



## بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری

محبوبه دادفر\*، دکتر جعفر بوالهروی\*\*، دکتر کاظم ملکوتی\*\*\*، دکتر سید اکبر بیان زاده\*\*\*\*

### چکیده

مقدمه: از آنجا که نشانه‌های وسواسی - جبری علایمی فرهنگ وابسته‌اند، شناسایی انواع نشانه‌های موجود در افراد وسواسی - جبری از اهمیت بالینی ویژه‌ای برخوردار است. شناخت بهتر نشانه‌های وسواس در بیماران ایرانی تشخیص سریعتر این اختلال را در پی خواهد داشت و همچنین برای تشخیص افتراقی و مداخلات درمانی بسیار مهم و سودمند خواهد بود. روش: به کمک یک طرح مقطعی ۵۶ بیمار وسواسی - جبری سرپایی مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی انستیتو روانپزشکی تهران، درمانگاه بیمارستان شهید اسماعیلی و مطب‌های خصوصی روانپزشک به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای تشخیص‌گذاری دقیق بیماران فهرست علایم تشخیصی اختلال وسواسی - جبری بکار گرفته شد. نشانه‌ها و شدت وسواس با مقیاس وسواسی - جبری یل - براون اندازه‌گیری شد. نتایج: این بررسی نشان داد که شایعترین نشانه‌های وسواس فکری، آلودگی و نگرانیهای مذهبی؛ و وسواس عملی، شستشو، نظافت، تشریفات تکرار کردن، و واریسی می‌باشد و نشانه‌های جمع کردن و انبار کردن فراوانی کمتری داشت. همچنین در زنان وسواسی - جبری سن شروع اختلال بالاتر از مردان بود. شدت وسواس در بیماران وسواسی - جبری دارای طول مدت بیماری بیشتر از ۵ سال شدیدتر بود.

کلید واژه: اختلال وسواسی - جبری، علانم و نشانه‌ها، مقیاس وسواسی - جبری یل - براون

### مقدمه

در دهه گذشته شناخت ابعاد بالینی اختلال وسواسی - جبری رشد گسترده‌ای داشته است (راسموسن<sup>(۱)</sup>) و

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.  
\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.  
\*\*\* روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران، کیلومتر ۶ جاده مخصوص کرج، مرکز آموزشی درمانی شهید نواب صفوی.  
\*\*\*\* دکترای توانبخشی روانی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.

آیزن<sup>(۱)</sup>، ۱۹۹۲). بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری نارساییهای چشمگیری در توانایی ارزیابی درست از احتمال وقوع خطر را نشان می‌دهند به طوری که نسبت به همه چیز بدگمان شده و به یک "شک مرضی" دچار می‌شوند. در نتیجه درگیر نشخوارهای ذهنی و رفتارهای زائد می‌شوند تا از نگرانیهای خود بکاهند.

بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری یک احساس فراگیر از ناتمام بودن را در ارتباط با نشانه‌های وسواسی - جبری توصیف می‌کنند. برای مثال، اجبارهایی چون نظم و ترتیب، جمع کردن و انبار کردن یا رفتارهای لمس کردن به این دلیل انجام می‌شود که حس "تمام شدن" یا "راحتی" برای آنها بدست آید (راسموسن و آیزن، ۱۹۹۲؛ لکمن<sup>(۲)</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ به نقل از پیگوت<sup>(۳)</sup> و همکاران، ۱۹۹۴).

علیرغم تغییراتی که در تعریف و ملاکهای تشخیصی اختلال وسواسی - جبری بوجود آمده است، به لحاظ پدیدارشناسی پژوهشهای گذشته و جدید جنبه‌های همخوانی را ذکر نموده‌اند، چنانچه توصیف بالینی فروید<sup>(۴)</sup>، بلوئر<sup>(۵)</sup>، ژانه<sup>(۶)</sup> و کرپلین<sup>(۷)</sup> به تابلو بالینی کسنونی نزدیک است. از نقطه نظر پدیدارشناسی موضوعهایی چون آلودگی، تردید مرضی، واریسی پی در پی، افکار، تکانها و تصورات پرخاشگرانه، جنسی و کفرآمیز، شمارش، جمع کردن و انبار کردن، وسواس‌های جسمانی، نیاز به تقارن و دقت، نیاز به پرس و جو یا اعتراف از علائم وسواسی - جبری گزارش شده‌اند (راسموسن و آیزن، ۱۹۸۹، ۱۹۹۲؛ استکتی<sup>(۸)</sup>، ۱۹۹۳). علائم بیمار ممکن است با گذشت زمان همپوشی پیدا کرده یا تغییر یابد.

اختلال وسواسی - جبری چهار الگوی مهم دارد. شایعترین الگو، وسواس آلودگی است که با شستشو دنبال می‌شود یا با پرهیز جبری از شیء بر فرض آلوده همراه است. موضوع ترساننده غالباً چیزی است که پرهیز از آن ممکن نیست (مثل ادرار، مدفوع، میکروب‌ها و گرد و غبار).

چنین بیمارانی ممکن است از زیادی شستشو پوست دست‌های خود را بسابند یا به دلیل ترس از میکروب توانایی ترک خانه را نداشته باشند. دومین الگوی شایع وسواس شک و تردید است، که با اقدام جبری برای امتحان کردن دنبال می‌شود مثل فراموش کردن بستن شیر گاز یا قفل کردن در. امتحان کردن ممکن است نیازمند چندین بار بازگشت به خانه و سرزدن به اجاق گاز باشد. سومین الگوی شایع افراد وسواسی افکار مزاحم بدون اعمال وسواسی است، و چهارمین الگوی شایع، نیاز به تقارن و دقت است، که می‌تواند کندی وسواسی را به دنبال داشته باشد. افکار وسواسی مذهبی و جمع کردن و انبار کردن جبری نیز در بیماران وسواسی - جبری شایع است (کاپلان<sup>(۹)</sup> و سادوک<sup>(۱۰)</sup>، ۱۹۹۸).

بائر<sup>(۱۱)</sup> (۱۹۹۴) مقیاس وسواسی - جبری یل براون را بر روی ۱۰۷ بیمار وسواسی - جبری اجرا کرد و در یک تحلیل عاملی اختلال وسواسی - جبری را به سه عامل تقارن، جمع کردن و انبار کردن؛ آلودگی و واریسی؛ و وسواسهای فکری صرف تقسیم نمود.

متغیرهای فرهنگی می‌تواند بر تظاهرات اختلال وسواسی - جبری تأثیر بگذارند. به عنوان مثال مذهب بعنوان یک پدیده فرهنگی می‌تواند در اختلال وسواسی - جبری نقش یک واسطه را داشته باشد (استکتی، کوای<sup>(۱۱)</sup> و وایت<sup>(۱۲)</sup>، ۱۹۹۱؛ به نقل از استکتی، ۱۹۹۳). در کشورهای اسلامی به دلیل نقش مهم طهارت در مناسک مذهبی، رفتارهای جبری بیشتر بر محور شستشو دور می‌زند، حال آنکه در کشورهای پیشرفته صنعتی اشکال دیگری از اختلال، بیشتر دیده می‌شوند.

1-Eisen	2-Leckman
3-Pigott	4-Freud
5-Bluer	6-Janet
7-Kraeplin	8-Steketee
9-Kaplan	10-Sadock
11-Quay	12-White

محبوب<sup>(۱)</sup> و عبدل حافظ<sup>(۲)</sup> (۱۹۹۱) گزارش دادند که موضوعهای مذهبی در ۵۰ درصد بیماران یهودی مورد بررسی در اورشلیم و مصر نیز غالب بوده است. باورها و اعتقادات فرهنگی بر محتوای وسواس‌ها و ماهیت رفتارهای جبری تأثیر می‌گذارند. یافته‌های این پژوهشها نشان می‌دهند که فرهنگ اسلامی سعودی‌ها بر پدیدارشناسی اختلال تأثیر دارد، زیرا ۵۰ درصد از موضوعات وسواس غالباً در زمینه اعمال مذهبی بین نماز و شستشوی مرتب با آن بوده است. اما در آزمودنی‌های آنها این افکار و نیز اعمال جبری با محتوای مذهبی، خودناپذیر بوده و از سوی بیمار رفتار مضر تلقی شده است (به نقل از نظیری، ۱۳۷۴).

## روش

طرح کلی پژوهش یک طرح مقطعی است. در اجرای این پژوهش ۵۶ بیمار سرپایی وسواسی - جبری مراجعه کننده به انستیتو روانپزشکی تهران، درمانگاه بیمارستان شهید اسماعیلی و مطب‌های خصوصی روانپزشکان بر اساس مصاحبه بالینی و چک لیست تشخیصی انتخاب گردیدند. این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای اندازه‌گیری شامل تشخیص قطعی روانپزشک، مصاحبه غیر سازمان یافته و مقیاس وسواسی - جبری یل - براون<sup>(۳)</sup> (YBOCS) بود. در مصاحبه غیر سازمان یافته از چک لیست تشخیصی اختلال وسواسی - جبری استفاده شد. اعتبار صوری چک لیست توسط متخصصان بالینی تأیید گردید. ماده‌های چک لیست، همان ملاکهای تشخیصی DSM-IV بود که به صورت سؤالی مطرح می‌گردید. YBOCS توسط گودمن<sup>(۴)</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته شد و یک مصاحبه نیمه ساخت یافته برای ارزیابی نشانه‌ها، شدت آن و پاسخ به درمان بیماران وسواسی - جبری است. فهرست علایم یل - براون وسواس‌ها و اجبارها را جداگانه بررسی می‌کند و شامل بیش از ۵۰ وسواس و اجبار شایع از جمله افکار وسواسی حول پرخاشگری، آلودگی و مسائل جنسی و

اجبارها درباره نظافت، واریسی، نظم و ترتیب و جمع کردن و انبار کردن می‌باشد. این فهرست مجموعه علایم اختلال وسواسی - جبری در DSM-IV می‌باشد. نقطه برش مقیاس ۱۷ است. جهت پایایی مقیاس YBOCS از روش بازآزمایی در فاصله دو هفته‌ای استفاده گردید که ضریب پایایی برابر ۰/۸۴ بود.

برای انتخاب نمونه با توجه به تشخیص موجود در پرونده، نخست یک مصاحبه بالینی غیر سازمان یافته با بیمار انجام می‌گرفت که ضمن آن برخی اطلاعات جمعیت شناختی از جمله جنس، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل و نیز دو متغیر بالینی مدت بیماری و سن شروع بیماری ثبت می‌گردید. در هنگام مصاحبه چک لیست تشخیصی تکمیل می‌گردید. در صورتیکه تشخیص به دست آمده از چک لیست، با نظر روانپزشک یا تشخیص موجود در پرونده بیمار همخوانی داشت، وی به عنوان آزمودنی انتخاب شده و مقیاس وسواسی - جبری یل - براون به صورت انفرادی بر روی وی اجرا می‌گردید. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و آزمون  $\chi^2$  استفاده شد.

## یافته‌ها

جدول ۱ مشخصات جمعیت شناختی آزمودنیها را نشان می‌دهد. میانگین سنی آزمودنیها ۲۸/۸، انحراف معیار ۷/۱؛ میانگین تحصیلات ۱۳ و انحراف معیار ۱/۹ بود. جداول ۲، ۳ و ۴ توزیع فراوانی نشانه‌های وسواسی - جبری را به ترتیب شیوع در نمونه پژوهش نشان می‌دهد. گفتنی است که برای برخی از آزمودنیها وجود دو یا چند نشانه وسواسی - جبری جداگانه باعث گردیده که حاصل جمع فراوانی و درصدی نشانه‌ها از شمار کل افراد وسواسی - جبری بیشتر شود.

جدول ۱- مشخصات جمعیت شناختی آزمودنیها

متغیرها	تعداد	درصد
جنس		
زن	۳۷	۶۶/۱
مرد	۱۹	۳۳/۹
وضعیت تأهل		
مجرد	۲۵	۴۴/۶
متاهل	۲۹	۵۱/۸
مطلقه	۲	۳/۶
وضعیت شغلی		
کارمند	۲۵	۴۴/۶
خانه دار	۱۵	۲۶/۸
بیکار	۱۶	۲۸/۶

همانطور که در جدولهای یاد شده دیده می شود فراوانترین نشانه های وسواس های فکری در زمینه آلودگی، پرخاشگری، موضوعات مذهبی و وسواس های عملی در حیطة شستشو - نظافت، تشریفات تکرار کردن و واری هستند.

نگرانی و انزجار نسبت به ترشحات یا مواد دفعی بدن، نگرانی درباره کثیفی یا میکرب و آلودگی های محیطی؛ نگرانی در مورد درست و نادرست بودن، اخلاق، توهین به مقدسات، کفرگویی، ترس از به زبان آوردن کلمات وقیح و دشنام؛ دست شستن افراطی یا با تشریفات ویژه، دوش گرفتن، حمام کردن، مسواک زدن یا آراستن افراطی با تشریفات معین، واری قفلها، اجاق گاز و غیره، دوباره خواندن یا دوباره نوشتن، نیاز به گفتن، پرسیدن یا اعتراف کردن از شایعترین نشانه های وسواس های فکری و عملی هستند. شیوع سایر نشانه ها بین ۲٪ تا ۱۴٪ متغیر بود.

جدول ۲- نحوه توزیع علائم وسواسی - جبری

علائم وسواسی - جبری	تعداد	درصد
وسواس های فکری		
آلودگی	۴۷	۸۳/۹
پرخاشگرانه	۳۲	۵۷/۱
مذهبی	۲۰	۳۵/۷
جنسی	۱۰	۱۷/۹
جمع کردن و انبار کردن و نیاز به فرینه بودن و دقت	۸	۱۴/۳
جسمی	۷	۱۲/۵
وسواس های عملی		
شستشو - نظافت	۴۶	۸۲/۱
تشریفات تکرار کردن	۳۸	۶۷/۹
واری کردن	۲۹	۵۱/۸
شمارش	۱۲	۲۱/۴
نظم و ترتیب	۹	۱۶/۱
جمع و انبار کردن	۸	۱۴/۳

جدول ۳- نحوه توزیع نشانه های وسواس فکری

نشانه های وسواس های فکری	تعداد	درصد
انزجار نسبت به ترشحات یا مواد دفعی بدن	۳۶	۶۴/۳
کثیفی یا میکرب	۲۱	۳۷/۵
آلودگی های محیطی	۱۹	۳۳/۹
درست و غلط و اخلاقیات	۱۶	۲۸/۶
توهین به مقدسات و کفرگویی	۱۳	۲۳/۲
ترس از به زبان آوردن کلمات وقیح و دشنام	۱۲	۲۱/۴
ترس از صدمه زدن به دیگران به علت بی احتیاطی	۱۱	۱۹/۶
افکار، تخیلات، تکانه های جنسی ممنوع یا منحرف؛ ترس از گم کردن اشیاء	۱۰	۱۷/۹
نیاز وسواسی به دانستن یا بخاطر آوردن چیزها؛ ترس از گفتن مطالبی بخصوص	۹	۱۶/۱

از یافته های جنبی این پژوهش سن شروع و طول مدت بیماری در میان زنان و مردان وسواسی - جبری و همچنین میزان وسواس بر حسب سن شروع و طول مدت بیماری می باشد.

جدول ۴- نحوه توزیع نشانه‌های وسواس عملی

نشانه‌های وسواس‌های عملی	تعداد	درصد
دست شستن افراطی یا با تشریفات خاص	۴۱	۷۳/۲
دوش گرفتن، حمام کردن، مسواک زدن یا آراستن افراطی با تشریفات خاص	۳۷	۶۶/۱
وارسی قفلها، اجاق گاز و سایر وسایل خانه؛ دوباره ۲۸	۲۸	۵۰
خواندن یا دوباره نوشتن		
نیاز به گفتن، پرسیدن یا اعتراف کردن	۲۶	۴۶/۴
وارسی اینکه اشتباهی نکرده است	۱۵	۲۶/۸
نیاز به لمس، ضربه زدن یا مالیدن	۱۱	۱۹/۶
نیاز به تکرار فعالیتهای روزمره	۱۰	۱۷/۹

نتایج آزمون t نشان داد که سن شروع بیماری در زنان وسواسی - جبری بطور معنی داری بالاتر از مردان است ( $p < 0/01$ ,  $t = 2/7$  و  $df = 54$ ) ولی طول مدت بیماری وسواسی - جبری در میان زنان و مردان مبتلا تفاوت معنی دار نداشت. همچنین میزان وسواس بین دو گروه بیماران وسواسی - جبری دارای سن شروع زیر ۲۰ سالگی و بالای ۲۰ سالگی تفاوت معنی دار نداشت ولی مقایسه دو گروه بیماران وسواسی - جبری دارای طول مدت اختلال بیشتر از ۵ سال و کمتر از ۵ سال نشان داد که میزان وسواس در گروه اول شدیدتر بوده و تفاوت میان آن دو معنی دار بود ( $p < 0/01$ ,  $t = 2/8$  و  $df = 54$ ).

بحث

بر پایه یافته‌های بدست آمده در پژوهش حاضر فراوانترین نشانه‌های وسواس‌های فکری آلودگی، پرخاشگرانه، مذهبی؛ و وسواس‌های عملی شستشو، نظافت، تشریفات تکرار کردن و واریسی می‌باشد. این نتایج با بررسیهای اختر<sup>(۱)</sup> و همکاران (۱۹۷۵)؛ به نقل از استکتی، (۱۹۹۳)، مادزلی<sup>(۲)</sup> (۱۹۷۷)، راکمان<sup>(۳)</sup> و هاجسون<sup>(۴)</sup> (۱۹۷۷)؛ به نقل از فرجام پور، (۱۳۷۰) راسموسن و تسوانگ<sup>(۵)</sup>، (۱۹۸۶)؛ به نقل از استکتی، (۱۹۹۳)، راسموسن و آیزن (۱۹۸۹)، بسائر (۱۹۹۴) راویزا<sup>(۶)</sup> و همکاران (۱۹۹۵) لنسی<sup>(۷)</sup>، کاسانو<sup>(۸)</sup> و همکاران (۱۹۹۶)، فرجام پور (۱۳۷۰) همخوانی دارد. همچنان که ملاحظه گردید شایعترین نشانه وسواس در

پژوهش حاضر نگرانی و انزجار نسبت به ترسحات یا مواد دفعی بدن و شستشوی باشد که در مشاهدات بالینی و اجتماعی بصورت احساس نجاست در ایران دیده می‌شود. این میزان شیوع چه به تنهایی (۶۴/۴٪) و چه در جمع با سایر موضوعات مذهبی مانند نگرانی در مورد درست و نادرست بودن، اخلاقیات و توهین به مقدسات و کفرگویی با شیوع ۲۳٪ و ۲۸٪ در مقایسه با یافته‌های پژوهش سایر کشورها در خصوص شیوع نشانه‌های وسواس آلودگی و مذهبی که به صورت احساس نگرانی درباره کثیفی یا میکرب می‌باشد، قابل توجه است.

نشانه‌های جمع کردن و انبار کردن فراوانی کمتری داشت. این یافته با بررسیهای فراست<sup>(۹)</sup> و همکاران (۱۹۹۶)؛ راسموسن و آیزن (۱۹۸۹)؛ وارن<sup>(۱۰)</sup> و همکاران (۱۹۹۴) به نقل از فراست و همکاران، (۱۹۹۶) همخوانی دارد. گرچه نشانه‌های جمع کردن و انبار کردن به فراوانی علایم کلاسیک اختلال وسواسی - جبری نیست، ولی یک علامت معمول در میان این بیماران، و همراه با سایر علایم این اختلال است. شاید وقتی سایر علایم وسواسی - جبری شدید می‌شود، نشانه‌های جمع کردن و انبار کردن کمتر بروز می‌کند.

مقایسه دو گروه زنان و مردان وسواسی - جبری در سن شروع اختلال نشان داد که تفاوت معنی داری بین دو گروه وجود دارد. بدین معنی که در زنان سن شروع اختلال بالاتر از مردان می‌باشد. این نتایج با بررسیهای راسموسن و آیزن، (۱۹۸۹)؛ وایت و همکاران (۱۹۹۲)؛ به نقل از استکتی، (۱۹۹۳) کاپلان و سادوک، (۱۳۷۹) لنسی، کاسانو و همکاران (۱۹۹۶) و فرجام پور (۱۳۷۰) همخوانی دارد. همچنین تفاوت در گروه زنان و مردان وسواسی - جبری از نظر طول مدت بیماری معنی دار نبود که با یافته‌های ماویساکالیان<sup>(۱۱)</sup> و همکاران (۱۹۸۵)؛ به نقل از استکتی، (۱۹۹۳) و فرجام پور (۱۳۷۰) همسو بود. بر اساس میانگین نمرات وسواس در بیماران وسواسی - جبری دارای سن شروع زیر ۲۰ سالگی و بالای ۲۰ سالگی

1-Akhtar	2-Maudsley
3-Rachman	4-Hodgson
5-Tsuang	6-Ravizza
7-Lensi	8-Cassano
9-Frost	10-Warren
11-Mavisakalian	

Lensi, P., Cassano, G. B., Correddo, G., Ravagil, S., Kunovac, J.K., & Akiskal, H.S.(1996). Obsessive-compulsive disorder. Familial developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *British Journal of Psychiatry*, 169, 101-107.

Pigott, T. A., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S., & Murphy, D. L. (1994). Obsessive-compulsive disorder: comorbid conditions. *Journal Clinical Psychiatry*, 55, (SUPPL. 10), 15-27.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.

Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The phenomenology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinic of North American*, 15, 743-757.

Ravizza, L., Barzege, G., Bellino, S., Bogetto, F., & Maina, C.(1995). Predictors of drug treatment response in obsessive-compulsive disorder *Journal Clinical Psychiatry*, 56, 368-373.

Ristvedt, S., Maehenzie, T. B., & Christenson, G. A. (1993). Cues to obsessive-compulsive symptoms: relationships with other patient characteristics. *Behavior Research and Therapy*, 31, 721-729.

Stekette, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder* (1st ed.). New York: The Guilford Press.

مشخص گردید که دو گروه از این لحاظ تفاوت معنی داری ندارند که با یافته‌های رستویدت<sup>(۱)</sup> و همکاران (۱۹۹۳) همخوان است. مقایسه میانگین نمرات وسواس در بیماران وسواسی - جبری دارای طول مدت بیماری بیشتر از ۵ سال و کمتر از ۵ سال نشان داد که دو گروه از این نظر تفاوت معنی داری دارند که همسو با یافته رستویدت و همکاران (۱۹۹۳) نیست.

با توجه به اینکه مقیاس وسواسی - جبری یل - براون بر پایه درجه بندی ارزیاب‌گر بوده، از این رو سهم سوگیری مصاحبه‌گر کنترل نشده است. عدم انتخاب تصادفی آزمودنیها از محدودیت‌های دیگر پژوهش است. با توجه به مضامین فرهنگی و مذهبی اختلال وسواسی - جبری، بررسی تفاوت شیوع نشانه‌های وسواس در مذاهب مختلف پیشنهاد می‌گردد.

برای مقیاس یاد شده تهیه یک نوع خوداجرایی کامپیوتری و یا خودسنجی توسط بیمار و تعیین نقطه برش جداگانه برای آن پیشنهاد می‌گردد.

## منابع

فرجام پور، پرتو (۱۳۷۰). بررسی علایم و اختلال شخصیت وسواسی در گروه‌های بالینی و بهنجار ایرانی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران. کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی. جلد دوم. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری؛ تهران: انتشارات جیحون.

نظیری، قاسم (۱۳۷۴). نقش احساس گناه در فرآیند پردازش اطلاعات بیماران وسواسی - جبری و بررسی ریشه‌های آن در شیوه فرزند پروری کمال‌گرا. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

Bear, L. (1994). Factor analysis of symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, (SUPPL.3), 18-23.

Frost, R. O., Krause, M. S., & Stekette, G. (1996). Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 20, 116-132.