مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۵، شماره ۱، فروردین ۱۳۹۶
صفحه: ۵۱-۴۲

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 25, No.1, Apr 2017
Pages: 42-51

# فراوانی وسواس فکری- عملی در اختلالات طیف اسکیزوفرنیا: اعتبار تشخیصی زیرگروه اسکیزو- وسواس

پروین رحمتی نژاد [*۱]، داود محمدی [۲]، غلامحسین نوروزی‌نژاد [۳]، محمدآشتیان [۴]، علی حق‌وردی [۵]

**چکیده**

**مقدمه:** اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) و علائم وسواس فکری-عملی (OCS) در قسمت عمده‌ای از بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا دیده می‌شود. از این رو، محققان زیرگروه اسکیزو- وسواس را برای این‌گونه اختلالات پیشنهاد می‌دهند. هدف از مطالعه حاضر ارزیابی اعتبار تشخیصی زیرگروه اسکیزو- وسواس با تعیین میزان فراوانی OCD و OCS در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا و ارتباط آن با برخی ویژگی‌های بالینی این بیماران است.

**روش بررسی:** در این مطالعه توصیفی مقطعی تعداد ۹۱ بیمار بستری که بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) تشخیص اختلالات طیف اسکیزوفرنیا دریافت کرده بودند با استفاده از مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری توصیفی، کای-دو و t مستقل استفاده شد.

**نتایج:** تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که شیوع OCS در نمونه پژوهشی ۴۷/۱۷ درصد و شیوع OCD نیز ۱۸/۶۶ درصد هست. در این نمونه، وسواس آلودگی و شستشو بیشترین فراوانی را داشت. در مقایسه با بیماران سایکوتیک غیرمبتلا به OCD/ OCS، در بیماران سایکوتیک مبتلا به OCD/ OCS، اختلال در سن پایین‌تری شروع شده بود، همچنین این بیماران تعداد دفعات بستری، تعداد داروهای مصرفی و اقدام به خودکشی بیشتری داشتند. از طرف دیگر، شیوع OCD/ OCS در بیمارانی که در اولین دوره بیماری خود قرار داشتند، ۱۵/۶۲ درصد به دست آمد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، به نظر می‌رسد که زیرگروه اسکیزو- وسواس از اعتبار تشخیصی برخوردار باشد. برای تایید این فرضیه باید مطالعات طولی از همان مرحله ابتدایی شروع سایکوز تا پیامد دراز مدت آن طرح‌ریزی شود.

**واژه‌های کلیدی:** اختلالات طیف اسکیزوفرنیا، اسکیزوفرنیا، وسواس فکری- عملی

---

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان اعصاب و روان سهامیه قم، دانشگاه علوم پزشکی قم
۲- استادیار روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم
۳- استادیار روان‌پزشکی، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی قم
۴- کارشناس ارشد کاردرمانی، بیمارستان اعصاب و روان سهامیه قم، دانشگاه علوم پزشکی قم
۵- کارشناس پرستاری، بیمارستان اعصاب و روان سهامیه قم، دانشگاه علوم پزشکی قم
* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۹۱۲۵۷۵۹۰۲۶، پست الکترونیکی: rahmatinejadp@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۱۹

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

**مقدمه**

وجود علائم وسواس فکری-عملی (Obsessive Compulsive Symptoms- OCS) در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی از همان ابتدای توصیف این اختلال شناسایی و موردتوجه قرار گرفته و گزارش‌هایی از بیماران دارای علائم سایکوز و وسواس فکری- عملی از قرن نوزدهم میلادی به چاپ رسیده است (۱). رابطه بین OCS/OCD و اختلالات طیف اسکیزوفرنیا از لحاظ مفهومی بسیار بحث‌برانگیز است. وقتی که یک بیمار هم علائم سایکوز و هم وسواس فکری- عملی را نشان می‌دهد، درمانگران با تشخیص‌های افتراقی مختلفی مانند هم‌ابتلایی اسکیزوفرنی و OCD، وسواس فکری- عملیِ با بینش ضعیف (poor insight) و اسکیزوفرنیایِ با علائم وسواس فکری- عملی ناشی از مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک مواجه می‌شود (۱). فقدان نشانگرهای زیستی برای کمک به تمایز هریک از این تشخیص‌های احتمالی از یکدیگر نیز به ابهام مسئله می‌افزاید.

علی‌رغم وجود شواهدی مبنی بر اینکه OCD و اسکیزوفرنیا اختلالاتی متمایز و مجزا هستند (۲)، این فرضیه از سوی محققان پیشنهاد شده که احتمالاً OCD همپوشی پدیدار شناختی (Phenomenological) با اسکیزوفرنیا دارد (۳). این فرضیه به ویژه از آنجایی قوت می‌گیرد که بر اساس شواهد بالینی و تحقیقاتی OCS/OCD به طور گسترده‌ای در اسکیزوفرنیا مشاهده می‌شود (۴،۵). مباحث بسیاری در میان آن دسته از آسیب‌شناسان روانی مطرح است که فرض می‌کنند رابطه پیچیده‌ای بین اسکیزوفرنیا و OCS/OCD، مخصوصاً در اولین دوره بروز علائم وجود دارد (۶). از سوی دیگر، علائم سایکوز ممکن است در دوره‌های مختلف OCD بروز کند (۷).

نتایج برخی یافته‌های پژوهشی حکایت از این دارد که اسکیزوفرنیای همراه با OCS/OCD زیرگروهی متمایز و مجزا از اختلالات طیف اسکیزوفرنی است (۸). شواهد روزافزونی که از مطالعات شیوع شناسی و عصب- زیست‌شناختی به دست آمده این فرضیه را مطرح می‌سازد که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیِ همبود (Comorbid) با OCS/OCD ممکن است طبقه مجزایی که اخیراً اسکیزو- وسواس (Schizo-obsessive subtype) نامیده می‌شود را در میان جمعیت بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی تشکیل بدهند (۸). محققانی که از فرضیه اسکیزو- وسواس حمایت می‌کنند به ویژه به داده‌های به دست آمده از مطالعات شیوع، مقایسه‌ای و توصیفی استناد می‌نمایند.

مطالعات شیوع به‌ویژه در پی پاسخگویی به این سؤال هستند که آیا میزان بالای تظاهرات بالینی OCD/OCS در اسکیزوفرنیا، بازنمایی یک رابطه غیرتصادفی (یک همبودی شیوع‌شناختی واقعی) است؟ یا اینکه رابطه ظاهری مشاهده شده صرفاً نتیجه برخی متغیرهای مخدوش‌کننده یا به عبارت دیگر یک همبودی تصنعی است؟ بر اساس داده‌های به دست آمده از مطالعات مختلف شیوع‌شناسی، شیوع OCD در جمعیت عادی ۲ تا ۳ درصد تخمین زده شده است (۸)؛ اما نتایج پژوهش‌ها، اغلب حاکی از آن است که OCS/OCD در مراحل مختلف سایکوز بسیار شایع‌تر از جمعیت عادی است (۴). همچنین به نظر می‌رسد که شیوع OCS در اسکیزوفرنی بالاتر از نرخ هم‌زمانی پایه مورد انتظار است (۸).

در یک مطالعه مروری، کانیل (Cunill) و همکاران (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که OCD/OCS در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شایع بوده و علائم وسواس فکری- عملی به طور معنی‌داری با شدت علائم کلی سایکوز، علائم مثبت و علائم منفی ارتباط دارد (۹). یک پژوهش فرا تحلیل هم نشان داده که وجود علایم وسواس فکر- عملی در اسکیزوفرنیا با علائم منفی، مثبت و کلی این اختلال ارتباط دارد هر چند که این رابطه زمانی که بین تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی (و نه صرفاً علایم پراکنده آن) بررسی شد یافت نشد (۱۰).

در مطالعه هان (Haan) و همکاران (۲۰۱۳) نیز ۴۸/۹ درصد از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی OCS را گزارش دادند. در این مطالعه درصد بیمارانی که به طور هم‌زمان از اختلال وسواس فکری- عملی رنج می‌بردند، در طول دوره پیگیری بین ۷/۳ درصد تا ۱۱/۸ درصد تخمین زده شد (۱۱). کرایگ (Craig) و همکاران (۲۰۰۲) نیز دریافتند که ۱۶/۲ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، علائم اختلال وسواس فکری- عملی و



[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

در ۳/۸ درصد از آن‌ها، تشخیص وسواس فکری- عملی را می‌توان مشاهده کرد. این میزان، در میان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو و اختلالات خلقی با ویژگی‌های سایکوتیک، اختلاف معنی‌داری نداشت. همچنین ارزیابی‌های صورت گرفته طی ۲۴ ماه پیگیری نشان داد که ارتباطی میان عملکرد بالینی این بیماران و میزان شیوع علایم و یا تشخیص وسواس در آن‌ها وجود ندارد (۱۲).

هاگن (Hagen) و همکاران نیز با مطالعه روی ۲۴۶ بیمار مبتلا اختلالات سایکوتیک (اسکیزوفرنی، اسکیزوفرنی فرم، اسکیزوافکتیو، اختلال هذیانی، سایکوزگذرا (Brief psychosis)، اختلالات خلقی با ویژگی‌های سایکوتیک و اختلال سایکوتیک که به گونه دیگر مشخص نشده، در اولین دوره سایکوز؛ نشان دادند که ۱۰/۶ درصد از این بیماران ملاک‌های لازم برای تشخیص OCD را نیز دارند (۱۳).

نتایج نشان داد که در این بیماران نرخ هم‌ابتلایی OCD تفاوت معنی‌داری با جمعیت عمومی ندارد (۱/۸ درصد) و در مقایسه با مطالعات قبلی که نرخ هم‌ابتلایی OCD را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی در اولین دوره ۱۴ درصد گزارش می‌دادند اساساً پایین‌تر است. بر اساس نتایج به دست آمده از پژوهش؛ محققان چنین نتیجه‌گیری کردند که یک ارتباط کامل میان OCD و اسکیزوفرنیا در دوره اولیه بیماری وجود دارد که بازنمودی از یک رابطه پاتوفیزیولوژیک میان دو اختلال است و می‌تواند تاییدی بر زیرگروه اسکیزو- وسواسی باشد.

برخی ویژگی‌های بالینی خاص نیز در مطالعاتی که OCS را اسکیزوفرنیا ارزیابی می‌کنند آشکار شده است. برای مثال پژوهش‌ها نشان داده‌اند که علائم وسواس فکری- عملی در اسکیزوفرنیا و OCD در محتوا، شدت و دوره‌ها مشابه است (۶،۱۴). علائم وسواس در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی ممکن است تظاهرات بالینی متفاوت و محتوای آلودگی، جنسی، پرخاشگرانه یا جسمانی داشته باشد. این وسواس‌ها ممکن است که همراه یا بدون وسواس‌های عملی نظیر شستشو، چک‌کردن، تکرار، احتکار یا تقارن/دقت باشند (۱۵). از سوی دیگر هیچ شواهدی وجود ندارد که اثبات نماید نوع خاصی از وسواس با نوع خاصی از اسکیزوفرنیا، به طور هم‌زمان و با هم ایجاد می‌شوند (۱،۱۶).

مطالعه فراتحلیل فریاس (Frias) و همکاران نشان داد که بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی با OCD/OCS در مقایسه با بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک بدون OCD/OCS از خلق افسرده، علائم منفی و تخریب روانی- اجتماعی بالاتری برخوردار هستند. از طرف دیگر، هیچ تفاوتی بین دو گروه سایکوتیک در علائم مثبت، عملکرد عصب‌شناختی و پیش‌آگهی درمان دیده نشد (۱۶). مطالعات دیگر نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا با OCD/OCS در مقایسه با بیماران بدون OCD/OCS شروع زودتر علائم سایکوز، بستری‌شدن زودهنگام (۱۷)، علائم منفی بیشتر (۱۸)، تخریب عملکرد اجتماعی بالاتر (۱۹،۲۰)، نابه هنجاری‌های عصب‌روانشناختی بیشتر (۱۵،۲۱) و میزان نابهنجاری افسردگی و اقدام به خودکشی (۱۳) بیشتری را گزارش می‌دهند.

در هر صورت سؤالات بسیاری در زمینه ارتباط میان OCS/OCD و اختلالات طیف اسکیزوفرنی بدون پاسخ باقی‌مانده است؟ این سؤال که آیا OCD و اسکیزوفرنیا اختلالات مستقلی هستند و یا می‌توان آن دو را بر اساس سطوح آسیب‌شناختی مشترک روی یک طیف مفهوم‌پردازی کرد؟ از مهم‌ترین و عمده‌ترین سؤالات مطرح شده در زمینه تشخیص و طبقه‌بندی اختلالات روانی است. بر این اساس، هدف از پژوهش حاضر بررسی میزان شیوع و تظاهرات بالینی وسواس فکری- عملی در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا است. نتایج این پژوهش می‌تواند شناخت بیشتری از رابطه میان دو اختلال به دست دهد و ما را در مفهوم‌پردازی بهتر و دقیق‌تر از رابطه بین دو اختلال یاری رساند.

## روش بررسی

این پژوهش، از نوع مطالعات توصیفی- مقطعی است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان سهامیه شهر قم بود که از سوی روان‌پزشک تشخیص یکی از اختلالات طیف اسکیزوفرنیا (اختلال

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

اسکیزوتایپ، اختلال هذیانی، سایکوز گذرا، اسکیزوفرنی‌فرم، اسکیزوافکتیو، اختلال سایکوز نامشخص، سایکوز ناشی از مصرف مواد و سایر اختلالات سایکوتیک) را دریافت می‌کردند. در این پژوهش حجم نمونه بالغ بر ۹۱ نفر است که به صورت در دسترس از بین جامعه آماری مربوطه و در عرض چهار ماه از تیرماه تا مهرماه ۹۴ انتخاب شدند. این تعداد نمونه بر اساس امکانات تیم تحقیق بوده است که با توجه به نوع طرح تحقیق، تعداد کافی است.

فهرست و مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون:

فهرست وسواس فکری- عملی بروان به عنوان یک ابزار استاندارد برای ارزیابی نشانه‌های وسواس، شدت آن و پاسخ به درمان استفاده می‌شود. این مقیاس یک مصاحبه نیمه ساختار یافته و دارای ۱۰ عبارت است که ۵ عبارت برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ عبارت برای ارزیابی اعمال وسواسی در نظر گرفته شده است. این آزمون، رویک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و شدت علائم؛ فراوانی علائم؛ مدت‌زمان علائم؛ میزان اضطراب بیمار و مداخله علائم در زندگی روزمره‌اش؛ و میزان مقاومت و کنترل بیمار در برابر انجام این تشریفات را در دو بعد وسواس فکری و عملی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ است. در ایران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس (r=۰/۹۸)، ضریب همسانی درونی آن (α=۰/۸۹) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته r=۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین روایی تشخیص آن با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (Hamilton Rating Scale for Anxiety) به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ به دست آمده است. نقطه برش ۱۷ به بالا تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی دریافت می‌کند. فهرست علائم وسواسی- جبرییل براون همچنین برای ارزیابی انواع وسواس فکری-عملی بکار می‌رود و بیش از ۵۰ وسواس شایع را مورد بررسی قرار می‌دهد (۲۲،۲۳). برای به‌کارگیری این مقیاس، متخصصان بالینی ابتدا تعاریف و مثال‌های وسواس‌های فکری و عملی را برای بیمار می‌خواند و بعد، از بیمار سؤال می‌کند که در گذشته یا اکنون، کدام یک از وسواس‌های فکری و عملی را که در فهرستی نوشته شده‌اند، تجربه کرده است. این موارد، طبقه‌بندی‌های کلی زیر را شامل می‌شوند: پرخاشگری/ آسیب‌رسانی، آلودگی، جنسی، احتکار/ ذخیره‌سازی، مذهبی، تقارن/ دقت، جسمی و موارد مختلف.

روش اجرا به این صورت بود که نمونه‌های مورد مطالعه به روش در دسترس از بین افراد بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان کامکار که توسط روان‌پزشک و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-V به عنوان بیمار مبتلا به یکی از اختلالات طیف اسکیزوفرنیا (اختلال اسکیزوتایپ، اختلال هذیانی، سایکوز گذرا، اسکیزوفرنی‌فرم، اسکیزوافکتیو، اختلال سایکوز نامشخص، سایکوز ناشی از مصرف مواد و سایر اختلالات سایکوتیک) تشخیص داده شده بودند انتخاب می‌شدند.

فهرست و مقیاس وسواس فکری- عملی بروان توسط پژوهشگر بر روی بیماران اجرا می‌گردید. ابتدا پژوهشگر فهرست علائم وسواس فکری- عملی را به بیمار ارائه می‌داد تا به هر یک از گویه‌ها پاسخ دهد و سپس از بیمار درخواست می‌شد تا سؤالات مربوط به مقیاس وسواس فکری- عملی پاسخ بدهد. اجرای این مقیاس در حدود نیم ساعت الی ۴۵ دقیقه به طول می‌انجامید. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: توانایی همکاری، توانایی خواندن و فهمیدن سؤالات، وضعیت ثابت و کنترل شده بیماری. رضایت آگاهانه و ملاک سنی ۱۸ سال به بالا. معیارهای خروج عبارت بودند از: سایکوز ناشی از اختلالات نورولوژیکی یا غدد و عقب‌ماندگی ذهنی تایید شده.

همچنین از پرونده پزشکی بیماران برای کسب اطلاعات بالینی (تعداد دفعات بستری، تعداد داروهای مصرفی، سن شروع اختلال) و دموگرافیک (سن، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، سطح تحصیلات) مورد نیاز استفاده گردید.

## نتایج

داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از روش‌های آماری توصیفی، t مستقل و کای-دو در نرم‌افزار آماری SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

برای محاسبه فراوانی اختلال وسواس فکری و عملی از نقطه برش ۱۷ استفاده شد. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد فراوانی وسواس فکری در این گروه ۹/۸۹ درصد و فراوانی وسواس عملی ۸/۷۷ درصد بود. همچنین، استفاده از آزمون کای-دو نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میزان فراوانی وسواس فکری و وسواس عملی در نمونه پژوهش وجود ندارد ($x^2$= ۱۲/۲۶، df= ۱ ،P<۰۰۰۱). در مجموع ۱۸/۶۶ درصد از بیمارانِ مبتلا به یکی از اختلالات طیف سایکوتیک، به طور هم‌زمان مبتلا به OCD نیز بودند. در این نمونه، اختلال وسواس فکری- عملی آلودگی و شستشو بیشترین فراوانی را داشتند.

جدول ۱: فراوانی انواع وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به اختلالات طیف سایکوتیک

| وسواس فکری | فراوانی (٪) | وسواس عملی | فراوانی (٪) |
|---|---|---|---|
| آلودگی | (۵/۴۹)۵ | شستشو و نظافت | (۵/۴۹)۵ |
| پرخاشگری/ آسیب‌رسانی | ۲ (۲/۱۹) | احتکار/ ذخیره‌سازی | ۱ (۱/۰۹) |
| احتکار/ ذخیره‌سازی | (۱/۰۹)۱ | موارد مختلف | (۲/۱۹)۲ |
| مذهبی | (۱/۰۹)۱ | | |
| مجموع کل | (۹/۸۹)۹ | | (۸/۷۷)۸ |

جدول ۲ همان‌طور که مشخص است ۱۶/۴۴ درصد از بیماران، علائم وسواس فکری و ۲۰/۷۳ درصد نیز علائم وسواس عملی داشتند. در مجموع، فراوانی OCS در گروه نمونه ۴۷/۱۷ درصد به دست آمد. استفاده از آزمون کای-دو نشان داد که تفاوت معنی‌داری در فراوانی علائم وسواس فکری و وسواس عملی وجود ندارد ($x^2$ =۱۵/۳۸ Pdf= 1,<۰/۰۰۱).

جدول ۲: فراوانی علائم وسواس فکری-عملی در بیماران مبتلا به اختلالات طیف سایکوتیک

| علائم وسواس فکری | فراوانی (٪) | علائم وسواس عملی | درصد فراوانی (٪) |
|---|---|---|---|
| انزجار نسبت به ترشحات یا مواد دفعی بدن | ۶ (۶/۵۹) | دست شستن افراطی یا با تشریفات | ۱۲ (۱۳/۱۸) |
| ترس از به زبان آوردن دشنام | ۲ (۲/۱۹) | دوش گرفتن، حمام کردن مسواک زدن یا آراستن افراطی با تشریفات خاص | ۸ (۸/۷۹) |
| درست و غلط و اخلاقیات | (۲/۱۹)۲ | نیاز به گفتن، پرسیدن یا اعتراف کردن | (۳/۲۹)۳ |
| ترس از گفتن مطالب خاص | (۲/۱۹)۲ | نیاز به لمس، ضربه یا مالیدن | (۲/۱۹)۲ |
| نیاز وسواسی به دانستن یا به خاطر آوردن چیزها | (۲/۱۹)۲ | نیاز به تکرار فعالیت‌های روزمره | (۲/۱۹)۲ |
| افکار و تخیلات جنسی ممنوع | ۱ (۱/۰۹) | وارسی اینکه اشتباهی رخ نداده | (۱/۰۹)۱ |
| مجموع کل | (۱۶/۴۴)۱۵ | | (۲۰/۷۳)۱۸ |

جدول ۳: برخی ویژگی‌های بالینی بیماران سایکوتیک مبتلا و غیرمبتلا به OCS/OCD

| نمونه | تعداد (٪) | جنسیت | فراوانی (٪) | میانگین سنی (SD) | میانگین سن شروع اختلال (SD) | میانگین تعداد دفعات بستری (SD) | میانگین تعداد داروهای مصرفی (SD) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| بیماران مبتلا به OCD/ OCS | (۳۹/۵۶)۳۶ | مرد | (۵۵/۵۵)۲۰ | (۷/۷۸)۲۵/۴ | (۶/۹۴)۱۹/۳ | (۲/۳)۳/۲ | (۶/۱۲)۵/۳ |
| | | زن | (۴۴/۴۴)۱۶ | | | | |
| بیماران غیرمبتلا به OCD/ OCS | (۶۰/۴۳)۵۵ | مرد | (۵۰/۹۰)۲۸ | (۴/۳۵)۲۷/۶ | (۸/۶۷)۲۲/۶ | (۳/۵۶)۲/۲ | (۷/۲۸)۳/۶ |
| | | زن | (۴۹/۰۹)۲۷ | | | | |

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

نتایج مقایسه بین‌گروهی از طریق آزمون تی مستقل: بر اساس آزمون t مستقل، بین میانگین سنی بیماران سایکوتیک مبتلا به OCD/ OCS و بیماران سایکوتیک غیرمبتلا به OCD/ OCS تفاوت معنی‌داری وجود نداشت اما بین میانگین سن شروع اختلال در این دو گروه از بیماران، تفاوت معنی‌دار وجود داشت به نحوی که در بیماران سایکوتیک مبتلا به OCD/ OCS اختلال در سن پایین‌تری شروع شده بود (t(90)=2.78, p<۰/۰۵). از نظر تعداد دفعات بستری نیز، تعداد دفعات بستری در بین بیماران سایکوتیک مبتلا به OCD/ OCS به طور معنی‌داری بیشتر از بیماران غیرمبتلا به OCD/ OCS بود (t(90)=2.80, p< 0/05). علاوه بر این، استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت معنی‌داری در میانگین تعداد داروهای مصرفی در بین دو گروه وجود دارد به نحوی که بیماران سایکوتیک مبتلا به OCD/ OCS در مقایسه با گروه دیگر، تعدادداروهای بیشتری را مصرف کرده بودند [t(90)=3.02,p<0/05].

همچنین ۱۱ نفر (۱۲/۰۸ درصد) از نمونه پژوهش حاضر سابقه اقدام به خودکشی داشتند. از این تعداد، ۷ نفر (۶۳/۶۳ درصد) مبتلا به OCD/ OCS و ۴ (۳۶/۳۶ درصد) نفر غیرمبتلا به OCD/ OCS بودند. نتایج آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین این دو گروه در این شاخص وجود دارد، به نحوی که در بیماران سایکوتیک مبتلا به OCD/ OCS، شیوع خودکشی بیشتر بود [t(10)=2.90,p<0/05].

**بحث**

در مطالعه حاضر، شیوع OCS در میان بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیای بستری ۴۷/۱۷ درصد و شیوع OCD ۱۸/۶۶ درصد تخمین زده شد. نتایج به دست آمده همسو با سایر مطالعات صورت گرفته در سال‌های اخیر است که نشان داده‌اند ۳۰ الی ۵۹ درصد از بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیا به لحاظ بالینی، علامت‌شناسی (Symptomatology) علائم وسواس فکری- عملی را تجربه می‌کنند (۲۴). در مطالعه کایاهان (Kayahan) (۲۰۰۵)، میزان همبودی OCD در ۱۰۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی ۳۰ درصد و فراوانی OCS، ۶۴ درصد به دست آمده است. در مجموع، در مطالعات شیوع‌شناسی و بالینی گوناگون، نرخ OCS بین ۳ تا ۵۹/۲ درصد گزارش شده است (۲۵).

در عین حال باید به این نکته اشاره کرد که هر چند در مطالعات مختلف، نرخ هم‌زمانی OCD با اسکیزوفرنی از ۱/۱ درصد تا ۶۰ درصد متغیر بوده (۲۸-۲۶) اما این تغییرپذیری زیاد در نرخ همبودی را می‌توان به استفاده از روش‌های مختلف بکار برده شده در این مطالعات برای ارزیابی اسکیزوفرنیا، اختلال وسواس فکری- عملی و علائم وسواس فکری-عملی (۲۹)، بی‌ثباتی معمول در دوره‌های بلندمدت OCD (۱۲)، جمعیت بیماران مورد مطالعه (بستری یا سرپایی) و دوره بیماری اسکیزوفرنیا (اولین دوره بیماری یا مراحل مزمن) (۲۵) مرتبط دانست.

از طرف دیگر، میزان شیوع OCD/ OCS در بیماران مبتلا به اولین دوره اختلالات طیف اسکیزوفرنیا ۱۵/۶۲ درصد بود که این میزان بالاتر از نرخ شیوع OCD/OCS در جمعیت عادی (۲-۳ درصد) است (۳۰). این یافته، به طور تلویحی این فرضیه را که علائم OCD/OCS احتمالاً در نتیجه مصرف داروهای آنتی‌سایکوتیک آتیپیکال به وجود می‌آید (۳۱) را به چالش می‌کشد. از سوی دیگر، در میان بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنی که تعداد بستری‌های متعدد داشتند میزان شیوع OCD/OCS بالاتر بود. علاوه بر این، میانگین تعداد داروهای مصرفی و سابقه اقدام به خودکشی این گروه نیز در مقایسه با گروه بیماران غیرمبتلا به OCD/OCS بیشتر بود. این یافته‌ها نیز به طور تلویحی یافته‌های به دست آمده از مطالعات پیشین را که به این نتیجه رسیدند که بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیِ همبود با OCD/OCS علائم شدیدتری را تجربه می‌کنند و تعداد بستری‌های بیشتری دارند، همسو است (۱۳،۱۴).

نکته قابل تأمل این است که در اغلب موارد تشخیص OCS در اختلالات طیف اسکیزوفرنیا، تمایز بین وسواس فکری از هذیان یا اختلالات فرم تفکر و اجبارها (Compulsions) از حرکات ادایی(mannerisms) اسکیزوفرنیک و رفتارهای قالبی،

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

دشوار و چالش‌برانگیز است (۲۵). مسئله مهم دیگر همپوشی گسترده بین هذیان و وسواس فکری است و یکی از چالش‌های اساسی که اغلبِ درمانگران و محققان با آن رو به رو می‌شوند تشخیص و تمایز بین هذیان و وسواس فکری است. در DSM-IV طبقه‌ای با نام وسواس فکری- عملیِ با بینش پایین معرفی شده که این مسئله خود تمایز میان وسواس فکری از هذیان را دشوارتر می‌سازد. از طرف دیگر، به طور سنتی گفته می‌شود که OCD از اختلالات سایکوتیک بر اساس اینکه افراد مبتلا، وسواس‌ها یا اجبارهای خود را خود ناهمخوان می‌خوانند متمایز می‌شود که به طور تلویحی به معنای وجود بینش در بیماران مبتلا به OCD است (۱۱). در این رابطه، اینسل و آکیسکال (Insel & Akiskal) (۱۹۸۶) پیشنهاد می‌کنند که OCD یک طیف آسیب‌شناسی روانی را در بر می‌گیرد که در امتداد یک پیوستار، از وسواس فکری- عملی روان‌رنجورانه (برخوردار از بینش) تا هذیان‌های سایکوتیک (افکار مزاحم و فقدان بینش) متغیر است (۳۱).

پذیرش گسترده مقیاس‌های تشخیصی استاندارد شده نظیر مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یکDSM-IV و مقیاس‌هایی که شدت آسیب‌شناسی را ارزیابی می‌کنند مانند مقیاس یا کوبس در بین محققان و بالینگران، اعتبار بین ارزیاب‌ها (inter-rater reliability) را افزایش می‌دهد اما در حل مسئله مربوط به تمایز هذیان از وسواس فکری- عملی کمک‌کننده نیستند (۱۱). برای پاسخ به این سؤال که آیا زیرگروه اسکیزو- وسواس به درستی یک تشخیص صحیح را بازنمایی می‌کند یا خیر باید مطالعاتی طولی از همان مرحله ابتدایی شروع سایکوز تا پیامد دراز مدت آن طرح‌ریزی شود. عدم ارزیابی شدت اختلالات طیف اسکیزوفرنی مانند علائم منفی و مثبت، افسردگی، میزان عود، کارکرد قبل از بیماری، سن شروع بیماری و نیز ماهیت مقطعی ابزار مورد استفاده در پژوهش از محدودیت‌های پژوهش حاضر است.

## نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر؛ این به طور به نظر می‌رسد که طبقه اسکیزو- وسواس از اعتبار بالینی برخوردار باشد. هر چند طراحی و انجام دقیق پژوهش‌های کنترل‌شده، ارزیابی نشانگرهای نوروبیولوژیکی و عصب‌شناختی و پیش‌بینی کننده‌های پاسخ به درمان در بیماران مبتلا به اختلالات طیف اسکیزوفرنیِ با و بدون OCD/OCS برای تایید این فرضیه ضروری است. علاوه بر این، لازم است که تحقیقات بیشتری در مورد شناسایی عوامل پرخطر ژنتیکی و محیطی مشترک در شکل‌گیری اختلال OCD و اختلالات طیف اسکیزوفرنیا صورت بگیرد.

این یافته‌ها به طور تلویحی حاکی از آن است که باید تمرکز بیشتری روی تشخیص OCD/OCS در بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک صورت گرفته و این مسئله ممکن است که نرخ تشخیص‌های نادرست را کاهش دهد. بدیهی است که تشخیص درست هر کدام از این دو اختلال در شکل خالص و یا همپوش آن، برای برنامه‌ریزی و اجرای راهکارهای درمانی مناسب، پیش‌آگهی و همچنین تحقیقات مربوط به سبب‌شناسی هر دو اختلال لازم و ضروری است.

## سپاسگزاری

محققین از کلیه کارکنان و بیماران بیمارستان اعصاب و روان سهمیه که به ما در جمع‌آوری داده‌های کمک کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند.

## References:

1- Bottas A, Cooke RG, Richter MA. ***Comorbidity and pathophysiology of obsessive–compulsive disorder in schizophrenia: Is there evidence for a schizo-obsessive subtype of schizophrenia?*** J Psychiatry Neurosci 2005; 30(3): 187-193.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

*2-* Lee HJ, Cougle RJ, Telch MJ. ***Thought–action fusion and its relationship to schizotypy and OCD symptoms.*** Behave Res Ther 2005; 43: 29–41.

*3-* Adler CM, Strakowski SM. ***Boundaries of schizophrenia.*** Psychiatr Clin North Am 2003; 26(10): 1–23.

*4-* Lysaker PH, Whitney KA, Davis LW. ***Associations of executive function with concurrent and prospective reports of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia.*** J Neuropsychiatry Clin Neurosc 2009; 21: 38-42.

*5-* Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. ***Psychiatric comorbidities and schizophrenia.*** Schizophr Bull 2009; 35(2): 383–402.

*6-* Rodriguez CI, Corcoran C, Simpson HB. ***Diagnosis and Treatment of a Patient with Both Psychotic and Obsessive-Compulsive Symptoms.*** Am J Psychiatry 2010; 167:754–761.

*7-* Eisen JL, Rasmussen SA. ***Obsessive compulsive disorder with psychotic features.*** J Clin Psychiatry 1993; 4(10): 373–379.

*8-* Vrbova K, Prasko J, Kamaradova D, Cerna M, Ociskova M, Latalova K, et al. ***Comorbid anxiety disorders in patients with schizophrenia.*** Act Nerv Super Rediviva 2013; 55(1–2): 40–46.

*9-* Cunill R, Castells X, Simeon D. ***Relationships between obsessive-compulsive symptomatology and severity of psychosis in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis.*** J clin Psychiatry 2009; 70: 70-82.

*10-* Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. ***Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia.*** Am J Psychiatry 1999; 156: 1998-2000.

*11-* Haan LD, Sterk B, Wouters L, Linszen DH. ***The 5-Year Course of Obsessive-Compulsive Symptoms and Obsessive-Compulsive Disorder in First-Episode Schizophrenia and Related Disorders.*** Schizophrenia Bulletin 2011.

*12-* Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. ***Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-adimssion psychosis.*** Am J Psychiatry 2002; 159: 592-598.

*13-* Hagen K, Hansen B, Joa I, Larsen TK. ***Prevalence and clinical characteristics of patients with obsessive-compulsive disorder in first-episode psychosis.*** BMC Psychiatry 2013; 13: 156. 1- 6

*14-* Pashinian A, Faragian S, Levi A, Yeghiyan M, Gasparyan K, Weizman K, et al. ***Obsessive–compulsive disorder in bipolar disorder patients with first manic episode.*** J Affect Disord 2006; 94: 151–156.

*15-* Hwang MY, Opler LA. ***Management of schizophrenia with obsessive compulsive disorder.*** Psychiatr Ann 2000; 30: 23–28.

*16-* Frias A, Palma C, Farriols N. ***Comorbidity between Obsessive-Compulsive Disorder and Schizophrenia: Is there Evidence for a "Schizo-obsessive" Subtype?*** Austin J Psychiatry Behav Sci 2014; 1(6): 1-4.

*17-* Uçok A, Ceylan ME, Tihan AK, Lapçin S, Ger C, Tukel R. ***Obsessive compulsive disorder and symptoms may have different effects on schizophrenia.*** Prog Neuro Psycho Pharmacol Biol Psychiatry 2011; 35(2): 429–433.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

*18-* Owashi T, Ota A, Otsubo T, Susa Y, Kamijima K. ***Obsessive compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in Japanese in patients with chronic schizophrenia – a possible schizophrenic subtype.*** Psychiatry Res 2010; 179(3): 241–246.

*19-* Poyurovsky M, Hramenkov S, Isakov V, Rauchverger B, Modai I, Schneidman M, et al. ***Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia.*** Psychiatry Res 2001; 102: 49–57.

*20-* Lysaker PH. ***Patterns of obsessive-compulsive symptoms and social function in schizophrenia.*** Psychiatry Res 2004; 125: 139–146.

*21-* Patel DD, Laws KR, Padhi A, Farrow JM, Mukhopadhaya K, Krishnaiah R, et al. ***The neuropsychology of the schizo-obsessive subtype of schizophrenia: a new analysis.*** Psychol Med 2009; 40: 921–933.

*22-* Dadfar M, Bolhari J, Dadfar K, Bayanzadeh SA. ***Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms.*** Iran J Psychiatry Clin Psychol 2001; 7 (1,2): 27-33.

*23-* Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. ***The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Validity.*** Arch Gen Psychiatry 1989; 46(11): 1012-1016.

*24-* Kayahan B, Ozturk O, Vezedaroglu B, Eraslan D. ***Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Prevalance and clinical correlates.*** Psychiatry Clin Neurosci 2005; 59: 291-295.

*25-* Poyurovsky M, Koran LM. ***Obsessive–compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications.*** Psychiatry Res 2005; 39: 399–408.

*26-* Byerly M, Goodman W, Acholonu W, Bugno R, Rush AJ. ***Obsessive compulsive symptoms in schizophrenia: frequency and clinical features.*** Schizophr Res 2005; 15: 309-316.

*26-* Braga RJ, Petrides G, Figueira I. ***Anxiety disorders in schizophrenia.*** Compr Psychiatry 2004; 45: 460-468.

*27-* Ciapparelli A, Paggini R, Marazziti D, Carmassi C, Bianchi M, Taponecco C, et al. ***Comorbidity with axis I anxiety disorders in remitted psychotic patients 1 year after hospitalization.*** CNS Spectrum 2007; 12: 913-919.

*28-* Fabisch K, Fabisch H, Langs G, Huber HP, Zapotoczky HG. ***Incidence of obsessive-compulsive phenomena in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorder.*** Eur Psychiatry 2001; 16: 336-341.

*29-* Fullana MA, Mataix-Cols D, Caspi A, Harrington H, Grisham JR, Moffitt TE, et al. ***Obsessions and compulsions in the community: prevalence, interference, help seeking, developmental stability, and co-occurring psychiatric conditions.*** Am J Psychiatry 2009; 166: 329–336.

*30-* Lykouras L, Alevizos A, Michalopoulou P, Rabavilas A. ***Obsessive–compulsive symptoms induced by atypical antipsychotics. A review of the reported cases.*** Prog Neuro psycho pharmacol BiolPsychiatry 2003; 27: 333– 346.

*31-* Insel TR, Akiskal HS. ***Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: a phenomenologic analysis.*** Am J Psychiatry 1986; 143(12): 1527-1533.

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

# The Abundance of Obsessive-Compulsive Disorder in Schizophrenia Spectrum Disorders: Diagnostic Validity of Schizo-Obsessive Subtype

**Parvin Rahmatinejad [1], Seyed Davood Mohammadi [2], Gholamhossein Noruzinejad [3], Mohammad Ashtian [4], Ali Haghverdi [5]**

[1,3,4] Department of Psychiatry, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran
[2,5] Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran

**Received:** 19 Nov 2016 **Accepted:** 9 Mar 2017

**Abstract**

**Introduction:** On the basis of research and clinical observations, obsessive –compulsive disorder (OCD) and obsessive –compulsive symptoms (OCS) occur in a considerably high proportion of patients with schizophrenia spectrum disorders. According to the results of different epidemiological studies, investigators suggest schizo-obsessive subtype. The aim of the study was to evaluate *diagnostic validity* of schizo-obsessive subtype by determining the prevalence of OCD/ OCS in the patients with schizophrenia spectrum disorders and its relation to some of clinical characteristics of these patients.

**Methods:** A total of 91 patients with the diagnosis of schizophrenia spectrum disorder were assessed via the Diagnostic and Statistical Manual, fifth edition (DSM-V) using Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Data were analyzed using descriptive statistics, $x^2$ and independent t-test.

**Results:** Results showed that the prevalence of OCS in this study was 47.17% and the prevalence of OCD was 18.66%. Obsessive compulsive contamination *had* the *highest prevalence* in this sample. Compared with psychotic patients without OCD/OCS, the patients with OCD/COS had earlier onset of psychosis, higher numbers of hospitalizations and higher *numbers of drugs* and suicide attempts. Also, the prevalence of OCD/OCS in the patients with first-episode psychosis was 15.62%.

**Conclusion:** Based on the results of this study, it seems that schizo-obsessive subtype has *diagnostic validity*. To confirm this hypothesis, it is necessary that longitudinal studies are planned from early stages of psychosis to long-term consequences.

**Keywords:** Schizophrenia Spectrum Disorder, Obsessive-compulsive Disorder

[ Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26 ]

**This paper should be cited as:**

Rahmatinejad P, Mohammadi SD, Noruzinejad GH, Ashtian M, Haghverdi A. **The Abundance of Obsessive-Compulsive Disorder in Schizophrenia Spectrum Disorders: Diagnostic Validity of Schizo-Obsessive Subtype.** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2017; 25(1): 42-51.

***Corresponding author: Tel: 09125759026, email: rahmatinejadp@yahoo.com**