

اختلال وسواسی- اجباری: آیا در مولتیپل اسکروزیس شایع است؟

دکتر امیر شعبانی*، سمیه نیک‌روش**، دکتر لیلی پناشی***

چکیده

هدف: این بررسی برای ارزیابی فراوانی علائم اختلال وسواسی- اجباری (OCD) در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (MS) انجام شده است.

روش: تعداد ۴۰ نفر (۱۸ مرد و ۲۲ زن) از بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس با مقیاس‌های وسواسی اجباری ییل- براون (Y-BOCS) و افسردگی هامیلتون (HRSD) ارزیابی شدند. نقاط برش این دو مقیاس به‌عنوان ملاک تشخیصی OCD و اختلال افسردگی به کار برده شد. برای تحلیل داده‌ها به تناسب از آزمون‌های χ^2 ، دقیق فیشر و χ^2 دو بهره گرفته شد.

یافته‌ها: ۱۷/۵٪ بیماران مبتلا به OCD و ۶۹/۲٪ آنان مبتلا به اختلال افسردگی بودند. در همه موارد OCD، بیمار شروع علائم آن را مربوط به پیش از شروع تظاهرات بالینی MS می‌دانست. سطح تحصیل بیماران OCD به‌طور معنی‌داری بیش از بیماران غیر OCD بود ($p < ۰/۰۵$). فراوانی وسواس به‌طور معنی‌داری بیش از فراوانی اجبار ($p < ۰/۰۰۱$) و شایع‌ترین وسواس، «تردید» بود. فراوانی OCD در بیماران افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی‌دار نداشت.

نتیجه‌گیری: فراوانی OCD در بیماران MS قابل توجه است و این فراوانی را نمی‌توان صرفاً با میزان بالای همبودی اختلال افسردگی توجیه نمود.

کلیدواژه: مولتیپل اسکروزیس، اختلال وسواسی- اجباری، افسردگی، Y-BOCS

مقدمه

همکاران، (۱۹۸۹) و نیز بیماری‌های مغزی زیرقشری^۱ مانند بیماری پارکینسون (اویزرات^۲ و همکاران، ۲۰۰۴) همراهی دارد. افزون بر آن، وجود یک مکانیسم خود-ایمنی در

اختلال وسواسی- اجباری^۱ (OCD) با بیماری‌های خود-ایمنی^۲ مانند گره سیدنهام^۳ و PANDAS^۴ (سودو^۵ و

* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیاش، کوچه شهید منصوری،

E-mail: amirshabani@tehranpi.org

انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان. فاکس: ۶۶۵۰۶۸۹۹-۰۲۱ (نویسنده مسئول).

** دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی ایران.

*** متخصص پزشکی اجتماعی، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده.

1- Obsessive-Compulsive Disorder 2- autoimmune 3- Sydenham's chorea
4- Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders with Streptococcal Infections
5- Swedo 6- subcortical 7- Aouizerate

بیماران مبتلا به OCD مطرح شده است (روی^۱ و همکاران، ۱۹۹۴).

مولتیپل اسکروزیس^۲ (MS) شایع‌ترین بیماری میلین‌زدا^۳ است و می‌تواند یک اختلال ماده سفید و خود-ایمنی به‌شمار رود. در این بیماری طیف گسترده‌ای از علائم عصبی-روانی از جمله علائم شناختی، خلقی و اضطرابی دیده می‌شود. ارتباط MS با علائم و اختلال‌های اضطرابی به‌طور کلی (میندن^۴، اوراوا^۵ و رایس^۶، ۱۹۸۷؛ دیاز-اولاواریه‌تا^۷، کامینگز^۸، ولازکوئز^۹ و گارسیا ده آل کادنا^{۱۰}، ۱۹۹۹؛ زورزون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۱؛ یانسنز^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۴) و اضطراب منتشر و حملات پانیک به‌طور ویژه (جوف^{۱۳}، لپرت^{۱۴}، گری^{۱۵}، ساوا^{۱۶} و هورواث^{۱۷}، ۱۹۸۷) مطرح شده است. با این حال، بررسی‌های اندکی برای بررسی مستقیم اختلال‌های اضطرابی این بیماران انجام شده است. یافته‌ای قابل اعتنا و نسبتاً قدیمی در مورد ارتباط MS و وسواس که یکی از علائم اضطرابی به‌شمار می‌رود وجود دارد و آن گزارش فیلیپوپولوس^{۱۸} (به نقل از لیشمن^{۱۹}، ۱۹۹۸) از فراوانی ۴۵ درصدی علائم هیستریکال، اضطرابی یا وسواسی-اجباری در این بیماران است. گزارشی موردی نیز از ابتلای بیماران MS به OCD وجود دارد (میگوتل^{۲۰} و همکاران، ۱۹۹۵).

به نظر می‌رسد میزان بروز علائمی مانند علائم پسیکوتیک که نوعاً مرتبط با ماده خاکستری مغز دانسته می‌شوند، در بیماری MS که بیشتر ماده سفید را درگیر می‌کند، بیش از احتمال شانس نیست (فین‌اشتان^{۲۱}، ۲۰۰۳). به این ترتیب، با توجه به شیوع چشم‌گیر علائم نوروتیک مختلف در این بیماران، انتظار مشاهده علائمی مانند وسواس و اجبار که می‌توانند با درگیری راه‌های قشری-زیرقشری در ارتباط باشند (کوان^{۲۲} و همکاران، ۲۰۰۳)، به جا خواهد بود.

بررسی حاضر با هدف ارزیابی مقطعی^{۲۳} فراوانی علائم وسواسی-اجباری و برآورد فراوانی OCD در بیماران مبتلا به MS، به‌عنوان یک بررسی مقدماتی انجام شده است.

روش

این یک پژوهش توصیفی-مقطعی است. نمونه‌گیری به‌صورت در دسترس و نمونه شامل ۴۰ نفر از اعضای انجمن ام.اس. ایران بود که بر پایه پرونده و به تشخیص یک نورولوژیست، مبتلا به MS قطعی بودند. ملاک سنی ۱۸ تا ۶۵ سال و رضایت آگاهانه بیمار نیز برای ورود به بررسی در نظر گرفته شد.

اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، مدت تشخیص MS و سابقه پزشکی و خانوادگی OCD به‌کمک پرسش‌نامه‌ای گردآوری گردید. مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون^{۲۴} (Y-BOCS) و مقیاس ۲۴ ماده‌ای افسردگی هامیلتون^{۲۵} (HRSD) برای ارزیابی علائم وسواسی-اجباری و خلقی بیماران به کار برده شدند. این مقیاس‌ها به‌وسیله یک دانشجوی پزشکی که دوره بالینی روانپزشکی را گذرانده و برای استفاده از آنها آموزش دیده بود به کار گرفته شدند.

Y-BOCS به دو شکل خود-گزارشی^{۲۶} و بالینگر-کاربرد^{۲۷} وجود دارد که در این بررسی، شکل دوم آن به کار برده شده است. این مقیاس دارای ده ماده است و هر ماده آن از صفر تا چهار نمره می‌گیرد. پایایی و روایی آن در ارزیابی شدت علائم وسواسی-اجباری خوب بوده است (گودمن^{۲۸} و همکاران، ۱۹۸۹a، ۱۹۸۹b). در بررسی‌های ایرانی نیز همبستگی با روش بازآزمایی ۰/۸۴ و روایی همگرا با پرسش‌نامه وسواسی-اجباری مادزلی ۰/۷۸ گزارش شده است (دادفر، بواله‌ری، ملکوتی و بیان‌زاده، ۱۳۸۰). با این که این ابزار در ابتدا صرفاً برای نشان دادن شدت علائم به کار می‌رفته، در برخی از بررسی‌های دارویی، برای تعیین افراد نیازمند درمان، نقطه برش ۱۷ به کار برده شده است (استکی^{۲۹}، ۱۹۹۳). در بررسی حاضر نیز از همین نقطه برش برای تشخیص اختلال بهره گرفته شد. افزون بر آن، چک‌لیست علائم وسواسی-اجباری ییل-براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹a، ۱۹۸۹b) نیز برای ارزیابی انواع وسواس و اجبار به کار رفت.

HRSD نیز ابزاری برای اندازه‌گیری شدت علائم افسردگی با پایایی و روایی مطلوب است که نقطه برش ۲۰ برای نوع ۲۴ ماده‌ای آن در تشخیص اختلال افسردگی به کار رفته است.

1- Roy	2- Multiple Sclerosis
3- demyelinating	4- Minden
5- Orav	6- Reich
7- Diaz-Olavarrieta	8- Commings
9- Velazques	10- Garsia de al Cadena
11- Zorzon	12- Janssens
13- Joff	14- Lippert
15- Gray	16- Sawa
17- Horvath	18- Philippopoulos
19- Lishman	20- Miguel
21- Feinstein	22- Kwon
23- cross-sectional	
24- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale	
25- Hamilton Rating Scale for Depression	
26- self-report	27- clinician-administered
28- Goodman	29- Steketee

جدول ۱- برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به MS با MS و OCD با اختلال افسردگی

مشخصات جمعیت‌شناختی	MS n=۴۰ فراوانی (%)	OCD+MS n=۴۰ فراوانی (%)	MS+اختلال افسردگی n=۴۰ فراوانی (%)
جنس			
مرد	۱۸ (۴۵/۰)	۵ (۷۱/۴)	۱۱ (۴۰/۷)
زن	۲۲ (۵۵/۰)	۲ (۲۸/۶)	۱۶ (۵۶/۳)
ناهل			
مجرد	۱۶ (۴۰/۰)	۲ (۲۸/۶)	۱۲ (۴۴/۴)
متاهل	۲۱ (۵۲/۵)	۵ (۷۱/۴)	۱۳ (۴۸/۱)
بیوه	۳ (۷/۵)	۰ (۰/۰)	۲ (۷/۴)
سطح تحصیل			
تا سیکل	۱۱ (۲۷/۵)	۰ (۰/۰)	۷ (۲۵/۹)
تا دیپلم	۱۴ (۳۵/۰)	۱ (۱۴/۳)	۱۱ (۴۰/۷)
بالتر از دیپلم	۱۵ (۳۷/۵)	۶ (۸۵/۷)	۹ (۳۳/۳)
شغل			
بی‌کار	۱۰ (۲۵/۰)	۱ (۱۴/۳)	۷ (۲۵/۹)
خانه‌دار	۱۵ (۳۷/۵)	۱ (۱۴/۳)	۱۱ (۴۰/۷)
کارمند	۶ (۱۵/۰)	۲ (۲۸/۶)	۴ (۱۴/۸)
آزاد	۶ (۱۵/۰)	۲ (۲۸/۶)	۳ (۱۱/۱)
دانشجو	۳ (۷/۵)	۱ (۱۴/۳)	۲ (۷/۴)

(هامیلتون^۱)، (۱۹۶۷). در ایران نیز غرایبی، مهریار و مهرایی (۱۳۷۹) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. تحلیل داده‌ها به کمک آزمون‌های t، دقیق فیشر^۲ و خی دو انجام شده است.

یافته‌ها

تعداد ۴۰ بیمار (۱۸ مرد و ۲۲ زن) مبتلا به MS مورد بررسی قرار گرفتند که برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آنها در جدول ۱ آمده است. سن بیماران از ۱۸ تا ۵۵ سال (میانگین ۳۳/۸ سال، انحراف معیار ۸/۷۷) بود. تنها سه نفر از آنها سابقه بیماری پزشکی دیگری را یادآور شدند (یک مورد روماتیسم مفصلی، یک مورد سنگ مجاری ادراری و یک مورد نازایی). تنها یکی از بیماران سابقه مصرف ماده‌ای به جز سیگار (تریاک) داشت. سابقه احتمالی OCD در بستگان درجه یک سه تن (۷/۵٪) از بیماران وجود داشت (دو مورد خواهر و یک مورد برادر). مدت تشخیص MS (با تعریف مدتی که از تشخیص قطعی آن به وسیله نورولوژیست گذشته است) بین ۱۵ روز تا ۲۵ سال (میانگین ۶/۷ سال، انحراف معیار ۵/۴۴) بود.

بر پایه یافته‌های مقیاس‌های Y-BOCS و HRSD و در نظر گرفتن نقطه برش آنها (به ترتیب ۱۷ و ۲۰)، ۱۷/۵٪ (هفت نفر) بیماران، مبتلا به OCD و ۶۹/۲٪ (۲۷ نفر از ۳۹ بیمار؛ نتیجه مقیاس یک بیمار مخدوش بود) بیماران، مبتلا به اختلال افسردگی بودند. در همه موارد OCD، بیمار شروع علائم آن را مربوط به پیش از شروع تظاهرات بالینی بیماری MS، و در دو مورد مربوط به دوران کودکی خود می‌دانست.

میانگین سنی بیماران مبتلا به OCD، ۳۲/۱ سال (انحراف معیار ۶/۷۹) و میانگین مدت تشخیص MS در آنها ۹/۶ سال (انحراف معیار ۶/۲۹) بود که بر پایه آزمون t تفاوت معنی داری با شاخص‌های مشابه در بیماران MS غیرمبتلا به OCD نداشتند. مقایسه سطح تحصیل این دو گروه، با آزمون دقیق فیشر نشان‌دهنده بالاتر بودن معنی دار سطح تحصیل در بیماران OCD (F=۶/۵۲، df=۲، p<۰/۰۵) بود. مقایسه سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه بیماران OCD و غیر OCD بر پایه آزمون خی دو، تفاوت معنی داری نشان نداد. ۸۵/۷٪ (شش نفر) بیماران OCD و ۶۵/۶٪ (۲۱ نفر) بیماران غیر OCD، دچار اختلال افسردگی بودند. آزمون خی دو این تفاوت را معنی دار نشان نداد. تفاوت وجود سابقه

خانوادگی OCD در دو گروه بیماران OCD و غیر OCD نیز معنی دار نبود (به ترتیب ۱۴/۳٪ و ۶/۱٪).

برای محاسبه فراوانی وسواس‌ها و اجبارهایی که از نظر بالینی چشم‌گیر باشند، نمره برش ۱۲ به کار برده شد (استکتی، ۱۹۹۳). به این ترتیب در بین هفت بیمار مبتلا به OCD، ۱۰۰٪ موارد (هفت نفر) دچار وسواس و ۴۳٪ (سه نفر) دچار اجبار بودند که بر پایه آزمون خی دو، غلبه نسبت موارد وسواس بر اجبار معنی دار بود (p<۰/۰۰۰۱، df=۱، $\chi^2=۲۲/۷۲$). در میان انواع وسواس، وسواس تردید بیشتر بود (جدول ۲).

میانگین سنی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی ۳۳/۱ سال (انحراف معیار ۹/۲۹) و میانگین مدت تشخیص MS در آنها ۶/۲ سال (انحراف معیار ۴/۹۰) بود که آزمون t تفاوت معنی داری با شاخص‌های مشابه در بیماران MS غیرافسرده نشان نداد. مقایسه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی داری نشان نداد.

جدول ۲- فراوانی انواع وسواس و اجبار در بیماران مبتلا به MS و OCD (n=۲)

وسواس	فراوانی (%)	اجبار	فراوانی (%)
تردید	۳ (۴۲/۹)	وارسی ^۱	۱ (۳۳/۳)
آلودگی	۱ (۱۴/۳)	شستشو	۱ (۳۳/۳)
نیاز به نظم و ترتیب	۱ (۱۴/۳)	نظم و ترتیب	۱ (۳۳/۳)
جنسی	۱ (۱۴/۳)		
صدمه زدن به دیگران	۱ (۱۴/۳)		

بحث

یافته‌های این بررسی را باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های آن ملاحظه نمود. احتمالاً کم بودن حجم نمونه عاملی مهم در معنی‌دار نشدن برخی تفاوت‌ها بوده است. روش نمونه‌گیری، تصادفی نبوده و نوع بیماران مراجع به انجمن ام.اس. ایران ممکن است عمدتاً شامل افرادی با وضعیت وخیم‌تر یا نیازمندتر باشد که این نیز منجر به سوگیری در انتخاب^۱ می‌گردد. در این بررسی، از یک مصاحبه تشخیصی ساختاریافته استفاده نشده و نقطه‌برش مقیاس‌های به کار برده شده نیز مربوط به جمعیت ویژه بیماران MS نبوده است. این موضوع به‌ویژه در مورد مقیاس افسردگی هامیلتون مصداق می‌یابد که می‌تواند افسردگی بیمار مبتلا به MS را بیش از واقع برآورد کند. مقیاس یادشده با نمره‌دهی به علائم زیست‌شناختی افسردگی (مانند کم‌خوابی) که در بیماران غیرافسرده MS نیز به میزان چشم‌گیری یافت می‌شود، می‌تواند به برآورد بیش از اندازه افسردگی بیانجامد (ناینهویس^۳ و همکاران، ۱۹۹۵). گزارش حاضر، دارای گروه گواه نبوده است و بیماران از نظر میزان ناتوانی یا نوع سیر MS نیز مورد ارزیابی قرار نگرفته‌اند.

با وجود محدودیت‌های یاد شده، فراوانی مقطعی ۱۷/۵ درصدی OCD به‌عنوان یکی از اختلال‌های اضطرابی، در بیماران MS چشم‌گیر است. پیش از این نیز فراوانی ۳۷ درصدی اضطراب بر پایه NPI^۴ (دیاز-اولاواریه‌تا و همکاران، ۱۹۹۹)، فراوانی هشت درصدی اختلال‌های اضطرابی پیش از شروع MS و ۲۴ درصد پس از شروع آن (میندن و همکاران، ۱۹۸۷) و فراوانی ۵ و ۶ درصدی به ترتیب برای اضطراب منتشر و حملات پانیک (جوف و همکاران، ۱۹۸۷) گزارش شده بود.

یکی از عواملی که به‌طور نظری می‌تواند بر همبودی با OCD مؤثر باشد، وجود اختلال افسردگی است. همبودی با

OCD در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی^۵ (MDD) در یک بررسی همه‌گیرشناسی (چن^۶ و دیلساور^۷، ۱۹۹۵) ۱۲٪ و در نمونه‌های بالینی (پینی^۸ و همکاران، ۱۹۹۷؛ کروگر^۹، کوک^{۱۰}، هسی^{۱۱}، جورنا^{۱۲} و پرساد^{۱۳}، ۱۹۹۵) ۱۴٪ تا ۳۵٪ گزارش شده است. در یک نمونه بالینی چندمرکزی ایرانی نیز همبودی با OCD در بیماران MDD ۱۸٪ گزارش شده است (شعبانی و همکاران، ۱۳۸۵). با این حال، بالا بودن فراوانی OCD در MS را نمی‌توان صرفاً با فراوانی بالای اختلال افسردگی در این نمونه از بیماران توجیه نمود، چرا که همه بیماران مبتلا به OCD، شروع علائم آن را مربوط به پیش از شروع تظاهرات بالینی بیماری MS، و در دو مورد مربوط به دوران کودکی خود می‌دانستند، در حالی که پیش‌بینی می‌شود بسیاری از موارد افسردگی پس از آغاز تظاهرات بالینی MS، به‌صورت واکنشی به ناتوانی‌های ناشی از آن (مک‌ایور^{۱۴}، ریکلان^{۱۵} و رزنیکوف^{۱۶}، ۱۹۸۴) و یا مرتبط با ضایعات مغزی (پوجول^{۱۷}، بلو^{۱۸}، دنوس^{۱۹}، مارتی-ویلاتا^{۲۰} و کاپدویل^{۲۱}، ۱۹۹۷؛ باکشی^{۲۲} و همکاران، ۲۰۰۰) ایجاد شوند. هم‌چنین با توجه به اهمیت ضایعات عضوی MS در ارتباط با افسردگی (همان‌جا)، همبودی‌های این افسردگی لزوماً با همبودی‌های افسردگی اولیه یکسان نیست. افزون بر آن، در پژوهش حاضر، فراوانی OCD در بیماران افسرده و غیرافسرده تفاوت معنی‌دار نداشته است که بتوان بالا بودن فراوانی OCD را به دلیل همبستگی با افسردگی دانست.

همان‌گونه که گفته شد، آغاز همه موارد OCD پیش از شروع تظاهرات بالینی MS بوده است. این یافته می‌تواند نشان‌دهنده بی‌ارتباط بودن OCD با MS باشد، ولی همبودی بالای OCD مغایر با چنین استدلالی است. از سوی دیگر، تظاهرات روانی برخی از بیماری‌های نورولوژیک زیر قشری می‌تواند پیش از آغاز تظاهرات حرکتی آنها دیده شود (مانند بروز افسردگی در سیر بیماری پارکینسون) (سادوک^{۲۳} و

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1- checking | 2- selection bias |
| 3- Nyenhuis | 4- Neuropsychiatric Inventory |
| 5- Major Depressive Disorder | 6- Chen |
| 7- Dilsaver | 8- Pini |
| 9- Kruger | 10- Cooke |
| 11- Ilasey | 12- Jorna |
| 13- Persad | 14- McIvor |
| 15- Riklan | 16- Reznikoff |
| 17- Pujol | 18- Bello |
| 19- Deus | 20- Marti-Vilata |
| 21- Capdevil | 22- Bakshi |
| 23- Sadock | |

در افراد مبتلا به OCD، شایع‌ترین نوع وسواس «آلودگی» (۴۵٪) و شایع‌ترین نوع اجبار، «وارسی» (۶۳٪) است (اویزرات و همکاران، ۲۰۰۴). در این بررسی، شایع‌ترین نوع وسواس در بیماران MS، «تردید» بود. سایر انواع وسواس و اجبار با فراوانی یکسان دیده شدند. این الگو با شکل مرسوم آن متفاوت است. این یافته در کنار بیشتر بودن نسبت وسواس به اجبار، یافته‌هایی مقدماتی هستند که نیاز به تکرار دارند.

همان‌گونه که پیشتر گفته شد، دیدن علائمی مانند وسواس و اجبار که می‌توانند به درگیری راه‌های قشری- زیرقشری مربوط باشند و نیز سازوکارهای خود-ایمنی برای آنها مطرح شده است، در بیماران MS که مبتلا به یک بیماری خود-ایمنی و عمدتاً دچار درگیری ماده سفید و راه‌های زیرقشری هستند، دور از انتظار نیست؛ به ویژه با توجه به این که فراوانی چشم‌گیر علائم اضطرابی در این بیماران پیوسته گزارش شده است. به این ترتیب، با تلاش در راستای از میان برداشتن محدودیت‌های پیش‌گفته، انجام پژوهش‌های بیشتری در این حوزه با ارزش خواهد بود.

سپاسگزاری

از همکاری صمیمانه مسئولین و اعضای محترم انجمن ام.اس. ایران سپاسگزاریم.

دریافت مقاله: ۱۳۸۳/۱۱/۲۱؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۴/۱۳/۱؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۲/۷

منابع

- دادر، محبوبه؛ بوالهری، جعفر؛ ملکوتی، سید کاظم، بیان‌زاده، سیداکبر (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۱ و ۲، ۲۷-۳۲.
- شعبانی، امیر؛ شریفی، ونداد؛ علاقی‌نادر، جواد؛ شهرپور، زهرا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ حکیم شوشتری، میرزا؛ شیرازی، الهام؛ داوری آشنیانی، رزینا؛ عربگل، فریبا (۱۳۸۵). آیا همراهی اختلال وسواسی-اجباری با اختلال دوقطبی نوع یک کمتر از اختلال افسردگی اساسی است؟ *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال دوازدهم، شماره ۲، ۱۲۳-۱۱۷.

سادوک، (۲۰۰۰) و شاید چنین ارتباطی بین وسواس و MS نیز وجود داشته باشد.

برخی بررسی‌ها، میزان شیوع نقطه‌ای و مادام‌العمر افسردگی اساسی در نمونه‌های بالینی MS را به ترتیب ۱۵٪ تا ۳۰٪ و ۴۰٪ تا ۶۰٪ گزارش نموده‌اند (کاین^۱ و اشوید^۲، ۲۰۰۲). در این بررسی، میزان فراوانی اختلال افسردگی اساسی چه در بیماران OCD (۸۵/۷٪) و چه در بیماران غیر OCD (۶۵/۶٪) بسیار زیاد بوده است. همان‌گونه که بیان شد، این یافته می‌تواند با سوگیری در انتخاب نمونه و سوگیری مقیاس‌های هم‌پایه در راستای برآورد بیشتر افسردگی در بیماری‌های عضوی مرتبط باشد. میانگین سنی زیر ۳۵ سال این بیماران را نیز می‌توان به عوامل بالا افزود، چرا که از عوامل خطر ابتلا به افسردگی اساسی در بیماران MS دانسته شده است (پاتن^۳، متز^۴ و ریمر^۵، ۲۰۰۰).

برای از میان برداشتن نارسایی یاد شده در مقیاس‌هایی مانند HRSD یا پرسش‌نامه افسردگی بک^۶ (BDI)، تلاش‌هایی مانند حذف مواد بدنی افسردگی از پرسش‌نامه و تکیه بر علائم ذهنی و شناختی افسردگی پیشنهاد شده است (ناینهویس و همکاران، ۱۹۹۵). با این حال، گاه حذف این مواد تغییری در نتیجه به دست آمده ایجاد نکرده (ایکینز^۷ و همکاران، ۱۹۹۹) و حتی یکی از مواد بدنی منحصراً مربوط به افسردگی دانسته شده است (راندولف^۸، آرنت^۹، هیگینسون^{۱۰} و وس^{۱۱}، ۲۰۰۰).

شیوع کمتر افسردگی در بیماران دارای سابقه طولانی‌تر ابتلا به MS دیده می‌شود (چواستیاک^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۲) و این ممکن است به سازگاری تدریجی بیماران با سیر و پیامدهای بیماری مربوط باشد. یافته‌های پژوهش حاضر، وجود چنین ارتباطی را تأیید نمی‌کنند ولی باید توجه نمود که نمونه حاضر بیشتر شامل بیمارانی با سابقه طولانی MS (با میانگین ۶/۷ سال) بوده است.

در بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی، تنها در یک مورد ارتباط معنی‌دار آماری به دست آمد و آن بالاتر بودن سطح تحصیل در بیماران OCD نسبت به موارد غیر OCD بود. این از آن جهت جالب توجه است که در مورد علائم افسردگی و سطح تحصیل، چه در بیماران MS و چه در سایر بیماران پزشکی، رابطه‌ای معکوس یافت شده است (چواستیاک و همکاران، ۲۰۰۲).

- | | |
|-----------|------------------------------|
| 1- Caine | 2- Schwid |
| 3- Patten | 4- Metz |
| 5- Reimer | 6- Beck Depression Inventory |
| 7- Aikens | 8- Randolph |
| 9- Arnett | 10- Higginson |
| 11- Voss | 12- Chwastiac |

- The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296.
- Janssens, A. C. J. W., Van Doorn, P. A., de Boer, J. B., Van der Meche, F. G. A., Passchier, J., & Hintzen, R. Q. (2004). Perception of prognostic risk in patients with multiple sclerosis: The relationship with anxiety, depression, and disease related distress. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57, 180-186.
- Joff, R. T., Lippert, G. P., Gray, T. A., Sawa, G., & Horvath, Z. (1987). Mood disorder and multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 44, 376-378.
- Kruger, S., Cooke, R. G., Hasey, G. M., Jorna, T., & Persad, E. (1995). Comorbidity of obsessive compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 34, 117-120.
- Kwon, J. S., Kim, J. J., Lee, D. W., Lee, J. S., Lee, D. S., Kim, M. S., Lyoo, I. K., Cho, M. J., & Lee, M. C. (2003). Neural correlates of clinical symptom and cognitive dysfunctions in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 122, 37-47.
- Lishman, W. A. (1998). *Organic Psychiatry* (3rd ed) (p.p. 688-700). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- McIvor, G. P., Riklan, M., & Reznikoff, M. (1984). Depression in multiple sclerosis as a function of length and severity of illness, age, remissions, and perceived social support. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1028-1033.
- Miguel, E. C., Stein, M. C., Rauch, S. L., O'Sullivan, R. L., Stern, T. A., & Jenike, M. A. (1995). Obsessive-compulsive disorder in patients with multiple sclerosis. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 7, 507-510.
- Minden, S. L., Orav, J., & Reich, P. (1987). Depression in multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry*, 9, 426-434.
- Nyenhuis, D. L., Rao, S. M., Zajecka, J. M., Luchetta, T., Bernardin, I., & Garron, D. C. (1995). Mood disturbance versus other symptoms of depression in multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1, 291-296.
- غرابی، بنفشه؛ مهریار، امیرحوشنگ؛ مهربانی، فریدون (۱۳۷۹). سبک اسناد در بیماران مبتلا به همبودی اضطراب و افسردگی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۴، ۳۷-۴۲.
- Aikens, J. E., Reinecke, M. A., Pliskin, N. H., Fischer, J. S., Wiebe, J. S., McCracken, I. M., & Taylor, J. L. (1999). Assessing depressive symptoms in multiple sclerosis: Is it necessary to omit items from the original Beck Depression Inventory? *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 127-142.
- Aouizerate, B., Guehl, D., Cuny, E., Rougier, A., Bioulac, B., Tignol, J., & Burbaud, P. (2004). Pathophysiology of obsessive-compulsive disorder: A necessary link between phenomenology, neuropsychology, imagery and physiology. *Progress in Neurobiology*, 72, 195-221.
- Bakshi, R., Czarnecki, D., Shaikh, Z. A., Priore, R. L., Janardhan, V., Kaliszky, Z., & Kinkel, P. R. (2000). Brain MRI lesions and atrophy are related to depression in multiple sclerosis. *Neuroreport*, 11, 1153-1158.
- Caine, E. D., & Schwid, S. R. (2002). Multiple sclerosis, depression, and the risk of suicide. *Neurology*, 59, 662-663.
- Chen, Y. W., & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Research*, 59, 57-64.
- Chwastiak, L., Ehde, D. M., Gibbons, L. E., Sullivan, M., Bowen, J. D., & Kraft, G. H. (2002). Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: Epidemiologic study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1862-1868.
- Diaz-Olavarricta, C., Cummings, J. L., Velazques, J., & Garcia de al Cadena, C. (1999). Neuropsychiatric manifestations of multiple sclerosis. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 11, 51-57.
- Feinstein, A. (2003). The neuropsychiatry of multiple sclerosis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 157-163.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischman, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989b).

- Patten, S. B., Metz, L. M., & Reimer, M. A. (2000). Biopsychosocial correlates of lifetime major depression in a multiple sclerosis population. *Multiple Sclerosis*, 6, 115-120.
- Pini, S., Cassano, G. B., Simonini, E., Savino, M., Russo, A., & Montgomery, S. A. (1997). Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 42, 145-153.
- Pujol, J., Bello, J., Deus, J., Marti-Vilata, J. L., & Capdevil, A. (1997). Lesions in the left arcuate fasciculus region and depressive symptoms in multiple sclerosis. *Neurology*, 49, 1105-1110.
- Randolph, J. J., Arnett, P. A., Higginson, C. I., & Voss, W. D. (2000). Neurovegetative symptoms in multiple sclerosis: Relationship to depressed mood, fatigue, and physical disability. *Archives of Clinical Neurosychology*, 15, 387-398.
- Roy, B. F., Benkelfat, C., Hill, J. L., Pierce, P. F., Dauphin, M. M., Kelly, T. M., Sunderland, T., Weinberger, D. R., & Bresline, N. (1994). Serum antibody for somatostatin-14 and prodynorphin 209-240 in patients with obsessive-compulsive disorder, schizophrenia, Alzheimer's disease, multiple sclerosis, and advanced HIV infection. *Biological Psychiatry*, 35, 335-344.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (7th. ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Cheslow, D. L., Leonard, H. L., Ayoub, E. M., Hosier, D. M., & Wald, E. R. (1989). High prevalence of obsessive-compulsive symptoms in patients with Sydenham's chorea. *American Journal of Psychiatry*, 149, 246-249.
- Zorzon, M., de Masi, R., Nasuelli, D., Ukmar, M., Mucelli, R. P., Cazzato, G., Bratina, A., & Zivadinov, R. (2001). Depression and anxiety in multiple sclerosis: A clinical and MRI study in 95 subjects. *Journal of Neurology*, 248, 416-421.