

درمانگری شناختی - رفتاری اختلال‌های تیک

تألیف
کایرون اکانر

ترجمه
دکتر عصمت دانش
دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

دکتر علیرضا سلیمی نیا
استادیار دانشگاه تهران



کایرون اُکانر

درمانگری شناختی - رفتاری اختلال‌های تیک

ترجمه: دکتر عصمت دانش، دکتر علیرضا سلیمی نیا

ناشر: کتاب ارجمند

صفحه‌آرا: مهتاب دلنواز

طراح جلد: احسان ارجمند

فروست: ۷۱۷

چاپ: سامان، صحافی: روشنگر

چاپ اول، مرداد ۱۳۹۲، ۱۱۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۹۷-۹

www.arjmandpub.com

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

سرشناسه: اُکانر، کایرون فیلیپ،

O'Connor, Kieron Philip

عنوان و نام پدیدآور: درمانگری شناختی - رفتاری

اختلال‌های تیک / نویسنده: کایرون اُکانر؛ مترجم:

عصمت دانش، علیرضا سلیمی نیا.

مشخصات نشر: تهران: کتاب ارجمند، ۱۳۹۱.

مشخصات ظاهری: ۳۹۲ ص، قطع: وزیری

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۱۹۷-۹

وضعیت فهرست‌نویسی: فیپا

عنوان اصلی: **Cognitive-behavioral management of tic disorders, 2005**

موضوع: اختلالات تیک، اختلالات تیک - درمان،

شناخت‌درمانی

شناسه افزوده: دانش، عصمت، ۱۳۲۶ - مترجم،

سلیمی نیا، علیرضا، ۱۳۵۲ -

رده‌بندی کنگره: ۱۳۹۱ ۸ الف ۵۵۲/RC

رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۳

شماره کتابشناسی ملی: ۲۸۵۹۴۳۹

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶

شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن ۰۸۳۱-۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۴۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک	ارسال عدد ۱
دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک	ارسال عدد ۲
دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل	ارسال ایمیل:

فهرست مطالب

فهرست مطالب	۳
درباره مؤلف	۷
پیشگفتار مؤلف	۹
پیشگفتار مترجمان	۱۳
فصل ۱: ماهیت اختلال‌های تیک	۱۵
تعریف	۱۵
تشخیص	۱۵
چه چیزی تیک محسوب می‌شود؟	۱۹
ابتلاء همزمان به چند بیماری و تغییر همگام	۲۰
پیشانی ثانوی	۲۱
شیوع	۲۲
ارتباط تیک‌ها با سایر رفتارهای درهم گسیخته	۲۳
تمایز بین تکانش‌ها و وسواس‌های عملی: تیک‌های حسی، شناختی و وسواس‌های فکری	۲۴
هیجان‌های مرتبط	۲۸
راهبردهای اداره خود	۳۰
راهبردهای مقابله‌ای نگهدارنده چرخه تیک	۳۱
تحلیل رفتار و تغییرپذیری موقعیت	۳۲
نتیجه‌گیری	۳۵
فصل ۲: درک اختلال‌های تیک: الگوهای سبب شناختی	۳۶
مروری اجمالی بر الگوهای زیست‌شناسی اعصاب	۳۶
مطالعات عصبی جسمی	۳۷
درمانگری‌های عصبی‌زیستی	۴۰
عوامل ژنتیکی	۴۵
عوامل روانی-اجتماعی	۴۷
جنبه‌های عصب‌روان‌شناسی	۴۸
تنظیم هیجان	۵۰
الگوی یادگیری	۵۰
درمان‌های روان‌شناختی	۵۴
رویکردهای رفتاری	۵۵
معکوس کردن عادت	۵۷
فنون دیگر پیشگیری و مواجهه با تنش	۶۱
نتیجه‌گیری‌ها	۶۲

فصل ۳: پردازش حرکتی در اختلال‌های تیک	۶۵
◀ پردازش حرکتی	۶۵
◀ روان‌شناسی عمل	۶۵
◀ تیک‌ها به‌عنوان اعمال رفتاری	۶۹
◀ بوم‌شناسی انسان از عمل	۷۱
◀ سیستم روانی‌جسمانی حرکت	۷۲
◀ تنش مزمن ماهیچه	۷۶
◀ نقش ناکامی در شروع تیک	۷۸
◀ شروع تیک و استفاده از ماهیچه: چرخه ناکامی-عمل/تنش-رهاسازی	۷۹
◀ سبک‌های کامل‌گرایانه عمل	۸۲
◀ آگاهی حسی حرکتی بیش از حد	۸۳
◀ بی‌نظمی چرخه فعال‌سازی حرکتی و مکانیسم‌های پس‌خوراند حسی	۸۵
◀ الگوی شناختی-رفتاری/روانی‌جسمانی حرکتی اختلال تیک	۸۶
◀ تلویحات بالینی	۸۷
◀ نتیجه‌گیری	۹۰
فصل ۴: مطالعات تجربی: آزمایش الگوی شناختی-روانی‌جسمانی	۹۱
◀ نظر اجمالی	۹۱
◀ فعالیت رفتاری مرتبط با بروز تیک مزمن و عادت‌های مرضی	۹۲
◀ اعتباریابی سبکی از برنامه‌ریزی عمل (به‌ایست) به‌عنوان تمایزگر اختلال تیک، اختلال وسواس فکری-عملی و اضطراب تعمیم‌یافته	۹۸
◀ روابط مغز و رفتار در خلال پردازش حرکت در تیک مزمن و عادت‌های مرضی	۱۰۸
◀ برنامه شناختی-رفتاری برای مدیریت اختلال‌های تیک مزمن	۱۱۴
◀ آیا رفتاردرمانی عملکرد دیداری-حرکتی را در اختلال تیک مزمن درمان می‌کند؟	۱۲۱
◀ نتیجه‌گیری	۱۲۵
فصل ۵: جهت‌گیری‌های آتی	۱۲۷
◀ مفهوم‌سازی شناختی-رفتاری/روانی‌جسمانی اختلال‌های تیک	۱۲۷
◀ تلویحاتی برای پژوهش‌های آتی	۱۲۷
◀ طیف نشانگان تیک و اختلال وسواس فکری-عملی	۱۳۰
◀ جداسازی تکانه از اجبار: موردی از تیک‌های شناختی	۱۳۳
◀ انطباق این برنامه با کودکان و سایر گروه‌ها با نیازهای خاص	۱۳۵
◀ به‌کارگیری این برنامه در مورد سایر مشکلات تنش	۱۳۷
فصل ۶: راهنمای درمانگر	۱۴۱
◀ مرور کلی برنامه	۱۴۱
◀ برنامه ده مرحله‌ای	۱۵۰
◀ دستورالعمل برای هر جلسه	۱۶۶
◀ راهنمای رفع اشکال	۱۷۵
◀ مثال‌های موردی	۱۸۳

۲۱۱	فصل ۷: راهنمای درمانجو
۲۱۱	◀ مقدمه: این راهنما برای چه کسی است؟
۲۱۱	◀ درباره تیک‌ها
۲۲۰	◀ رویکرد مدیریتی شناختی- رفتاری برای تغییر عادت‌ها
۲۲۴	◀ بررسی اجمالی الگوی کنترل تیک
۲۳۳	◀ انگیزش
۲۳۴	◀ تأثیر ذهن بر ماهیچه
۲۳۹	◀ آموزش آگاهی
۲۴۳	◀ شناسایی فعالیت‌هایی با احتمال زیاد- و کم - برای بروز تیک و افکار و احساسات همراه آن
۲۵۲	◀ تمرین‌های افتراق ماهیچه
۲۵۵	◀ تن‌آرامی در سه بُعد
۲۶۱	◀ تمرکز مجدد بر احساسات
۲۶۴	◀ تأثیر فکر بر رفتار
۲۷۰	◀ بازاندیشی درباره تفکر خود
۲۷۴	◀ باورهای مرتبط با برنامه‌ریزی رفتار
۲۷۹	◀ بازسازی حرکتی و رفتاری
۲۸۶	◀ حفظ رفتار جدید
۲۸۸	◀ نتیجه‌گیری
۲۹۱	پیوست‌ها
۲۹۳	پیوست ۱: پرسشنامه‌های 1a-1h
۲۹۵	پیوست 1a: تاریخچه تیک / ارزیابی درمانجو
۲۹۶	پیوست 1b: مقیاس واکنش شخصی: تأثیر و ضربه تیک‌ها بر زندگی
۲۹۸	پیوست 1c: مقیاس تنش
۲۹۹	پیوست 1d: باورهایی درباره تیک‌ها
۳۰۰	پیوست 1e: سبک برنامه‌ریزی (ایست)
۳۰۴	پیوست 1f: پرسشنامه انگیزش
۳۰۵	پیوست 1g: ورقه بررسی معایب
۳۰۶	پیوست 1h: راهبردهای مقابله‌ای که تنش بیشتری را هنگام مقاومت در برابر تیک‌ها ایجاد می‌کند
۳۰۷	پیوست ۲: کاربرگ‌های راهنما 2a-2j
۳۰۹	پیوست 2a: انتخاب یکی از تیک‌ها برای کارکردن درمورد آن در یک زمان
۳۱۰	پیوست 2b: ماهیچه‌های درگیر/متأثر از تیک
۳۱۱	پیوست 2c: شیوه نظارت بر فراوانی تیک
۳۱۲	پیوست 2d: موقعیت‌ها یا فعالیت‌هایی با احتمال بالا برای بروز تیک
۳۱۳	پیوست 2e: موقعیت‌ها یا فعالیت‌هایی با احتمال پایین برای بروز تیک
۳۱۴	پیوست 2f: ارزشیابی درجه احتمال کم- و زیاد- بروز تیک در فعالیت‌ها

پیوست ۲g: ماهیچه‌های اصلی درگیر در اعمال روزانه	۳۱۵
پیوست ۲h: افکار، احساسات و فعالیت رفتاری	۳۱۶
پیوست ۲i: فن سه ستونی	۳۱۷
پیوست ۲j: درجه‌بندی نزدیکان: نکاتی برای ارزیاب خارجی	۳۱۸
پیوست ۳: تیک‌های شناختی: ملاحظات خاص	۳۲۴
پیوست ۴: نظارت روزانه بر تیک	۳۲۷
◀ آموزش و استفاده از دفتر ثبت روزانه	۳۳۰
◀ تطبیق دفتر ثبت روزانه	۳۳۵
◀ آموزش افراد برای تداوم در ثبت روزانه	۳۳۶
پیوست ۵: مثال‌های تصویری از ثبت روزانه	۳۴۰
پیوست ۶: برگه‌ها و پرسشنامه ثبت روزانه	۳۴۶
◀ واکنش به خودنظاره‌گری رفتاری تیک	۳۴۸
پیوست ۷: آزمون تیک	۳۴۹
پیوست ۸: پرسشنامه پیگیری	۳۵۴
پیوست ۹: پاسخ‌های آزمون تیک	۳۵۸
منابع	۳۶۳
فهرست اصطلاحات	۳۷۷

درباره مؤلف

کایرون آکانر کار پژوهشی حرفه‌ای خود را به‌عنوان عضو هیات رئیسه پژوهش، در انجمن پژوهش پزشکی (UK) واحد روانپزشکی بالینی در بیمارستان گرینینگول، چیچستر و ساسکس آغاز کرد. در سال ۱۹۷۹، فوق لیسانس خود را با نوشتن رساله‌ای در روان‌شناسی آزمایشی از دانشگاه ساسکس، و در سال ۱۹۸۴ دکترای تخصصی خود را در روان‌شناسی از انستیتو روانپزشکی دانشگاه لندن دریافت کرد. او در سال ۱۹۸۶، با گرفتن دیپلم بالینی از انجمن روان‌شناسی بریتانیا دوره آموزشی خود را کامل نمود، و به انستیتوی حنجره‌شناسی و گوش‌شناسی دانشگاه منتقل شد، و چندی به‌عنوان مدرس پژوهش، درباره جنبه‌های روان‌شناختی سرگیجه، تحقیق نمود، و نیز به‌عنوان روان‌شناس بالینی در مجمع سلامت بلومزبری کار کرد.

در سال ۱۹۸۸، از سوی مؤسسه پژوهشی سانته کبک نخستین سری از کمک هزینه‌های تحصیلی به او اعطا گردید، و برنامه پژوهش بالینی در مرکز پژوهشی فرناند-سگوین، بیمارستان لوئیس-اچ لافونتین دانشگاه مونترال کانادا تأسیس شد. برنامه پژوهش چندرشته‌ای که تمرکز بر اختلال وسواس فکری-عملی، تورت و اختلال تیک و اختلال هذیانی دارد، اخیراً توسط انستیتوهای کانادایی پژوهش سلامت بنیان‌گذاری شده است. او نیز فعالانه چندین مؤسسه مستقر در جامعه را برای حمایت و ارائه اطلاعات به افراد دچار وسواس فکری-عملی و نشانگان تورت و خانواده‌های آن‌ها راه اندازی کرده، و مشاور علمی مؤسسه خیریه وسواس فکری-عملی کبک است.

کایرون آکانر در حال حاضر دانشیار پژوهشی در گروه روانپزشکی مونترال است، و همزمان نیز به‌عنوان دانشیار افتخاری در گروه روان‌شناسی دانشگاه کبک مونترال فعالیت می‌کند. وی مؤلف یا همکار مؤلف در انتشار بیش از ۱۰۰ کتاب علمی بوده است. همچنین با فردریک آردیما و مری کلاد پله‌زیرا در تألیف و نگارش کتاب «*ماورای شک مستدل: فرایندهای استدلال در اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال‌های مربوط به آن*» همکاری نموده که در سال ۲۰۰۵ توسط انتشارات وایلی منتشر شده است.

پیشگفتار مؤلف

این کتاب با تمرکز بر رویکردهای رفتاری-شناختی و روش‌های روانی‌آموزشی و روانی‌جسمانی وابسته به آن، به افراد دچار نشانگان ژیل دلاتورت و دچار مشکل تیک مزمن کمک می‌کند که بتوانند به کنترل تیک‌های خود بپردازند. در بخش آغازین کتاب، ادبیات و یافته‌های پژوهشی مربوط به تیک مرور می‌شود. در بخش میانی الگوی شناختی-روانی-جسمانی تیک‌ها همراه با نمایی کلی از مطالعات تجربی که الگوی مذکور را آزمون نموده‌اند بررسی می‌گردد. در بخش آخر و پیوست‌ها همراه با چهار مثال موردی دستورالعمل‌های نحوه کنترل تیک‌ها برای درمانگر و درمانجو ارائه می‌شود.

خوانندگان غیرحرفه‌ای احتمالاً مانند خوانندگان حرفه‌ای با درمانگری شناختی-رفتاری به‌عنوان یک روش مداخله‌ای روان‌شناختی مبتنی بر شواهد که اخیراً رشد یافته است آشنایی، و اطلاع دارند که این روش، کاربرد موفقیت‌آمیزی در درمان اضطراب، اختلال‌های عاطفی و به تازگی روانپزشکی داشته است. در عمل، رویکرد شناختی-رفتاری اغلب مکمل رویکردهای دیگری بوده است که بیشتر دارویی هستند، و به‌طور متمایزی بر اساس اصول درمانگری شناختی-رفتاری، به مفهوم‌سازی اختلال‌های روانپزشکی می‌پردازند. در درمانگری شناختی-رفتاری بیش از آن که نشانه‌ها، نتیجه فرایندهای درون روانی دور فرض شوند، رفتارهایی هستند که فعالانه توسط افکار و الگوهای رفتاری «حالا و اینجا» حفظ می‌شوند. در نتیجه درمان نیز از الگوی یادگیری پیروی می‌کند، که کنترل نشانه‌ها وابسته به همکاری فعال درمانجو در فراگیری و به‌کار بستن موفق روش‌های جدید فکری و رفتاری است. با این دید، اخیراً در چندین مطالعه از اصول رفتاری و یادگیری برای درک و درمان تیک و عادت‌های مرضی استفاده شده است. واژه «عادت مرضی» در طبقه‌بندی بیماری‌های روانی، وضع تشخیصی نامشخصی دارد، اما به‌هرحال شامل گستره‌ای از عادات پدی معمول مانند ناخن جویدن، کندن پوست، خاراندن، مالیدن، کشیدن مو، دندان‌قروچه، تولید صدا در مفاصل انگشتان یا گردن است.

کلاً به‌نظر می‌رسد عادت مرضی تا حدودی تحت کنترل ارادی شخص است؛ ولی با این حال شخص قادر به ترک آن نیست، برخلاف تیک که بیشتر مثل بازتاب‌های عصبی است. در مورد این که آیا تیک‌ها و عادت‌ها را می‌توان در یک پیوستار قرار داد یا نه، مناقشه وجود دارد. اما به‌هرحال تا کنون تعدادی از پژوهشگران برای درمان عادت‌های مرضی، به‌ویژه وسواس موکنی از روش‌های جامع درمانگری شناختی-رفتاری استفاده کرده‌اند که در آن علاوه بر کنترل رفتار، بر ابعاد عاطفی، میان‌فردی و شناختی رفتار عادت‌ی نیز تاکید می‌شود (به‌عنوان مثال منسو تو و همکاران، ۱۹۹۹). ادبیات کمی درباره درمان تیک وجود دارد، اما به‌هرحال، هدف یکی از رویکردهای رفتاری به‌نام «معکوس کردن عادت» درمان تیک‌هایی مانند نشانگان تورت و سایر اختلال‌های تیک بوده است (آزیرین و نان، ۱۹۷۳؛ وودز

و میلتن برگر، ۲۰۰۱). شواهد بالینی فزاینده‌ای حاکی از تأثیر «معکوس کردن عادت» در کاهش تیک‌ها است، اما مطالعات اندکی در مقیاس بزرگ، اثربخشی آن را تأیید می‌کند، و چون «معکوس کردن عادت» برنامه‌ای چند مؤلفه‌ای است، روشن نیست که کدام مؤلفه آن تعیین کننده و مهم است. همچنین شیوه‌های درمانی «معکوس کردن عادت» بیش از آنکه از الگوی خاص پدیدارشناختی تیک الهام گرفته باشد، از اصول رفتاری الهام گرفته است. اما چون تیک‌ها فقط پاسخ‌های شرطی شده نیستند، در نتیجه موفقیت بالینی رفتاردرمانی موجب بهتر و جامع‌تر شدن مفهوم‌سازی رویکرد رفتاری-شناختی درباره نحوه پدیدایی یا ماندگاری تیک‌ها نشده است. همچنین نظریه «معکوس کردن عادت» که تیک را به‌عنوان وقایع رفتاری مجزا در نظر می‌گیرد، و به‌علاوه از تعیین صریح متغیرهای شناختی عاجز است، می‌تواند از توجه روزافزون به رویکرد رفتاری-شناختی برای کنترل تیک بکاهد.

شکاف بین رفتار و شناخت تا اندازه‌ای ساختگی است و حتی در رویکردهای رفتاری محض نیز، درمانجویان باید الگو را درک، و انگیزه و دلایل تغییر عادت خود را بیان کنند، تا قادر شوند در ذهن خود رابطه علت و معلولی به‌کار گرفتن فنون را درک نمایند. اگرچه نتایج رفتاردرمانی تیک‌ها به‌طور واضح اندازه‌گیری نشده است، اما مانند سایر اختلال‌های روان‌پزشکی از گزارش‌های مطالعات موردی رفتار درمانی تیک‌ها پیدا است که تغییر رفتاری می‌تواند همراه با تغییر در طرز تفکر راجع به بیماری اتفاق بیفتد. هرچند در پژوهشی که انجام دادیم متوجه شدیم که، عوامل شناختی نه تنها به‌فایده رفتاردرمانی نمی‌افزاید بلکه اغلب باعث بروز تیک می‌شود. به‌عنوان مثال «پیش‌بینی بروز تیک» می‌تواند تیک‌ها را ایجاد کند و یا حتی فقط فکر کردن به تیک می‌تواند باعث بروز تیک‌ها شود و ارزیابی منفی راجع به موقعیت‌های پرخطر می‌تواند سطوح تنش و تیک زدن را افزایش دهد. با آن‌که الگوهای قبلی تیک، یا به نقش ساختارهای مرکزی مغز و یا به تأثیر اجتماعی و رفتاری تقویت‌کننده‌های تیک تمرکز داشتند، اما اکنون ادبیات گسترده، جامع و روزآمدی درباره فرایندهای واسطه‌ای بین مغز و رفتار در ارتباط با روان‌شناسی و فرایند روانی جسمانی رفتار حرکتی وجود دارد. فرایند روانی جسمانی حرکت می‌تواند توضیح دهد فرامین مرکزی، چگونه به کنترل پیچیدگی‌هایی می‌پردازند که هنگام آمادگی و کشش عضلانی وجود دارد، و چگونه چنین آمادگی و کششی می‌تواند منجر به حرکات ارادی و غیرارادی ناخواسته شود. در این رویکرد شناخت و رفتار، اعمال ارادی و غیرارادی نیز همانند سلسله‌مراتب عمل حرکتی، مراحل مختلفی دارند که زنجیره وار به دنبال هم قرار دارند. جفت شدگی و اتصال «تفکر و عمل»، «شناخت و حرکت» می‌تواند با الگوی شناختی-روانی-جسمانی انطباق یابد که باعث برنامه‌ریزی برای رفتار آتی و تصحیح پس‌خوراند به‌عنوان بخشی از کنترل حرکتی می‌شود، و حتی به اعمال غیرارادی به‌عنوان وقایعی می‌نگرد که از قبل برای آن طرح و برنامه‌ریزی نشده است.

برنشتاین (۱۹۶۷) به‌عنوان نظریه‌پرداز «حرکت» خاطر نشان کرد که، یک انقباض نمی‌تواند جدا از اعمال عمدی گسترده‌تر در برنامه حرکتی صورت بگیرد و این برنامه حرکتی در جای خود باید

به‌عنوان انطباقی بوم‌شناختی با محیط درک شود. بنابراین ممکن است این حرکت در راستای فعالیت کلی غائی فرد باشد که ما برای پیدا کردن سرنخ‌های شروع تیک، بیش از ساختارهای عصب زیست‌شناختی یا عوامل موقعیتی، به دنبال آن هستیم. الگوی شناختی-روانی-جسمانی به پیشرفت رویکرد درمانگری شناختی-رفتاری منجر شد، که هرچند مداخله‌های رفتاری قبلی را ایجاد و تکمیل کرد، اما عوامل شناختی را در مرکز و در رأس قرار داد. در نتیجه راهبردهای «معکوس کردن عادت» متروک، در بازسازی شناختی-حرکتی وسیع‌تری که شامل رفتار قبل از شروع تیک نیز بود، وحدت یافتند، تا از شروع تیک قبل از آن که بروز کند و مقاوم شود، جلوگیری کنند. الزاماً یک چنین بازسازی شناختی و حرکتی، ما را متوجه بافت رفتاری وسیع‌تری می‌کند که سبک عمل شخص را احاطه کرده است. ادعاهای اصلی الگویی که تجربی بوده و از طریق مطالعات روان‌سنجی، آزمایشی و بالینی آزمون شده است، در فصل‌های ۳ و ۴ بحث می‌شود. خود برنامه به‌عنوان روشی مؤثر برای بزرگسالان و نوجوانان دچار تیک تورت مزمن و عادت مرضی، معتبر تشخیص داده شده است. کتاب طوری طراحی شده است که با یک درمانگر آموزش دیده حرفه‌ای، و استفاده از رهنمودهایی که هم برای درمانجو و هم برای درمانگر در این کتاب تدارک دیده شده است، قابل اجرا باشد. موضوع‌های مربوط به استفاده از کتاب برای سایر درمانجویان و سایر اختلال‌ها در فصل ۵ بحث شده است.

کایرون اُکانر

مونترال، تابستان ۲۰۰۴

پایگاه اینترنتی به آدرس www.wiley.com/go/tic به این کتاب اختصاص یافته است، که شامل فرم‌های پیوست ۱-۲-۳-۶-۷ و ۸ و راهنمای درمانجو است. خوانندگان می‌توانند آن را مشاهده و دانلود کنند.

پیشگفتار مترجمان

نشانگان تیک در راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی ویراست سوم و چهارم به‌عنوان یک مقوله تشخیصی مجزا، از طریق تیک‌های چندگانه مشخص شده که شامل حداقل یک تیک صوتی است، که چندین بار در طول روز، هرروز، در سرتاسر دوره‌ای بیش از یک سال رخ می‌دهد و مکان، تعداد، فراوانی و شدت آن می‌تواند پس از زمان شروع آن که معمولاً قبل از ۱۸ سالگی است، تغییر کند. تیک‌ها ممکن است ساده یا مرکب باشند، تیک‌های ساده گروهی از ماهیچه‌های اصلی را درگیر می‌کنند و به‌صورت چشمک زدن، پرش عضله‌گونه، تکان دادن سر یا زانو و بالا انداختن شانه‌ها نمایان می‌شوند. تیک‌ها اصولاً به قسمت بالای بدن محدود می‌شوند و بیشتر در چشم، سر، شانه‌ها و صورت بروز می‌کنند. همچنین تیک ممکن است صوتی باشد که به صورت سرفه کردن، ورورکردن، فین فین کردن، سوت زدن، صاف کردن گلو، سکسکه کردن، عوعو کردن، خُرخرکردن نمایان شود. تیک را در صورتی تیک مرکب می‌گویند که انقباض در بیش از یک گروه از ماهیچه‌ها ایجاد شده باشد (کومینگز و کومینگز، ۱۹۸۴). تیک‌های مرکب نیز ممکن است شامل توالی حرکات باشند و ممکن است شکل ادا و اطوارهای عجیب و غریب به‌خود بگیرند و چند عضو یا قسمت‌های انتهایی بدن را درگیر کنند.

تیک فقط یک بی‌نظمی غیرعادی نیست، بلکه می‌تواند موانع جدی زیادی را در عملکرد روزانه فرد به‌وجود آورد. نشانگان تیک شکل جدی‌تر اختلال تیک و شامل تیک‌های صوتی است، اما دشواری اداره نشانگان تیک به‌ویژه در کودکان، اساساً به‌نظر می‌رسد به‌خاطر وجود بیماری‌های دیگری باشد که می‌تواند مشکلات دیگری را در عملکرد برانگیزد.

تیک‌ها تناقض ایجاد می‌کنند زیرا ماهیچه‌های ارادی را متأثر می‌کنند، درحالی‌که به‌نظر غیرارادی می‌رسند. در حال حاضر تشخیص نشانگان تیک اساساً به‌وجود تیک صوتی وابسته است. تیک‌ها چه ساده یا مرکب باشند هنگامی که بروز می‌کنند، تأثیر نامطلوبی را در بیننده ایجاد می‌کنند. اطرافیان ممکن است واکنش‌های ناخواسته و پس‌خوراند کلامی یا غیرکلامی طردکننده‌ای نسبت به فردی که دچار تیک است نشان دهند که این طرز رفتار تأثیری منفی بر عزت نفس و خودپنداره فرد مبتلا خواهد گذاشت. از سوی دیگر به‌علت مقاوم بودن تیک نسبت درمان و سابقه عود، درمانگران هم تمایل زیادی به درمان تیک نشان نمی‌دهند و درمانجویان نیز از ادامه درمان خود مأیوسند.

این کتاب بدیع دارای ۷ فصل و پیوست‌های بسیار مفید است مؤلف کتاب «کایرون آکاتر» در ۶ فصل به تبیین ماهیت، سبب شناسی، و روش‌های درمان شناختی-رفتاری تیک پرداخته و در فصل ۷ تحت عنوان «راهنمایی درمانجو» نحوه درمان و مهار تیک را به خود درمانجو آموزش داده است.

با خواندن این کتاب درمانگران و درمانجویان با فنون درمان و کنترل تیک آشنا می‌شوند و اساتید و دانشجویان مقاطع تحصیلات تکمیلی در رشته‌های روان‌شناسی و مشاوره به‌ویژه دانشجویان روان‌شناسی با گرایش بالینی به‌عنوان یک کتاب درسی جامع و آموزنده می‌توانند از آن بهره‌مند گردند. امید است انتخاب این کتاب برای ترجمه به‌عنوان منبعی بدیع، مفید و کاربردی، راهگشای درمان همه کسانی قرار بگیرد که از اختلال‌های تیک رنج می‌برند.

دکتر عصمت دانش

و

دکتر علیرضا سلیمی نیا

۱۳۹۱

فصل ۱

ماهیت اختلال‌های تیک

◀ تعریف

تیک‌ها به صورت محدود در راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی به عنوان مجموعه‌ای از حرکات تکراری و ناموزون یک یا چند گروه از ماهیچه‌ها با ماهیتی غیرارادی تعریف شده‌اند (راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی ویراست چهارم؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). تیک‌ها معمولاً به تیک‌های ساده و مرکب حرکتی، حسی، صوتی یا تیک‌ها با ماهیتی شناختی تقسیم شده‌اند. در عمل، تیک‌های ساده را باید از عادت‌های روزمره، اعمال خودکار، رفتارهای کلیشه‌ای، از گرفتگی/اسپاسم‌های عصبی با منشاء عصب‌شناختی یا عصب‌شیمیایی، و از اختلال‌های تونوس ماهیچه‌ای و کجی مادرزادی گردن با منشاء احتمالی روان‌عصب‌شناختی تفکیک کرد. همچنین تیک‌های مرکب که مختلط هستند، اگر شامل توالی چند حرکت مجزای عضلانی باشند، می‌توانند عیناً شبیه رفتارهای تشریفاتی در اختلال وسواس فکری-عملی به نظر برسند.

◀ تشخیص

تیک‌ها در همه فرهنگ‌ها دیده شده‌اند، و از زمان‌های باستان نیز داستان‌هایی درباره آن‌ها نقل شده است. به هر حال، اولین توصیف بالینی از تیک را ایترارد (۱۸۲۵) در قرن نوزدهم ارائه داد، که گزارشی موردی از تیک‌های نمایشی یک اشراف‌زاده، به صورت عوعوکردن و فحاشی بود؛ و بعد از او ژیل‌دلاتورت (۱۸۸۵) گزارش مفصلی درباره هشت مورد دیگر داد. اکنون در راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی ویراست چهارم اختلال تیک‌های گذرا از تیک مزمن و نشانگان ژیل‌دلاتورت متمایز شده است. تیک‌های گذرا، تیک‌هایی است که برای مدت کوتاهی، معمولاً در اوایل کودکی رخ

می‌دهد و به تدریج ناپدید می‌شود؛ یا بعدها در نوجوانی خودبه‌خود بهبود می‌یابد. در اختلال تیک مشخصاً یک یا چند تیک ساده یا مرکب وجود دارد. اغلب تیک‌ها پس از دوران طفولیت ادامه می‌یابند. تیک‌ها هر روز مشاهده می‌شوند و معلول پریشانی هستند. اگرچه براساس ملاک‌های تشخیصی شروع تیک‌ها قبل از ۱۸ سالگی است، اما ممکن است در بزرگسالی نیز پدید آیند. نشانگان تیک در راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی ویراست سوم و چهارم به‌عنوان یک مقوله تشخیصی مجزا، از طریق تیک‌های چندگانه که شامل حداقل یک تیک صوتی است، مشخص شده است که چندین بار در طول روز، هر روز، در سرتاسر دوره‌ای بیش از یک سال رخ می‌دهد و محل، تعداد، فراوانی و شدت آن می‌تواند پس از زمان شروع آن که قبل از ۱۸ سالگی است، تغییر کند. اگر چه متخصصان بالینی با این دیدگاه که اختلال تیک خفیف‌تر از نشانگان تیک است موافقت نمی‌کنند، اما تشخیص نشانگان تیک مقوله‌ای است نه ابعادی. کرامر و همکاران (۲۰۰۴) برای طبقه‌بندی، به‌خوبی به مشکلات استفاده از رویکردهای مقوله‌ای به‌جای رویکردهای ابعادی اشاره کرده و اظهار داشته‌اند، گرچه از هر دو در زمینه‌های متفاوتی می‌توان استفاده کرد، اما اتکاء کامل به رویکرد مقوله‌ای برای نشانگان تیک و اختلال تیک و فقدان کامل یک الگوی ابعادی می‌تواند مشکل‌آفرین باشد. به‌نظر می‌رسد پژوهشگران توافق دارند که جنبه‌های عمومی مشترک بین نشانگان تیک و اختلال تیک به‌اندازه کافی هست که بتوان آن‌ها را روی پیوستاری از نظر شدت قرار داد (به‌عنوان مثال؛ اسپنسر و همکاران، ۱۹۹۰). گرچه در مورد ملاک‌های رایج نشانگان تیک مناقشه است (به‌طور مثال؛ فرست و همکاران، ۱۹۹۵؛ گروه بررسی طبقه‌بندی نشانگان تورت، ۱۹۹۳)؛ اما در حال حاضر تشخیص نشانگان تیک دو مقوله‌ای است نه ابعادی، و اساساً به‌وجود تیک صوتی وابسته است. هرچند بعضی از ابزارهای ارزیابی رایج با رویکرد ابعادی منطبق هستند (ر.ک. جدول ۱.۶).

تیک‌ها ممکن است ساده یا مرکب باشند، تیک‌های ساده گروهی از ماهیچه‌های اصلی را درگیر می‌کنند؛ و شامل چشمک زدن، پرش عضله گونه، تکان دادن سر یا زانو و بالا انداختن شانه‌ها هستند. تیک‌ها اصولاً به قسمت بالای بدن محدود می‌شوند و بیشتر آن‌ها در چشم، سر، شانه‌ها و صورت ظاهر می‌شوند. همچنین تیک‌ها می‌توانند صوتی باشند و به‌شکل سرفه‌کردن، ورورکردن، فین فین کردن، سوت زدن، صاف کردن گلو، سکسکه کردن، عوعو کردن، خُرخر کردن بروز کنند. بعضی از احساس‌های بدنی غیرارادی عودکننده به‌عنوان تیک‌های حسی طبقه‌بندی می‌شوند. این نوع تیک‌ها که از طریق احساس سنگینی، گرما یا سوزش برحذردارنده مشخص می‌شوند، اغلب روی ماهیچه متمرکز و باعث تنش ماهیچه می‌گردند (لوهر و ویسنیوسکی، ۱۹۸۷؛ شاپیرو، ۱۹۸۶؛ شاپیرو و همکاران، ۱۹۸۸). اما اصطلاح «احساس برحذردارنده» اکنون ترجیحاً برای تیک‌های حسی به‌کار می‌رود (کُث و همکاران، ۲۰۰۱a). جدول ۱.۱ مثال‌هایی از تیک‌های رایج را ارائه می‌دهد.

جدول ۱.۱ مثال‌هایی از تیک‌های ساده و مرکب

قسمت‌های بدن	عادت‌های حرکتی غیرارادی تکراری
صوتی	سرفه، آروغ، صاف کردن گلو، همهمه‌گری، ایجاد سر و صدا، قورت‌دادن، تکرار عبارات یا آهنگ‌ها
دست‌ها	مالیدن دست‌ها به هم، پیچاندن یا گره‌کردن انگشتان، ایجاد صدای ترق و تروق با انگشتان یا با بند انگشتان، خاراندن و خراشیدن، ورفتن با انگشتان، ایجاد سر و صدا یا ضربه‌زنی با انگشتان، دست کشیدن به نرمه‌گوش، چانه و غیره، بازی با اشیاء، گره‌کردن / بازکردن مشت
چشم‌ها	چشمک‌زدن، پلک‌زدن مفرط، نگاه زیرچشمی با پلک لرزان، فشاردادن عضله‌های چشم
صورت	چین انداختن بینی، پرش‌های عضله گوش، پرش‌های عضله گونه، کشش پیشانی و شقیقه
دهان	حرکت دادن لب، جویدن، ساییدن دندان‌ها، دولاکردن زبان، لوله و بازکردن زبان، فشاردادن زبان به کام، گازگرفتن زبان، جویدن ناخن انگشتان
سر	پرش سر به طرفین، جلو و عقب
شانه‌ها	حرکت دادن شانه‌ها به سمت بالا و پایین یا جلو و عقب یا به یک طرف
شکم	فشارآوردن به شکم یا معده برای غلبه کردن آن
پاها	حرکت مکرر پاها به سمت بالا و پایین یا به طرف هم‌آوردن و دورکردن
تنه	کشیدن، پیچ و تاب دادن یا چرخان پاها، بازوها، تنه
ذهن	اجراکردن یک آهنگ و یا یک عبارت بارها و بارها در ذهن، شمارش ذهنی بدون هیچ دلیلی

تیک‌ها در صورتی به‌عنوان تیک‌های مرکب طبقه‌بندی می‌شوند که انقباض در بیش از یک گروه از ماهیچه‌ها ایجاد شده باشد (کومینگز و کومینگز، ۱۹۸۴). تیک‌های مرکب ممکن است شامل توالی حرکات باشند و ممکن است شکل ادا و اطوارهای عجیب و غریب به‌خود بگیرند و چند عضو یا قسمت‌های انتهایی بدن را درگیر کنند.

تیک مرکب پَرشی با چرخش سر به سمت راست شروع می‌شود، فرد دستش را در راستای پیشانی بالا می‌آورد، درحالی‌که سرش نیم دور کامل می‌چرخد، سرش را پایین می‌آورد و در همان زمان نَفَس‌اش را بیرون می‌دهد. تیک مرکب حرکتی با کشش شانه راست شروع می‌شود و سپس ضمن ایجاد شدن یک انقباض از پشت به سمت مرکز، شانه چپ نیز همین عمل را تکرار می‌کند. فرد تا زمانی که احساس خوبی داشته باشد، این حرکت جلو و عقب بردن را تکرار می‌کند. همچنین تیک‌های مرکب ممکن است با اعمال آزاردهنده به‌شکل خودزنی تکراری مانند با کف دست توی سر و صورت زدن، خراشیدن صورت، ساییدن دندان‌ها به هم، ایجاد صدای ترق و تروق در گردن، چرخه‌های بستن-بازکردن دست-چنگ‌زدن، یا پیچاندن انگشت نمایان شود. به‌هنگام ایجاد صدا در گردن، شخص ممکن است سر خود را با دست بالا ببرد، بچرخاند و روی مهره‌های گردن قرار دهد و صدای ترق و تروق یا خردکردن ایجاد کند. به‌طور مشابه در به‌صدا درآوردن بند انگشت، شخص در محل اتصال بند انگشت، انگشتانش را به سمت پایین فشار می‌دهد و صدای ترق و تروق ایجاد می‌کند.

تیک‌های مرکب صوتی یا به‌طور دقیق‌تر تیک‌های صوتی (جانکوویک، ۱۹۹۷) به‌شکل تکرار صداها، واژه‌ها یا عبارات یا فحش واژه‌ها، و در موارد نادر هرزه‌گویی (ناسزاگویی) نمایان می‌شوند. همچنین ممکن است اعمال و واژه‌های عادی شخص تکراری و یا اغراق‌آمیز شود، و تقلید از دیگران به‌خودی‌خود می‌تواند به حرکات پیچیده تکراری منتهی گردد و به‌شکل پژواک‌کرداری (تقلیدحرکتی)، یا پژواک‌گویی (تکرار واژه‌ها، عبارات یا صداها) دیگران) نمایان شود. تیک‌های مرکب می‌توانند شبیه عادت‌مرضی نظیر وسواس موقنی (کشیدن‌مو)، دندان‌قرچه (سائیدن دندان‌ها به‌هم)، وسواس پوست‌کنی (خراشیدن یا کندن پوست)، ناخن‌خایی (جویدن‌ناخن) باشند، که به‌هرحال، در مقوله اختلال کنترل تکانه طبقه‌بندی می‌شوند. بین تیک‌ها و عادت‌های مرضی و بین انواع مختلف عادت‌مرضی کوواریانس (هم‌تغییری) وجود دارد (وود و همکاران، ۱۹۹۶a). بنابراین فردی که دچار تیک است احتمالاً بیشتر از افراد عادی دچار عادت‌مرضی نیز می‌شود. هرچند، تیک‌های مرکب با ماهیت نیمه‌ارادی‌شان حتی اگر هدف از آن سازگاری حسی باشد (ایجاد حرکات متقارن برای احساس بهتر) ممکن است دارای هدف ارادی باشند، تیک‌های ساده به‌نظر می‌رسد بدون هدف انجام شوند.

درکل تیک‌ها در قسمت‌های بالایی بدن مثل چشم‌ها، پیشانی، دهان، صورت، گردن و شانه‌ها ظاهر می‌شوند و می‌توانند در هر نقطه‌ای از بدن بین ۱ تا ۲۰۰ بار در هر دقیقه اتفاق بیفتند. کلاً تیک‌های ساده صورت، فراوانی بیشتری دارند. معمولاً تیک‌های ساده زودتر از تیک‌های مرکب شروع می‌شوند، و می‌توانند در هر زمانی از دوران کودکی از صفر تا ۵ سالگی بروزکنند. تیک‌های صوتی بعد از تیک‌های حرکتی بروز می‌کند. تیک‌ها ندرتاً بعد از نوجوانی بروز می‌کند، هرچند می‌تواند در بزرگسالی به دنبال آسیب‌روانی یا جراحی پدیدآید (کوهن و همکاران، ۱۹۹۲). مثلاً پلک‌زدن‌های چشم ممکن است به‌عنوان یک واکنش دفاعی به نور بعد از جراحی چشم ایجاد شود. درهرحال به‌نظر می‌رسد شدت تیک‌ها درطول زندگی، کم و زیاد می‌شود و ممکن است در مواردی تیک‌های کاملاً متفاوت جایگزین نشانگان تیک شود یا حتی ممکن است بهبود خودبه‌خودی پیدا کند (نوموتو، ۱۹۸۰).

در اصطلاح فنی تیک‌های پیچیده از رفتارهای کلیشه‌ای/قالبی، تشریفات وسواسی، کارهای روزمره و عادت‌ها قابل تشخیص‌اند، چون تیک‌ها نه مانند تشریفات ارادی کاملاً هشیارند و نه کلاً تکرارهای بدون هدف هستند. درحقیقت، اصطلاح رفتارهای قالبی معمولاً برای اعمال تکراری غیرعادی مرتبط با آسیب عضوی و نقص ذهنی به‌کار می‌رود. اما به‌هرحال، در عمل، گاهی تمایز بین تیک‌ها، کارهای روزمره، عادت‌ها و حرکات تکراری دشوار است. رابطه بین این سه رفتار معما است، چون بعضی از این رفتارها دارای مؤلفه‌های تکانشی و اجباری هستند. برای تشخیص درست، شاپیرو و شاپیرو (۱۹۸۶) با برجسته‌کردن اغتشاش ذهنی به اجبارهای تکانشی، اشاره کردند، و راسموس و آیسن (۱۹۹۲) و دیگر نویسندگان به‌طورمساوی، فهم ارتباط بین تکانه و اجبار را مهم دانسته‌اند. در عادت‌های خودکار طبیعی، ممکن است در فرد آگاهی کمی وجود داشته باشد، اما کلاً این عادت‌ها تحت کنترل ارادی او قرار دارند. در اعمال تشریفات، ممکن است آگاهی وجود داشته باشد، اما آن‌ها

تحت کنترل شخص نیستند. در بازتاب‌ها و تیک‌ها ممکن است نه آگاهی و جود داشته باشد و نه کنترل.

◀ چه چیزی تیک محسوب می‌شود؟

اغلب خود مردم به برخی از عادت‌ها و حرکات تیک می‌گویند. آن‌ها ممکن است بازی با گیره کاغذ یا بازی با شیء را تیک بدانند، اما بدیهی است برای این که تیک یک مشکل بالینی به حساب آید، باید پریشانی ایجاد کند و به اندازه کافی غیرقابل کنترل باشد. بازی با گیره کاغذ را می‌توان با خواست و اراده متوقف کرد. همچنین کارهای روزمره، مانند بستن بند کفش، رانندگی تا محل کار، قدم زدن یا خوردن ساندویچ، عادت‌های خودکار شده‌ای هستند که حتی ممکن است جزو ویژگی‌های دلنشین یا نفرت‌انگیز شخصی شده باشند، اما اصولاً آن‌ها تحت کنترل ارادی فرد قرار دارند و می‌توان آن‌ها را با تمرین تغییر داد، به همان روشی که می‌توان مهارت‌های حرکتی دیگر را (به‌عنوان مثال، فعالیت‌های ورزشی را) از طریق تمرین آموخت. البته در مواقعی که عادت‌ها از طریق ترس برانگیخته می‌شوند یا به‌خاطر علائق شخص به شدت حفظ می‌شوند یا با حالت‌های حسی لذت‌بخش گره خورده‌اند، ممکن است تغییر دادن آن‌ها مشکل‌تر باشد.

معمای تیک‌ها در این است که در ماهیچه‌های ارادی بروز می‌کند، و در ماهیچه‌هایی که مربوط به تنظیم میزان ضربان قلب، تنفس و یا دیگر کنش‌های غیرارادی است، تیک دیده نمی‌شود. بنابراین تیک‌ها در ماهیچه‌هایی که معمولاً تحت کنترل ارادی شخص است، بروز می‌کنند ولی در عین حال غیرارادی به نظر می‌رسند؛ نه فقط برای شخص غیرارادی، بلکه اغلب برای وی مجهول است. دوباره در اینجا با معمای دیگری مواجه می‌شویم، زیرا هرچند تیک‌ها به‌صورت غیرارادی و اغلب ناهشیارند، اما می‌توان تیک‌ها را آگاهانه از نظر روانی و یا از نظر جسمی برای یک دوره زمانی قابل توجه متوقف کرد. اگرچه برخی از تیک‌های ساده شبیه اسپاسم و گرفتگی‌های عصبی هستند، اما بیشتر تیک‌های مرکب را می‌توان شبیه اعمال پیچیده و عمدی دانست. مردی تصور می‌کند برای این که احساس خوبی داشته باشد مجبور است بایستد و شانه‌هایش را به مدت پنج دقیقه با یک بسامد و تقارن دقیق به جلو و عقب حرکت بدهد. آیا این یک تیک است؟ یا یک عادت یا یک عمل وسواسی است؟ تعجب آور نیست که تشخیص تیک‌ها مشکل باشد.

دی‌گروت، جانوس و بورنشتاین (۱۹۹۵) در مطالعه‌ای با ۹۲ کودک و نوجوان در ۲۰ نشانه‌ی بیماری، پنج عامل را با واریانس ۶۳٪ استخراج و به ترتیب اهمیت آن‌ها را نامگذاری کردند: «حرکات پرخاشگرانه»، «انقباض‌های چهره‌ای»، «حرکات بدنی»، «حرکات پیرامونی و تیک‌های صوتی ساده»، و سرانجام «تیک‌های حرکتی و صوتی مرکب». آلسوبروک و پالس (۲۰۰۲)، به تحلیل عاملی ۲۹ نشانه‌ی بیماری در ۸۵ مورد از نشانگان تیک پرداختند و به راه حلی چهار عاملی دست یافتند، که

به‌خوبی ۶۱٪ واریانس را تبیین می‌کرد. با این چهار عامل، نشانه‌های بیماری را می‌توان به‌ترتیب در مقوله‌های «هیجان‌های خشم و پرخاشگری»، «تیک‌های حرکتی و صوتی»، «رفتارهای اجباری»، «ضرب‌گرفتن بدون زمزمه» دسته‌بندی کرد. به‌هرحال ممکن است دسته‌ها در هر دو این مطالعات، منعکس‌کننده تفاوت‌های مختص نمونه‌ها باشد و درکل، دسته‌بندی‌های نشانه‌های بیماری در نشانگان تیک ثابت نباشد. در تیک‌های صوتی معمولاً محتوا است که مرکب/ساده بودن تیک را تعیین می‌کند - تکرار یک‌جمله یا عبارت، تیک مرکب است، درحالی‌که تکرار یک صدا یا یک کلمه، حتی اگر مدت زمان زیادی طول بکشد تیک ساده محسوب می‌شود. وضعیت تیک‌های حسی بحث‌انگیزتر است، زیرا عده‌ای استدلال می‌کنند که آن‌ها بیشتر پیشایندهای حرکتی هستند تا یک پدیده حسی فی‌نفسه. نوع دیگری از تیک‌ها، تیک ذهنی یا تیک شناختی است که اغلب تشخیص و درک آن سخت است. این تیک‌ها غالباً با وسواس‌های فکری یا نشخوارهای ذهنی اشتباه می‌شوند، چون آهنگ، یا عبارت یا صحنه‌ای بارها و بارها در ذهن شخص تکرار می‌شود. اما در حقیقت آن‌ها بیشتر با تیک‌ها وجه اشتراک دارند نه با وسواس‌های فکری.

◀ ابتلاء همزمان به چندبیماری و تغییر همگام

مشکلی که در طبقه‌بندی نشانه‌های بیماری وجود دارد این است که اغلب تغییرات مشترک زیادی بین تیک‌های ساده و مرکب و نیز عادت‌مرضی وجود دارد. در نشانگان تیک به‌وفور، تیک‌های گوناگون باهم و با مشکلاتی در رفتار و توجه، نظیر اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی ظاهر می‌شوند (کنل و کومینکز، ۱۹۹۳).

در مطالعات مختلف میزان ابتلاء همزمان به اختلال تیک و اختلال وسواس فکری-عملی (اجباری) بین ۲۵٪ تا ۶۳٪ متغیر است. اما وقتی اختلال وسواس فکری-عملی همراه با نشانگان تیک یا همراه با اختلال تیک باشد، به‌نظر می‌رسد تیک‌ها و وسواس‌های فکری مستقل از هم ایجاد شده‌اند (اسویدو و لئونارد، ۱۹۹۴). در مورد تیک مربوط به اختلال وسواس فکری-اجباری، اجبارها بیشتر شبیه اجبار حسی مبتنی بر آئین‌ها به‌نظر می‌رسد، و این سؤال در ذهن خطوط می‌کند که آیا بهتر نیست چنین آئین‌هایی به‌عنوان رفتار تکانشی طبقه‌بندی شود تا اجباری (ر.ک. جدول ۱.۲). جورج و همکارانش (۱۹۹۰)، پرسشنامه‌ای با روایی بالینی برای تشخیص و تمایز بین اجبارحسی مبتنی بر انواع آئین‌ها از دیگر اجبارها ساختند. اگرچه به‌نظر نمی‌رسد افراد دچار اختلال‌های تیک بیشتر از افراد بهنجار همزمان به بیماری روان‌پزشکی دیگری مبتلا باشند، اما نگرانی زیادی وجود دارد که مبدا اختلال‌های رفتاری به‌طور همزمان بروز کنند. در واقع، برای بسیاری از بیماران و خانواده‌هایشان، اختلال‌های رفتاری نظیر اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی است که باعث بسیاری از نقائص آشکار در نشانگان تیک شده، به‌ویژه شدت نشانه‌های تیک به‌طور مثبتی با مشکلات رفتاری رابطه داشته است.

همچنین پیشنهاد‌های تایید نشده‌ای وجود دارد مبنی بر این‌که ممکن است ابتلاء به نشانگان تیک همراه با ابتلاء به اختلال دوقطبی و اسکیزوفرنیا باشد. موضوع ابتلاء همزمان به چند بیماری، به‌ویژه در کودکانی که همزمان دچار نشانگان تیک و اختلال وسواس فکری-عملی هستند، مهم است. زیرا ممکن است باعث آغاز آشفتگی‌های رفتاری نظیر نشانگان خشم شود. افزون بر این مشخص نیست چه ارتباطی بین ابتلاء همزمان به چند بیماری در کودکی و در بزرگسالی وجود دارد. به‌عنوان مثال، پیشینه پژوهشی در مورد بروز بیش فعالی در بزرگسالی کم و پراکنده است (لامبرگ، ۲۰۰۳).

◀ پریشانی ثانوی

تیک‌ها به جز در موارد نادر که ممکن است باعث خودمعیوب سازی شوند به ندرت زندگی فرد را به مخاطره می‌اندازند. بعضی از تیک‌های مرکب کاملاً شدیدند و منجر به خودمعیوب سازی می‌شوند. این تیک‌ها شامل کوبیدن سر، از حدقه درآوردن چشم و دررفتگی استخوان گردن هستند. حتی بدون خودمعیوب سازی، پریشانی روانی اجتماعی در اختلال تیک و نشانگان تیک می‌تواند چشمگیر باشد و باعث انواع اختلال‌های ثانویه نظیر ترس‌های مرضی، افسردگی‌ها، اضطراب‌های اجتماعی و نگرانی زیاد درباره خودنگاره، عزت نفس پایین و مشکلات ارتباطی بشود. هنگامی که ما به ارزیابی تداخل اختلال تیک و عادت مرضی در فعالیت‌های روزانه پرداختیم (ر.ک. پیوست 1d)، مواردی از بیکاری، تعارض زناشویی، مشکلات میان‌فردی، ارتباطات کاری اجباری، محدودیت‌های مسافرتی خودتحمیلی،

جدول ۱۰.۲ اجزای حسی

- لمس کردن اشیا
- لمس کردن خود
- لمس کردن سطوح
- دستکاری / نوازش مکرر اشیا یا مواد
- گفتن چیزی برای ترساندن
- تقلید اعمال / لغات / صداهای دیگران
- خود تحریکی / خودآسیب زنی
- ژست‌های تکانشی جنسی
- تکرار یک عمل فقط برای احساس کردن
- تکرار بیش از حد یک صحنه یا عمل خشونت‌آمیز در ذهن برای تهییج شدن
- مجاله و خراب کردن اشیا برای احساس کردن و صدا ایجاد کردن
- انطباق قسمت‌های بدن برای ایجاد احساسات/تحریک شدن و یا "احساس" خوب

منبع: اقتباس از جُرْج و همکاران (۱۹۹۰). وسواس‌های فکری در اختلال وسواس فکری-عملی با و بدون نشانگان ژیل دلا تورت.

اضطراب عملکردهای اجتماعی یا عمومی، نگرانی درمورد کارآمدی (به‌عنوان مثال درباره رانندگی، صحبت کردن، تدریس، رقصیدن، ورزش) را پیدا کردیم. همه این‌ها توسط شخص مبتلا به‌عنوان نتیجه «عادت تیک» ادراک می‌شود (اُکانر و همکاران، ۲۰۰۱b). افراد دچار تیک، اغلب عزت نفس پایین دارند و به قضاوت دیگران بیش از اندازه اهمیت می‌دهند، و در نتیجه رضایت کمی از خود دارند (سیبرت و همکاران، ۱۹۹۵). به‌همین ترتیب، انتظار می‌رود در اختلال تیک؛ تجربه یک خودسنجی منفی نیز بتواند تیک را ایجاد کند (ر.ک. بخش بعدی).

◀ شیوع

شیوع نشانگان تیک در بزرگسالان حدود ۱/۰-۱/۱ است. برآورد شیوع نشانگان تیک در کودکان ۳٪ با افزایش تا ۲۸٪ در گروه کودکان با نیازهای ویژه است (ر.ک. روبرتسون، ۲۰۰۰). شیوع مادام‌العمر نشانگان تیک ناشناخته است اما شیوع آن بین ۵٪ و ۱۰٪ جمعیت، و با برآورد ۱۸٪ در جمعیت کودکان متغیر است (ماسون و همکاران، ۱۹۹۸). در مطالعه همه‌گیرشناسی جمعیت کبک، اُکانر و همکاران (۱۹۹۸) دریافتند میزان شیوع مادام‌العمر بر اساس خودگزارش‌دهی افراد ۸٪ است. برآوردهای دیگر، حاکی از آن است که نشانگان تیک در ۱٪ و اختلال تیک در ۱۰٪ از جمعیت شیوع دارد (روبرتسون، ۲۰۰۱؛ روبرتسون و استرن، ۲۰۰۰). در حال، برای برآوردهای بالینی میزان شیوع مشکلاتی وجود دارد. فالن و اسکواب-استن (۱۹۹۲) هنگام ارزشیابی مطالعات مربوط به ابتلاء همزمان اختلال تیک با بیماری دیگر، به‌طور دقیق به چند نقطه ضعف در روش پژوهش، به‌ویژه به سوگیری در انتخاب نمونه اشاره کردند (مثلاً خطای درکی متخصص بالینی ناشی از به‌کارگیری نمونه‌های بالینی است که معرف جامعه نیست). همچنین شناسایی افراد از طریق خودگزارش‌دهی می‌تواند مشکل‌آفرین باشد، به‌ویژه اگر مردم اطلاعات اشتباهی درمورد تیک داشته باشند یا با استفاده از عقل سلیم آن را تعریف کنند.

تیک‌ها در دوره کودکی ایجاد می‌شود و تیک‌های ساده معمولاً زودتر از مرکب پدید می‌آید که معمولاً با تیک‌های صوتی بروز می‌کند و اغلب با سر و صداهایی چون نفس کشیدن یا فین فین کردن شروع خواهد شد و متعاقب آن، تیک‌های حرکتی و حسی ایجاد می‌شود. بدنام‌ترین نشانگان تیک صوتی، هرزه‌گویی/ناسزاگویی است که نادر است. در نمونه‌های بزرگسال دچار نشانگان تیک مطالعه ما، فقط ۴/۵٪ آن‌ها هرزه‌گویی/وراجی داشتند. گلدنبرگ و همکارانش (۱۹۹۴) شیوع ۸٪ را گزارش کردند. کورلن (۱۹۹۲) تخمین زد که هرزه‌گویی/حرفه‌ای مستهجن یا هرزه‌گری/حرکات زشت، حداکثر تا دوره نوجوانی وجود دارد و با افزایش سن کاهش می‌یابد. به‌طرز جالبی، یکی از مراجعان دچار نشانگان تیک ما در کبک که به دو زبان (انگلیسی و فرانسه) کاملاً مسلط بود، به آن زبانی ناسزا می‌گفت که در آن لحظه با آن صحبت می‌کرد. از آن‌جایی که مفهوم لغوی واژه‌های ناسزا در انگلیسی

(بخش‌ها یا کنش‌های بدنی) و فرانسه (نمادهای مذهبی) خیلی متفاوت است، به‌وضوح این عمل ناسزا گفتن است، اما نه در قالب واژه‌ها، بلکه از نظر اهمیتی که برای فرد دارد. شواهدی وجود دارد که در نشانگان تیک همراه با هرزه‌گویی بازیابی واژگان مستهجن آسان‌تر است و کم‌تر بازداری می‌شود (استیپ و همکاران، ۱۹۹۹).

لکمن و همکاران (۱۹۹۸) شیوع نشانگان تیک در کودکی را ۱۰ برابر بیشتر از بزرگسالان گزارش کردند که به‌طور متوسط در ۵/۶ سالگی شروع و تا سن ۱۰ سالگی به اوج وخامت می‌رسد. آن‌ها ذکر کردند که از ۴۲ بیمار دچار نشانگان تیک، بیش از نیمی از آن‌ها در سن ۱۸ سالگی تیک نداشتند. همچنین، آن‌ها بیان کردند که از دوره تیک‌ها می‌توان برای انطباق فرایندهای طبیعی ریش‌الگو برداری کرد. تقریباً از ۱۵٪ از کودکان دچار تیک‌های گذرا، ۸۰٪ آن‌ها بهبود خودبه‌خودی پیدا کردند. تیک‌ها می‌توانند مثل عادت‌ها آموخته یا به‌وسیله تقلید ایجاد شوند، و اغلب در نشانگان تیک، تیک‌ها در اطراف بدن جابه‌جا می‌شوند.

گرچه ممکن است نوع تیک‌ها، بین کودکان و بزرگسالان تفاوتی نداشته باشد، اما مشکلات وابسته به آن متفاوت است. به‌نظر می‌رسد بتوان از تیک‌های محیطی و صوتی کودکان و نوجوانان، مشکلات یادگیری آن‌ها را پیش‌بینی کرد. به‌علاوه تیک‌های کودکان به‌شدت به خشم و حرکات پرخاشگرانه وابسته است. روبرتسون و همکاران (۱۹۸۹) خاطرنشان کردند که ۳۳٪ از بیماران دچار نشانگان تیک رفتارهای خودمعیوب‌سازی مانند ضربه به سر، خودمجرورسازی و کوبیدن مشت داشتند که اکثراً در دوره نوجوانی بوده است. ژیل‌دلاتورت (۱۹۸۹)، در مجموعه مطالعات موردی اصلی‌اش، موردی از خودمعیوب‌سازی پسر ۱۴ ساله‌ای را که لب‌هایش را می‌جوید گزارش کرد.

◀ ارتباط تیک‌ها با سایر رفتارهای درهم‌گسیخته

چند مطالعه بالینی گزارش کرده‌اند که شدت تیک با آشفتگی رفتار رابطه دارد، اما مطالعات دیگر چنین رابطه‌ای را پیدا نکرده‌اند. دلیل اختلاف در یافته‌ها ممکن است به‌علت عدم توجه به اختلال‌های دیگری نظیر اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی باشد. به‌عنوان مثال، سوکودولسکی و همکاران (۲۰۰۳) گزارش کردند درحالی‌که نمرات رفتار پرخاشگرانه و درهم‌گسیخته در افراد دچار نشانگان تیک تفاوتی با گروه گواه به‌نجار نداشت، کسانی که همزمان دچار نشانگان تیک + اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی بودند، در مقیاس‌های پرخاشگری و درهم‌گسیختگی به‌طور معناداری نمرات بالاتری نسبت به گروه گواه داشتند. اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، تشخیص بحث‌انگیزی است و لزوماً باید از بی‌قراری‌های حرکتی ساده متمایز شود. زاپلا (۲۰۰۲)، مجموعه‌ای از مطالعات موردی مربوط به شروع زودرس نشانگان تیک و رفتار درخودمانده برگشت‌پذیر را گزارش کرد، که وقتی که درابتدا رفتار درخودمانده در نتیجه تعامل هیجانی و رفتاری و تجربه هیجانی مشترک با والدین از بین رفت، تیک‌ها به نشانگان

تیک تمام عیار تبدیل شد. این پژوهشگر اظهار کرده است که کودکان بیش‌ازحد حساس و والدینشان نیز دچار تیک بودند. کربشاین و بارد (۲۰۰۳) گزارش کردند که نشانگان تیک، شاخص پیش‌آگهی مثبت برای درخودماندگی است. شواهدی دیگر حاکی از ابتلاء همزمان به نشانگان تیک و اختلال دوقطبی است (کنت و کرادوک، ۲۰۰۳).

کوفی و همکاران (۲۰۰۳) سعی کردند وجه تمایز آسیب حاصل از شدت تیک را در مقایسه با شدت بیماری در کودکان و نوجوانان دچار نشانگان تیک تشخیص دهند. آزمودنی‌ها ۱۵۶ کودک بودند که به‌طورمتوالی ارجاع داده شده بودند. دوازده درصد آن‌ها بستری شده بودند و هرچند شدت تیک، شاخصی فرعی برای بستری‌شدن بود، اما اختلال افسردگی عمده و دوقطبی شاخص قوی‌تری، حتی بعد از انطباق برای همه متغیرهای جمعیت‌شناختی و بالینی دیگر بود. مطالعات قبلی نشان داده است که اضطراب قویاً با شدت تیک ارتباط دارد. افسردگی در اختلال تیک با اختلال عملکردی بیشتری مرتبط می‌شود. هرچند وجود اختلال دوقطبی و اختلال تیک باهم فقط در چند گزارش مشخص شده است، اما وجود همزمان این نشانه‌ها، پیش‌آگهی بسیار ضعیفی دارد.

ویلیکینسون و همکاران (۲۰۰۱) با استفاده از «مقیاس تأثیر خانواده»^۱ تأثیر نشانگان تیک با و بدون ابتلاء همزمان به اختلال دیگر را بر زندگی خانوادگی بررسی کردند. همبستگی مثبت معناداری بین همبودی تعدادی از اختلال‌های رفتاری و مقیاس تأثیر خانواده وجود داشت. سایر مطالعات همبودی نشانگان تیک و اسکیزوفرنیا را بررسی کرده‌اند. مولر و همکاران (۲۰۰۲) به همپوشی علائم‌مرضی اسکیزوفرنیا و نشانگان تیک اشاره کردند، که شامل علائم حرکتی/صوتی، پژواک‌گویی، پژواک‌کرداری و حرکات کلیشه‌ای تکراری یا حرکات عجیب و غریب و شکلک درآوردن بود. آن‌ها پنج مورد را توصیف کردند، منظور از عمدتاً‌هذیانی، مواردی بود که وجود اولیه اختلال تیک در مابقی زندگی، عمدتاً با اضطراب روان‌پزشک مرتبط می‌شد. البته تیک‌ها می‌توانند در اثر مصرف داروهای آرام‌بخش (نشانگان تاردیو تورت) به‌وجود آیند.

◀ تمایز بین تکانش‌ها و وسواس‌های عملی: تیک‌های حسی، شناختی و

وسواس‌های فکری

شاپیرو و شاپیرو (۱۹۹۲) استدلال کرده‌اند که اشتغال‌های ذهنی حسی نباید با وسواس‌های فکری اشتباه گرفته شوند، چون به‌نظر می‌رسد در اشتغال ذهنی منطقی وجود ندارد. به‌نظر می‌رسد محتوی شناختی، ویژگی متمایز کلیدی تیک‌ها از آئین‌های وسواسی باشد. هنگام مواجهه با آن متوجه می‌شویم، تیک‌ها حرکات غیرارادی تکانشی بی‌هدف هستند، درحالی‌که اختلال وسواس فکری-عملی به‌وسیله

وجود افکار مزاحم و ناخوانده مشخص می‌شوند. میگل و همکاران (۱۹۹۵)، با مطالعه افکار مقدم بر اختلال وسواس فکری-عملی در مقایسه با اختلال تیک گزارش کردند، درحالی‌که تمام ۱۵ نفر بزرگسال دچار اختلال وسواس فکری-عملی، افکار مقدم بر آئین‌های وسواسی را داشتند، فقط دو نفر از ۱۲ نفر آزمودنی دچار نشانگان تیک چنین افکاری را داشتند، و بقیه آن‌ها فقط احساسات خود را بیان کردند. فرض ضمنی در ایجاد تمایز بین ارادی/غیرارادی، شناختی/غیر شناختی در تیک‌ها و آئین‌های وسواسی این است که هیچ فعالیت شناختی قبل از آغاز تیک صورت نمی‌گیرد، اما تیک‌ها در خلا رخ نمی‌دهند و یک احساس اجبار یا تنش اخطارکننده و برحذردارنده دائماً باعث تسریع تیک می‌شود. این احساس غالباً به تنش اطراف ناحیه ماهیچه مربوط می‌شود. لکمن و همکاران (۱۹۹۳) گزارش کردند ۹۳٪ از نمونه ۱۳۵ نفری ۷۱-۸ ساله آن‌ها اظهار داشتند که دارای تنش‌های شدید برحذردارنده قبل از تیک‌زدن هستند، طبق نظر این نویسندگان، بنابراین باور همگانی که تیک غیرارادی است به چالش کشیده می‌شود. چی و ساچدو (۱۹۹۷) برای تعیین شیوع و پدیدارشناسی تیک‌های حسی، با مطالعه ۵۰ بیمار دچار نشانگان تیک، ۵۰ بیمار دچار اختلال وسواس فکری-عملی و ۵۰ فرد سالم به‌عنوان گروه گواه، تلاش کردند تیک‌های حسی را (که به‌عنوان تیک‌های زودگذر، عودکننده، موضعی و متمرکز در یک محل و نزدیک پوست تجربه می‌شوند) از تنش‌های شدید (که به‌عنوان سائق مقدم بر پاسخ رفتاری، هوشیار، غیرمتمرکز در یک محل و متوقف‌کردنی تجربه می‌شوند) تشخیص بدهند. جایگاه تیک‌های حسی هم در آزمودنی‌های نشانگان تیک و هم در آزمودنی‌های اختلال وسواس فکری-عملی از نظر کالبدشناسی عمدتاً در روسترال قرار داشت. شیوع مادام‌العمر تیک‌های حسی در آزمودنی‌های گروه نشانگان تیک ۲۸٪ در مقایسه با ۱۰٪ در آزمودنی‌های وسواس فکری-عملی و ۸٪ در گروه گواه بود. مؤلفان نتیجه گرفتند که تیک‌های حسی، پدیده‌ای مستقل و مجزا از تیک‌های حرکتی هستند و به‌نظر می‌رسد ویژگی‌های مشترک نشانگان تیک و یک زیرگروه از اختلال وسواس فکری-عملی زمینه‌ساز تیک‌ها باشد. روشن نیست آیا این احساس برای هشدار یا تسریع است، یا در واقع بخشی از تیک است. چون این احساس می‌تواند حتی موقعی که حرکت واقعی تیک در اثر درمان کاهش پیدا می‌کند، ادامه یابد. یک تفسیر احتمالی برای تیک‌های حسی این است که آن‌ها نشان‌دهنده مؤلفه اختلال عملکرد عصبی زیرآستانه‌ای هستند که به‌طورذهنی تجربه می‌شوند، و تیک‌حرکتی یا صوتی را به‌وجود می‌آورند (چی و ساچدو، ۱۹۹۷). کین (۱۹۹۴) اظهار داشته است تنش‌های شدید، توجه فوق‌العاده به احساسات جسمانی را نشان می‌دهد، و حساسیت مفرط خاص شخص دچار تیک به احساس بدنی، باعث تمرکز زیاد می‌شود که تیک را تولید می‌کند. اُکانر (۲۰۰۲) اظهار داشته است هم عوامل شناختی و هم عوامل حسی ممکن است احساس اخطاردهنده را تولید کنند (ر.ک. تصویر ۲.۲).

کث و همکاران (۱۹۹۲a)، مفهوم «تیک شناختی» را معرفی کردند تا ابهاماتی که بین تکانه‌های ذهنی مزاحم و نشخوارهای ذهنی وسواسی وجود دارد برطرف شود. طبق نظر کث و همکاران

(۱۹۹۲a) وجه تمایز بین «تیک‌های شناختی» و «نشخوارهای فکری» این است که اولی تکانشی است و منطقی پشت آن نیست، درحالی‌که نشخوارهای فکری از محتوای خود-ناهمخوان^۱ آزاردهنده منبعث می‌شوند. بنابراین افکار معنی‌دار آشکار یا خودگویی‌های منطقی ممکن است مثال‌هایی از تیک‌های شناختی یا ذهنی باشند تا وسواس‌های فکری. حتی وقتی افکار مزاحم پیچیده هستند، ممکن است بروز ناخواسته آن‌ها هنوز تکانشی باشد تا ارادی. به‌علاوه بعضی از افکار مزاحم ممکن است نوع پیچیده‌تر تیک‌های شناختی باشند. افزون‌براین، لازم است هم تیک‌های شناختی و هم وسواس‌های فکری از آئین‌های شناختی متمایز شوند. این‌ها عملیات ذهنی نظیر زدودن یا سرکوب کردن یا جانشین کردن برای خنثی‌کردن اثر افکار مزاحم هستند. درحالی‌که خنثی‌سازی ذهنی معادل خنثی‌سازی آشکار در آئین‌های اجباری است.

پدیده «کاملاً درست» برجسبی است که برای وسواس‌های عملی نظیر مرتب‌کردن کتاب‌ها، یا اجرای حرکات متقارن، به‌کار می‌رود، که به‌نظر می‌رسد قبل از آن، این فکر وسواسی که هر چیزی باید کاملاً درست باشد وجود ندارد. طبق نظر لکمن و همکاران (۱۹۹۴/۱۹۹۵) این وسواس ترکیب پیچیده‌ای از فعالیت بالا، حساسیت حسی-ادراکی، شک و عمل تکراری است. این پدیده به‌خوبی می‌تواند در مقوله «تیک‌های شناختی» جای بگیرد، به‌این جهت که محتوای آن شناختی است اما فقط احساس کامل انجام دادن، باعث تسکین و آسودگی خاطر می‌شود و به‌هیچ‌وجه پیامدهای بیرونی وجود ندارد. به‌رحال ضروری است یک ارزشیابی روان‌شناختی دقیق انجام شود تا تشخیص افتراقی صورت بگیرد، زیرا هرچند ممکن است برای آئین «کاملاً درست» پیامدهای جسمانی قابل ملاحظه وجود نداشته باشد، اما ممکن است پیامدهایی برای خودپنداره و چگونگی احساسات شخص درباره خودش، اگر کارها «کاملاً درست» نباشد وجود داشته باشد.

مفهوم تکانشی و وسواسی به‌عنوان بخش‌های مجزا و مخالف یک طیف مورد بررسی دقیق قرار گرفته‌اند. اولاً این اصطلاحات به‌طورمبهم تعریف شده‌اند و ممکن است حالات با صفات (رگه‌ها) اشتباه گرفته شوند. یک صفت تکانشی فقط منحصر به یک عمل تکانشی نمی‌شود، بلکه شامل محدوده‌ای از رفتارهای ضداجتماعی می‌شود. به‌طورکلی افراد دچار نشانگان تیک یا اختلال تیک، تکانشگری بیشتری نسبت به افراد بهنجار ندارند (سامرفلد و همکاران، ۲۰۰۴). ممکن است با یک طبقه‌بندی دیگر بتوان تمایز سودمندتری بین اعمال تکانشی و اعمال وسواسی قائل شد. بدین‌صورت که پاسخ‌های خودکار (پاسخ‌های سریع بدون فکر) را در مقابل پاسخ‌های بیشتر کنترل‌شده قرار داد که شامل درجات متفاوت مراحل مختلف همه اعمال است. در این طبقه‌بندی یک عمل تکانشی ممکن است یک عمل خودکار باشد، و یک عمل وسواسی، عملی است که به‌طور دقیق‌تری کنترل می‌شود، اما تفاوت آن‌ها در سطح عمل است و نه در صفت شخصیت (جدول ۱.۳).

1. ego- dystonic

شاپیرو و شاپیرو (۱۹۸۶) استدلال کردند اشتباه گرفتن تکانش با وسواس عملی صراحتاً منجر به برآورد اشتباه میزان ابتلاء به وسواس فکری-عملی و اختلال تیک می‌شود. طبق گفته این مؤلفان تکانش‌ها بعد از آن‌که ایجاد شدند، فقط باعث احساس گناه و افسوس لذت‌بخش می‌شوند، درحالی‌که وسواس‌های عملی باعث اضطراب و تنش می‌شوند. تمایزی که شاپیرو بین تشریفات نوع تکانشی که در نشانگان تیک یافت می‌شود، و وسواس‌های عملی واقعی که در اختلال وسواس فکری و عملی یافت می‌شود، ایجاد کرد و از طریق پرسشنامه‌های بالینی که قبلاً ذکر شد اندازه‌گیری می‌شود، برای تمایز بین وسواس‌های عملی در نشانگان تیک از وسواس‌های عملی اختلال وسواس فکری در نظر گرفته شد (جورج و همکاران، ۱۹۹۰). آئین‌ها در نشانگان تیک طبق نظر جورج و همکاران (۱۹۹۰) تمایل به‌سازگاری با خود^۱، تکانشی و خودهدایت‌گری دارند، درحالی‌که وسواس‌های فکری-عملی دارای اعمالی دقیق‌تر و دردرس‌آفرین، ناسازگار با خود و اعمالی جهان‌شمول نظیر تمیزکردن یا چک‌کردن هستند (ر.ک. جدول ۱.۲).

کث و همکاران (۲۰۰۱a, ۲۰۰۱d) مجموعه‌ای از مطالعات را انجام دادند تا علائم مرضی نشانگان تیک/اختلال تیک را از وسواس فکری-عملی متمایز کنند. تحلیل عاملی (n=۹۲) از نشانگان

جدول ۱.۳ تفاوت‌های شناختی-رفتاری بین نشانگان تیک و وسواس فکری و عملی

تیک‌ها در نشانگان تورت	آئین‌ها در وسواس فکری و عملی
عمل بی‌هدف، برای تنظیم «احساس» و رهایی حسی	عمل باهدف، به‌منظور ختنی‌سازی شک وسواسی و اضطراب
فعالیت حرکتی پیرامونی و مرکزی سطح بالا و مزمن (به‌عنوان مثال تنش ماهیچه‌ای)	انگیختگی بهنجار به‌استثنای فزون‌کنشی سیستم شناختی/ توجهی در شرایط استرس‌آور
تیک‌های متمایز می‌توانند جانشین یکدیگر شوند	آئین‌های متمایز وسواسی به‌ندرت جانشین یکدیگر می‌شوند
شروع تیک در ارتباط با فعالیت رفتاری و تنش است	شروع در ارتباط با افکار مزاحم (ناخواسته) است
هیجان غالب در آغاز تیک ناکامی/بی‌حوصلگی/ نارضایتی	هیجان غالب قبل از فعالیت وسواس عملی اضطراب است
کامل‌گرایی در سازمان‌دهی و معیارهای شخصی	کامل‌گرایی مربوط به شک‌هایی درباره اعمال، و نگرانی درباره ارتکاب اشتباهات زیاد
سبک فوق‌العاده فعال برای برنامه‌ریزی عمل	سبک بهنجار در برنامه‌ریزی عمل اما پرتلاش‌تر
آموزش هشیاری و درمان از طریق تن‌آرامی مؤثر است	آموزش هشیاری و درمان از طریق تن‌آرامی مؤثر نیست

منبع: اقتباس از اکاتر (زیر چاپ) تضاد نشانگان تورت و اختلال‌های تیک با وسواس فکری-عملی. در:

Abramowitz & Moats (eds), *Handbook of Controversial Issues in Obsessive-Compulsive Disorder*. Kluwer Academic press.

تیک/اختلال تیک، وسواس فکری-عملی \pm اختلال تیک و فقط وسواس فکری-عملی، تمایز بین عوامل وسواس عملی و تکانش را آشکار کرد. بالاترین نمره در گروه وسواس فکری-عملی در عامل وسواس عملی، و بالاترین نمره در گروه نشانگان تیک/اختلال تیک در عمل تکانشی بود. هنگامی که وسواس فکری-عملی منهای اختلال تیک، با وسواس فکری عملی به اضافه اختلال تیک مقایسه شد، بالاترین نمره در وسواس فکری بود. در گزارش بیماران دچار نشانگان تیک/اختلال تیک بیشتر پدیده‌های پژوهی، وسواس موکنی، لمس کردن، رفتار قرینه و خودمجرورسازی بود، اما بازیابی، تکرار و نسخوارذهنی کمتر بود. خود-مجرورسازی و یا افکار پرخاشگرانه با اضطراب ارتباطی نداشت. بیماران دچار وسواس فکری-عملی بیشتر رفتار شستن را گزارش کردند. مالر و همکاران (۱۹۹۷) گزارش کردند که پدیده پژوهی در ۵۶٪ موارد، نشانگان تیک را هنگام مقایسه با وسواس فکری-عملی پیش‌بینی می‌کند. کث و همکاران (۲۰۰۱a) دریافتند در صورت وجود رفتار لمس کردن، در ۷۷٪ از موارد در صورت وجود پدیده پژوهی در ۸۸٪ از موارد تشخیص نشانگان تیک به‌درستی قابل پیش‌بینی است. بیماران دچار وسواس فکری-عملی و نشانگان تیک ممکن است افکار مشابهی داشته باشند، اما بیماران دچار نشانگان تیک بیشتر از افکارشان لذت می‌برند، درحالی‌که بیماران دچار وسواس فکری-عملی بیشتر از افکارشان دچار اضطراب می‌شوند. شاپیرو و همکاران (۱۹۸۸) اظهار داشتند افکار و اعمال تکراری بیماران دچار نشانگان تیک در نتیجه ناتوانی از جلوگیری تکانه‌هایی است که به‌طور خودکار به‌راه می‌افتد و ربطی به اضطراب ندارد. پرسشنامه‌ای توسط جورج و همکاران (۱۹۹۰) طراحی شد که به‌طور واضح آئین‌های حسی پنهان و آشکار بیماران دچار نشانگان تیک را از وسواس‌های آگاهانه‌تر بیماران دچار وسواس فکری-عملی متمایز می‌کرد. کث و همکاران (۲۰۰۱b) نیز اهمیت تشخیص افتراقی تیک‌های شناختی را از وسواس‌های ذهنی خاطر نشان ساختند. تیک‌های شناختی خوشایندند و معمولاً هدف آن بیشتر کاهش تنش است تا اجتناب آسیب‌زننده.

◀ هیجان‌های مرتبط

در اصطلاح عام تیک‌ها را اختلالی «اضطرابی» می‌دانند، درحالی‌که هیجان‌های مرتبط در زمان شروع آن عمدتاً ناکامی، بی‌حوصلگی و نارضایتی است که بیشتر از اضطراب است (اُکانر و همکاران، ۱۹۹۳). اگرچه در مطالعه اخیر همبستگی بین تعدادی از تیک‌ها و خودگزارش‌دهی سطح اضطراب مشاهده شد (وودز و همکاران، ۱۹۹۶b)، اما نتایج پرسشنامه شخصیتی آیزنگ^۱ نشان داد که افراد دچار اختلال تیک، روان‌آزرده‌تر از دیگران نیستند (اُکانر و همکاران، ۱۹۹۷a).

اگرچه پیشینه پژوهشی، به‌ویژه در مورد عزت نفس کم است، اما می‌توان حدس زد که اشتغال ذهنی افراد دچار اختلال تیک به این است که دیگران چه نظری درباره آن‌ها دارند، و افراد دچار

اختلال وسواس فکری-عملی کمبود اعتماد به نفس‌شان فراگیرتر است و اشتغال ذهنی‌شان بیشتر درباره کارایی‌شان در زندگی به‌طور کلی است. تفاوت ذکر شده در بالا در این نوع از آئین‌های وسواس فکری-عملی در کسانی که دچار نشانگان تیک + وسواس فکری-عملی هستند نیز وجود دارد و افرادی که فقط وسواس فکری-عملی دارند ترس کمتری را درباره پیامدها نسبت به افراد دچار نشانگان تیک عنوان کرده‌اند. گروهی که دچار نشانگان تیک + وسواس فکری-عملی هستند به‌نظر می‌رسد در آن‌ها آئین‌های آلودگی و شستن کمتر و آراستگی و مرتب کردن بیشتر است. افراد دچار اختلال تیک به‌ندرت نگران کارایی خود هستند، اما به‌نظر می‌رسد بیشتر نگران قضاوت دیگران درباره ظاهر و خودانگاره‌شان باشند (اکانر و همکاران، ۱۹۹۳). کریستنسن و همکاران (۱۹۹۳) ذکر کردند که در دیگر اختلال‌های تکانشی (به‌عنوان مثال خرید وسواسی)، به‌نظر می‌رسد عزت نفس شخص وابستگی زیادی به پاسخ دیگران داشته باشد.

ثیبرت^۱ و همکاران (۱۹۹۵) گزارش کردند خودآگاهی همراه با اضطراب اجتماعی افراد دچار نشانگان تیک و اختلال وسواس فکری-عملی، بیش از افراد دچار نشانگان تیک بدون اختلال وسواس فکری-عملی است. اما هر دو گروه خودرضایتمندی و عزت نفس پایینی دارند. برخلاف اختلال وسواس فکری-عملی، در اختلال تیک، افکار زیادی که درباره «ارزیابی منفی از خود» وجود دارد می‌تواند تیک را ایجاد کند. واتسون و استرلینگ در تحلیل عملکرد یک مورد از تیک صوتی دریافتند، توجه اجتماعی، عامل تسریع‌کننده آن بوده است. به‌عبارت دیگر، در وسواس فکری-عملی غالباً «تفسیرهای متمرکز بر خود» افکار وسواسی را به‌وجود می‌آورد، یعنی شخص برای این‌که افکار وسواسی نداشته باشد باید این افکار (تفسیرها) را کنترل کند یا این‌که نباید چنین افکاری داشته باشد (کلارک، ۲۰۰۴).

تفاوت کلیدی بین تیک‌ها و اجبارها در وسواس‌های فکری-عملی، تجربه هیجانی در زمان انجام تیک یا آئین‌های وسواس فکری-عملی است. یکی از یک تیکانه لذت می‌برد (هوگدواین، ۱۹۸۶)، درحالی‌که دیگری با انجام عمل وسواسی، دچار اضطراب و تنش می‌شود که از طریق خنثی‌سازی موقتاً تسکین می‌یابد. شاپیرو و شاپیرو (۱۹۸۶) بیان کردند که در ابتدا تیکانه‌ها به شخص لذت می‌دهد، فقط بعدها است که احساس گناه و پشیمانی را به‌وجود می‌آورد. کث و همکاران (۱۹۹۲a) دریافتند که تمایز کلیدی بین اختلال وسواس فکری-عملی و نشانگان تیک در واقع در «هیجان احساس‌شده» است. طبق نظر این مؤلفان مراجعان دچار اختلال وسواس فکری-عملی، همواره دارای افکار ناخوشایندند، درحالی‌که مراجعان دچار نشانگان تیک اغلب احساس کاهش تنش می‌کنند، و حتی «سرزندگی عاطفی خنثایی» را بعد از تیک احساس می‌کنند. ارزشیابی هیجان در تیک‌های ساده از الگوی ناکامی و تنش بلافاصله، همراه با تیک حاصل از کاهش موقتی و کوتاه مدت تنش اما در انتها از

1. Thibert

سر گرفته شدن تنش، پیروی می‌کند.

در یک عادت مرضی فرد می‌تواند فعال‌سازی را در طول کندن‌مو به‌وضوح احساس کند (کینگ و همکاران، ۱۹۹۵) ممکن است یک پایه عصب‌شیمیایی برای حرکات تیک وجود داشته باشد که مشابه محرک‌هایی نظیر نیکوتین، بر شخص اثر می‌کند، اما تأثیر آن خفیف‌تر و ممکن است هردو بر سیستم کنه‌کولامین اثر کنند (اکانر، ۱۹۸۹؛ پیترسون و همکاران، ۱۹۹۴). شواهدی درباره جایگزینی سیگار کشیدن و تیک‌ها وجود دارد. تیک‌ها ممکن است بعد از توقف سیگار کشیدن شدیدتر شوند (پیترسون و همکاران، ۱۹۹۴). پاره‌ای از پژوهشگران دریافته‌اند که نیکوتین پروکالیکس تا حدودی در کاهش فراوانی تیک مؤثر است (مک‌کونویل و نورمن، ۱۹۹۲؛ ریچاردز، ۱۹۹۲). سانبرگ و همکاران (۱۹۹۷) اظهار کردند که نیکوتین ترنسدرمال می‌تواند به‌عنوان یک داروی آرام‌بخش کمکی در درمان نشانگان تیک به‌کار گرفته شود.

میال و همکاران (۱۹۹۰) استدلال کرده‌اند که تعدادی از نشانگان رفتاری، به‌ویژه اختلال وسواس عملی و اختلال تکانه‌ای، تشابهات توصیفی مشترکی با وابستگی شیمیایی دارند. به‌نظر می‌رسد برای موفقیت در جلوگیری از عود و حتی بیشتر شدن تأثیر درمان عادات مرضی نظیر کشیدن‌مو، در دسترس بودن گزینه‌های مختلف پاداش که جایگزین محرک‌های به‌وجود آورنده تیک شود بسیار مهم است (آزرین و پیترسون، ۱۹۸۸ a، ۱۹۸۸b). در بخش بعد با جزئیات بیشتری در مورد تفاوت راهبردهای روان‌شناختی «اداره خود» بحث خواهد شد.

◀ راهبردهای اداره خود

مشکل رفتاری در اختلال تیک، اداره خود و مقاومت در برابر آن است. راهبردهای اداره خود در اختلال تیک با همان هدف فرونشانی، به‌تأخیرانداختن یا پنهان‌کردن مشکل رفتاری به‌کارگرفته می‌شوند، که هم مانع افزایش تنش می‌شوند و هم جلوی میل به‌انجام تیک/آئین‌ها را می‌گیرند. درمانجویان دچار اختلال تیک قادرند تیک‌ها را برای فواصل کوتاه‌تر یا بلندتری کاملاً متوقف کنند. متعارف‌ترین راهبردهای موردقبول عبارتند از: انقباض ماهیچه‌های مخالف ماهیچه‌های تیک که می‌تواند حرکات را متوقف کند؛ انقباض ناحیه کلی، جایی که تیک در آنجا اتفاق می‌افتد، تغییر وضع اندامی، فرونشانی یا به‌تأخیرانداختن شروع تیک، تلاش برای مخفی نگهداشتن تیک از طریق تبدیل آن به حرکات دیگر (ر.ک. واج سیزک و لانگ، ۱۹۹۵). نتیجه این راهبردها غالباً ناراحتی مفرط و افزایش تمایل به تیک‌زدن است، اما موقتاً جلوی تیک‌ها گرفته می‌شود و بنابراین ظاهراً شخص طبیعی به‌نظر می‌رسد. اگرچه درمانجویان دچار اختلال تیک درباره دشواری فرونشانی نظر متفاوتی دارند، اما اثرات مخرب آن مشابه است. اگر به‌جای فرونشانی، شخص ترغیب شود به عقب برگردد و اجازه داشته باشد بدون بازداری و سرزنش، آن میل مصر در او جریان یابد، پاره‌ای از احساس‌های وابسته به

آن تسکین می‌یابد. به‌جای منقبض کردن ماهیچه‌ها برای مقاومت از بروز تیک، با ایجاد آرامش در آن‌ها می‌توان تنش را در اختلال تیک کاهش داد (اکانر و همکاران، ۱۹۹۵، ۱۹۹۷b). آموزش آگاهی به‌خودی‌خود می‌تواند راهبرد خودگردانی مؤثری برای اختلال تیک باشد (وود و همکاران، ۱۹۹۶a؛ رایت و میلتن برگر، ۱۹۸۷). شخص دچار تیک ممکن است قادر باشد بدون آگاهی از تیک به زندگی روزانه ادامه دهد (روزنبرگ و همکاران، ۱۹۹۴). همچنین همان‌گونه که از طریق تحلیل عاملی آشکار شد، مدیریت موفق، وابسته به موقعیت‌هایی است که در آن مشکل یا مسئله‌ای به‌وجود می‌آید.

◀ راهبردهای مقابله‌ای نگهدارنده چرخه تیک

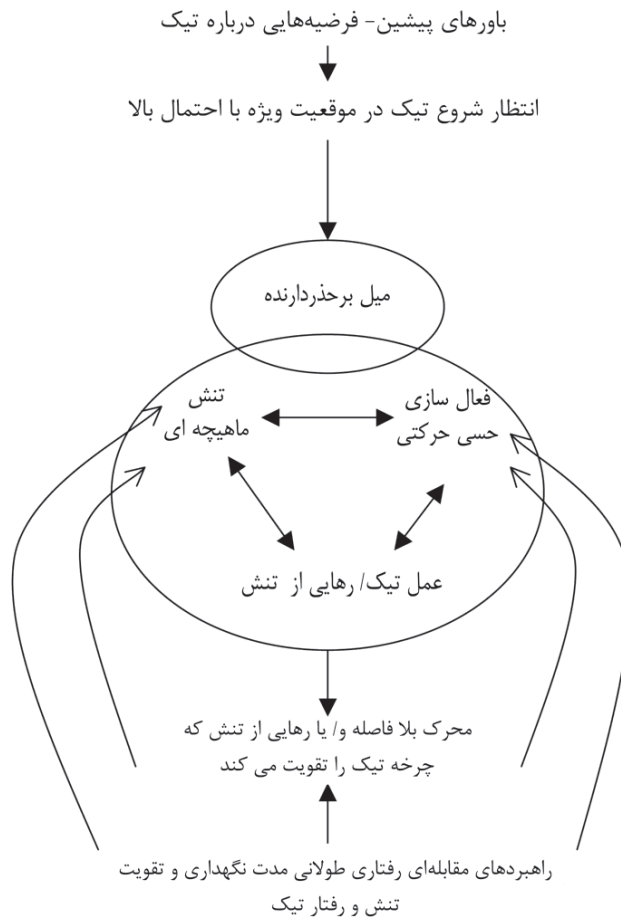
الگوی خود شخص در رشد تیک، اداره و پیامدها، تأثیر مهمی بر انتظارات و واکنش‌های مقابله‌ای با تیک دارد. درمانجویان ممکن است برای اداره تیک یک الگوی هیدرولیکی برای خود تجویز کنند (به‌عنوان مثال، اگر من جلوی تیکم را بگیرم، تشدید خواهد شد و بعداً مجبور می‌شوم بگذارم به روش یا جای دیگری که نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم ظاهر شود). سپس شخص راهبردهای رفتاری ایسی را اتخاذ می‌کند که این احساس هیدرولیکی را تقویت می‌کند و بنابراین از این طریق اعتبار آن تأیید می‌شود. به‌عنوان مثال، نمونه‌ای از آن پذیرفتن این تفسیر است که کشف احساس برحذردارنده، به‌معنای قریب‌الوقوع بودن تیک است (لکمن و همکاران، ۱۹۹۳؛ ص ۹۲). چنان‌که قبلاً بحث شد، واضح نیست که این احساس برحذردارنده قبل از انتظار وقوع تیک به‌وجود می‌آید یا بعد از آن پیدا می‌شود، در این صورت آیا این احساس حاصل تلاش برای مقابله با تیک است، یا یک علامت هشداردهنده مستقل است. ارزیابی‌های دیگر مربوط به این است که در آن موقعیتی که دیگران شخص را می‌بینند و ارزیابی می‌کنند او چگونه احساسی درباره تیک خود دارد. این ارزیابی‌ها ممکن است برانگیختگی را افزایش دهد و ممکن است توضیح دهد که چگونه در بعضی موارد فقط انتظار وقوع تیک می‌تواند تنش و ناکامی را افزایش دهد و از این رو، به‌خودی‌خود تیک را ایجاد کند.

راهبردهای رفتاری اتخاذ شده توسط شخص برای مقابله با رفتار تیک به: *بازداری*، *تصحیح و اخفاء* تقسیم می‌شوند. *بازداری* شامل انقباض، نگهداشتن یا اتخاذ یک وضعیت اندامی برای جلوگیری از تیک است، نظیر کشیدن، یا منقبض کردن ماهیچه و تلاش برای یک پاسخ شخصی رقابتی است. *تصحیح* شامل به‌کارگیری فعالانه ماهیچه از طریق ترکیب تیک با یک عمل، یا تلاش برای طبیعی جلوه دادن عمل تیک از طریق اصلاح دوره آن، یا تبدیل فعالانه آن به حرکت دیگر است. *اخذ* شامل استتار تیک به‌وسیله پوشیدن لباس‌های گشاد، انداختن یک کیف روی شانه، پوشاندن تیک به‌وسیله انجام یک عمل بزرگتر (به‌عنوان مثال، عطسه‌کردن)، یا سرانجام از طریق اجتناب از موقعیت‌های تیک برانگیز است (ر.ک. پیوست 1h). این وضعیت‌ها و حالت‌ها همان نقشی را بازی می‌کنند که افراد در سایر اختلال‌های اضطرابی به‌عنوان راهبردهای خنثی‌سازی، اجتناب یا مقابله‌ای از آن استفاده می‌کنند، و

چون سطح تنش را حفظ می‌کنند به‌طور مؤثری درک ما را از تیک بالا می‌برند (ر.ک. تصویر ۱.۱).

◀ تحلیل رفتار و تغییرپذیری موقعیت

تیک‌ها و عادت‌ها روی هم‌رفته از حالت، یا خلق، یا برداشتی که افراد از موقعیت‌ها (یا انتظار از موقعیت) دارند، نشأت می‌گیرد. کریستنسن و همکاران (۱۹۹۳) مجموعه‌ای از پیشایندهای هیجانی را در آغاز موکنی ذکر کردند. آزرین و نان (۱۹۹۷) تشخیص دادند که لازم است در موقعیت‌های متفاوت از راهبردهای متفاوتی برای «معکوس کردن عادت» استفاده شود.



تصویر ۱-۱ خود تقویتی شناختی - رفتاری چرخه تیک

جدول ۱.۴ مثال‌هایی از موقعیت‌هایی با احتمال کم و زیاد وقوع تیک به‌اضافه ابعاد ساختاری مرتبط در ۱۰ نفر دچار تیک مزمن

موقعیت‌هایی با احتمال وقوع کم	موقعیت‌هایی با احتمال وقوع زیاد	بُعد اصلی ساختار شخصی
۱ اشتغال، کارکردن، غذا پختن	مرتب‌کردن رختخواب، مسافرت با اتومبیل	تحرک در مقابل بی‌تحرکی
۲ درازکشیدن / آرامش عضلانی	مخالفت با بحث یا بیان	خودپنداره بی‌اهمیت بودن در برابر ترس از طردشدن یا مورد قضاوت بد قرار گرفتن
۳ آواز خواندن، انجام کارهای خانه	رانندگی، صحبت با افراد	انجام تکالیف خودکار خسته‌کننده در برابر تمرکز مهیج
۴ تایپ، مطالعه در منزل	یک روز پر مشغله با ملاقات‌های زیاد و یک دستور جلسه سخت	انتخاب آزاد، وقت گذاشتن برای خود در برابر التزام نیازمند بودن به دیگران
۵ صحبت با دوستان، خرید	مطالعه، تماشای تلویزیون، تفکر درباره مشغله‌های زندگی	به‌خوبی مشغول بودن در برابر تلف کردن زمان
۶ گوش‌دادن به موزیک، نقاشی کشیدن	در جستجوی یک عقیده، منتظر کسی یا چیزی بودن	احساس ارزشمندی و اطمینان در برابر ترس از قضاوت و اشتباه کردن در جمع
۷ مطالعه، تماشای تلویزیون	هنگامی که دست‌ها مشغولند، هنگام تدریس	انجام هرچیز در زمان خاص خودش، قانع، آرام، در برابر بیش از اندازه برانگیخته، فعالیت‌های بیش از حد
۸ مطالعه، ماساژ دادن	به‌عنوان مسافر یک ماشین، بحث با همسر	ایمن، راحت در برابر متمرکز و تنیده
۹ کارکردن، خرید رفتن با دوستان	تنها در خانه به تماشای تلویزیون یا به مطالعه پرداختن، آماده شدن برای رفتن سر کار	فعال با دیگران در مقابل غیرفعال هنگام تنهایی
۱۰ غذا پختن، بافتنی بافتن	مهمان‌های ناخوانده، فکر کردن به مشکلات مالی	خودانگاره حاکی از مهم بودن در برابر خودانگاره حاکی از غیرمهم بودن

منبع: اقتباس از آکانر و همکاران (۱۹۹۴). ساختارهای شخصی در میان افراد دچار تیک مزمن. مجله بریتانیایی روان‌شناسی بالینی، ۱۳(۲).

۱۵۱-۱۵۸

چندین مؤلف ذکر کرده‌اند که تیک‌ها و عادت‌ها از حالت‌ها منفی نظیر افسردگی، فقدان خودارزشی و ملال به وجود می‌آیند (دین و همکاران، ۱۹۹۲). در یک فضای بالینی، به‌وفور از «تحلیل رفتار» برای روشن کردن پیشایندها پیامدهایی که رفتار تیک را تقویت می‌کنند، استفاده می‌شود (به‌عنوان مثال کار و همکاران، ۱۹۹۶؛ فوات و گریفیتس، ۱۹۹۲؛ اسکاتی و همکاران، ۱۹۹۴). به‌هرحال

مطالعات اندکی به‌طور نظام‌دار به بررسی عوامل موقعیتی پرداخته‌اند. در مجموعه‌ای از مطالعات متغیرهای موقعیتی بررسی شدند، اکائر و همکاران (۱۹۹۳، ۱۹۹۴) در ۱۳ درمانجوی دچار تیک، ابتدا، موقعیت‌هایی را که خطر وقوع تیک در آن‌ها بالا، متوسط و پایین بود، بررسی کردند و دریافتند که نیمرخ‌های این درمانجویان وابسته به موقعیت است، اما نیمرخ‌های درمانجویان همسانی کمی با یکدیگر دارد (جدول ۱.۴). همه آزمودنی‌ها موقعیت‌هایی را که در آن تیک اتفاق می‌افتاد و یا نمی‌افتاد مشخص کردند. موقعیت‌هایی که احتمال وقوع تیک در آن بالا بود، می‌توانست هم شامل موقعیت‌هایی با برانگیختگی بالا و هم پایین شود - به‌عنوان مثال احتمال داشت یک شخص زمانی که فعالانه کار می‌کرد و دیگری هنگامی که در خانه استراحت می‌کرد بیشتر دچار تیک شود. به‌رحال ابهام موقعیتی هنگامی روشن شد که، ساختارهای شناختی زیربنایی آن‌ها در آن موقعیت بررسی و مشخص شد که علت آن این است که این‌سطح از فعالیت جسمی، با افکار و احساسات همراه آن، غالباً در ارتباط با بی‌حوصلگی، ناکامی، نارضایتی و بی‌میلی در انجام عمل بوده است. یافته‌های حاصل از این نیمرخ‌های شناختی و موقعیتی در مطالعات بعدی نیز به‌دست آمد (اکائر و همکاران، ۱۹۹۷a، ۱۹۹۷b) (ر.ک. فصل ۴). پیش‌بینی و انتظار بالا در مورد احتمال وقوع تیک در یک موقعیت، می‌تواند به‌خودی‌خود موجب تیک شود، که این امر بیانگر نقش بالقوه نیرومند شناخت‌ها (و فرایندهای ارزیابی شناختی) در تولید تیک است. نتایج چند مطالعه بیانگر آن است که تیک‌های صوتی به‌ویژه ممکن است بیشتر وابسته به فعالیت‌ها باشند تا محرک‌های شرطی. روئن و همکاران (۲۰۰۲) در تحلیل رفتاری موشکافانه از مرد جوانی که دچار تیک صوتی بود، شرایطی را که احتمال داشت تقویت‌کننده تیک صوتی باشد، بررسی کردند. عوامل محیطی شامل موارد زیر بود: هنگام تنهایی، تقاضاهای تکلیف، بازی، تقویت خودکار، اشیاء ترجیحی، محرک لمسی، محرک موسیقایی، محرک شنوایی، محرک دهانی. به‌رحال، به‌نظر نمی‌رسید که هیچ‌یک از آن‌ها ارتباط مناسبی با شروع تیک داشته باشند. مشاهدات طبیعی آشکار کرد که حالت‌های بدنی ارتباط بیشتری با بروز تیک دارند، چون هنگام دراز کشیدن تیک‌ها از بین می‌رفتند اما در موقعیت‌های ایستاده بیشتر بروز می‌کردند. این مؤلفان نتیجه گرفتند که تیک خاصیتی خودتقویتی دارد اما اهمیت درازکشیدن را به‌عنوان یک راهبرد برای بیمار کشف نکردند. مؤلفان گزارش کردند که قادر به تعیین مکانیزم نهانی‌ایی که تیک را هنگام درازکشیدن تضعیف می‌کند نبودند، اما آن‌ها تأکید کردند که محدودیت‌های تحلیل آن‌ها، منحصر به تحلیل محیطی و تحلیل اولویت نشانه‌های محرک است. کار و همکاران (۱۹۹۶) دریافتند که هیچ محرکی علت وقوع تیک صوتی در دانش‌آموزان پسر ۱۱ ساله نیست. هرچند به‌نظر می‌رسید هنگامی که او به‌طور ناپسندی صحبت می‌کرد یا هنگامی که اجازه می‌یافت تکالیف مدرسه‌اش را انجام ندهد بدتر می‌شد. واتسون و استرلینگ (۱۹۹۸) متوجه یک تیک صوتی شدند که هنگام خوردن و فعالیت اجتماعی بروز می‌کرد. وود و همکاران (۲۰۰۱) در مطالعه کنترل‌شده‌ای گزارش کردند صحبت کردن، به‌ویژه درباره تیک‌ها، احتمال تیک صوتی را افزایش می‌دهد اما تأثیری در تیک‌های حرکتی ندارد.

◀ نتیجه گیری

در این فصل تیک‌ها را تعریف و مشکلات تشخیص افتراقی، پدیدارشناسی و ارتباطات بالینی آن‌ها را توصیف کردیم. تیک فقط یک بی‌نظمی غیرعادی نیست، بلکه می‌تواند موانع جدی زیادی را در عملکرد روزانه به وجود آورد. نشانگان تیک شکل جدی‌تر اختلال تیک و شامل تیک‌های صوتی است، اما دشواری اداره نشانگان تیک به‌ویژه در کودکان، اساساً به‌نظر می‌رسد به‌خاطر وجود بیماری‌های دیگری باشد که می‌تواند مشکلات دیگری را در عملکرد ایجاد کند. می‌توان اختلال تیک را روی یک پیوستار از یک تیک منفرد تک علامتی تا تیک‌های چندگانه ساده و مرکب در نظر گرفت، اما تشخیص‌های رایج مقوله‌ای است، اگرچه می‌توان تیک‌ها را ابعادی ارزیابی کرد و همچنین آن‌ها را برحسب محل کالبدشناسانه یا برحسب شکل یا مضمون طبقه‌بندی نمود. تیک‌ها تناقض ایجاد می‌کنند زیرا ماهیچه‌های ارادی را متأثر می‌کنند، درحالی‌که به‌نظر غیرارادی می‌رسند. در واقع این امر نشان می‌دهد که تیک‌ها را نمی‌توان واقعاً غیرارادی در نظر گرفت، زیرا آن‌ها به‌طور ذهنی و جسمی قابل کنترل هستند. آن‌ها تکانه‌ای هستند و اغلب به‌طور نااهشیار بروز می‌کنند، ضمن آن‌که می‌توان از بروز آن جلوگیری کرد و مانع آن شد. تیک‌ها می‌توانند تغییر محل دهند یا همان‌جا سال‌های زیادی بمانند، هنوز به‌وضوح به‌نظر می‌رسد، اوج آن‌ها در کودکی و در بعضی موارد به چرخه رسش مربوط باشد ولی در دوران بلوغ ناپدید می‌شوند. تیک‌ها به‌طور مشخصی از آئین‌های وسواس فکری-عملی و عادت‌مرضی متمایز هستند با این‌حال میان این اختلال‌ها هم‌تغییری و هم‌پوشی وجود دارد. اگرچه تیک‌ها به‌صورت تکانه غیرقابل کنترل دیده و احساس می‌شوند، ارتباط بین اختلال تیک و دیگر صفات تکانه‌ای، نامشخص است و عوامل رفتاری و شناختی در شروع آن نقش دارد. در فصل بعد با جزئیات بیشتری نظریه‌های مربوط به خاستگاه تیک را بررسی می‌کنیم.