



## همبودی اختلال تورت و اختلال وسواسی- اجباری در کودکان

دکتر جواد علاقه‌نادر<sup>\*</sup>، دکتر محمدحاجی عظیم<sup>\*\*</sup>،  
دکتر میترا حکیم شوشتری<sup>\*\*\*</sup>، دکتر زهرا شهریور<sup>\*</sup>

### چکیده

**هدف:** این پژوهش با هدف بررسی میزان همبودی اختلال تورت با اختلال وسواسی- اجباری (OCD) انجام شده است.  
**روش:** همه‌ی بیمارانی که با اختلال تورت از زمان آغاز به کار بخش روانپزشکی کودکان بیمارستان روزبه به این بخش مراجعه نموده بودند (۲۰ بیمار) مورد ارزیابی قرار گرفتند و با ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه و ۲۰ بیمار مبتلا به OCD مقایسه شدند. داده‌های پژوهش به کمک مقیاس شدت تیک بیل گردآوری شد و با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی فیشر و آزمون آماری خی-دو تحلیل گردید.  
**یافته‌ها:** این بررسی میانگین سنی را در شروع اختلال تورت ۸/۵ سال (انحراف معیار ۰/۶۵) و در شروع OCD ۴/۵ سال (انحراف معیار ۰/۷) نشان داد. نسبت مرد به زن در اختلال تورت ۴ به ۱ و در OCD ۲ به ۱ بود. میزان همبستگی میان ابتلا به این دو اختلال از نظر آماری معنی‌دار بود. میزان همبستگی معنی‌داری برای همبودی اختلال تورت و OCD در بزرگان درجه اول بیماران دیده نشد.  
**نتیجه:** میزان همبودی OCD در کودکان مبتلا به اختلال تورت قابل توجه است.

### کلیدواژه: اختلال تورت، اختلال وسواسی- اجباری، اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه، همبودی، کودک و نوجوان

\* فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی تهران، تهران، خیابان کارگر جنوبی، پایین‌تر از چهارراه لشکر، بیمارستان روزبه.  
\*\* دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، تهران، میدان امام حسین، خیابان نظام‌آباد شمالی، بیمارستان امام حسین (ع)، بخش روانپزشکی.  
\*\*\* فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران و مرکز تحقیقات بهداشت روان، تهران، کیلومتر ۶ جاده مخصوص کرج، مرکز آموزشی- درمانی روانپزشکی ایران (نویسنده مسئول).

E-mail: mitra\_hakim2000@yahoo.com

OCD گاه در بیش از نیمی از بیماران مبتلا به

اختلال تورت تشخیص داده می‌شود (استینگارد و دیلون، ۱۹۹۲). از سوی دیگر لئونارد<sup>۱</sup>، لسان<sup>۲</sup>، سوئدو<sup>۳</sup> و رتو<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) در بررسی بیماران مبتلا به OCD میزان بالایی از تیک‌ها را به‌طور عام و اختلال تورت را به‌طور خاص گزارش نموده‌اند.

بررسی‌های فامیلی مربوط به اختلال تورت و OCD، الگوهای خانوادگی یکسانی را برای هر دو اختلال گزارش نموده‌اند. هم‌چنین بررسی‌های دوقلوها همبندی بالایی را در دوقلوهای یکسان و بیشتر از میزان مشابه در دوقلوهای غیریکسان گزارش کرده‌اند (رندولف<sup>۵</sup>، هاید<sup>۶</sup>، گلد<sup>۷</sup>، گلدبرگ<sup>۸</sup> و ویرگر<sup>۹</sup>، ۱۹۹۳). بررسی‌های یادشده میزان بیشتر از حد انتظار OCD را در بستگان درجه‌ی یک بیماران مبتلا به اختلال تورت نشان می‌دهند (پالز، ۱۹۹۲).

سیمایه‌های پدیدار شناختی مشترکی در اختلال‌های تورت و وسواسی- اجباری وجود دارد. هر دو اختلال به‌طور متناوب بروز می‌کنند، از نظر شدت در طی زمان نوسان دارند و گاهی درمان‌ناپذیر و ثابت هستند. اگر چه سبب‌شناسی اختلال تورت هنوز ناشناخته باقی مانده (با توجه به بررسی‌های انجام شده به‌کمک تصویربرداری مغز)، عملکرد غیرطبیعی هسته‌های قاعده‌ای در پاتوژنز هر دو اختلال نقش داشته است (سوئدو، ۱۹۹۴؛ گلدن<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۰؛ کامینگز<sup>۱۱</sup> و فرانکل<sup>۱۲</sup>، ۱۹۸۵).

بررسی‌ها بر نقش عوامل دوپامینی در اختلال تورت و عوامل سروتونینی در OCD تأکید دارند. اما آن‌چه از

اختلال تورت معمولاً از کودکی یا نوجوانی آغاز می‌شود و با چند تیک حرکتی و دست‌کم یک تیک صوتی مشخص می‌شود. نخست تیک‌های حرکتی، نواحی گوناگون بدن را در طی زمان‌های مختلف درگیر می‌کنند و سپس تیک(های) صوتی پدید می‌آیند. تیک‌ها از لحاظ شدت و پیدا و محو شدن متغیر هستند. تیک‌های حرکتی ممکن است ساده یا مرکب باشند (پلک به هم زدن، حرکت‌های چشم، حرکت‌های زبان، حرکت‌های شانه و دست و حرکت‌های پا همگی ممکن است ساده باشند و یا به شکل پیچیده‌ای پدید آیند). تیک‌های آوایی نیز شامل صداهای ساده‌ای مانند بالا کشیدن بینی، خرخر کردن، صاف کردن گلو، صداهایی مانند پارس کردن و هم‌چنین تیک‌های پیچیده‌تر مانند اکولالیا (تکرار یک کلمه یا عبارت زشت) و توقف (توقف در صحبت کردن) هستند (فارمر<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰؛ ژان کوویک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۳). تواتر بالایی از اختلال‌های همراه در اختلال تورت وجود دارد. این اختلال‌ها ناتوان‌کننده‌ترین جنبه‌ی تصویر بالینی اختلال تورت هستند. شاید اختلال وسواسی- اجباری (OCD)<sup>۳</sup> شایع‌ترین اختلال همراه در اختلال تورت باشد (استینگارد<sup>۴</sup> و دیلون<sup>۵</sup>، ۱۹۹۲). اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه (ADHD)<sup>۶</sup> نیز در بیماران مبتلا به اختلال تورت یافت می‌شود، اگر چه برخلاف OCD، ارتباط ژنتیکی شناخته شده‌ای با اختلال تورت ندارد (کانتول<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶).

تصور می‌شود که سندرم تورت از شیوع حدود ۱ در ۲۰۰۰ در طول زندگی برخوردار باشد، اما به علت عدم تشخیص موارد خفیف بیماری در بیشتر بررسی‌ها میزان اختلال کمتر از میزان واقعی نشان داده شده است (کامینگز<sup>۸</sup>، هممز<sup>۹</sup> و کامینگز، ۱۹۹۰). میزان شیوع OCD در طول زندگی حدود ۱ تا ۲ درصد است. این اختلال می‌تواند در کودکی آغاز شود، اما معمولاً در اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی بروز می‌کند (پالز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۲).

- |   |              |
|---|--------------|
| 1- Farmer                                   | 2- Jankovic  |
| 3- Obsessive Compulsive Disorder            |              |
| 4- Steingard                                | 5- Dillon    |
| 6- Attention Deficit Hyperactivity Disorder |              |
| 7- Cantwel                                  | 8- Comings   |
| 9- Himes                                    | 10- Pauls    |
| 11- Leonard                                 | 12- Lenane   |
| 13- Swedo                                   | 14- Rettew   |
| 15- Randolph                                | 16- Hyde     |
| 17- Gold                                    | 18- Goldberg |
| 19- Weiberger                               | 20- Golden   |
| 21- Cummings                                | 22- Frankel  |

۰/۶۵) تعیین شد. میانگین سنی برای نوجوانان مبتلا به OCD نزدیک به ۱۴/۵ سال (انحراف معیار ۰/۷) تعیین گردید. هم‌چنین میانگین سنی آغاز بیماری در بیماران مبتلا به ADHD نزدیک به ۶ سال (انحراف معیار ۰/۳۵) بود. نسبت مرد به زن در بیماران مبتلا به اختلال تورت ۴ به ۱ به دست آمد، اما در صورتی که این نسبت در بیماران مبتلا به تورت خالص (با جداسازی همبودی‌های OCD) سنجیده شود، نسبت ۷ به ۱ به دست می‌آید (جدول ۱). نسبت مرد به زن در نوجوانان مبتلا به OCD ۲ به ۱ بود.

میزان همبودی اختلال تورت و OCD با جداسازی بیماران مبتلا به ADHD که می‌توانست به عنوان یک عامل مخدوش کننده عمل کند، بررسی شده است (جدول ۲). آزمون فیشر همبستگی معنی‌داری میان ابتلا به این دو اختلال نشان داد ( $p < 0/001$ ). اندازه‌گیری همبستگی بین ابتلا به اختلال تورت و OCD، در بیماران مبتلا به ADHD چنین نتیجه‌ای به دست نمی‌دهد.

این بررسی میزان همبستگی معنی‌داری را برای همبودی اختلال تورت و OCD در بستگان بیماران نشان نداد. مقایسه‌ی میزان OCD در بستگان درجه‌ی یک بیماران مبتلا به اختلال تورت خالص و یا OCD خالص، میزان این اختلال را در بستگان بیماران مبتلا به اختلال تورت ۲ برابر نشان داد. از این رو می‌توان گفت که این دو اختلال به هم وابسته هستند (جدول ۱).

هم‌چنین اختلال‌های تورت و وسواسی-اجباری در بستگان درجه‌ی اول بیمارانی که مبتلا به هر دو اختلال بودند، سنجیده و شدند. نیمی از بیماران در بستگان خود تظاهرات اختلال تورت را داشتند که از میزان مشابه در گروه تورت خالص بیشتر است.

اهمیت بالاتری برخوردار است، اختلال تعادل عملکرد بین این دو سامانه است. از این رو شماری از بیماران هر دو اختلال را نشان می‌دهند (ملدین<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹؛ راتزونی<sup>۲</sup>، هرمش<sup>۳</sup>، براندت<sup>۴</sup> و لافر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰).

در بررسی حاضر کوشش شده است که میزان همبودی اختلال تورت و OCD در بیماران و هم‌چنین در خانواده‌ی آنها سنجیده شود. ارتباط شدت اختلال تورت با برخی عوامل ژنتیکی و محیطی از جمله سن، جنس، بار خانوادگی و همبودی OCD و عوامل جنینی و زایمانی آسیب‌زا نیز سنجیده شده است.

## روش

از آنجا که شمار بیماران مبتلا به اختلال تورت مراجعه‌کننده به متخصصان محدود است، همه‌ی بیماران مبتلا به این اختلال که از هنگام آغاز به کار بخش کودکان بیمارستان روزبه به درمانگاه آن‌جا مراجعه کرده‌اند، پی‌گیری و ارزیابی شدند. با خسارج ساختن چندین بیمار که تیک‌های ثابت نداشتند، ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال تورت مورد بررسی دوباره قرار گرفتند. ۲۰ بیمار کودک و نوجوان مبتلا به OCD که تنها ۲ مورد از آنها تیک‌های حرکتی داشتند و هیچ‌یک سلاک‌های تشخیصی اختلال تورت را پر نمی‌کردند به‌عنوان گروه یک و ۲۰ بیمار مبتلا به ADHD که ۸ مورد از آنها تیک‌های حرکتی موقت داشتند و ملاک‌های تشخیصی اختلال تورت را پر نمی‌کردند به‌عنوان گروه دو برای مقایسه مورد ارزیابی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها به کمک مقیاس شدت تیک یسل<sup>۶</sup> گردآوری گردید. این مقیاس، شدت، مدت، فراوانی و پیچیدگی تیک‌ها را می‌سنجد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی فیشر و آزمون خی‌دو بهره گرفته شد.

## یافته‌ها

میانگین سنی شروع بیماری در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال تورت حدود ۸/۵ سال (انحراف معیار

1- Moldin  
3- Hermesh  
5- Lauffer  
6- Yale Tic Severity Scale

2- Ratzoni  
4- Brandt

جدول ۱- میانگین سنی و توزیع فراوانی نسبی آزمودنی‌های پژوهش برحسب میزان شیوع اختلال‌های همراه و اختلال‌های خانوادگی در بیماران تور، OCD و ADHD

میانگین سنی (سال)	سندرم تور همراه با OCD	سندرم تور بدون OCD	مجموع	ADHD خالص	OCD خالص
۹/۲	۵۰	۷	۵۷	۳/۶ ± ۶/۳۵	۰/۷ ± ۱۴/۴۵
سابقه‌ی خانوادگی سندرم تور	۲۰	۲۰	۴۰	۰	۰
سابقه‌ی خانوادگی OCD	۲۵	۶	۳۱	۳۰	۰
سابقه‌ی خانوادگی ADHD	۵۰	۲۰	۷۰	۰	۱۰
سابقه‌ی خانوادگی تیک‌های متعدد مزمن	۷۰	۵۰	۱۲۰	۱۰۰	۱۵
مشکلات پیش از تولد	۰	۳۰	۳۰	۴۰	۱۵
مشکلات طبی بستگان	۸۰	۶۷	۱۴۷	۰	۰

جدول ۲- همبودی اختلال تور و OCD با توجه به ابتلا به ADHD

سندرم تور	فراوانی		درجه‌ی آزادی	سطح معنی‌داری	ارزش
	بیماری وسواس ندارد	بیماری وسواس دارد			
با حذف موارد ADHD					
ندارد	۰	۱۷	۱	۰/۰۰۱	۱۶۷
دارد	۶	۲			
بدون حذف موارد ADHD					
ندارد	۲۰	۳	۱	N.S.	۰/۰۸
دارد	۱۰	۲			

میزان بیماری‌های داخلی و روانی در بستگان بیماران مبتلا به اختلال تور خالص سنجیده شد. شمار چشم‌گیری از بستگان بیماران، دچار یکی از مشکلات روانپزشکی مانند افسردگی و یا انواع اضطراب بودند. هم‌چنین شمار چشم‌گیری از آنها دچار یکی از بیماری‌های روان‌تنی مانند مشکلات قلبی عروقی، حساسیت، اشکالات غددی و نارسایی ایمنی می‌باشند.

ارتباط شدت اختلال تور با عوامل ژنتیکی و محیطی مانند سن، جنس، همبودی OCD، همبودی ADHD و عوامل جینی و زایمانی آسیب‌زا سنجیده

شد. این بررسی نشان داد که همبودی OCD تأثیر بسیار مهمی در شدت اختلال تور دارد. از سوی دیگر، زایمان به روش سزارین (ناشی از تأخیر در مراحل زایمانی) تأثیر اندکی در شدت اختلال تور داشت. شدت اختلال تور در مردان بیشتر بود. ارتباطی میان همبودی ADHD و شدت اختلال تور دیده نشد.

#### بحث

این بررسی نشان داد که فراوانی نسبت مرد به زن در بیماران مبتلا به اختلال تور، ۴ به ۱ می‌باشد و با

جدا ساختن همبودی‌های OCD، این نسبت به ۷ به ۱ می‌رسد. این نکته نشان می‌دهد که نشانه‌های وسواسی-اجباری تا اندازه‌ی زیادی در اختلال تور، به‌ویژه در زنان شایع است. یافته‌های پژوهش سینگر<sup>۱</sup> (۱۹۹۴) نیز نشان‌دهنده‌ی ارتباط ژنتیکی بین این دو اختلال است. وی نفوذپذیری ژن مربوط به نیک را در مردان ۹۹٪ و در زنان ۷۰٪ گزارش نمود. در این بررسی نسبت مرد به زن در بروز OCD در دوره‌ی نوجوانی، برابر ۲ به ۱ به‌دست آمد. بررسی‌های دیگر نیز شیوع این اختلال را در دوره‌ی نوجوانی در مردان رو به افزایش می‌دانند، اگرچه در بزرگسالی این نسبت نزدیک به یک به نظر می‌رسد (فلامنت<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۸). علی‌رغم همبستگی آشکار بین دو اختلال تور و وسواسی-اجباری، این همبستگی در بیماران مبتلا به ADHD به‌دست نیامد. برای این یافته‌ی پژوهش، تبیین‌های گوناگونی را می‌توان پیشنهاد کرد. نخست این‌که بیماران مبتلا به ADHD دارای میانگین سنی به مراتب پایین‌تری نسبت به موارد اختلال تور و OCD هستند و در بسیاری از آنان زمینه‌ی بروز علایم اختلال‌های یادشده فراهم نیست. در این بررسی، عدم همبستگی ابتلا به اختلال تور و ابتلا به OCD در بستگان بیماران دیده شده که با توجه به ویژگی‌های اختلال تور، بررسی این امر نیاز به نمونه‌ی بیشتری دارد. به بیان دیگر از آنجا که نفوذ ژنی اختلال تور بسیار متغیر است و نمونه‌های گوناگونی دارد (لکمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۷)، شاید شمار آزمودنی‌ها برای بررسی خانوادگی کافی نبوده است.

نبود همبستگی میان ابتلا به OCD و اختلال تور در افراد مبتلا به ADHD، را می‌توان چنین تبیین کرد که در بیش از نیمی از بیماران مبتلا به اختلال تور، ADHD به‌طور همراه دیده می‌شود و از سویی نشانه‌های پرتحرکی و رفتارهای تهاجمی آنها می‌تواند باعث پوشانده شدن نشانه‌های تیک شود.

عامل دیگر تعیین‌کننده‌ی وابستگی این دو اختلال با یکدیگر، شیوع دو برابر OCD در بستگان درجه‌ی یک

بیماران مبتلا به اختلال تور خالص در مقایسه با بیماران مبتلا به OCD خالص بود. وجود اختلال تور در نیمی از بستگان بیماران مبتلا به هر دو اختلال نیز گواه این ادعاست که دو اختلال به هم وابسته هستند و این که وجود نشانه‌های وسواسی-اجباری می‌تواند نشان‌دهنده‌ی شدیدتر و فراوان‌تر بودن اختلال تور در خانواده باشد. همبودی OCD در شدت اختلال تور مؤثر است.

از محدودیت‌های این پژوهش، شمار کم آزمودنی‌ها بود که برآورد همبودی را در مواردی دشوار می‌نمود. با توجه به اهمیت اختلال تور و افت عملکردی که برای فرد پدید می‌آورد و همچنین مشکلات گوناگون ناشی از همبودی با سایر اختلال‌ها، انجام چنین بررسی‌هایی ضرورت دارد.

در این بررسی نمونه‌ها از مرکزی انتخاب شده بودند که مراجعین آن را افرادی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی پایین تشکیل می‌دهند. این امر تعمیم یافته‌ها را دشوار می‌سازد. انجام پژوهش‌هایی با نمونه‌های دارای وضعیت اقتصادی-اجتماعی گوناگون می‌تواند این نارسایی را از میان بردارد. هم‌چنین با انجام بررسی بر روی آزمودنی‌هایی که تحت درمان نیستند و با افزایش شمار آزمودنی‌ها می‌توان امکان تعمیم یافته‌ها را افزایش داد.

### سپاسگزاری

از مراجعه‌کنندگان مورد بررسی و خانواده‌های آنها که با شرکت در پژوهش، پژوهشگران را در زمینه گردآوری داده‌ها یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

### منابع

Cantwel, D.P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of Ame-*

1- Singer  
3- Leckman

2- Flament

*ican Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 978-987.

Comings, D.E., Himes, J.A., & Comings, B.G. (1990).

An epidemiological study of Tourett's syndrome in a single school district. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 463-469.

Cummings, J.L., & Frankel, M. (1985). Gilles de la Tourette syndrome and the neurological basis of obsessions and compulsions. *Biological Psychiatry*, 20, 1117-1126.

Farmer, T.W. (1990). *Pediatric neurology*. Harper and Row Inc.

Flament, M.F., Whitaker, A., Rapoport, J.L., Davis, M., Berg, C.Z., Kalikow, K., Sceery, W., & Schaffer, D. (1988). Obsessive-compulsive disorder in adolescent: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.

Golden, G.S. (1990). Tourette syndrome: recent advances. *Neurologic Clinics*, 8, 705-714

Jankovic, J. (1993). *Current neurology*. Mosby Year Book Inc.

Leckman, J.F., Peterson, B.S., Anderson, J.M., Arnsten, A.F., Pauls, D.L., & Cohen, D.J. (1997). Pathogenesis of Tourett's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 119-142.

Leonard, H.L., Lenane, M.C., Swedo, S.E., & Rettew, D. C. (1992). Tics and Tourette's disorders: A 2 to 7 years follow up of 54 obsessive-compulsive children. *American Journal of psychiatry*, 149, 1244-1251.

Moldin, S. (1999). Summary of research. *Biological Psychiatry*, 5, 573-588.

Pauls, D.L. (1992). The Genetics of obsessive-compulsive disorder and Gilles de la Tourette's syndrome. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 759-766.

Randolph, C., Hyde, T.M., Gold, J.M., Goldberg, T.E., & Weiberger, D.R. (1993). Tourette's syndrome in monozygotic twins: Relationship of tic severity to neuropsychological function. *Archives of Neurology*, 50, 725-728.

Ratzoni, G., Hermesh, H., Brandt, N., & Lauffer, M. (1990). Clomipramine efficacy for tics, obsessions, and compulsions in Tourette's syndrome and obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 27, 95-98.

Singer, H.S. (1994). Neurobiological issues in Tourette syndrome. *Brain & Development*, 16, 353-364.

Steingard, R., & Dillon, D.S. (1992) Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder: Clinical aspects. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 849-860.

Swedo, S.E. (1994). Childhood movement disorder and OCD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (suppl.), 32-37.