

بررسی مشخصات بالینی اختلال وسواس فکری - عملی در بیماران مراکز درمانی منتخب شهر تهران

لادن فتی*

دکتر جعفر بوالهیری†

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی مشخصات بالینی اختلال وسواس فکری - عملی (*Obsessive-compulsive disorder [OCD]*) بر روی ۱۰۰ بیمار که به مراکز درمانی منتخب شهر تهران مراجعه کرده‌اند، صورت گرفته است. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از فهرست مقابله وسواس فکری - عملی یل - براون، پرسشنامه بالینی چند محوری میلون، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی (*Demographic*). با استفاده از روشهای آمار توصیفی، فراوانی نشانه‌های مختلف *OCD*، میزان افسردگی، اختلالات شخصیت همراه و ویژگیهای جمعیت شناختی این بیماران گزارش شده است. یافته‌ها حاکی از آن هستند که به طور کلی، ویژگیهای پدیده شناختی *OCD* در این پژوهش با اطلاعات گزارش شده در پژوهشهای مشابه از کشورهای دیگر هماهنگ است. تفاوت یافته‌های این پژوهش با پژوهشهای خارجی در این است که محتوای علائم این اختلال جنبه فرهنگی داشته، میزان بستری شدن و میزان درمان غیردارویی بسیار کم است. با توجه به اطلاعات بدست آمده در این گزارش، پیشنهادهایی جهت تدوین تدابیر درمانی مناسب و ساخت ابزار سنجش ارائه شده است.

- کلیدواژه‌ها: ۱- اختلال وسواس فکری - عملی
۲- اختلالات وسواس
۳- اختلالات روان رنجوری
۴- اختلالات اضطراب
۵- علوم اجتماعی
۶- جامعه‌شناسی
۷- انسان‌شناسی فرهنگی
۸- فرهنگ

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی (*OCD*) طی سالهای اخیر توجه زیادی را به خود جلب کرده، موضوع مطالعات متعددی قرار گرفته است. در حال حاضر این اختلال چهارمین دلیل مراجعه به روانپزشک معرفی شده است و آمار بین‌المللی میزان شیوع آن را ۲-۳ درصد گزارش می‌کنند^(۸). به همین دلیل

شناختن جنبه‌های مختلف این اختلال برای برنامه‌ریزی درمان از اهمیت خاصی برخوردار است. در مطالعات بین‌المللی، توصیفهای متعددی از وجوه بالینی این اختلال به عمل آمده است. ولی متأسفانه در ایران هنوز اطلاعات جامعی در این مورد موجود نیست. نکته جالب توجه این است که وسواس

این مقاله بر اساس طرح تحقیقاتی شماره ۲۱۷ معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران تهیه و تنظیم شده است.

* مربی روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران

† دانشیار روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران

از دیرباز در نوشتارگان (*Literature*) ایرانی مطرح بوده و به عنوان یک بیماری با آن برخورد شده است، اما متأسفانه اطلاعات علمی در این زمینه اندک است.

به طور سنتی، وسواس به دو نوع فکری و عملی تقسیم می‌شود. وسواس فکری به سه نوع افکار وسواسی، نشخوار فکری و تشریفات شناختی تقسیم می‌شود. وسواس عملی هم به تشریفات حرکتی جبری و اجتناب جبری تقسیم می‌شود. گروه مادسلی (۲۲) با استفاده از تحلیل عوامل به این نتیجه رسیده‌اند که وسواس چهار جزء عمده دارد: (۱) نظافت (۲) واریسی (۳) کندی (۴) شک وسواسی. بر اساس پرسشنامه وسواس پادوآ ساخت عاملی وسواس عبارت است از: (۱) تکانه‌ها (۲) شتتو (۳) واریسی (۴) نشخوار (۵) دقت (۳۷) به طور خلاصه می‌توان انواع زیر را برای وسواس برشمرد: (۱) افکار وسواسی (۲) نشخوار وسواسی (۳) تردیدهای وسواسی یا شکهای وسواسی (۴) واریسی (۵) تکانه‌های وسواسی (۶) ترسهای مرض وسواسی (۷) تشریفات شناختی وسواسی (۸) تشریفات عملی وسواس.

در مورد توزیع سنی و جنسی *OCD* آمارها متفاوت است. در ویرایش سال ۱۹۹۴ کتاب معروف کاپلان، سادوک و گرب (۸)، احتمال ابتلاء زن و مرد یکسان گزارش شده، متوسط سن شروع هم ۲۰ سالگی ذکر شده است. راسموسن و تسوانگ در سال ۱۹۸۶ (۳۲) میانگین سن شروع را $19/8 \pm 11/5$ ذکر کرده‌اند، ولی در مورد توزیع جنسی ۳۶٪ بیماران را مرد و ۶۴٪ را زن گزارش می‌کنند. تفاوت در نسبت زن به مرد در پژوهشهای متعدد مشاهده شده است (۳۴). میانگین سن شروع در پژوهشهای مختلف از ۱۹/۳ تا ۲۵/۶ گزارش شده است (۳۴). بلاک و همکاران در سال ۱۹۹۲ (۱۶) میانگین سن شروع را ۱۷/۶ با انحراف معیار ۸/۲ ذکر کرده‌اند. در این پژوهش نسبت زن و مرد ۵۹/۴٪ زن در مقابل ۴۰/۶٪ مرد بوده است.

در مورد وضعیت تأهل و شرایط زندگی زناشویی، به طور کلی جمع‌بندی پژوهشهای مختلف حاکی از آن است که میزان ازدواج در مردان ۳۲ الی ۶۱ درصد و در زنان ۵۸ الی ۷۵ درصد است (۳۴). ولی کیفیت زندگی زناشویی آنهاست که

ازدواج کرده‌اند، تفاوتی با جمعیت عادی ندارد. جالب اینجاست که بیماران متأهل دیرتر به پزشک مراجعه می‌کنند (خانا و همکاران، ۱۹۸۶، به نقل از استکتی (۳۴)).

در مورد مشخصات بالینی *OCD*، هانا و چاناباساوانا در سال ۱۹۹۸ (۲۱) چنین گزارش کردند که شایعترین علائم مشاهده شده در نمونه آنها به ترتیب عبارتند از شتتو، افکار مربوط به کارهای روزمره، افکار مربوط به گذشته و ترس از آسیب. در پژوهش دیگری راسموسن و ایسن در سال ۱۹۹۲ (۳۱) چنین گزارش کردند که در بین مشخصات بالینی این بیماران سه ویژگی از همه مهمتر است. این ویژگیها عبارتند از: ارزیابی غیرواقع‌گرایانه خطر، شک مرضی و احساس کامل نبودن. راسموسن و تسوانگ در سال ۱۹۸۶ (۳۲)، در مقاله دیگری ویژگیهای خانوادگی و بالینی ۴۴ بیمار را گزارش کردند. در این پژوهش، بیشترین علامت مشاهده شده، وسواس آلودگی بود. آنها اشاره کردند میزان اضطراب و افسردگی در این بیماران به حدی است که به هم‌بیمارناکی (*Comorbidity*) اختلال افسردگی عمده و سایر اختلالات اضطرابی با *OCD* می‌انجامد. همچنین راسموسن و ایسن در سال ۱۹۸۹ (۳۰)، فراوانی علائم *OCD* را به شرح زیر گزارش نموده‌اند: (۱) فراوانترین رفتارهای وسواسی به ترتیب عبارتند از واریسی، شتتو، شمردن، تضمین خواهی، نظم و قرینگی و انبارکردن و ۴۸٪ بیماران چندرفتار وسواسی را با هم دارند. (۲) فراوانترین وسواسهای فکری به ترتیب عبارتند از آلودگی، شک بیمارگونه، وسواسهای جسمی، نیاز به قرینگی، پرخاشگری و جنسی و ۶۰٪ بیماران چندفکر وسواسی را با هم دارند.

بررسی نوشتارگان (*Literature*) موجود نشان می‌دهد که پژوهشهایی نیز در جهت تقسیم‌بندی محتوایی *OCD* صورت گرفته است. از جمله این پژوهشها می‌توان به داوسون (۱۹۷۷) (۱۷)، گودمن و همکاران (۱۹۸۹) (۱۹) و راسموسن و ایسن (۱۹۸۹) (۳۰) اشاره نمود.

در ایران نامور و کریمی (۱۰) و آذر و ثقة‌الاسلام (۱) در سال ۱۳۷۰، اطلاعاتی را در این زمینه گزارش کرده‌اند. اما، هیچ یک از این گزارشها زیرگروههای وسواس را از هم جدا

نمی‌کند. فرجام‌پور در سال ۱۳۷۰^(۷) با استفاده از پرسشنامه پادوآ و محمدخانی در سال ۱۳۷۱^(۹) در مورد روش مقابله با استرس در این بیماران اطلاعاتی را گزارش کرده‌اند. نکته مهم این است که تجربه بالینی نشان داده‌است بافت فرهنگی و ارزشی جامعه ما به نحوی است که اعتقادات و رفتار مذهبی با نشانه‌های وسواس آمیخته می‌شود^(۵). حتی در برخی خرده‌فرهنگها یا خانواده‌ها این رفتارها تأیید شده، جنبه مرضی (*Morbid*) خود را از دست می‌دهند.

اطلاعات گزارش شده در مصر که نزدیکی بیشتری با فرهنگ ما دارد، حاکی از این است که وسواسهای مذهبی و آلودگی از فراوانترین وسواسهای فکری هستند (۶۰٪). بر اساس همین اطلاعات شایعترین رفتارهای وسواسی عبارتند از: تشریفات تکرار (۶۸٪)، شستشو (۶۳٪) و واریسی (۵۸٪)^(۲۹).

در مورد هم‌بیمارناکی (*Comorbidity*) OCD و اختلالات محور دو گزارشهای متعددی با آمارهای متفاوت وجود دارد. در مطالعه‌ای بر روی ۴۸ بیمار مبتلا به OCD، میزان هم‌بیمارناکی (*Comorbidity*) اختلالات شخصیت با استفاده از *MCMI* مطالعه شد. شیوع اختلالات شخصیت در OCD بسیار زیاد (۹۱/۷٪) گزارش شد. در این میان شخصیت اجتنابی از همه شایعتر (۶۸/۷٪) بود و شخصیت اسکیزوتایپی با کارائی در مان رابطه منفی داشت^(۲۶). در پژوهش دیگری، استانلی و همکاران (۱۹۹۰)، به نقل از استکتی^(۳۴) با استفاده از *SCID-II*، ۲۵ بیمار را مورد مطالعه قرار دادند و چنین گزارش کردند که در ۴۸٪ از نمونه آنها اختلال شخصیت وجود دارد. از این میان بیشترین مقدار (۲۸٪) شخصیت جبری بود؛ در مرتبه دوم (۱۲٪) هر یک از اختلالات شخصیت اجتنابی و نمایشی و در مرتبه سوم اختلال شخصیت اسکیزوتایپی قرار داشت. در پژوهش دیگری که در سال ۱۹۸۸ انجام شد، جوفی^(۲۵) با استفاده از *MCMI* چنین گزارش کرد که ۶۱ درصد از بیماران مورد مطالعه، شخصیت انفعالی - تهاجمی، ۵۶٪ شخصیت وابسته و ۵۶٪ شخصیت اجتنابی دارند. اسکودول و همکاران در سال ۱۹۹۵^(۳۳) گزارش کرده‌اند که ۱۳٪ از جمعیت مورد مطالعه آنها به طور همزمان دچار OCD و یک اختلال محور دو

می‌باشند. در این گزارش هم‌بیمارناکی (*Comorbidity*) اختلال شخصیت اجتنابی، وسواسی و انفعالی پرخاشگر با OCD معنی دار بود. اطلاع مشابهی نیز در پژوهشهای سال ۱۹۸۸ آلن‌ساز و تورگرسن^(۱۱) و سال ۱۹۹۴ آبوشون و مالاتستا^(۱۳) گزارش شده است. به گزارش اسکودول و همکاران در سال ۱۹۹۵^(۳۳) احتمال وقوع توأم OCD و اختلال شخصیت وسواسی و اجتنابی ۸ بار بیشتر از احتمال وقوع هر یک به تنهایی است. در همین گزارش عنوان شده‌است بیمارانی که همراه با اختلال محور یک، یک اختلال محور دو دارند، از نظر کنش اجتماعی دچار مشکلات بیشتری هستند و *GAF* آنها به طور معنی دار کمتر است. پژوهشها نشان می‌دهند که شدت یافتن علائم OCD با حضور یک اختلال محور دو همراه است ولی معلوم نیست که آیا شدت علائم منجر به ساختن یک نظام مقابله یا دفاع شخصیتی می‌شود یا وجود دفاعهای شخصیتی به شکل‌گیری علائم محور یک می‌انجامد^(۳۵،۳۳).

اختلال وسواس فکری - عملی رسماً جزو اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی شده‌است^(۳۸،۱۲). با این حال، رابطه OCD با سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی یک بحث زنده در پژوهشهای روانشناختی و روانپزشکی است^(۳۲،۲۷،۲۴). میزان شیوع اختلال افسردگی اساسی در طول عمر مبتلایان به اختلال وسواس فکری - علمی ۶۷٪ و میزان شیوع فوبی اجتماعی در گروه اخیر ۲۵٪ است^(۸). سایر اختلالات روانی شایع توأم با اختلال وسواس فکری - عملی عبارتند از اختلالات خوردن، مصرف الکل، فوبی خاص و هراس^(۸). راسموسن و تسوانگ در سال ۱۹۸۶^(۳۲) چنین گزارش کرده‌اند که ۷۴٪ نمونه آنها از خلق افسرده رنج می‌برند و تنها ۲۰٪ افسردگی را انکار می‌کنند. در گزارش راسموسن و تسوانگ، هم‌بیمارناکی (*Comorbidity*) سایر اختلالات اضطرابی و OCD نیز زیاد اعلام شده است.

در مورد عامل تسریع‌کننده، نتایج متفاوت و گاه متناقضی در پژوهشهای مختلف بدست آمده‌است. در مطالعه سال ۱۹۸۶ راسموسن و تسوانگ ذکر شده‌است که در ۲۵٪ از موارد عامل تسریع‌کننده وجود دارد. در مطالعات مختلف وجود عامل تسریع‌کننده در ۵۰-۷۰٪ از بیماران گزارش شده‌است. در تمام

مطالعات تقریباً کلیه بیماران به دنبال یک حادثه استرس آفرین دچار تشدید علائم شده‌اند (۳۴، ۳۲، ۳۰، ۲۸).

در مورد محیط رشد و الگوی خانوادگی OCD، تاکنون الگوی ارثی و حتی یادگیری به اثبات نرسیده‌است. به طور متوسط شیوع علائم OCD در والدین این بیماران کمتر از ۱۰٪ گزارش شده است. ولی در پژوهشهای مختلف ویژگیهای شخصیت و سواسی تا ۴۰٪ از موارد در والدین این بیماران دیده شده‌است (۳۴). شیوع اختلالات اضطرابی در میان بستگان بیماران مبتلا به OCD در مقایسه با گروه کنترل زیاد است ولی احتمال ابتلاء به OCD تنها ۲/۵٪ است (۱۶). اگر مفهوم OCD را وسیعتر گرفته و ویژگیهای وسواسی را نیز در نظر بگیریم (که لزوماً به حد ملاک برای تشخیص OCD نمی‌رسند)، آنگاه رقم ابتلاء در والدین بیماران مبتلا به OCD افزایش می‌یابد و به ۱۶٪ در مقابل ۳٪ در گروه شاهد می‌رسد (۱۶). تنها پژوهشهایی که رقم ابتلاء در والدین را بیش از ۲۰٪ گزارش کرده‌اند، مطالعات کرینگلن (Kringlen) در سال ۱۹۶۵ و لننن (Lenane) در سال ۱۹۹۰ هستند (۱۶).

در مورد سیر بیماری، راسموسن و تسوانگ در سال ۱۹۸۶ (۳۲) در نمونه ۴۴ نفری خود با میانگین ۱۵/۵ سال سابقه بیماری، چنین گزارش می‌کنند که ۲٪ نمونه سیر گهگیر (Episodic)، ۸۴٪ سیر مدام و ۱۴٪ سیر مزمن قهقرازی داشته‌اند. در مطالعه گوجر (Goger) و همکاران (۱۹۸۷)، به نقل از استکتی (۳۴) سیر قهقرازی در ۶۶٪، نوسانی در ۱۷٪، ثابت در ۱۱٪ و بهبود در ۲٪ نمونه ۵۳ نفری ملاحظه شد. کاپلان و همکاران (۸) احتمال بهبود قابل ملاحظه را در این بیماران ۲۰-۳۰٪ بهبود متوسط را ۴۰-۵۰٪ و عدم بهبود یا سیر قهقرازی را ۲۰-۴۰٪ گزارش می‌کنند.

سابقه بستری شدن در بیماران مبتلا به OCD، ۴۶/۹٪ گزارش شده‌است (۱۶).

روشن بررسی

متغیرهای این پژوهش و تعریف عملیاتی (Operational definition) آنها به شرح زیر است:

۱- وسواس فکری - عملی (OCD): عبارت است از داشتن

ملاکهای DSM-IV برای OCD

۲- ویژگیهای جمعیت شناختی (Demographic): عبارت است از سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، تاریخ شروع بیماری، مذهب و سیربیماری (سیر بیماری به سه زیرگروه تقسیم شده‌است).

۳- نشانه‌های اختلال: (الف) وسواس فکری عبارت است از افکار، تکانها یا تصاویر ذهنی تکراری و مقاوم که اضطراب آفرین باشد. (ب) وسواس عملی عبارت است از رفتارها یا اعمال ذهنی در پاسخ به افکار وسواسی برای کاهش اضطراب که فرد احساس کند مجبور به انجام دادن آن است.

۴- محتوای اختلال: (الف) آلودگی: داشتن نشانه‌های وسواس فکری در زمینه آلودگی و وسواس عملی شستشو - نظافت بر اساس YBOCS-C (ب): مذهبی: افکار و اعمال وسواسی با محتوای درست و غلط مذهبی (مثل نجس و پاک، حلال و حرام) (ج) پرخاشگری: افکار با محتوای آسیب و صدمه به خود و دیگران بر اساس YBOCS-C (د) جنسی: افکار با محتوای جنسی نامناسب، تصاویر، تکانها یا افکاری که از نظر شخص پذیرفته نیستند؛ بر اساس YBOCS-C (ه) جسمی: نگرانی در مورد بیماریها یا اختلالات بدن مطابق YBOCS-C (و) تردید و واری: تشریفات واری (چک کردن) قفلها، اجاق گاز، سایر وسایل خانه، اینکه به دیگران و خود صدمه زده یا نخواهد زد و اشتباهی نکرده‌است؛ بر اساس YBOCS-C ۵- اختلالات هم‌بیمارناک (Comorbid): (اضطراب، افسردگی، اختلال شخصیت): (الف) اضطراب: داشتن علائم فیزیولوژیایی رفتاری و شناختی اضطراب مطابق توصیف بالینی (ب) افسردگی: داشتن نمره ۱۰ و بیشتر در پرسشنامه آزمون افسردگی بک (ج) اختلال شخصیت: داشتن نمره بیش از ۷۵ در MCMI

۶- عامل تسریع کننده: یک استرس محیطی که به قدر کافی قوی باشد تا بتواند فرد را به OCD مبتلا کند.

۷- سابقه اختلال در کودکی: وجود نشانه‌های رفتارهای تکراری تشریفات یا خرافی غیرقابل مقاومت در کودکی پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی است. افراد مورد مطالعه از میان مراجعین دو مطب روانپزشکی خصوصی و دو

در مانگاه سرپایی دولتی و یک دفتر روانشناسی در شهر تهران که مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بودند، انتخاب شدند. کسانی که همزمان یا قبلاً تشخیص اسکیزوفرنی یا اختلال خلقی دوقطبی داشته یا شروع افسردگی آنها قبل از وسواس بوده، حذف شدند. تعداد نمونه ۱۰۰ نفر بود و نمونه‌گیری به روش پیاپی (Sequential) انجام شد. در این پژوهش از چهار پرسشنامه و برگه (Form) اطلاعاتی استفاده شده که مشخصات آنها بدین شرح است: (۱) فهرست مقابله افکار و اعمال وسواسی یل براون (YBOCS-C): در سال ۱۹۸۹ گودمن (Goodman) و همکارانش این فهرست را تهیه کردند. YBOCS-C از آن زمان تاکنون به فراوانی در پژوهشهای متعدد به کرا گرفته شده است. در ایران نیز بارها در پژوهشهای مختلف مورد استفاده قرار گرفته است (مثلاً فتی^(۶)، محمدخانی^(۹) و صبوری^(۴)). برای پژوهش حاضر این ابزار به فارسی ترجمه شد و پس از مطالعه مقدماتی، با توجه به اظهارات بیماران، در مقابل هر ماده، ستونی برای محتوای مذهبی ماده اضافه شد. (۲) پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون - بازنگری دوم (MCMII-II): این پرسشنامه به منظور اندازه‌گیری ویژگیها، الگوها و اختلالات شخصیت و همچنین آسیبهای روانی محور یک توسط تئودور میلون (Millon) تدوین شد و به شدت متکی بر مسائل نظری، تحقیق و تجربه بالینی است. اعتبار این آزمون در پژوهشهای مختلف تأیید شده است (خواجه موگهی^(۳)) در مورد پایائی این پرسشنامه باید گفت که از زمان انتشار اولین نسخه آن MCMII-I تاکنون بارها همسانی درونی قابل قبولی توسط میلون و دیگران برای آن گزارش شده است (میلون، ۱۹۸۳). (۳) پرسشنامه افسردگی بک (BDI): این پرسشنامه که دارای ۲۱ ماده است، شدت افسردگی را نشان می‌دهد و در پژوهشهای متعددی پایائی و اعتبار خوبی برای آن گزارش شده است (بک، استیر و گاربین^(۱۵)). در ایران نیز این پرسشنامه توسط یکه یزداندوست در سال ۱۹۸۸^(۳۹) ترجمه و تنظیم شده، اعتبار و پایائی آن گزارش شده است.

در این پژوهش، پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (Demographic) و YBOCS-C توسط روانشناس تکمیل

می‌شد. پرسشنامه‌های BDI و MCMII-II توسط خود بیمار پر می‌شد. به لحاظ رعایت موازین اخلاقی به کلیه بیماران اطلاع داده می‌شد که در یک طرح پژوهشی شرکت داده شده‌اند و نتایج بدست آمده از پرسشنامه‌ها در صورتی که در سرنوشت درمانی آنها نقشی داشته باشد، به روانپزشکشان اطلاع داده می‌شود. این اطلاعات با استفاده از روشهای آمار توصیفی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

تعداد بیماران مرد ۳۲ و تعداد بیماران زن ۶۸ نفر (به ترتیب ۳۲٪ و ۶۸٪) بود. میانگین سنی مردان در زمان مراجعه ۲۷/۳ با انحراف معیار ۵/۲ و زنان ۳۲/۱ با انحراف معیار ۶/۱ بود. از صد بیمار مورد مطالعه یک نفر از اقلیت‌های دینی (ارمنی) بود.

میانگین سن در هنگام شروع علائم ۱۹/۱ با انحراف معیار ۵/۵ بود. بدین ترتیب در ۸۰٪ از جمعیت، شروع بیماری در نوجوانی و جوانی بوده است (قبل از ۲۵ سالگی). در مردان، سن شروع ۱۶/۵ و در زنان ۲۲/۴۲ بود. فقط ۲٪ نمونه شروع بعد از ۳۵ سالگی را گزارش کردند. تمام بیماران اذعان داشتند که قبل از شروع بیماری قرائنی از ویژگیهای وسواسی را داشته‌اند.

همه بیماران هنگام مصاحبه از افسردگی یا اضطراب همراه با علائم OCD رنج می‌بردند. ۶۱٪ بیماران متأهل، ۳۴٪ مجرد و ۵٪ بیوه، مطلقه یا متارکه بودند. در مورد نقش همسر در بیماری، از ۶۱ بیمار متأهل، ۸۹٪ آشفتگی در روابط زناشویی را به دلیل وسواس و افسردگی ناشی از آن گزارش کردند و ۱۱٪ بیماری را در زندگی خود بی‌تأثیر دانستند. ۱۸٪ گفتند که همسرشان به آنها در انجام تشریفات وسواسی کمک می‌کند و ۷۳٪ اظهار داشتند که همسرشان سعی در بازداشتن آنها دارد ولی اقداماتش مؤثر نیست. ۹٪ رفتار همسرشان را خنثی و معمولی گزارش کردند.

بیشترین وسواس فکری گزارش شده ترس از آلودگی (۷۲٪) بود و در کلیه موارد به صورت ترس از چیزهای نجس (خون، ترشحات دفعی، بدن، الکل ...) ظاهر شده بود. ۷۸٪ از

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد اختلالات شخصیت مشاهده شده بر

اساس *MCMI-II* (تعداد کل = ۸۱)

نوع اختلال	نمره ۷۵-۸۴ (%)	نمره ۸۵ و بیشتر (%)
جبری	۱۹ (۲۳/۵)	۱۶ (۱۹/۸)
دوری‌گزین	۵ (۶/۲)	۳ (۳/۷)
احتسابی	۸ (۹/۹)	۶ (۷/۴)
وابسته	۴ (۴/۹)	۳ (۳/۷)
نمایش	۷ (۸/۶)	۳ (۳/۷)
خودشیفته	۳ (۳/۷)	۰ (۰)
ضداجتماعی (و آزارگر)	۰ (۰)	۰ (۰)
انفعالی - پرخاشگر	۵ (۶/۲)	۲ (۲/۳)
اسکیزوتایی	۱ (۱/۲)	۱ (۱/۲)
موذی	۳ (۳/۷)	۱ (۱/۲)
پارانوئید	۰ (۰)	۱ (۰)

کل بیماران، تشریفات شستشو داشتند که در تمام موارد به صورت تشریفات آبکشی طهارت مذهبی بود. ۸۴/۶٪ از این بیماران زن بودند. به این ترتیب، ۹۷٪ زنان مراجعه‌کننده تشریفات شستشو داشتند. این درصد، چنانکه خواهیم دید، بسیار بیشتر از آمار سایر کشورهاست.

۸۰٪ از بیماران، تشریفات واری و ۵۰٪ شمردن وسواسی را گزارش کردند که ۷۰٪ واری‌ها و ۵۲٪ شمردن‌ها در مناسک آبکشی و طهارت مذهبی بود. ۳۱٪ بیماران از افکار خشونت‌آمیز شکایت داشتند. اگر مفهوم افکار خشونت‌آمیز را وسیعتر بگیریم تا شامل ترس از آلوده کردن (نجس کردن دیگران و محیط) نیز بشود، میزان افراد مبتلا به ۸۱٪ می‌رسد. ۹۳/۳٪ از بیمارانی که وسواس فکری پرخشگرانه داشتند، رفتار واری نیز داشتند.

وسواسهای فکری جنسی تنها در ۱۱٪ بیماران مشاهده شد که ۹ نفر آنها مرد بودند، یعنی ۲۸/۱٪ از مردان. این درصد نیز در مقایسه با پژوهشهای مشابه کمتر است.

میل به قرینه بودن و دقت در ۲۳٪ از بیماران مشاهده شد که در همه موارد با واری و کمال‌گرایی وسواسی همراه بود. یافته دیگر، میزان وسواسهای جسمی (۱۴٪) بود. همانگونه که خواهیم دید، این میزان با گزارشهای مشابه تا حدودی متفاوت است. در میان وسواسهای عملی، واری، نظافت و شمارش از همه رایجتر بودند. ۵۳٪ از بیماران تغییر در نشانه‌های فکری و رفتاری خود را در سیر بیماری گزارش کردند. در ۷۴٪ از بیماران شکایت اصلی، افکار آلودگی و رفتار شستشو بود. همه بیماران تغییر در شدت علائم را در طول دوره بیماری گزارش کردند.

در مورد هم‌بیمارناکی (*Comorbidity*) اختلالات شخصیت، به طور کلی ۶۸ نفر از بیماران در *MCMI* نمره بیشتر از ۷۵ آوردند. کمتر از نیمی از این افراد نمره بیشتر از ۸۵ داشتند. توزیع این افراد در اختلالات شخصیتی مختلف در جدول شماره ۱ آمده است.

۹۱٪ نمونه ما در *BDI* نمره ۱۰ به بالا داشتند. میانگین نمره افسردگی ۲۱/۴ با انحراف معیار ۵/۱ بود. ۸۶٪ از بیماران نشانه‌های اضطراب را گزارش کردند.

این پژوهش نمی‌تواند اطلاعاتی در مورد علائم روان‌پریشانه (*Psychotic*) و هم‌بیمارناکی (*Comorbidity*) آن با *OCD* بدهد. زیرا افراد روان‌پریش (*Psychotic*) از نمونه حذف شدند.

در نمونه مورد مطالعه یک مورد نشانگان (*Syndrome*) تورت، که هم‌بیمارناکی (*Comorbidity*) آن با *OCD* موضوع بحث پژوهشهای متعدد در سالهای اخیر بوده است، یک مورد سوء مصرف مواد و یک مورد سوء مصرف الکل مشاهده شد. ۴۶٪ بیماران رابطه میان یک عامل استرس آفرین و آغاز مشکلات خود را ذکر کرده‌اند ولی تنها در ۲۳٪ موارد حضور یک عامل تسریع‌کننده به طور قطع قابل شناسایی بود. با این حال رابطه تشدید علائم با استرس در همه بیماران امری بدیهی بود.

در مورد الگوی وسواس و سایر اختلالات در خانواده، جدول شماره ۲ درصد شیوع را نشان می‌دهد.

جدول ۲- درصد شیوع اختلالات در بستگان بیماران (تعداد کل = ۱۰۰)

اختلالات	مادر	پدر	خواهر و برادر	بستگان درجه دو
OCD	۱۴	۳	۱۵	۲۱
ویژگیهای وسواسگونه	۲۶	۱۷	۲۱	۱۹
افسردگی عمده	۱۵	۲	۹	۰
اضطراب	۲۷	۳۱	۱۱	۰
روان‌پریشی	۰	۱	۳	۴

تنها ۴٪ از بیماران دچار سیر قهقرایی بوده، کنش اجتماعی‌شان کاملاً مختل شده بود (یکی از آنها تنها مبتلا به سوء مصرف الکل در این گروه ۱۰۰ نفری بود). تنها در مورد ۷ نفر می‌توان گفت که بیماری گهگیر (Episodic) بوده است. بدین ترتیب باقی نمونه، ۸۹ نفر، سیر مداوم داشتند. همین جا باید اشاره کرد که تنها یکی از افراد گروه نمونه این پژوهش، سابقه بستری شدن داشت. این درحالی است که سابقه بستری شدن در پژوهش مشابه ۵۵٪ گزارش شده است (راسموسن و تسوانگ^(۳۲)). در مورد نوع درمان باید گفت که به طور کلی تمامی افراد مورد مطالعه تحت درمان دارویی بودند. از این میان در ۷۵٪ افراد، داروی اصلی کلومیپرامین و در ۱۷٪ فلوکستین بود. ۸٪ نیز داروهائی غیر از دو مورد ذکر شده مصرف می‌کردند. در این نمونه تنها ۱۳ نفر درمان غیردارویی دریافت می‌کردند (۱۲ نفر رفتار درمانی و یک نفر روان‌درمانی).

بحث

همانطور که از جدولهای ۳ الی ۶ برمی‌آید، به طور کلی ویژگیهای بالینی بیماران ایرانی مشابه بیماران غیرایرانی

است. با مقایسه ساختار اختلال، مشخصات جمعیت شناختی (Demographic) و اختلالات هم‌بیمارناک (Comorbid) در نمونه این پژوهش با پژوهشهای مشابه می‌توان دریافت که پدیده‌شناسی OCD در ایران همان چیزی است که در نوشته‌های بین‌المللی مطرح شده است. با این تفاوت که آمار فکر آلودگی و رفتار شستشو در مقایسه با پژوهشهای مشابه بیشتر است و بویژه در زنها این تفاوت فاحش‌تر است. اگرچه در پژوهشهای مختلف آلودگی و شستشو اصلی‌ترین ساخت عاملی وسواس به شمار آمده‌اند، در این پژوهش ساختار شستشو با محتوای مذهبی عجین شده، الگویی به وجود آورده که خاص ایران است. این یافته تلویحاتی در بردارد. از جمله اینکه با توجه به موفقیت قابل ملاحظه رفتار درمانی در درمان رفتارهای شستشو که در پژوهشهای مختلف حدود ۸۰٪ گزارش شده است (۲۳، ۱۸، ۱۴)، تأکید بیشتر بر رفتار درمانی در درمان بیماران ایرانی ضروری به نظر می‌رسد. فراتحلیل (Meta-analysis) پژوهشهای انجام شده نشان می‌دهد که رفتار درمانی در OCD بر دارو درمانی نیز برتری دارد^(۳۶) و ترکیب آن با دارو درمانی مؤثرتر از هر یک به تنهایی است^(۶، ۴). با توجه به این یافته پژوهش حاضر که تنها ۱۳٪ بیماران از درمانهای غیردارویی

جدول ۳- درصد شیوع نشانه‌های OCD، عامل تسریع‌کننده و سیر بیماری در نمونه این پژوهش و دو پژوهش دیگر

نشانه‌ها	پژوهش حاضر ۱۰۰ مورد	راسموسن و تسوانگ* ۴۴ مورد	راسموسن و ایسن† ۲۰۰ مورد
وسواس فکری پرخاشگرانه	۳۱	۵۰	۲۸
وسواس فکری آلودگی	۷۲	۵۵	۴۵
وسواس فکری مذهبی	۸۱	۳۲	۲۶
وسواس فکری جنسی	۱۱	+	-
وسواس فکری جسمی	۱۴	۳۶	۳۱
وسواس فکری نیاز به قرینگی و دقت	۲۳	۳۴	۳۶
وسواس عملی شستشو	۷۸	۵۷	۵۰
وسواس عملی واریسی	۸۰	۸۳	۶۳
وسواس عملی شمارش	۵۰	۲۱	۳۶
وجود چند فکر وسواسی	۶۳	۵۹	-
وجود چند عمل وسواسی	۴۵	۴۱	-
وجود عامل تسریع‌کننده	۲۳	۲۵	۲۹
عدم وجود عامل تسریع‌کننده	۷۷	۷۵	۷۱
سیر مداوم	۸۹	۸۴	۸۵
سیر قهقرایی	۴	۱۴	۱۰
سیر گهگیر / دوره‌ای	۷	۲	۲

* راسموسن و تسوانگ (۳۲)، ۱۹۸۶

† راسموسن و ایسن (۳۰)، ۱۹۸۹

‡ خط تیره به معنی بررسی نشدن متغیر مذکور در پژوهش است

جدول ۴- درصد شیوع اختلالات هم‌بیماراناک (Comorbid) محور یک در این پژوهش و دو پژوهش مشابه

اختلال روانی	پژوهش حاضر ۱۰۰ مورد	راسموسن و ایسن* ۲۰۰ مورد	راسموسن و تسوانگ† ۴۴ مورد
افسردگی	۹۱	۳۱	۷۴
اضطراب	۸۱	۱۸	+
اختلال خوردن	۰	۸	-
پانیک	-	۶	۵
تورت	۱	۵	۵
سوء مصرف الکل	۱	۸	۲

* راسموسن و ایسن (۳۰)، ۱۹۸۹

† راسموسن و تسوانگ (۳۲)، ۱۹۸۶

‡ خط تیره به معنی بررسی نشدن متغیر مذکور در پژوهش است

جدول ۵- درصد شیوع اختلالات شخصیت در این پژوهش و دو پژوهش مشابه

اختلالات شخصیت	پژوهش حاضر مورد (MCM) ۸۱	راسموسن و تسوانگ* مورد (DSM-III Checklist) ۴۴	جوفی و همکاران W مورد (MCM) ۴۴
دوری‌گزین	۱۰	۷	۲۶
اجتنابی	۱۷	+	۵۶
وابسته	۹	۵	۵۶
نمایشی	۱۲	۹	۱۷
خودشیفته	۴	-	۹
ضداجتماعی و آزارگر	۰	-	۱۳
جبری	۴۳	۵۵	۴
انفعالی پرخاشگر و خودشکن	۸	-	۶۱
اسکیزوتایپی	۲	-	۱۷
مرزی	۵	-	۳۹
پارانویید	۰	-	۱۷

* راسموسن و تسوانگ (۳۲)، ۱۹۸۶

† جوفی و همکاران (۲۵)، ۱۹۸۸

‡ خط تیره به معنی بررسی‌نشده متغیر مذکور در پژوهش است

جدول ۶- درصد شیوع اختلالات روانی در بستگان بیماران نمونه این پژوهش و دو پژوهش مشابه

اختلال روانی	پژوهش حاضر (MCM)		راسموسن و تسوانگ*		بلاک و همکاران †
	مادر	پدر	بستگان درجه دو	مادر پدر	
OCD	۱۴	۳	۲۱	۷	۲/۵
ویژگی‌های وسواسگونه	۲۶	۱۷	۱۹	۱۴	۱۷/۵
افسردگی عمده و دیستایمی	۱۵	۲	+	۲۰	۶/۷
سایر اختلالات اضطرابی	۲۷	۳۲	۴	۵	۳۰
سایکوز	۰	۱	-	۰	-
سوء مصرف الکل	-	-	-	۷	۱۵
تیک	-	-	-	-	۴/۲

* راسموسن و تسوانگ (۳۲)، ۱۹۸۶

† بلاک و همکاران (۱۶)، ۱۹۹۲

‡ خط تیره به معنی بررسی‌نشده متغیر مذکور در پژوهش است

نبودن بخشهای روانپزشکی در بیمارستانهای عمومی را نیز به عنوان یک عامل احتمالی در اجتناب از بستری کردن بیماران مبتلا به OCD در نظر گرفت.

نتیجه گیری

اکنون که مشخصات بالینی این اختلال تا حدودی شناخته شد، اهمیت برنامه ریزی برای تربیت درمانگر غیردارویی و امکان طراحی ابزار سنجش خاص OCD با در نظر گرفتن جنبه های فرهنگی اختلال نیز تا حدودی فراهم آمده است. بعد مذهبی وسواس در نمونه این پژوهش، احتمال شیوع زیاد آن در برخی خرده فرهنگها و لزوم انجام یک پژوهش شیوع شناختی بویژه در یک جمعیت مشخص (Catchment area) را مطرح می کند. هم بیمارناکی (OCD Comorbidity) با افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت، لزوم ترکیب درمان دارویی و غیردارویی را به صورت چندوجهی مطرح می کند. این پژوهش محدودیتهایی دارد که توجه به آنها راه را برای پژوهشهای جامع تر در آینده هموار می سازد. یکی از این محدودیتها نبودن گروه شاهد است. اگرچه نداشتن گروه شاهد مانع رسیدن این پژوهش به اهداف خود نشده است، ولی وجود گروه کنترل از جامعه بالینی غیرمبتلا به OCD و نیز افراد بهنجار، امکان تعیین ویژگیهای منحصر به بیماران OCD و نیز استفاده از روشهای آماری پیشرفته تر در تحلیل داده ها را فراهم می آورد.

محدودیت دوم، عدم جامعیت اطلاعات بدست آمده در مورد برخی متغیرهاست. به عنوان مثال به دلیل محدودیت ابزار، در این پژوهش آمار تفکیکی اختلالات اضطرابی بدست نیامد و عوامل تسریع کننده نیز تفکیک نشدند.

تعمیم یافته های این پژوهش در صورتی امکان پذیر خواهد بود که پژوهش روی یک نمونه نماینده جامعه ایران و فراتر از شهر تهران تکرار گردد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با استفاده از بودجه تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی ایران، تحت نظارت معاونت پژوهشی آن دانشگاه محترم اجرا شده است. قسمت عمده اطلاعات این پژوهش در انستیتو روانپزشکی تهران و با

بهره می گیرند، به نظر می رسد توجه به تربیت درمانگران رفتاری - شناختی و ترکیب درمان غیردارویی با دارودرمانی نقش مهمی در بهبود بیماران داشته باشد. وجود محتوای مذهبی همراه با شستشو به این معناست که شناخت درمانی نیز باید جایگاه خاص خود را در درمان بیماران ایرانی پیدا کند. این موضوع قبلاً نیز در پژوهشهای ایرانی مورد تأکید قرار گرفته است (۵،۴،۲). کلاً نشان داده شده است زمانی که افکار وسواسی به صورت افکار بیش بها داده شده در می آیند یا ترسهایی هستند که واقعاً احتمال وقوع دارند، چاره ای جز شناخت درمانی با هدف تغییر استنتاجها (Inference-based approach) وجود ندارد (۲۸).

پژوهشها نشان می دهند که اختلالات شخصیت با شدت علائم محور یک همراهند. به این ترتیب در مواردی که اختلال شخصیت داریم، احتمالاً با OCD شدیدتر نیز سر و کار داریم و در این موارد افزودن تدابیری که در درمان اختلالات شخصیت به کار می روند به کارآمدی درمانی OCD منجر گردیده یا لااقل می افزاید.

اکثریت قریب به اتفاق بیماران مبتلا به OCD در نمونه این پژوهش از درجاتی از افسردگی رنج می برند که این موضوع مشخصات بالینی را پیچیده تر کرده، کنش بیمار را بیش از پیش مختل می کند. این امر ضرورت ترکیب درمان دارویی و رفتاری را مورد تأکید قرار می دهد (۶). وجود افسردگی و اضطراب به همراه OCD نیاز به تدابیر درمانی دیگری نظیر حل مسئله را مطرح می سازد (امل کمپ و اندرهایدن، ۱۹۸۰ به نقل از ون اوپن و همکاران (۳۷)).

نکته قابل توجه دیگر کم بودن فراوانی سابقه بستری شدن در نمونه ایرانی در مقایسه با پژوهشهای مشابه خارجی است. آمار بستری شدن در پژوهشهای دیگر بین ۴۰ تا ۵۰٪ (۱۶) و در این پژوهش یک درصد است. این به آن معناست که در ایران بستری کردن آخرین تیر ترکش بوده، تا حد امکان از بستری کردن بیمار اجتناب می شود. به این ترتیب سیاست درمان در جامعه در مورد این اختلال به خوبی اجرا می شود. احتمالاً شبکه خوب حمایت اجتماعی در ایران از فراوانی بستری کردن بیمار می کاهد. به علاوه باید شرایط بد بیمارستانهای روانی و

استفاده از امکانات و مساعدت درمانگاه آموزشی - پژوهشی آن مؤسسه جمع آوری شده است. حمایت مشورتی سرکارخانم ملکی و خانم حسینی در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران اجرا و گزارش این پژوهش را امکان پذیر ساخته است. پژوهشگران بدینوسیله تشکر و قدردانی خود را اعلام می دارند.

منابع

- ۱- آذر، ماهیار؛ نقه الاسلام، طاهره. بررسی عوامل مؤثر در بروز علائم وسواس فکری و عملی در بیماران روانی. سومین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران. تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۰.
- ۲- حیدری پهلویان، احمد. مقایسه کارآیی درمان مواجهه تجسمی طولانی مدت با تکنیک درمان شناختی - رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری (پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی). به راهنمایی دکتر فضیله ذوالفقاری. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۲.
- ۳- خواجه موگهی، ناهید. آماده سازی مقدماتی فرم فارسی. پرسشنامه بالینی چند محوری میلون - ۲ (MCMII-II) در شهر تهران (پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی). به راهنمایی دکتر محمدتقی براهینی. تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۳.
- ۴- صبوری، شهناز. مقایسه اثربخشی تکنیکهای شناختی - رفتاری، کلومیبرامین و ترکیب آنها در بهبود مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی وسواس شستشو (پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی). به راهنمایی دکتر امیر هوشنگ مهربار. تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۶.
- ۵- فتی، لادن. کاربرد شناخت - رفتار درمانی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مقاوم به درمان (گزارش موردی). اندیشه و رفتار، سال ۳، ش ۹ و ۱۰، ۱۳۷۶. صص ۵۲-۵۹.
- ۶- فتی، لادن. مقایسه کارآیی کلومیبرامین، رویارویی توأم با جلوگیری از پاسخ و ترکیب این دو در درمان اختلال وسواس فکری - عملی (پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی). تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو

روانپزشکی تهران، ۱۳۷۰.
۷- فرجام پور، پرتو. بررسی علائم و اختلال شخصیت وسواسی در گروههای بالینی و بهنجار ایران (پایان نامه کارشناسی روانشناسی بالینی). تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۰.

۸- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین؛ گرب، جک. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ج ۲. ترجمه نصرت الله پورافکاری. تهران، انتشارات شهر آب، ۱۳۷۵.
۹- محمدخانی، پروانه. بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علائم در مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار (پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی). تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۱.
۱۰- نامور، مهرداد؛ کریمی، عیسی. بررسی علائم و عوامل نوروژ وسواسی در مراجعین به انستیتو روانپزشکی تهران. سومین کنگره پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران. تهران، دانشگاه علوم شهید بهشتی، ۱۳۷۰.

11) Alnaese R., Torgersen S: *The relationship between DSM III symptom - disorders axis I and personality disorders axis II in an out-patient population. Acta Psychiatr Scand* 78(4): 485-492, 1988.

12) American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4, 1988. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association Press, 1994.*

13) Au Buchon PG, Malatesta VJ: *Obsessive-compulsive patients with comorbid personality disorder: Associated problems and response to a comprehensive behavior therapy. J Cilin Psychiatry* 55: 448-453, 1996.

14) Ball SG, Baer L, Otto MW: *Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavior treatment studies: a quantitative review. Behav Res Ther* 34(1): 47-51, 1996.

- 15) Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory. Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 8:77-100, 1988.
- 16) Black DW, Noyes R, Goldstein RB, et al: A family study of obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 49: 362-368, 1992.
- 17) Dowson JH: The phenomenology of severe obsessive-compulsive neurosis. *B J Psychiatry* 131:75-78, 1977.
- 18) Emmelkamp PMG, Heuvel CL, Ruohan M, et al: Home-based treatment of obsessive-compulsive patients intersession interval and therapist involvement. *Behav Res Ther* 27: 89-93, 1989.
- 19) Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al: The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 46: 1006-1011, 1989.
- 20) Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al: The Yale - Brown Obsessive-Compulsive Scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry* 46: 1012-1016, 1989.
- 21) Hhanna S, Channabasavanna SM: Phenomenology of obsessive compulsive neurosis. *Psychopathology* 21(1): 12-18, 1988.
- 22) Hodgson RJ, Rachman S: Obsessional compulsive complaints. *Behav Res Ther* 15:389-395, 1977.
- 23) Hoogduin CAL, Hoodguin WA: The out-patient treatment of patients with an obsessional compulsive disorder. *Behav Res Ther* 22:455-459, 1984.
- 24) Insel TR, Akiskal HS: Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry* 143(12): 1527-1533, 1986.
- 25) Joffe RT, Swinson RP, Regan JJ: Personality features of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 145(9): 1127-1129, 1988.
- 26) Maina G, Bellino S, Bogetto F, et al: Personality disorders in obsessive-compulsive patients: A study report. *Eur J Psychiatry* (3): 155-163, 1993.
- 27) Norman RMG, Davies F, Malla AK, et al: Relationship of obsessive-compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in clinical population. *Br J Clin Psychology* 35: 553-566, 1996.
- 28) O'Conner K, Robillard S: Inference processes in obsessive-compulsive disorder: Some clinical observations. *Behav Res Ther* 33(8):887-896, 1995.
- 29) Okasha A, Khalil AH, el-Dawla AS, et al: Phenomenology of obsessive-compulsive disorder: A transcultural study. *Comp Psychiatry* 35(3): 191-197, 1994.
- 30) Rasmussen SA, Eisen JL: Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Ann* 19(2): 67-73, 1989.
- 31) Rasmussen SA, Eisen L: The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 53(10): 4-10, 1992.
- 32) Rasmussen SA, Tsuang MT: Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 143(13): 317-322, 1986.
- 33) Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, et al: Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *J Psychiatr Res* 29(5): 361-364, 1995.
- 34) Stekettee GS: *Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: The Guilford Press, 1993.

35) Tallis F, Rosen K, Shafran R: *Investigation into the relationship between personality traits and OCD: A replication employing a clinical population. Behav Res and Ther* 34(8): 649-653, 1996.

36) Van Balkam AJLM, Van Oppen P, Vermeulen AWA: *A meta-analysis on the treatment of Obsessive-compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. Clin psychol Rev* 14: 359-381, 1994.

37) Van Oppen P, Hoekstra RJ, Emmelkamp MG:

The structure of obsessive-compulsive symptoms. Behav Res Ther 33 (1): 15-33, 1995.

38) World Health organization: *Manual of the International Statistical Classification of Disease, Injuries and Causes of Death. 10th ed. Geneva: WHO, 1994.*

39) Yekeh Yazdandoost R: *The Effect of Rational-Emotive Therapy on Dysfunctional Thoughts and Irrational Beliefs in Depression [dissertation]. Poona (India): University of Poona, 1988.*

**CLINICAL FEATURES OF OBSESSIVE - COMPULSIVE DISORDER IN
PATIENTS OF SELECTED CLINICS IN TEHRAN**

*L. Fata, MS**

J. Boalhary, MD†

ABSTRACT

This study deals with clinical features of obsessive-compulsive disorder in 100 patients who were referred to selected clinics in Tehran. Using Yale Brown Obsessive-Compulsive Check-list, Millon Clinical Multiaxial Inventory, Beck Depression Inventory and a demographic questionnaire, this study represents frequency of different signs and symptoms of OCD, rate of depression, personality disorders comorbidity and demographic characteristics of the sample. The findings show that phenomenological characteristics of OCD in these patients are generally congruent with findings of similar researches in other countries. The exceptions are that the content of symptoms is culture bond, rate of hospitalization is very low and rate of non-pharmacologic treatment is also low. According to these findings, guidelines for designing measurement tools and treatment strategies have been suggested.

Key Words: 1) Obsessive-compulsive disorder

3) Anxiety disorders

5) Sociology

7) Culture

2) Neurotic disorders

4) Social sciences

6) Cultural anthropology

* *Instructor of Psychology, Iran University of Medical Sciences and Health Services*

† *Associate Professor of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences and Health Services*