود مشکل می‌سازد. هنگامی که درمان مورد توجه است، عصب‌شناسان مختلف ممکن است رویکردهای نسبتاً متفاوتی داشته باشند.

کلاندین (کاتاپرس) ممکن است در خط اول درمان به وسیله‌ی آنهایی که به بهبود بیمار معتقدند مورد استفاده قرار گیرد مزیت این دارو این است که به شکل چسب و (PATCH) در دسترس است که می‌تواند یک بار در هفته جابه‌جا شود و نیازی به بلعیدن هرروزه قرص‌ها نیست. مانند گوانزین (تنکس) یک درمان است

که به طور کلی بر روی فشار خون عمل می کند که ممکن است برای تیک های مفید واقع شود و رفتار بیش فعالانه را آرام کند. در بعضی موارد مخصوصا با تنکس والدین پیشرفتی را در زمان توجه و عملکرد تحصیل کودک گزارش می کنند.

دیگر درمان هایی که تیک را فرو می نشانند شامل پیموزید ، فلافنازین و هالو پریدول هستند . این داروها بسیار موثر هستند اما ممکن است با بعضی عوارض جانبی جدی شامل : بد کاری های کبد و لخته شدن خون ، اضافه وزن ، واکنش های آلرژیک ، واکنش های دیستاتیک و حرکت پریشی تاخیری مرتبط باشند
(TRADIVE DYSKIINESIA) TD * یک اختلال حرکتی است که برگشت ناپذیر

و بالقوه است و شامل : دهان ، زبان و دست و پاهاست . دیگر درمان های موثر برای این موقعیت شامل SSRI (باز دارنده های باز جذب سروتونین انتخابی) است که شامل پروزاک ، زولفت ، پاکسیل ، لووکس و سلکساست . این درمان ها ممکن است اضطراب را کاهش دهند و رفتار و تمایل وسواسی فکری عملی را افزایش دهند :

نشانگان اولیه ی آن همانند داروهای ضد افسردگی است . افسردگی نقش فعالی در بیماران اختلال تورت دارد. دیگر درمان ها شامل : مشاوره ی روان شناختی ، اصلاح رفتاری ، گروه های حمایت و پسخوراند زیستی با نتایج محدود است .

جریان طبیعی و نتایج این اختلال متغیر است و در بسیاری موارد وقتی که فرد بالغ می شود ، درجه ی تیک ها و آهنگ اختلال قطع نظر از تاثیرات درمان به تدریج کاهش پیدا می کند.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandooch.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

منابع :

- آزاد - حسین / روان شناسی مرضی کودک / انتشارات پاژنگ.
- احدی - حسن، بنی جمالی، شکوه السادات / روان شناسی رشد کودک و نوجوان / انتشارات رشد.
- انجمن روان شناسی آمریکا / طبقه بندی اختلالات روانی DSM IV / ترجمه پور افکاری / انتشارات آزاده.
- بیرجندی ، پروین / روان شناسی رفتار غیر عادی / انتشارات دهخدا.
- دادستان ، پریرخ / روان شناسی مرضی - تحولی / انتشارات دریا.

جهت خرید فایل word به سایت www.kandoo.cn.com مراجعه کنید
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1
Directory:
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm
Title:
Subject:
Author: H.H
Keywords:
Comments:
Creation Date: 4/1/2012 10:43:00 PM
Change Number: 1
Last Saved On:
Last Saved By: hadi tahaghoghi
Total Editing Time: 0 Minutes
Last Printed On: 4/1/2012 10:43:00 PM
As of Last Complete Printing
Number of Pages: 29
Number of Words: 3,724 (approx.)
Number of Characters: 21,229 (approx.)