

ارزیابی علایم وسواس و اجبار در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، کرمان ۱۳۸۲

دکتر سید ابوالفضل قریشی^۱

نویسنده‌ی مسئول: دانشگاه علوم پزشکی زنجان - بیمارستان شهید بهشتی Aghorih@yahoo.com

دریافت ۸۳/۹/۲۶ پذیرش ۸۳/۱۲/۲۴

خلاصه

سابقه و هدف: نظر به شایع بودن نسبی وسواس و اجبار در جامعه و وجود بعضی گزارشات متناقض مبنی بر همراهی این بیماری با اسکیزوفرنیا به منظور تعیین شیوع وسواس و اجبار در مبتلایان به اسکیزوفرنیا، این تحقیق بر روی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان دکتر بهشتی کرمان در سال ۱۳۸۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این تحقیق مقطعی بر روی ۸۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا به روش نمونه‌گیری مستمر انجام شد. هم‌زمانی وجود بیماری وسواس و اجبار با استفاده از حضور علایم وسواس و اجبار و با استفاده از مقیاس Y-BOCS^۲ در طیف ۵ گانه‌ی خیلی شدید، شدید، متوسط، خفیف، تحت بالینی تعیین گردید. شیوع وسواس و اجبار در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد و نقش عوامل سن و جنس با بروز وسواس و اجبار مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: تحقیق روی ۸۰ نفر (۶۸ مرد و ۱۲ زن) در سنین $36/2 \pm 10/5$ سال انجام گرفت. ۱۸/۸ درصد افراد دارای وسواس و اجبار بوده و هیچ یک وسواس و اجبار خیلی شدید نداشتند. ۵ درصد آنان وسواس شدید، ۱۲/۵ درصد وسواس متوسط و ۱/۳ درصد وسواس خفیف داشتند. جنس ارتباطی با وسواس نداشت اما در افراد اسکیزوفرنی کمتر از ۳۰ سال، وسواس و اجبار بیشتر از افراد بالای ۳۰ سال بود ($P=0/05$).

نتیجه‌گیری و توصیه‌ها: شیوع وسواس و اجبار در مبتلایان به اسکیزوفرنیا در حد افراد طبیعی جامعه می‌باشد. انجام مطالعات تحلیلی توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: اسکیزوفرنیا، وسواس، اجبار

مقدمه

یکی از سؤالاتی که همواره ذهن متخصصان علوم اعصاب و روان را به خود مشغول داشته، همراهی اختلالات اضطرابی و سایر مشکلات غیر سایکوتیک در بیماران مبتلا به اختلالات روان پزشکی به عنوان علایم همراه یا مکمل اختلالات سایکوتیک بوده است. از جمله‌ی این موضوعات وجود همراهی بین بیماری وسواس و اجبار با اسکیزوفرنیا است (۲،۱). کرو^۱ در سال ۱۹۸۰ طبقه بندی بیماری اسکیزوفرنی را برحسب وجود یا فقدان علایم مثبت یا منفی به اسکیزوفرنیای

I و II پیشنهاد کرد. تفکیک این دو نوع، تاثیر قابل ملاحظه‌ای در پژوهش‌های مربوطه داشت. علایم مثبت شامل توهم‌ها، هذیان‌ها و علایم منفی شامل کندی یا سطحی بودن عاطفه، فقر کلام، انسداد تکلم، فقدان آراستگی، فقدان انگیزش، فقدان احساس لذت و مردم‌گریزی می‌باشند و آزمون نشانگان مثبت و منفی (PANSS)^۲ روش استاندارد جهت بررسی بیماران در این زمینه بوده و روش استاندارد بررسی بالینی نتیجه‌ی درمان اسکیزوفرنی و سایر سایکوزها و حساسیت به پاسخ و تغییر به درمان می‌باشد (۴،۳). در طول فاز حاد و نیمه

^۱ Crow

^۲ Positive and Negative Syndrome Scale

^۱ متخصص روان‌پزشکی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی زنجان

۲ - در صورت وجود، چند درصد از افراد مبتلا هستند؟
 ۳ - تفاوت بین افراد دارای علایم وسواس و اجبار با افراد فاقد علایم در چیست؟
 در بررسی‌های پیشین، تناقض برای پاسخ سؤالات مذکور وجود دارد. برخی بررسی‌ها نشان دهنده‌ی این همراهی (۲،۱) و بعضی عدم همراهی را گزارش نموده اند (۳). با توجه به این تناقض و باتوجه به شیوع اسکیزوفرنی، وسواس و اجبار و عدم اطلاع از وضعیت آن در کشور و به منظور تعیین شیوع علایم وسواس و اجبار این تحقیق بر روی مبتلایان به اسکیزوفرنی مراجعه کننده به بیمارستان شهید دکتر بهشتی کرمان در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

تحقیق به روش مقطعی انجام گرفت. تعداد ۸۰ بیمار که دارای تشخیص اسکیزوفرنیا بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌گیری به روش متوالی و از بین بیماران مراجعه کننده به بیمارستان دکتر بهشتی کرمان در یک دوره‌ی ۹ ماهه در سال ۱۳۸۲ انجام گرفت. بیماران مورد گزینش از افرادی بودند که برای اولین بار مراجعه نموده و یا دچار عود بیماری شده بودند و به هنگام مراجعه حداقل دو هفته مصرف داروی قبلی خود را قطع نموده بودند. در صورتی که نمونه‌های پژوهش در بررسی از نظر اسکیزوفرنیا بر مبنای معیارهای کلینیکی و DSM IV مورد تایید قرار گرفته و نیز توان پاسخ به پرسش‌نامه‌ی مربوطه را داشتند، وارد مطالعه می‌شدند. پس از ارایه توضیحات و اخذ رضایت از بیماران و یا همراهان آنها، نخست بیمار مجدداً با مصاحبه‌ی نیمه سازمان یافته بر اساس DSM IV مورد ارزیابی مجدد قرار گرفته و وجود اسکیزوفرنیا مسجل می‌شد و سپس بیماران از طریق آزمون PANSS که اعتبار آزمون بر اساس تحقیقات قبلی تایید شده و پایایی قابل قبولی در مطالعه بالینی پیدا کرده است مورد

حاد حمله اسکیزوفرنی اضطراب و افسردگی می‌تواند رنگ غالب شمای کلینیکی بیماری باشد. علایم وسواسی در اسکیزوفرنی شایع بوده و تظاهرات بیماری وسواس و اجبار می‌تواند به سمت اسکیزوفرنی گسترش یابد (۴). شیوع بیماری وسواس و اجبار (OCD) در افرادی که مشخصات اسکیزوفرنی را داشته‌اند در یک مطالعه حدود ۲۵ درصد بوده است. افرادی که دارای علایم اسکیزوفرنی و OCD بوده‌اند، در آزمون معیار وسواس و اجبار یل - براون (Y-BOCS) و hollingshead و GAF نمرات به مراتب بالاتری به دست آوردند. به علاوه یک کاهش بارز در علایم منفی در PANSS و یک تمایل به افزایش علایم پارکینسونی در مقایسه با افرادی که فقط اسکیزوفرنی داشته‌اند، مشاهده گردید که این یافته‌ها به نفع تفاوت بالینی و دموگرافیک بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و OCD در مقابل بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی به تنهایی می‌باشد (۲،۱). ارتباط بین OCD و اسکیزوفرنی مبهم باقی مانده است (۳). بعضی از یافته‌ها به نفع داده‌های بالینی پیشین (که OCD و اسکیزوفرنی همیشه اختلالات دو تکه‌ای بوده)، نیستند و معتقدند که ممکن است این دو بیماری در ارتباط با هم باشند (۳).

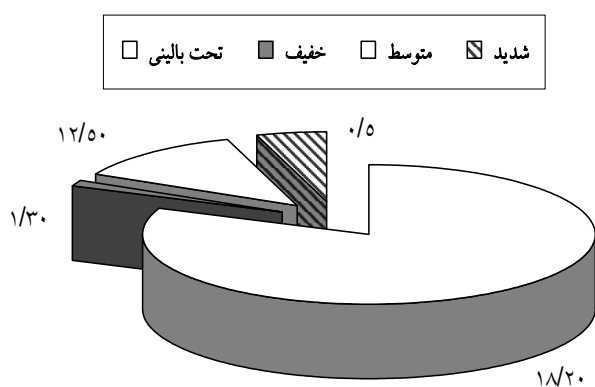
مقالات تکمیلی گزارش نموده‌اند که علایم OCD ممکن است در افراد با اسکیزوفرنی به مراتب بیشتر از گزارشات قبلی باشد. در تحقیقی از ۱۶۳ بیمار بستری با علایم تشخیصی اسکیزوفرنی (بر مبنای DSM III) ۲۱ مورد (۱۲/۹ درصد) علایم OCD را داشتند. در پژوهش دیگری (۱۹۹۵) محققین در ۲۷ نفر از ۱۰۲ بیمار دارای اسکیزوفرنی (۲۶/۵ درصد) علایم فوق را یافتند. در مطالعات جدیدتر دامنه‌ی علایم از ۷/۵ تا ۴۶ درصد متغیر بوده است (۳).

برخی از مهمترین سؤالات در این زمینه عبارتند از:

۱ - آیا در مبتلایان به اسکیزوفرنیا علایم وسواس و اجبار وجود دارد؟

^۴Yale- Brown-Obsessive Compulsive-Scale

^۳Obsessive Compulsive Disorder



نمودار ۱ - توزیع ۸۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا بر حسب علائم وسواس و اجبار، کرمان سال ۱۳۸۲

و بیش از ۸۱/۲ درصد آن‌ها (۶۵ نفر) در گروه تحت بالینی قرار داشته‌اند (نمودار ۱).

به این ترتیب ۱۸/۷ درصد از افراد مبتلا به اسکیزوفرنی (۱۵ نفر) دارای علائم خفیف، متوسط تا شدید وسواس و اجبار بودند و میزان واقعی علائم وسواس و اجبار در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با احتمال ۹۵ درصد از حداقل ۱۰/۱ تا ۲۷/۲ درصد در جامعه برآورد می‌گردد ($P=0/05$). توزیع بیماران اسکیزوفرنی بر حسب وجود علائم وسواس و اجبار به تفکیک جنس در جدول (۱) ارائه شده است و نشان می‌دهد که ۸۶/۷ درصد (۱۳ نفر) از افراد دارای وسواس و اجبار مرد و هم‌چنین ۸۴/۶ درصد (۵۵ نفر) از بیماران فاقد وسواس و اجبار مرد بودند و این اختلاف به لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($P<0/9$).

جدول ۱ - توزیع بیماران اسکیزوفرنی با و بدون علائم وسواس و اجبار به تفکیک جنس، کرمان ۱۳۸۲

جنس	وسواس و اجبار	نداشته	داشته
زن	۱۰ (۱۵/۴)*	۲ (۱۳/۳)	
مرد	۵۵ (۸۴/۶)	۱۳ (۸۶/۷)	

* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

چنانچه در جدول (۲) مشاهده می‌شود ۶۰ درصد از بیمارانی

ارزیابی قرار می‌گرفتند. PANSS به منظور بررسی تیپ شناختی و بررسی فرآیند اسکیزوفرنیا ایجاد و استاندارد شده و دارای ۳۰ عنوان و هفت نوع نقطه‌ی ارزیابی می‌باشد (۶،۵). سپس بیماران از نظر بیماری وسواس به صورت کلینیکی ارزیابی شده و شدت وسواس بر اساس پرسش‌نامه Y-BOCS که دارای اعتبار و پایایی بالایی می‌باشد مورد سنجش قرار گرفتند. Y-BOCS دارای پنج بخش جهت بررسی معیارهای افکار وسواسی و پنج بخش به منظور معیارهای اعمال اجباری می‌باشد. بر طبق نمرات کسب شده از آزمون فوق افراد به پنج گروه خیلی شدید، شدید، متوسط، خفیف و تحت بالینی تقسیم شدند. وضعیت اسکیزوفرنیا، علائم وسواس و اجبار به همراه خصوصیات سن و جنس در یک فرم اطلاعات ثبت شد. داده‌های فرم اطلاعاتی طبقه بندی، استخراج و با استفاده از نرم افزار آماری SPSS 9 و Minitab 10 با استفاده از تست‌های آماری توصیفی و تحلیلی (کای دو) ارزیابی شدند. شیوع علائم وسواس و اجبار در نمونه‌ها تعیین و میزان واقعی آن با احتمال ۹۵ درصد در جامعه برآورد گردید.

یافته‌ها

از ۸۰ فرد مبتلا به اسکیزوفرنیا، ۶۸ نفر مرد (۸۵ درصد) و ۱۲ نفر زن (۱۵ درصد) بودند. سن نمونه‌های مورد بررسی $36/2 \pm 10/5$ سال و از حداقل ۱۶ سال تا حداکثر ۶۷ سال بود. بیشترین فراوانی اسکیزوفرنی مربوط به گروه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال به میزان ۳۲/۵ درصد و گروه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال به میزان ۲۸/۸ درصد بود. به عبارت دیگر ۶۱/۲ درصد بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در سنین ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. توزیع نمونه‌ها بر حسب وضعیت وسواس و اجبار در نمودار (۱) ارائه گردیده و نشان می‌دهد که مواردی از علائم خیلی شدید در بیماران مورد مطالعه وجود نداشته است

اسکیزوفرنیا می‌باشد (۸) در حالی که با نتایج مطالعات تیبو و همکاران (۲۰۰۰) هم‌خوانی ندارد (۱). به عبارت دیگر پژوهش نشان دهنده‌ی عدم افزایش امکان بروز علایم وسواس و اجبار نسبت به جمعیت سالم در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بود.

باید توجه داشت که علت بیماری اسکیزوفرنیا هنوز ناشناخته بوده، نظریات اساسی در توجیه علت بیماری بین فاکتورهای ژنی، عوامل عصبی ایمنی و ویروسی^۶ و عوارض حین حاملگی و تولد نظیر نرسیدن اکسیژن کافی به مغز (هیپوکسی) یا ضایعات ناشی از سموم عصبی (نورتوکسین‌ها) در نوسان است. در مدل استرس دیاتز، تلفیقی از عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و محیطی ارایه شده و هرکس ممکن است آسیب‌پذیری خاصی داشته باشد (۸). به نظر می‌رسد همین ابهام در پاتوفیزیولوژی بیماری، سبب ابهام در چرایی بروز علایم، نوع علایم، تفاوت‌ها و شباهت‌ها در بیماران مختلف و نیز تفاوت در بروز علایم نروتیک و به صورت همراهی با سایر اختلالات روان‌پزشکی در چنین بیمارانی می‌گردد. این که چرا یک بیمار اسکیزوفرن دارای علایمی چون وسواس و اجبار می‌گردد و یا چرا احتمال این فرآیند در مطالعه‌ای دیگر کمتر مطرح می‌شود، همان قدر مبهم و پیچیده است که ذات این بیماری آن را در حاله‌ای از ابهام فرو برده است. از طرفی دیگر وقتی به نشانگان وسواس و اجبار به عنوان یک بیماری می‌نگریم با یک ابهام متقابل مواجه هستیم به طوری که چرایی شکل‌گیری این علایم نیز با بی‌پاسخی‌های فراوانی رودررو است. به طور کلی OCD و اسکیزوفرنیا دو بیماری مجزا هستند که در بررسی‌های اپیدمیولوژیکال، یک بروز در طول عمر^۷ استاندارد با میزان ۱ تا ۱/۵ درصد برای اسکیزوفرنیا و ۲ تا ۳ درصد برای OCD دیده می‌شود و هنوز یک واریاسیون وسیع در بین مطالعات هم‌زمان این دو بیماری

که دارای وسواس و اجبار بودند و ۲۶/۱ درصد (۱۷ نفر) از افراد فاقد علایم وسواس کمتر از ۳۰ سال سن داشتند که این اختلاف معنی‌دار بود (P=۰/۰۵). افراد اسکیزوفرنیای دارای وسواس ۱/۹ برابر بیشتر از افراد اسکیزوفرن فاقد وسواس در گروه سنی کمتر از ۳۰ سال قرار داشتند (O.R = ۱/۹)^۵.

جدول ۲ - توزیع بیماران اسکیزوفرنیا با و بدون علایم وسواس و اجبار به تفکیک سن، کرمان ۱۳۸۲

سن	وسواس و اجبار	نداشته	داشته	نسبت شانس
۳۰ سال و بیشتر	۴۸ (۷۳/۹)*	۶ (۴۰)	۱/۹	
کمتر از ۳۰ سال	۱۷ (۲۶/۱)	۹ (۶۰)		

* اعداد داخل پرانتز بیان‌گر درصد می‌باشند.

بحث

در تحقیق انجام شده، شیوع کلی مبتلایان به اسکیزوفرنیا که دارای علایم وسواس و اجبار می‌باشند به میزان ۱۸/۸ درصد برآورد شد که فراوانی انواع شدید، متوسط و خفیف به ترتیب ۵، ۱۲/۵ و ۱/۳ درصد بود و مواردی از ابتلا به علایم وسواس و اجبار خیلی شدید مشاهده نشد. در یک تحقیق مشابه که روی ۸۰ فرد غیرمبتلا به اسکیزوفرنیا و به طور هم‌زمان در کرمان انجام شد، ۶۵ درصد افراد دارای وضعیت تحت بالینی (سالم) بودند، ۱۰ درصد افراد به نوع خفیف، ۲۰ درصد به نوع متوسط و ۵ درصد به نوع شدید علایم وسواس و اجبار مبتلا بودند (۷). با توجه به یافته‌های فوق علایم وسواس و اجبار در مبتلایان به اسکیزوفرنیا نسبت به افراد سالم کمتر بود، به طوری که در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا بیش از ۸۱ درصد و در گروه غیر مبتلا ۶۵ درصد افراد در وضعیت تحت بالینی قرار داشتند (۷).

یافته‌های فوق در راستای برخی مطالعات طی سال‌های ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۵ در ارتباط با شیوع وسواس و اجبار در بیماران

^۶ Neuroimmunovirology

^۷ Life time incidence

^۵ Odds Ratio

شیوع وسواس و اجبار قایل شد. یافته‌ی فوق مطابق با مطالعات پویوروسکی و همکاران (۲۰۰۲) بود (۱۱) که می‌تواند نشان دهنده‌ی جدایی ارتباط علایم وسواس و اجبار در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی و وسواس از سیر علایم مشهود اسکیزوفرنیا باشد. البته با توجه به این که برخی از مبتلایان به فرم مزمن اسکیزوفرنیا (که توان پاسخ‌گویی به سوالات را نداشتند) به ناچار از گروه مورد مطالعه حذف شدند که عمدتاً افراد با علایم منفی می‌باشند، این امر می‌تواند در ارزیابی کلی مطالعه محدودیت‌هایی را ایجاد نماید. انجام مطالعات بیشتر توصیه می‌گردد.

تشکر و قدردانی

به این وسیله از همراهی ارزشمند جناب آقای دکتر علی‌رضا غفاری نژاد، آقای علی عظیمی و تمامی کارکنان بیمارستان شهید دکتر بهشتی کرمان تشکر و قدردانی می‌گردد.

وجود دارد (۱۰،۹،۵) که طبیعتاً مطالعات وسیع‌تر جهت حصول به نتایج دقیق‌تر را ضروری می‌سازد. هم‌چنین تحقیق نشان داد که تفاوت جنسی در افراد اسکیزوفرن با و بدون وسواس وجود نداشته اما در سنین کم احتمال بروز وسواس در افراد اسکیزوفرن بیشتر است. به نظر می‌رسد چنین یافته‌هایی بتواند زمینه را برای این سؤال که آیا زمینه‌های مشترک باعث بروز چنین بیماری‌هایی می‌گردد و یا زمینه خاصی انسان را جهت بروز فرآیندهای نروتیک و سایکوتیک آماده می‌سازد، هموار نماید. در هر حال ذهن پویای بشری می‌بایستی هم‌چنان با کسب تجربیات بیشتر و تحقیقات گسترده‌تر در جهت کشف علل مطرح شده و ثبت داده‌های نوین گام بردارد. در تحلیل‌های آماری انجام شده ارتباط معنی‌داری بین نمرات به دست آمده از آزمون Y-BOCS و نیز بین درجات وسواس بر مبنای معیار Y-BOCS با علایم مثبت و منفی اسکیزوفرنی در تقسیم‌بندی کرو به دست نیامد. بنابراین نمی‌توان ارتباطی بین نوع بیماری اسکیزوفرنی و

منابع

- 1 – Tibb P. Obsessive -compulsive disorder in sch. *J Psychiatr Res* 2000; 34:139-46.
- 2 – Kay SR, Opler LA, Fiszbein A. *PANSS Manual*. 2ed. USA: Multi Health Sys INC; 1992; 1:1-58.
- 3- Proto L. A profile of Obsessive – compulsive symptoms in sch. *Schizophr Res* 1997; 24:20-8.
- 4 – Norquist GS. *Schizophrenia Epidemiology in Comprehensive*. in: Sadock B, Sadock V (editors). *Text Book of Psychiatry*. USA: LW & W; 2000: 1110-7.
- 5 – Crow TJ. Positive and negative sch, More than one disease process? *Br J Psychiatry* 1980; 280:89-114.
- 6 – Andreason NC, Olesen S. Negative Vs positive sch. Defination and validation. *Arch of Gen Psychiatry* 1998;39:789-97.
- ۷ – قریشی سید ابوالفضل. بررسی علایم وسواس و تجزیه در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و ارتباط آن با علائم مثبت و منفی. *پایان نامه دکتری تخصصی*، دانشکده پزشکی مهندس افضلی پور کرمان، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ۱۳۸۲، صفحات ۱۱ تا ۱۵.
- 8 – Tandon R. Electro encephalographic sleep abnormalitis is in sch. Relationship to positive/ negative symptoms and perior neurolptic tretment. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 182-94.
- 9 – Kelly PH. *Schizophr Epidemiol*. in: Sadock B, Sadock V (editors). *Synopsis of Psychiatry*. USA: LW & W, 2003; 471-90.
- 10 – Whitney KA. Comparative neuropsychological function in obsessive compulsive disorder and sch' with and without obsessive-compulsive symptoms. *Schizophr Research* 2003; 38: 52-61.
- 11 – Michael Poyurovsky. Obsessive – compulsive disorder in hospitalized patients with chronic. *J Psychiatr Res* 2002;102: 49-57.