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

لادن فتی*
دکتر جعفر بوالهری†

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 مقابلهٔ وسواس فکری - عملی یل - براون، پرسشنامهٔ بالینی چند محوری میلون، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی (Demographic). با استفاده از روشهای آمار توصیفی، فراوانی نشانه‌های مختلف OCD، میزان افسردگی، اختلالات شخصیت همراه و ویژگیهای جمعیت‌شناختی این بیماران گزارش شده‌است. 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 جنبهٔ فرهنگی داشته، میزان بستری شدن و میزان درمان غیردارویی بسیار کم است. با توجه به اطلاعات بدست‌آمده در این گزارش، پیشنهادهایی جهت تدوین تدابیر درمانی مناسب و ساخت ابزار سنجش ارائه شده‌است.

کلیدواژه‌ها: ۱- اختلال وسواس فکری - عملی ۲- اختلالات وسواس ۳- اختلالات روان‌رنجوری 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 مراجعه‌به روانپزشک معرفی شده‌است 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 ازوجوه بالینی این اختلال به عمل آمده‌است. ولی متأسفانه در ایران هنوز اطلاعات جامعی در این مورد موجود نیست. نکتهٔ جالب توجه این است که وسواس

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

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

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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

از دیرباز در نوشتارگان (Literature) ایرانی مطرح بوده و به‌عنوان یک بیماری با آن برخورد شده‌است، اما متأسفانه‌اطلاعات 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) وارسی (۳)کندی (۴) شک وسواسی. بر اساس پرسشنامه وسواس پادوآ ساخت عاملی وسواس عبارت است از: (۱) تکانه‌ها (۲) شتشو (۳) وارسی (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) وارسی (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 شده‌است. راسموسن و تسوانگ در سال ۱۹۸۶ [۳۲] میانگین سن شروع را ۱۹/۸±۱۱/۵ 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 شده‌است [۳۴]. میانگین سن شروع در پژوهشهای مختلف از ۱۹/۳ تا ۲۵/۶ گزارش شده‌است[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 بوده‌است.

در مورد وضعیت تأهل و شرایط زندگی زناشوئی، 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 آنهائی 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 نمونهٔ آنها به ترتیب عبارتند از شستشو، افکار مربوط به کارهای روزمره، افکار مربوط به گذشته و ترس از آسیب. در پژوهش دیگری راسموسن وایسن 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 کامل‌نبودن. راسموسن و تسوانگ در سال ۱۹۸۶ [۳۲]، در مقالهٔ 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 وارسی، شستشو، شمردن، تضمین‌خواهی، 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 پژوهشهائی نیز در جهت تقسیم‌بندی محتوایی OCD صورت گرفته‌است. 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 زیر گروههای وسواس را از هم جدا

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

نمی‌کند. فرجام‌پور در سال ۱۳۷۰[۷] با استفاده از پرسشنامهٔ 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 جامعهٔ 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، جنبهٔ مرضی *(Morbid)* خود را از دست می‌دهند.

اطلاعات گزارش‌شده 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 وارسی (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 درمان رابطهٔ 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 نمونهٔ آنها اختلال شخصیت وجود دارد. از این میان بیشترین مقدار (۲۸٪) شخصیت جبری بود؛ در مرتبهٔ دوم (۱۲٪) هر یک از اختلالات شخصیت اجتنابی و نمایشی و در مرتبهٔ 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 مطالعهٔ آنها به طور همزمان دچار *OCD* و یک اختلال محور دو می‌باشند. در این گزارش هم بیمارناکی *(Comorbidity)* اختلال شخصیت اجتنابی، وسواسی و انفعالی پرخاشگر با *OCD* معنی‌دار بود. اطلاع مشابهی نیز در پژوهشهای سال ۱۹۸۸ آلناز 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 تنهائی 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 معنی‌دار 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[۳۳،۳۵].

اختلال وسواس فکری - عملی رسماً جزو اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی شده‌است [۱۲،۳۸]. با این حال، رابطهٔ *OCD* با سایر اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی یک بحث زنده در پژوهشهای روانشناختی و روانپزشکی است[۲۴،۲۷،۳۲].

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٪ نمونهٔ 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 مطالعهٔ 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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

مطالعات تقریباً کلیهٔ بیماران به دنبال یک حادثهٔ استرس‌آفرین دچار تشدید علائم شده‌اند[۳۰،۳۲،۳۴].

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 وسواسی 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 ابتلا در والدین بیماران مبتلا به OCD افزایش می‌یابد و به ۱۶٪ در مقابل ۳٪ در گروه شاهد می‌رسد[۱۶]. تنها پژوهشهائی که رقم ابتلاء در والدین را بیش از ۲۰٪ گزارش کرده‌اند، مطالعات کرینگلن (Kringlen) در سال ۱۹۶۵ و لنن (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 سابقهٔ بیماری، چنین گزارش می‌کنند که ۲٪ نمونه سیر گهگیر (Episodic)، ۸۴٪ سیر مدام و ۱۴٪ سیر مزمن قهقرایی داشته‌اند. در مطالعه گوجر (Goger) و همکاران (۱۹۸۷،به نقل از استکتی[۳۴]) سیر قهقرایی 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 قهقرایی را ۲۰-۴۰٪ گزارش می‌کنند.

سابقهٔ بستری شدن در بیماران مبتلا به OCD، ۴۶/۹٪ گزارش شده‌است [۱۶].

روش 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، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی تکراری و مقاوم که اضطراب‌آفرین 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 زمینهٔ 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، تکانه‌ها 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 وارسی: تشریفات وارسی (چک کردن) قفلها ، اجاق گاز، سایر وسایل خانه، اینکه به دیگران و خود صدمه نزده یا نخواهد زد و اشتباهی نکرده‌است؛ بر اساس YBOCS-C

۵- اختلالات هم‌بیمارناک (Comorbid) (اضطراب، افسردگی، اختلال شخصیت): (الف) اضطراب: داشتن علائم فیزیولوژیائی رفتاری و شناختی اضطراب مطابق توصیف بالینی (ب) افسردگی: داشتن نمره ۱۰ و بیشتر در پرسشنامهٔ 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- سابقهٔ اختلال در کودکی: وجود نشانه‌های رفتارهای تکراری تشریفاتی یا خرافی غیرقابل مقاومت در کودکی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای توصیفی است. افراد مورد مطالعه از میان مراجعین دو مطب روانپزشکی خصوصی و دو

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

درمانگاه 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 برگهٔ (Form) اطلاعاتی استفاده شده که مشخصات آنها بدین شرح است: (۱) فهرست مقابلهٔ افکار و اعمال وسواسی یل‌براون (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 کار گرفته شده‌است. 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 مطالعهٔ مقدماتی، با توجه به اظهارات بیماران، در مقابل هر ماده، ستونی برای محتوای مذهبی ماده اضافه شد. (۲) پرسشنامهٔ بالینی چندمحوری میلون - بازنگری دوم (MCMI-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 تجربهٔ بالینی است. اعتبار این آزمون در پژوهشهای مختلف تأیید شده‌است (خواجه موگهی،[۳]) در مورد پایائی این پرسشنامه باید گفت که از زمان انتشار اولین نسخهٔ آن MCMI-I تاکنون بارها همسانی درونی قابل قبولی توسط میلون و دیگران برای آن گزارش شده است (میلون، ۱۹۸۳). (۳) پرسشنامهٔ 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 شده‌است (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 شده‌است.

در این پژوهش، پرسشنامهٔ اطلاعات جمعیت‌شناختی (Demographic) و YBOCS-C توسط روانشناس تکمیل می‌شد. پرسشنامه‌های BDI و MCMI-II توسط خود بیمار پر می‌شد. به لحاظ رعایت موازین اخلاقی به کلیهٔ 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 بوده‌است (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 بیمرای قرائنی از ویژگیهای وسواسی را داشته‌اند.

همهٔ 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 گزارش‌شده ترس از آلودگی (۷۲٪) بود و در کلیهٔ موارد به صورت ترس از چیزهای نجس (خون، ترشحات دفعی، بدن، الکل ...) ظاهر شده بود. ۷۸٪ از

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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 وارسی و ۵۰٪ شمردن وسواسی را گزارش کردند که ۷۰٪ وارسی‌ها و ۵۲٪ شمردنها در مناسک آبکشی و طهارت مذهبی بود. ۳۱٪ بیماران از افکار خشونت آمیز شکایت داشتند. اگر مفهوم افکار خشونت‌آمیز را وسیعتر بگیریم تا شامل ترس از آلوده‌کردن (نجس‌کردن دیگران و محیط) نیز بشود، میزان افراد مبتلا به ۸۱٪ می‌رسد. ۹۳/۳٪ از بیمارانی که وسواس فکری پرخشگرانه داشتند، رفتار وارسی 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 پژوهشای مشابه کمتر است.

میل به قرینه بودن و دقت در ۲۳٪ از بیماران مشاهده شد که در همهٔ موارد با وارسی و کمال‌گرایی وسواسی همراه بود. یافتهٔ دیگر، میزان وسواسهای جسمی (۱۴٪) بود. همانگونه که خواهیم دید، این میزان با گزارشهای مشابه تا حدودی متفاوت است. در میان وسواسهای عملی، وارسی، 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. همهٔ 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* نمرهٔ بیشتر از ۷۵ آوردند. کمتر از نیمی از این افراد نمرهٔ بیشتر از ۸۵ داشتند. توزیع این افراد در اختلالات شخصیتی مختلف در جدول شماره ۱ آمده‌است.

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

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصداختلالات شخصیت مشاهده‌شده 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)
اسکیزوتایپی	۱ (۱/۲)	۱ (۱/۲)
موذی	۳ (۳/۷)	۱ (۱/۲)
پارانوئید	۰ (۰)	۱ (۰)

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

در نمونهٔ موردمطالعه یک مورد نشانگان *(Syndome)* تورت، که هم بیمارناکی *(Comorbidity)* آن با *OCD* موضوع بحث پژوهشهای متعدد در سالهای اخیر بوده‌است، یک مورد سوء مصرف مواد و یک مورد سوء مصرف الکل مشاهده شد.

۴۶٪ بیماران رابطهٔ 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 همهٔ بیماران امری بدیهی بود.

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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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)* بوده‌است. بدین ترتیب باقی نمونه، ۸۹ نفر، سیر مداوم داشتند. همین جا بایداشاره کرد که تنها یکی از افراد گروه نمونهٔ این پژوهش، سابقهٔ بستری‌شدن داشت. این درحالی است که سابقهٔ 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 داروئی 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 مقایسهٔ ساختار اختلال، مشخصات جمعیت‌شناختی *(Demographic)* و اختلالات هم‌بیمارناک *(Comorbid)* در نمونهٔ این پژوهش با پژوهشهای مشابه می‌توان دریافت که پدیده‌شناسی *OCD* در ایران همان چیزی است که در نوشته‌های بین‌المللی مطرح شده‌است. 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 ملاحظهٔ رفتار درمانی در درمان رفتارهای شستشو که در پژوهشهای مختلف حدود ۸۰٪ گزارش شده است [۱۴،۱۸،۲۳]، تأکید بیشتر بر رفتار درمانی در درمان بیماران ایرانی ضروری به نظر می‌رسد. فراتحلیل *(Meta-analysis)* پژوهشهای انجام شده نشان می‌دهد که رفتاردرمانی در *OCD* بر دارودرمانی‌نیز برتری دارد[۳۶] و ترکیب آن با دارو درمانی مؤثرتر از هر یک به تنهایی است[۴،۶]. با توجه به این یافتهٔ پژوهش حاضر که تنها ۱۳٪ بیماران از درمانهای غیردارویی

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

جدول ۳- درصد شیوع نشانه‌های *OCD*، عامل تسریع‌کننده و سیر بیماری در نمونهٔ 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 وارسی	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

† راسموس و ایسن(۳۰)، ۱۹۸۹

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

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

اختلال روانی	پژوهش حاضر ۱۰۰ مورد	راسموسن و ایسن* ۲۰۰ مورد	راسموسن وتسوانگ † 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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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

اختلالات شخصیت	پژوهش حاضر ۸۱ مورد (MCMI)	راسموسن وتسوانگ * ۴۴ مورد (DSM-III Checklist)	جوفی و همکاران W ۴۴ مورد (MCMI)
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
پارانوئید	۰	-	۱۷

* راسموسن و تسوانگ[۳۲] ، ۱۹۸۶

† جوفی و همکاران[۲۵] ، ۱۹۸۸

∓ خط تیره به معنی بررسی‌نشدن متغیر مذکور در پژوهش است

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

اختلال‌روانی	پژوهش‌حاضر (MCMI) مادر	پدر	خواهروبرادر	راسموسن وتسوانگ * بستگان درجه دو	مادر	پدر	بلاک و همکاران† بستگان
OCD	۱۴	۳	۱۵	۲۱	۷	۳	۲/۵
ویژگیهای وسواسگونه	۲۶	۱۷	۲۱	۱۹	۱۴	۹	۱۷/۵
افسردگی عمده و دیستایمی	۱۵	۲	۹	∓	۲۰	۷	۶/۷
سایر اختلالات اضطرابی	۲۷	۳۲	۱۱		۵	۷	۳۰
سایکوز	۰	۱	۳	۴	۰	۰	-
سوء مصرف الکل	-	-	-	-	۷	۱۱	۱۵
تیک	-	-	-	-	-	-	۴/۲

* راسموسن و تسوانگ [۳۲] ، ۱۹۸۶

† بلاک و همکاران [۱۶] ، ۱۹۹۲

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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

بهره می‌گیرند، به نظر می سد 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[۲،۴،۵]. کلاً نشان داده شده‌است زمانی که افکار وسواسی به صورت افکار بیش بها داده شده در می‌آیند یا ترسهایی هستند که واقعاً احتمال وقوع دارند، چاره‌ای جز شناخت درمانی با هدف تغییر استنتاجها (*Inference-based approach*) وجود ندارد[۲۸].

پژوهشها نشان می‌دهند 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 می‌روند به کارآمدی درمانی *OCD* منجر گردیده یا لااقل می‌افزاید.

اکثریت قریب به اتفاق بیماران مبتلا به *OCD* در نمونهٔ این پژوهش از درجاتی از افسردگی رنج می‌برند که این موضوع مشخصات بالینی را پیچیده‌تر کرده، کنش بیمار را بیش از پیش مختل می‌کند. این امر ضرورت ترکیب درمان داروئی و رفتاری را مورد تأکید قرار می‌دهد[۶]. وجود افسردگی و اضطراب به همراه *OCD* نیاز به تدابیر درمانی دیگری نظیر حل مسئله را مطرح می‌سازد (امل کمپ و اندرهایدن، ۱۹۸۰ به نقل از ون اوپن و همکاران [۳۷]).

نکتهٔ قابل توجه دیگر کم‌بودن فراوانی سابقهٔ بستری شدن در نمونهٔ 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 می‌شود. به این ترتیب سیاست درمان در جامعه در مورد این اختلال به خوبی اجرا می‌شود. احتمالاً شبکهٔ خوب حمایت اجتماعی در ایران از فراوانی بستری کردن بیمار می‌کاهد. به علاوه باید شرایط بد بیمارستانهای روانی و 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.

نتیجه‌گیری

اکنون که مشخصات بالینی این اختلال تا حدودی شناخته شد، اهمیت برنامه‌ریزی برای تربیت درمانگر غیردارویی و امکان طراحی ابزار سنجش خاص *OCD* با درنظرگرفتن جنبه‌های فرهنگی اختلال نیز تا حدودی فراهم آمده‌است. بعد مذهبی وسواس در نمونهٔ 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 می‌کند. هم‌بیمارناکی (*Comorbidity*) *OCD* با افسردگی، اضطراب و اختلالات شخصیت، لزوم ترکیب درمان داروئی و غیردارویی را به صورت چندوجهی مطرح می‌کند.

این پژوهش محدودیتهایی دارد که توجه به آنها راه را برای پژوهشهای جامع‌تر در آینده هموار می‌سازد. یکی از این محدودیتها نبودن گروه شاهد است. اگرچه نداشتن گروه شاهد مانع رسیدن این پژوهش به اهدف خود نشده‌است، ولی وجود گروه کنترل از جامعهٔ بالینی غیرمتبلا به *OCD* و نیز افراد بهنجار، امکان تعیین ویژگیهای منحصر به بیماران *OCD* و نیز استفاده از روشهای آماری پیشرفته‌تر در تحلیل داده‌ها را فراهم می‌آورد.

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 تسریع‌کننده نیز تفکیک نشدند.

تعمیم یافته‌های این پژوهش در صورتی امکان‌پذیر خوهد بود که پژوهش روی یک نمونهٔ نمایندهٔ جامعه ایران و فراتر از شهر تهران تکرار گردد.

تقدیر و تشکر

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

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

استفاده از امکانات و مساعدت درمانگاه آموزشی - پژوهشی آن مؤسسه جمع‌آوری شده‌است. حمایت مشورتی سرکارخانم ملکی و خانم حسینی در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران اجرا و گزارش این پژوهش را امکان‌پذیر ساخته‌است. پژوهشگران بدینوسیله تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارند.

منابع

۱- آذر، ماهیار؛ ثقةالاسلام، طاهره. بررسی عوامل مؤثر در بروز علائم وسواس فکری و عملی در بیماران روانی. سومین کنگرهٔ پژوهشهای روانپزشکی و روانشناسی در ایران. تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۱۳۷۰.

۲- حیدری پهلویان، احمد. مقایسهٔ کارآیی درمان مواجههٔ تجسمی طولانی مدت با تکنیک درمان شناختی - رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری (پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی). به راهنمائی 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. پرسشنامهٔ بالینی چند محوری میلون - ۲ *(MCMI-II)* در شهر تهران (پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روانشناسی). به راهنمایی دکتر محمدتقی براهینی. تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران ، ۱۳۷۳.

۴- صبوری، شهناز. مقایسهٔ اثربخشی تکنیکهای شناختی - رفتاری، کلومیپرامین و ترکیب آنها در بهبود مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی وسواس شستشو (پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی). به راهنمائی دکتر امیرهوشنگ مهریار. 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. مقایسهٔ کارآیی کلومیپرامین، رویاروئی توأم با جلوگیری از پاسخ و ترکیب این دو در درمان اختلال وسواس فکری - علمی (پایان‌نامهٔ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی). تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، ۱۳۷۰.

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

۸- کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین؛ گرب، جک. خلاصهٔ روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. ج ۲. ترجمهٔ نصرت‌الله پورافکاری. تهران، انتشارات شهر آب، ۱۳۷۵.

۹- محمدخانی، پروانه. بررسی راهبردهای مقابله با استرس و علائم در مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار (پایان‌نامهٔ 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 نوروز وسواسی در مراجعین به انستیتو روانپزشکی تهران. سومین کنگرهٔ 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.

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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, Heuvell 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 reliabitity. 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) Joffee 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 disrders 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 Psycology 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.

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012
[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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 Believes in Depression [dissertation]. Poona (India): University of Poona, 1988.

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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

*L. Fata, MS** *J. Boalhary, MD*†

Downloaded from http://journals.tums.ac.ir/ at 10:54 IRST on Saturday October 13th 2012

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 questionaire, 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 exeptions 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 measurment tools and treatment strategies have been suggested.

Key Words: 1) Obsessive-compulsive disorder **2) Neurotic disorders** **3) Anxiety disorders** **4) Social sciences** **5) Sociology** **6) Cultural anthropology** **7) Culture**

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2024-03-28]

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

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