

فراوانی زیرگروه‌های اختلال وسواس - اجبار: نقش جنسیت^۱ Frequency of Obsessive-Compulsive Disorder Subtypes: Gender Role

Dr. Mojtaba Dalir

Postdoctoral Researcher in Psychology at
 University of Tehran
dalirpsy@gmail.com

دکتر مجتبی دلیر (نویسنده مسئول)

پژوهشگر پسادکتری روان‌شناسی دانشگاه تهران

چکیده

Abstract

Understanding the subtypes of individuals with obsessive-compulsive disorder that are stable and homogeneous can play an important role in understanding the variety of therapeutic responses, improving treatment efficacy and also in advancing the theories of etiology. The purpose of this study was to determine the frequency of obsessive-compulsive disorder subtypes in Iranian individuals with this disorder. The research design was a cross-sectional descriptive design. An available sample of 50 clients with obsessive-compulsive disorder was selected. The instrument for data collection was the Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Goodman et al., 1986). Descriptive method and, Chi-square inferential methods were used for statistical analysis. The results showed that the most common obsession subtypes are aggressive, contamination and religious obsessions. There was also the most common compulsions are repetition, cleaning/ washing, and checking. On the other hand, the obsession subtypes of require for symmetry and accuracy, and the subtype of hoarding/collecting have had the least frequency. In addition, the subtype's frequency of obsessions and compulsions were distributed differently according to the subjects' gender. The obsessions of aggressive and contamination, and the compulsions of cleaning/ washing in women, and aggressive and sexual obsessions, and repetition and checking compulsions in men were more frequent. These findings support the idea of global pattern for symptoms of this disorder. But the point to consider is that the highest frequency of obsessions in both sexes, and especially with a significant difference in women, is aggressive obsession. In this study, women were twice more than men had aggressive obsession, which is different from the common global pattern.

Keywords: obsessive compulsive disorder, subtypes, Yale Brown obsessive-compulsive scale, gender

شناخت زیرگروه‌هایی از مبتلایان به اختلال وسواس- اجبار که از ثبات و همگنی برخوردار باشند می‌تواند در فهم تنوع پاسخ درمانی، بهبود کارایی درمان و همین‌طور در پیشرفت نظریه‌های سبب‌شناختی نقش مهمی داشته باشد. هدف پژوهش حاضر تعیین فراوانی زیرگروه‌های اختلال وسواس- اجبار در نمونه ایرانی مبتلایان به این اختلال بود. طرح پژوهش یک طرح مقطعی- توصیفی بود. نمونه‌ای در دسترس از ۵۰ درمانجوی مبتلا به اختلال وسواس- اجبار مراجعه‌کننده برای درمان انتخاب شد. ابزار گردآوری داده‌ها مقیاس وسواس- اجبار بیل براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۶) بود. جهت تجزیه و تحلیل آماری از روش‌های توصیفی، و استنباطی خی دو استفاده شد. نتایج نشان داد که شایع‌ترین زیرگروه‌های وسواس عبارتند از وسواس‌های پرخاشگرانه، آلودگی و مذهبی. همچنین اجبارهای آداب تکرار، پاک‌گردانی/ شستشو و واری کردن بیشترین فراوانی را در میان اجبارها داشتند. از طرفی زیرگروه وسواس نیاز به تقارن و صحت و زیرگروه اجبار انباشت‌گری/ جمع‌آوری کمترین فراوانی را داشتند. به علاوه، زیرگروه‌های وسواس‌ها و اجبارها با توجه به جنسیت آزمودنی‌ها توزیع فراوانی متفاوتی داشت. وسواس‌های پرخاشگرانه و آلودگی، و اجبار پاک‌گردانی/ شستشو در زنان، و وسواس‌های پرخاشگرانه و جنسی، و اجبارهای آداب تکرار و واری کردن در مردان فراوانی بیشتری داشت. این یافته‌ها از ایده جهانی بودن الگوی نشانه‌های این اختلال حمایت می‌کند. اما نکته قابل تأمل، تعلق گرفتن بالاترین فراوانی وسواس‌ها در هر دو جنس، و به‌ویژه با اختلاف قابل توجهی در زنان، به وسواس پرخاشگرانه است. در این پژوهش زنان بیش از دو برابر مردان وسواس پرخاشگرانه داشتند، که این موارد، متفاوت از الگوی شایع جهانی است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس- اجبار، زیرگروه‌ها، مقیاس وسواس- اجبار بیل براون، جنسیت

مقدمه

اختلال وسواس- اجبار اختلال ناهمگنی است (مک‌کی و نظیراوغلو^۲، ۲۰۰۹). انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) تعریفی کلی از این اختلال ارائه می‌دهد که شامل وسواس^۳ و یا اجبار^۴ (هر دو یا یکی از آنها) است. وسواس عبارت از فکر، تکانه یا تصویری تکراری و مزاحم

^۱ * پژوهش حاضر با حمایت مالی بنیاد ملی نخبگان National Elites Foundation انجام شده است.

^۲ Obsessive Compulsive Disorder

^۳ Mckay & Neziroglu

^۴ Obsession

^۵ Compulsion

است. اجبار هم رفتاری تکراری (برای مثال، شستشو) و یا عملی ذهنی (برای مثال، دعا، شمارش) است که در پاسخ به وسواس‌ها انجام می‌شود (فریمن و گارسیا، ۲۰۰۹؛ ترجمه دلیر و رسانه، ۱۳۹۵). نوع تظاهر این نشانه‌ها از فردی به فرد دیگر بسیار متفاوت است. گستردگی نشانه‌های مشاهده شده در این اختلال و پاسخ متفاوت آن‌ها به درمان، پژوهشگران و بالینگران را به این فرض سوق داد که این اختلال زیرگروه‌هایی دارد که باید مورد توجه قرار گیرند (مک‌کی و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین، شناخت زیرگروه‌هایی از افراد وسواسی که از ثبات و همگنی برخوردار باشند می‌تواند در فهم تنوع پاسخ درمانی، بهبود کارایی درمان و همین‌طور در پیشرفت نظریه‌های سبب‌شناختی نقش مهمی داشته باشد (وایت و ویلیامز، ۲۰۰۹).

همزمان با ارائه اولین توصیف‌ها درباره اختلال وسواس- اجبار، پژوهشگران تلاش کردند تا زیرگروه‌های همگنی از این اختلال را تشریح کنند (هولاندر، زوهار، سیروواتکا و رگی، ۲۰۱۱). حاصل این تلاش‌ها به الگوهای گروه‌بندی زیر منجر شد (مک‌کی و همکاران، ۲۰۰۴): الف) شروع زودرس در برابر شروع تأخیری، ب) وجود تیک در برابر فقدان تیک، ج) وجود بیماری‌های کودکی مثل اختلالات خود-ایمنی در برابر فقدان آن‌ها، د) وجود ویژگی‌های روان‌پیشانه یا عصب‌شناختی در برابر فقدان خصیصه‌های مذکور، ه) گروه‌بندی مبتنی بر درونمایه نشانه‌های اختلال.

دسته‌بندی مبتلایان به کمک رفتار اجباری اصلی، قدیمی‌ترین رویکرد به زیرگروه‌بندی اختلال وسواس- اجبار براساس نشانه‌های اختلال است. لوپس^۴ (۱۹۳۶) مبتلایان را به «شستشوکنندگان» و «وارسی‌کنندگان» تقسیم کرد. هونن-ساریک و بارکس‌دیل^۵ (۱۹۸۳) «تکانشی» در مقابل «غیرتکانشی» را معرفی کردند. راسموسن و ایسن^۶ (۱۹۸۹) نشانه‌های اختلال را در سه گروه جای دادند: الف) ارزیابی خطر غیرعادی ب) شک بیمارگون و ج) ناکامل بودن (به نقل از دلیر، ۱۳۹۳). هاجسون و راجمن^۷ (۱۹۷۷) اولین کسانی بودند که برای شناسایی زیرگروه‌های وسواس از ابزاری که به این منظور طراحی شده بود، یعنی، پرسشنامه وسواس- اجبار مادزلی^۸ استفاده کردند. تحلیل عوامل روی نشانه‌های اختلال سه بُعد نشانه عمده را آشکار ساخت: شستشو، واریسی، و شک- وجدانی بودن. راسموسن و ایسن (۱۹۹۲) بر اساس داده‌های حاصل از بررسی بیش از ۱۰۰۰ فرد مبتلا به هفت زیرگروه اختلال دست یافتند که به ترتیب از بیشترین شیوع تا کمترین عبارت بودند از وسواس‌های ترس از آلودگی، شک بیمارگون، جنسی، پرخاشگری، جسمانی، نیاز به تقارن/ دقت، مذهبی/ کفر، و اجبارهای پاک‌گردانی/ شستشو، واریسی، نیاز به پرسش و اعتراف، تقارن و دقت، انباشت‌گری. فهرست نشانه‌های مقیاس وسواس- اجبار ییل براون^۹ (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) به علت تنوع نشانه‌هایی که دربرمی‌گیرد، در بررسی زیرگروه‌های اختلال وسواس- اجبار مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. این مقیاس نشانه‌های اختلال را در هشت زیرگروه وسواس پرخاشگرانه، آلودگی، جنسی، انباشت‌گری، تقارن، مذهبی، جسمی و متفرقه و هفت زیرگروه اجبار پاک‌گردانی/ شستشو، واریسی، شمارش، نظم‌و ترتیب، انباشت‌گری، آداب تکرار و متفرقه دربرمی‌گیرد. بیر^{۱۰} (۱۹۹۴) این مقیاس را بر روی ۱۰۷ فرد مبتلا اجرا کرد. تحلیل مؤلفه‌های اصلی سه عامل را آشکار نمود. عامل اول تقارن و انباشت‌گری، عامل دوم آلودگی و پاک‌گردانی، و عامل سوم وسواس خالص تأمید شده.

اختلال وسواس- اجبار در سرتاسر دنیا شیوع دارد و شباهت‌های اساسی در توزیع جنسیتی، سن شروع و هم‌ابتلائی با اختلالات دیگر در تمام فرهنگ‌ها دیده می‌شود. از این گذشته، در سرتاسر جهان ساختار نشانه‌های مشابه مشاهده می‌گردد. با این وجود تفاوت‌های منطقه‌ای در تظاهر نشانه‌ها نیز وجود دارد و عوامل فرهنگی ممکن است در شکل دادن به محتوای وسواس‌ها و اجبارها نقش داشته باشد. به علاوه، تفاوت‌های مربوط به جنسیت در الگوی نشانه‌ها گزارش شده است. برای مثال، در زن‌ها احتمال وجود نشانه‌های مربوط به جنبه‌های پاک‌گردانی، و در مردها، نشانه‌های مربوط به افکار ممنوعه و تقارن بیشتر است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). قاسم‌زاده و

1 Freeman & Garcia

2 Waite & Williams

3 Hollander, Zohar, Sirovatka & Regier

4 Lewis

5 Hoehn-Saric & Barksdale

6 Rasmussen & Eisen

7 Hodgson & Rachman

8 Maudsley Obsessive Compulsive Inventory

9 Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Symptom Checklist

1 Goodman 0

1 Baer 1

1 pure obsession 2

همکاران (۲۰۰۲) محتوای نشانه‌های وسواسی را در نمونه‌ای از مبتلایان به وسواس ایرانی بررسی کردند. یافته‌های آنان نشان داد که شک و تردید شایع‌ترین وسواس، و پاک‌گردانی/ شستشو شایع‌ترین اجبار در کل نمونه است. ترس از نجاست و آلودگی، افکار وسواسی مربوط به نجس‌بودن خود و اجبارهای پاک‌گردانی/ شستشو در زنان شایع‌تر، در حالی که افکار کفرآلود و اجبارهای نظم‌و ترتیب در مردان شایع‌تر بود. همچنین، نتایج مطالعهٔ رحمتی‌نژاد، محمدی، نوروزی‌نژاد، آشتیان و حق‌وردی (۱۳۹۶) در نمونه‌ای از مبتلایان به اسکیزوفرنیا نشان داد که وسواس آلودگی و شستشو دارای بیشترین فراوانی در این افراد است. به هر حال، اگرچه محتوای وسواس‌ها و اجبارها در بین افراد، متفاوت است، بعضی ابعاد نشانه‌ها به‌ویژه شایع‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

به‌طور خلاصه، نشانه‌های اختلال وسواس- اجبار چهار الگوی عمده دارد: آلودگی، تردید مرضی، افکار مزاحم، و تقارن. شایع‌ترین الگو آن است که وسواس آلودگی و به دنبالش شستشو یا اجتناب اجبارگونه از شیئی که فرد گمان می‌کند آلوده است، وجود داشته باشد (سادوک، سادوک، و روئیز؛ ۲۰۱۵؛ ترجمهٔ رضاعی، ۱۳۹۶). این نوع از اختلال در زنان بیشتر رخ می‌دهد (ژانگ، لیو، کوی و لیو؛ ۲۰۱۳). پاک‌گردان‌ها^۱ وسواس‌هایی دربارهٔ میکروب‌ها و اجبارهایی برای پاک‌گردانی دارند. این افراد مایل نیستند که دستگیرهٔ درب‌ها را لمس کنند، از سرویس بهداشتی عمومی استفاده نمایند، یا با مردم دست بدهند (رومیلا؛ ۲۰۰۹). آن‌ها معمولاً به‌طور افراطی می‌شویند تا احساس کنند که خودشان یا دیگران پاک و ایمن هستند (ایشیکاوا، کوبوری، کومورو و شیمیزو؛ ۲۰۱۴).

دومین الگوی شایع، وسواس تردید است که به دنبالش اجبار واری روی می‌دهد (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵؛ ترجمهٔ رضاعی، ۱۳۹۶). زیرگروه تردید، نگرانی در مورد تصمیم‌گیری را منعکس می‌کند. در افراد وسواسی مشکل در تصمیم‌گیری برای انجام امور روزمرهٔ زندگی بسیار فرساینده می‌شود. در این افراد تردید می‌تواند کارکرد طبیعی را از چند طریق تخریب کند. تردید می‌تواند فرد را از سازمان‌دهی سریع و با ثبات محیط اطراف و افکار خود بازدارد. زیرا همزمان راه‌های متعددی برای دسته‌بندی محرک‌ها به ذهن این افراد خطور می‌کند (راسین و موریس؛ ۲۰۰۵). این بیش دسته‌بندی یا بیش‌سازمان‌دهی می‌تواند به کندگی^۲ و ناتوانی در انجام مناسب امور منجر شود (تالیس؛ ۱۹۹۷). تردید، رفتار واری کردن را برای افزایش قطعیت برمی‌انگیزد (گیل، وندنهات، انگلهارد و دک؛ ۲۰۱۴). افراد واری‌کننده با این فکر درگیر هستند که انجام کاری، مثل خاموش کردن چراغ یا قفل کردن درب را فراموش کرده‌اند. پس مجبور می‌شوند برای مطمئن شدن، آن واری کنند. متأسفانه، یک‌بار واری کردن ایشان را راضی نمی‌کند؛ آن‌ها باید بارها واری کنند تا مطمئن گردند. واری‌کنندگان می‌ترسند که اگر آن کار را انجام ندهند، اتفاق بدی خواهد افتاد؛ برای مثال، اگر درب منزل قفل نشده باشد منزل ایشان مورد دستبرد قرار خواهد گرفت (رومیلا، ۲۰۰۹). وسواس‌های جسمی شامل ترس مستمر از ابتلاء به یک بیماری مرگ‌بار بیش از همه با واری مربوط هستند.

سومین الگوی شایع آن است که فرد صرفاً افکار مزاحمی بدون هیچ عمل اجباری داشته باشد. این‌گونه وسواس‌ها معمولاً افکاری تکراری دربارهٔ نوعی عمل جنسی یا پرخاشگرانه است که به نظر خود فرد، شنیع و شرم‌آور است. چهارمین الگوی شایع نیز مربوط به لزوم رعایت تقارن یا دقت است، به‌طوری که ممکن است موجب شود فرد دچار اجبار کندگی گردد. برای مثال، فرد واقعاً ساعت‌ها وقت لازم دارد تا یک وعده غذا بخورد، یا صورتش را اصلاح کند (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵؛ ترجمهٔ رضاعی، ۱۳۹۶).

با توجه به اهمیت موضوع و با عنایت به اینکه تاکنون در مورد مبتلایان به اختلال وسواس- اجبار ایرانی آمار دقیق و روزآمدی از میزان فراوانی زیرگروه‌های این اختلال منتشر نشده یا در دسترس قرار نگرفته است، هدف پژوهش حاضر تعیین فراوانی زیرگروه‌های اختلال وسواس- اجبار در نمونهٔ ایرانی مبتلایان به این اختلال است.

¹ Sadock, Sadock & Ruiz

² Zhang, Liu, Cui & Liu

³ cleaners

⁴ Rompella

⁵ Ishikawa, Kobori, Komuro & Shimizu

⁶ Rassin & Muris

⁷ slowness

⁸ Tallis

⁹ Giele, van den Hout, Engelhard & Dek

روش

طرح پژوهش حاضر یک طرح مقطعی- توصیفی بود. جامعه آماری شامل تمام درمانجویان مراجعه‌کننده برای درمان با اختلال وسواس- اجبار در شهر تهران بود. نمونه آماری نمونه‌ای در دسترس از مبتلایان به اختلال وسواس- اجبار مراجعه‌کننده به مطب‌های خصوصی روانپزشکی و دفترهای شخصی روان‌شناسی در مناطق ۲، ۳ و ۶ شهرداری بود که براساس مصاحبه بالینی روان‌شناس طبق معیارهای DSM-5 و تشخیص روانپزشک، تشخیص ابتلاء به اختلال وسواس- اجبار گرفته بودند. این افراد پیش از آغاز درمان مقیاس وسواس- اجبار ییل- براون را تکمیل کردند که در مجموع و با حذف پرسشنامه‌های مخدوش، نمونه‌ای ۵۰ نفری شکل گرفت. از این تعداد ۳۴ نفر زن و ۱۶ نفر دیگر مرد بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۱۷ تا ۴۹ و با میانگین ۳۰/۷ سال بود. ۲۸ نفر متأهل و ۲۲ نفر مجرد بودند. تحصیلات آزمودنی‌ها از زیر دیپلم تا کارشناسی‌ارشد بود. معیارهای ورود به گروه نمونه، تمایل به شرکت در پژوهش، سواد خواندن و نوشتن، و دارا بودن تشخیص ابتلاء به اختلال وسواس- اجبار بود. معیارهای خروج از گروه نمونه نیز شامل سابقه مصرف دارو، بیماری جسمی جدی، سابقه اختلالات نورولوژیک مانند صرع، هر نوع ضربه مغزی، و اختلال‌های روانی دیگری غیر از تشخیص اصلی (مانند سوء مصرف مواد، اختلالات اضطرابی یا اختلال کنترل تکانه) بود.

ابزار پژوهش

مقیاس وسواس- اجبار ییل براون: مقیاس وسواس- اجبار ییل براون یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها است. این مقیاس توسط گودمن و همکارانش در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. بخش فهرست نشانه‌های ییل براون وسواس‌ها و اجبارها را به‌طور جداگانه بررسی می‌کند و شامل بیش از پنجاه وسواس و اجبار شایع است. نقطه برش مقیاس هفده است (دادفر، ۱۳۸۰). شانزده گویه فهرست نشانه‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به‌صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود (راجزی اصفهانی، متقی‌پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان‌بزرگی، ۱۳۹۰). همچنین این مقیاس شامل ارزیابی شدت اختلال وسواس- اجبار، باور، اجتناب و افسردگی می‌باشد. نیرومندی باور به‌وسیله یک سؤال پنج ماده‌ای و همچنین عملکرد اجتنابی با یک سؤال پنج ماده‌ای دیگر و افسردگی به‌وسیله دو سؤال چهار ماده‌ای از یک مقیاس ساده پرسشنامه افسردگی یک به‌طور جداگانه مورد سنجش قرار می‌گیرد (به نقل از دلیر و علی‌اکبری دهکردی، ۱۳۹۱). پایایی بین ارزیابان در ۴۰ فرد مبتلا ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی یا ضریب آلفا ۰/۸۹ بوده است (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) ثبات درونی این آزمون در دو بخش فهرست نشانه‌ها و ارزیابی شدت را به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۵ و اعتبار دونیمه‌سازی برای دو بخش مذکور را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند. دلیر (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای بخش ارزیابی شدت این مقیاس را ۰/۹۴ گزارش کرده است.

یافته‌ها

جدول ۱ و ۲ به ترتیب فراوانی و نسبت زیرگروه‌های وسواس و اجبار را به تفکیک جنسیت نشان می‌دهند. از آنجایی که برخی از آزمودنی‌ها دو یا چند نشانه وسواس و اجبار داشتند، مجموع فراوانی و درصد نشانه‌ها از تعداد کل افراد نمونه بیشتر شده است.

جدول ۱. فراوانی و نسبت زیرگروه‌های وسواس به تفکیک جنسیت

وسواس‌ها	زن	مرد	جمع	درصد
پرخاشگرانه	۲۱	۱۰	۳۱	۶۲
آلودگی	۱۶	۴	۲۰	۴۰
جنسی	۹	۹	۱۸	۳۶
انباشت‌گری/ جمع‌آوری	۶	۳	۹	۱۸
مذهبی	۱۲	۸	۲۰	۴۰
نیاز به تقارن و صحت	۳	۲	۵	۱۰
جسمی	۱۱	۵	۱۶	۳۲
متفرقه	۱۳	۵	۱۸	۳۶

با توجه به جدول ۱ زیرگروه‌های وسواس پرخاشگرانه با ۶۲ درصد و آلودگی و مذهبی هر دو با ۴۰ درصد بیشترین فراوانی وسواس‌ها را به خود اختصاص داده‌اند. همچنین زیرگروه نیاز به تقارن و صحت با فراوانی ۱۰ درصد کمترین میزان را دارد. به علاوه، وسواس‌های پرخاشگرانه و آلودگی در زنان، و پرخاشگرانه و جنسی در مردان بیشترین فراوانی را داشتند.

جدول ۲. فراوانی و نسبت زیرگروه‌های اجبار به تفکیک جنسیت

اجبارها	زن	مرد	جمع	درصد
پاک‌گردانی / شستشو	۱۶	۲	۱۸	۳۶
وارسی کردن	۱۰	۵	۱۵	۳۰
آداب تکرار	۱۱	۸	۱۹	۳۸
شمارش	۴	۲	۶	۱۲
نظم و ترتیب	۵	۲	۷	۱۴
انباشت‌گری / جمع‌آوری	۴	۰	۴	۸
متفرقه	۱۲	۲	۱۴	۲۸

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد زیرگروه‌های اجبار آداب تکرار با ۳۸ درصد و پاک‌گردانی / شستشو با ۳۶ درصد و وارسی کردن با ۳۰ درصد دارای بیشترین فراوانی در بین اجبارها هستند. همچنین زیرگروه انباشت‌گری با فراوانی ۸ درصد کمترین میزان فراوانی را در میان اجبارها دارد. به علاوه، اجبار پاک‌گردانی / شستشو در زنان، و اجبار آداب تکرار در مردان بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۳. نتایج آزمون خی دو برای متغیر جنسیت

جنسیت	فراوانی مشاهده شده	فراوانی مورد انتظار	باقی مانده	مقدار خی دو	درجه آزادی	سطح معناداری
مرد	۳۴	۲۵	۹	۲۷,۰۴۰	۱	...
زن	۱۶	۲۵	-۹			

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد با توجه به معنادار بودن خی دو محاسبه شده در مورد جنسیت (۲۷,۰۴۰) در سطح معناداری $p < 0.01$ می‌توان گفت که بین زنان و مردان، زیرگروه‌های متفاوتی از نشانه‌های وسواس و اجبار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین فراوانی زیرگروه‌های اختلال وسواس-اجبار در نمونه ایرانی مبتلایان به این اختلال بود. بر اساس یافته‌های به‌دست آمده فراوان‌ترین زیرگروه‌های وسواس عبارت بود از وسواس‌های پرخاشگرانه، آلودگی و مذهبی. همچنین اجبارهای آداب تکرار، پاک‌گردانی / شستشو و وارسی کردن بیشترین فراوانی را در میان اجبارها داشتند. این یافته‌ها به‌طور کلی و با اندکی اختلاف با نتایج مطالعات متعددی از جمله اختر و همکاران (۱۹۷۵؛ به نقل از استکتی، ۱۹۹۳)، هاجسون و راجمن (۱۹۷۷)، بیر (۱۹۹۴)، دادفر و همکاران (۱۳۸۰) و رحمتی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۶) همخوانی دارد. برای تبیین این اختلاف‌های جزئی در یافته‌ها می‌توان گفت که ممکن است ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در پژوهش‌های مختلف در این امر مؤثر بوده است. به علاوه، سهم عوامل فرهنگی را نیز باید در نظر گرفت. اما همان‌طور که پیشتر عنوان شد قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۲) محتوای نشانه‌های وسواسی را در نمونه‌ای از مبتلایان به وسواس ایرانی بررسی کردند. یافته‌های آنان نشان داد که شک و تردید شایع‌ترین وسواس، و پاک‌گردانی / شستشو شایع‌ترین اجبار در کل نمونه است. تفاوت این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر را می‌توان به ابزارهای متفاوت مورد استفاده نسبت داد؛ قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۲) از پرسشنامه وسواس-اجبار مادزلی استفاده کرده‌اند، در صورتی که ابزار پژوهش حاضر مقیاس وسواس-اجبار بیل براون بود. همان‌طور که در بالا مطرح شد عوامل فرهنگی می‌تواند در به‌دست آمدن این یافته‌ها دخیل باشد؛ از آنجایی که مذهب و آیین‌های مرتبط با آن از جمله رعایت پاکی و نجاست در فرهنگ آزمودنی‌های پژوهش حاضر حضور دارد، فراوانی بالای وسواس‌های آلودگی و مذهبی و همچنین اجبارهای آداب تکرار،

پاک‌گردانی/ شستشو و واریسی کردن را می‌توان به این امر نسبت داد. به‌علاوه، ممکن است به دلیل شرایط اجتماعی دشوار کنونی و مشکلات متعدد موجود و در نتیجه ناکامی‌های پی‌درپی، بتوان اختصاص یافتن بالاترین فراوانی وسواس‌ها را به وسواس پرخاشگرانه از این طریق تبیین نمود.

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که زیرگروه‌های وسواس و اجبار بر اساس جنسیت آزمودنی‌ها توزیع فراوانی متفاوتی دارد. بنابراین، جنسیت در فراوانی زیرگروه‌های نشانه‌های وسواس- اجبار نقش دارد. به عبارتی، زنان برخی نشانه‌ها و مردان نشانه‌های دیگر را بروز می‌دهند. یافته‌های پژوهش نشان داد که وسواس‌های پرخاشگرانه و آلودگی، و اجبار پاک‌گردانی/ شستشو در زنان، و وسواس‌های پرخاشگرانه و جنسی، و اجبارهای آداب تکرار و واریسی کردن در مردان فراوانی بیشتری دارد. اگرچه همانطور که پیشتر مطرح شد ناهماهنگی‌هایی میان نتایج مطالعات مختلف مشاهده می‌شود، اما نتایج این بخش از پژوهش در کل با یافته‌های متعدد (از جمله بوجتو^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ لنسی^۲ و همکاران، ۱۹۹۶؛ نوشیروانی^۳ و همکاران، ۱۹۹۱؛ و قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۰۲) هماهنگ است. در اینجا نیز همانند بالا می‌توان عوامل فرهنگی و ابزار اندازه‌گیری را در بروز تفاوت‌های جزئی دخیل دانست. اما اختصاص بیشترین فراوانی وسواس‌ها در زنان به وسواس‌های پرخاشگرانه و آلودگی، و بیشترین اجبار به اجبار پاک‌گردانی/ شستشو را می‌توان به این صورت تبیین نمود که چون زنان در جامعه ما بیشتر از مردان وظایف خانه‌داری و فرزندپروری را بر عهده دارند و از این‌رو بیشتر با آلودگی و به تبع آن با پاک‌گردانی و شستشو درگیر هستند، بنابراین بیشترین فراوانی در زنان به این وسواس و اجبار تعلق گرفته است. به‌علاوه، با توجه به اینکه در فرهنگ غالب ایرانی پرخاشگری برای زنان پذیرفته نیست، اختصاص یافتن بالاترین فراوانی وسواس در زنان به وسواس پرخاشگرانه قابل تبیین خواهد بود.

یافته‌های پژوهش حاضر به‌طور کلی تفاوت عمده‌ای در الگوی زیرگروه‌های اختلال وسواس- اجبار در نمونه ایرانی را نشان نداد. این یافته‌ها از ایده جهانی بودن الگوی نشانه‌های این اختلال حمایت می‌کند. اما نکته قابل تأمل، تعلق گرفتن بالاترین فراوانی وسواس‌ها در هر دو جنس، و به‌ویژه با اختلاف قابل توجهی در زنان، به وسواس پرخاشگرانه است. در این پژوهش زنان بیش از دو برابر مردان وسواس پرخاشگرانه داشتند، که این موارد، متفاوت از الگوی شایع جهانی است. از این رو و به لحاظ اهمیت موضوع، توصیه می‌شود پژوهش‌های آتی بر زیرگروه وسواس پرخاشگرانه در مبتلایان به وسواس ایرانی تمرکز کنند. محدودیت عمده پژوهش حاضر استفاده از مقیاس وسواس- اجبار بیل براون است که نسبت به ظرافت‌های فرهنگ اسلامی- ایرانی حساس نیست. بنابراین، ساخت و هنجاریابی مقیاسی که این کمبود را مرتفع سازد، پیشنهاد می‌گردد. در نهایت، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که الگوی زیرگروه‌های اختلال وسواس- اجبار در ایران اندکی متفاوت از الگوی شایع جهانی است که این امر می‌تواند در نظریه‌پردازی‌های بومی درباره این اختلال مد نظر قرار بگیرد. به‌علاوه، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، در نظر گرفتن تفاوت‌های جنسیتی و نیز فرهنگی در درمان مبتلایان به اختلال وسواس- اجبار، به درمانگران این اختلال در ایران توصیه می‌شود.

منابع

- دادفر، محبوبه؛ بوالهری، جعفر؛ ملکوتی، کاظم؛ و بیان‌زاده، سیداکبر (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی- جبری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۲۷-۳۲.
- دلیر، مجتبی (۱۳۹۳). *مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی، تعدیل سوگیری شناختی، و ترکیب درمان شناختی رفتاری گروهی با تعدیل سوگیری شناختی بر شدت نشانه‌های اختلال وسواس- بی‌اختیاری، باورهای وسواسی، و رفتارهای وسواسی در نمونه غیربالینی*. رساله دکتری تخصصی. چاپ نشده.
- دلیر، مجتبی؛ و علی‌اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۱). تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس- بی‌اختیاری. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۷)، ۱۰۲-۹۱.
- راجزی اصفهانی، سپیده؛ متقی‌پور، یاسمن؛ کامکاری، کامبیز؛ ظهیرالدین، علی‌رضا؛ و جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی- اجباری بیل- براون. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۴)، ۲۹۷-۳۰۳.

1 Bogetto
 2 Lensi
 3 Noshirvani

رحمتی‌نژاد، پروین؛ محمدی، داود؛ نوروزی‌نژاد، غلامحسین؛ آشتیان، محمد؛ و حق‌وردی، علی (۱۳۹۶). فراوانی وسواس فکری- عملی در اختلالات طیف اسکیزوفرنیا: اعتبار تشخیصی زیرگروه اسکیزو- وسواس. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی* بزد، ۲۵ (۱): ۴۲-۵۱.

سادوک، بنجامین جمیز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ و روئیز، پدرو (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی. *علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*. ویراست یازدهم. جلد اول. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۹۶). تهران: ارجمند

فریمن، جی. بی؛ و گارسیا ای. ام (۲۰۰۹). *درمان خانواده‌محور کودک وسواسی: راهنمای درمانگر*. ترجمه مجتبی دلیر و فرزانه رسانه (۱۳۹۵). تهران: ارجمند.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Baer, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 18-23.
- Bogetto, F.; Venturello, S.; Albert, U.; Maina, G.; & Ravizza, L. (1999). Gender - related clinical differences in obsessive - compulsive disorder. *Eur Psychiatry*, 14, 434-441.
- Ghassemzadeh, H.; Mojtabei, R.; Khamseh, A.; Ebrahimkhani, N.; Issazadegan, A.; & Saif-Nobakht, Z. (2002). Symptoms of obsessive - compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *The International Journal of Social Psychiatry*, 48(1), 20-28.
- Giele, C. L., van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., & Dek, E. C. P. (2014). Paradoxical effects of compulsive perseveration: Sentence repetition causes semantic uncertainty. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 35-38.
- Goodman, W.K.; Price, L.H.; Rasmussen, S.A.; Mazure, C.; Delgado, P.; Heninger, G.R.; & Charney, D.S. (1989). The Yale - Brown Obsessive - compulsive Scale I: Development, use, reliability, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hodgson, R.J. & Rachman, S.J. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hollander, E., Zohar, J., Sirovatka, P. J., & Regier, D. A. (2011). *Obsessive- Compulsive Spectrum disorders: Refining the research agenda for DSM-V*. Arlington, Virginia: America Psychiatric Association.
- Hudak, R., & Dougherty, D. D. (2011). *Clinical Obsessive Compulsive Disorders in Adults and Children*. New York: Cambridge University Press.
- Ishikawa, R., Kobori, O., Komuro, H., & Shimizu, E. (2014). Comparing the roles of washing and non-washing behaviour in the reduction of mental contamination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 60-64
- Lensi, P.; Cassano, G.B.; Correddu, G.; Ravagli, S.; Kunovac, J.L.; & Akiskal, H.S. (1996). Obsessive-compulsive disorder. Familial-development history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169, 101-107.
- Lewis, A.J. (1936). Problems of obsessional illness. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 29, 325-336.
- Mckay, D., & Neziroglu, F. (2009). Methodological issues in the obsessive-compulsive spectrum. *Journal of Psychiatry Research*, 170, 61-65.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radosky, A., Sookman, D., Taylor, S., Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, 24(3), 283-313.
- Noshirvani, H.F.; Kasvikis, Y.; Marks, I.M.; Tsakiris, F.; & Monteiro, W.O. (1991). Gender - divergent a etiological factors in obsessive - compulsive disorder. *Br J Psychiatry*, 158, 260-263.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
- Rasmussen, S.A.; & Eisen, J.L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive - compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Rassin, E., & Muris, P. (2005). To be or not to be ... indecisive: Gender differences, correlations with obsessive-compulsive complaints, and behavioral manifestation. *Personality and Individual Differences*, 38, 1175-1181.
- Rompella, N. (2009). *Obsessive-compulsive disorder: the ultimate teen guide*. Lanham, Maryland: Scarecrow Press, Inc.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Tallis, F. (1997). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: A review and consideration of clinical implications. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 3-20.
- Waite, P. & Williams, T. (2009). *Obsessive compulsive disorder: cognitive behavior therapy with children and young people*. East Sussex: Routledge.
- Zhang, X., Liu, J., Cui, J., & Liu, C. (2013). Study of symptom dimensions and clinical characteristics in Chinese patients with OCD. *Journal of Affective Disorders*, 151, 868-874.



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی