

Symptomology of patients with obsessive compulsive disorders when referring to clinical centers in Tehran

Sadeghian¹ H (MSc.) - Khodaie Ardakani² MR (MD) - Eskandari³ H (Ph.D) - Tamizi⁴ Z (MSc.) - Khodaie⁵ A (MSc.).

Introduction: Different cultural habits through creating different beliefs and attitudes can affect phenomenology and prevalence of symptoms of obsessive-compulsive disorders. This descriptive study was conducted among patients to determine symptomology of obsessive disorder Referred to clinical centers in Tehran with emphasis on culture.

Method: In this descriptive study 103 patients with obsessive-compulsive disorder were selected through non accidental sampling (quota, convenience). Yale Brown Obsessive Compulsive Scale with an open-ended question was used in this study. Convergent and test-retest were also conducted in order to determine the validity and reliability. Data have been analyzed by SPSS software.

Results: The results showed that the most common symptoms of obsession in Iranian patients respectively, Included contamination obsession (92.23%), miscellaneous obsessions (66.99%) and physical obsession (57.28%) and the most common symptoms of compulsive respectively, Include miscellaneous compulsive (78.64%), Cleaning and washing (73.78%), and Sift (64.07%).

Conclusion: The overall pattern of Symptomology obsessive-compulsive disorder in this study sample is consistent with the observed pattern in Western and Eastern cultures in some countries, so that the main features of obsessive-compulsive disorder was relatively independent of cultural variables and only exception is content of OCD in which cultural factors may play a significant role.

Key words: Symptomology, of obsessive compulsive disorders

Received: 31 March 2013

Accepted: 21 July 2013

1 - MSc. of Psychology, Allame-Tabatabaai University, Tehran, Iran

2 - Corresponding author: Associate Professor of Psychiatry, Social Determinant Health Center, University of Social Welfare & Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

E-mail: kh.ardakani@uswr.ac.ir

3 - Assistant Professor, Allame-Tabatabaai University, Tehran, Iran

4 - MSc. in Nursing, Razi Center-Tehran, Iran

5 - Student of Doctorate of Veterinary Medicine, Research & Science Azad University, Tehran, Iran

بررسی علایم اختلال وسواس فکری- عملی در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران

حمیده صادقیان^۱، محمدرضا خدایی اردکانی^۲، حسین اسکندری^۳، زهرا تمیزی^۴، علیرضا خدایی^۵

چکیده

مقدمه: عادات‌های فرهنگی متفاوت از طریق به وجود آوردن باورها و نگرش‌های متفاوت می‌توانند بر پدیده‌شناسی و شیوع نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر بگذارند. پژوهش حاضر با هدف نشانه‌شناسی اختلال وسواس فکری- عملی در مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر تهران با تأکید بر فرهنگ ایران انجام پذیرفت.

روش: در این مطالعه توصیفی ۱۰۳ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه مقیاس وسواس فکری- عملی ییل‌براون با یک سؤال باز پاسخ بود که جهت تعیین اعتبار و پایایی آن از روش اعتبار همگرا و آزمون مجدد استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم‌افزار SPSS v.16 و روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که رایج‌ترین نشانه‌های وسواس فکری در بیماران ایرانی به ترتیب شامل وسواس آلودگی (۹۲/۲۳٪)، وسواس فکری متفرقه (۶۶/۹۹٪) و جسمی (۵۷/۲۸٪) است و رایج‌ترین نشانه‌های وسواس عملی شامل وسواس عملی متفرقه (۷۸/۶۴٪)، نظافت و شستشو (۷۳/۷۸٪) و ارسایی کردن (۶۴/۰۷٪) بودند.

نتیجه‌گیری: الگوی کلی نشانه‌شناسی اختلال وسواس فکری- عملی در نمونه‌های پژوهش حاضر با الگوی مشاهده شده در فرهنگ غربی و در بعضی کشورهای شرقی موافق و سازگار است به طوری که ویژگی‌های اصلی اختلال وسواس فکری- عملی نسبتاً مستقل از متغیرهای فرهنگی بوده و تنها استثنا در این زمینه، محتوای علایم وسواس است که عوامل فرهنگی نقش معناداری را در آن بازی می‌کنند.

کلید واژه‌ها: نشانه‌شناسی، اختلال وسواس فکری- عملی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱/۱۱

- ۱ - کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
- ۲ - عضو مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشیار، گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)
- پست الکترونیکی: kh.ardakani@uswr.ac.ir
- ۳ - استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
- ۴ - کارشناسی ارشد پرستاری، مرکز آموزشی درمانی روان‌پزشکی رازی، تهران، ایران
- ۵ - دانشجوی دکتری دامپزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات- (متدولوژی) تهران، تهران، ایران

مقدمه

مفهوم اختلال روانی، همچون بسیاری از مفاهیم پزشکی و روان پزشکی دارای تعاریف متعددی است که از خاستگاه‌های نظری متفاوت ناشی می‌شود. نظریه‌های متناقضی که در حوزه نشانه‌شناسی، طبقه‌بندی و سبب‌شناسی اختلال‌های روانی مطرح شده است، نشان‌دهنده مبهم بودن این مفهوم در بین نظریه‌پردازان و متخصصان علوم رفتاری و روان‌شناسی و نرسیدن آن‌ها به یک یافته مشترک است (۲). از رویکردهای غالب در زمینه اختلال‌های روانی، دیدگاه زیستی- اجتماعی- روان‌شناختی- معنوی است. این دیدگاه تمثیلی جسمانی از اختلال روانی عرضه داشته و بر این ادعاست که اختلالات‌های روانی مانند بیماری‌های جسمی در کلیه فرهنگ‌ها انگاره ثابتی نشان خواهند داد (۲). در این راستا، بیان چارچوب خاص راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا DSM براساس دیدگاه زیستی به تعریف، توصیف و طبقه‌بندی اختلال‌های روانی می‌پردازد (۱) و این در حالی است که وقتی درمانگران متعلق به یک گروه فرهنگی و قومی برای ارزیابی فردی متعلق به گروه فرهنگی و قومی متفاوت از DSM استفاده می‌کنند ممکن است در ارزیابی و تشخیص دچار مشکل شوند (۲). بنابراین، روان‌شناسانی همچون اینگل و ویکفیلد استدلال کردند که برای تبیین اختلال‌های روانی مدل زیستی، مدل ناکارآمدی است و عوامل روانی و اجتماعی مانند فرهنگ و طبقه اجتماعی می‌تواند بر توصیف، طبقه‌بندی، نحوه و میزان بروز بیماری‌های روانی تأثیر بگذارد. بنابراین آن‌ها تبیینی را صحیح دانستند که به جنبه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی فرد بپردازد (۱). از حدود دهه ۱۹۶۰ میلادی با شکل‌گیری روان‌شناسی بین فرهنگی، اهمیت فرهنگ و اثرات آن بر روی ساختارهای روان‌شناختی افراد و اختلالات روانی به اثبات رسیده است (۳). تحقیقات تجربی که در سال ۲۰۰۷ توسط روان‌شناسان بین فرهنگی انجام گرفته است حاکی از آن است که تفاوت‌های فرهنگی بر روی محتوای ذهن‌ها، حوزه‌های تفکر، استراتژی‌های شناختی، فرآیندهای ادراکی و خطای بینایی، هوش، توجه، تبیین‌های علمی و حافظه تأثیر می‌گذارد (۴).

تجربه‌های فرهنگی به شیوه‌های مختلف بر شکل‌گیری اختلال‌های روانی تأثیر می‌گذارد (۴). بنابراین، فرهنگ می‌تواند بر سبب‌شناسی، میزان شیوع، علایم و نشانه‌ها، تشخیص و درمان اختلال‌های روانی تأثیر بگذارد (۵). روان‌شناسان بین فرهنگی معتقدند که یافته‌های کشورهای پیشرفته قابلیت این را ندارند که مستقیماً به عنوان اصول علمی، مسلم و کاربردی در فرهنگ‌های دیگر به کار بسته شوند (۳).

در بسیاری از کشورها و فرهنگ‌ها، تشخیص و خدمات سلامت روان مبتنی بر دهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا می‌باشد. اگرچه این سیستم‌های تشخیصی زیستی- پزشکی و ابزارهایی که از آن‌ها گرفته شده‌اند برای انعکاس نمود اختلال‌های روانی در همه فرهنگ‌ها طراحی شده‌اند، اما در حقیقت آن‌ها بیشتر به توصیف اختلال‌های روان‌پزشکی در بافت فرهنگی اروپا و آمریکای شمالی می‌پردازند (۶).

نتایج مطالعاتی که در سال ۲۰۰۳ در خصوص اختلالات اضطرابی در فرهنگ‌های مختلف نشان داد که اضطراب و اختلالات اضطرابی در همه جوامع بشری به وجود می‌آیند و دارای میزان شیوع نسبتاً مشابهی هستند. اما آن‌ها در پدیده‌شناسی، شیوه‌های نمود و نحوه انتقال از جامعه‌ای به جامعه دیگر تفاوت دارند (۷). ویژگی‌های اساسی اختلال وسواس فکری- عملی، علامت وسواس‌های فکری و عملی است که شدت آن‌ها برای ایجاد ناراحتی قابل ملاحظه برای شخص کافی است. وسواس‌های فکری و عملی وقت‌گیر بوده و به طور بارز در عملکرد روزمره و شغلی، فعالیت‌های اجتماعی معمول یا روابط تداخل می‌کند. بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی ممکن است دچار وسواس فکری، وسواس عملی یا شکل توأم آن‌ها باشد (۲). اختلال وسواس فکری- عملی به طور طبیعی به وسیله ۹۰٪ از جمعیت تجربه می‌شود (۸) و میزان شیوع مادام‌العمر آن در جمعیت عمومی حدود ۲ تا ۳٪ است که در اکثر فرهنگ‌ها مشابه است. مطالعات انجام شده توسط Gurung و Eshun در هند بر روی بزرگسالان در مورد میزان شیوع، سن شروع، نیمرخ نشانه‌ها و همبودی اختلال وسواس فکری- عملی را در چندین کشور نشان داد که میزان شیوع سالیانه این اختلال دارای طیفی از ۱/۱٪ تا ۰/۸٪ می‌باشد (۹).

همچنین نتایج مطالعاتی در سال ۲۰۰۱ در ژاپن نشان داد که اگرچه موضوعات اصلی نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی در سرتاسر جهان مشابه است ولی زمینه‌های تاریخی، فرهنگی و مذهبی می‌تواند بر محتوای خاص و فراوانی نشانه‌های وسواس فکری- عملی تأثیر بگذارد (۱۰). در این راستا نتایج پاره‌ای دیگر از مطالعات حاکی از آن بود که اشکال وسواس‌های فکری و وسواس‌های عملی عمدتاً به وسیله عوامل ذاتی و درونی (سن، جنس، IQ) تأثیر می‌پذیرد، محتوا و فراوانی این نشانه‌ها تحت تأثیر عوامل غیر ذاتی و بیرونی مانند مذهب، طبقه اجتماعی- اقتصادی و مکان جغرافیایی قرار دارد (۱۱).

بنابراین، مرور نتایج تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد، در حالی که میزان شیوع، اشکال و نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی ممکن است در فرهنگ‌های مختلف مشابه باشد اما عادت‌های فرهنگی متفاوت از طریق به وجود آوردن باورها و نگرش‌های متفاوت می‌تواند بر پدیده‌شناسی و شیوع نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر بگذارد. از آن جایی که شناسایی نشانه‌های بیماری، اولین و مهم‌ترین گام در جهت تشخیص و درمان است و از طرف دیگر با توجه به ناهمگرایی علایم اختلالات روانی از جمله اختلال وسواس فکری- عملی در فرهنگ‌های مختلف، انجام این تحقیق برای شناسایی نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی در فرهنگ ایران ضروری است. لذا پژوهش حاضر تحت عنوان «نشانه‌شناسی اختلال وسواس فکری- عملی در مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی شهر تهران با نگاه به فرهنگ ایران» انجام پذیرفت.

روش مطالعه

جامعه آماری پژوهش توصیفی حاضر را کلیه بیماران دچار اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر تهران تشکیل می‌دادند و نمونه پژوهش از دو کلینیک خصوصی در مرکز و غرب تهران، کلینیک روان‌پزشکی بیمارستان روان‌پزشکی رازی و کلینیک اخوان وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به دست آمد حجم نمونه با در نظر گرفتن آلفا ۰/۰۵ در این مطالعه ۱۰۳ بیمار که توسط روان‌پزشک یا

روان‌شناس بالینی، تشخیص اختلال وسواس فکری- عملی را مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR دریافت کرده بودند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون استفاده شد. این مقیاس، شامل چک لیست نشانه‌ها و پرسشنامه‌ای است که شدت نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی را ارزیابی می‌کند. چک لیست نشانه‌ها برای شناسایی ۳۶ نوع وسواس فکری و ۲۳ نوع وسواس عملی به کار برده می‌شود. انواع وسواس‌های فکری شامل وسواس‌هایی با محتوای «پرخاصگری»، «آلودگی»، «جنسی»، «اختکار»، «مذهبی»، «تقارن»، «جسمانی» و «وسواس فکری متفرقه» است که انواع «وسواس‌های فکری متفرقه» شامل «به خاطر سپردن چیزهای بی‌اهمیت»، «ترس از بیان کلماتی خاص»، «وجود ترس‌های خرافی»، «وجود تصاویر ناخواسته، صداها و کلمات نامفهوم در ذهن» بود. همچنین وسواس‌های عملی مورد ارزیابی نیز شامل وسواس «نظافت و شستشو»، «وارسی کردن»، «شمارش»، «نظم و ترتیب»، «اختکار و جمع‌آوری» و «وسواس عملی متفرقه» بودند که انواع «وسواس‌های عملی متفرقه» شامل «نیاز به پرسش یا اعتراف»، «استفاده از آداب ذهنی برای باطل کردن افکار بد»، «نیاز به لمس کردن اشیاء»، «رفتارهای خرافی و کندن موهای بدن» است (۱۲). علاوه بر این جهت ارزیابی شدت نشانه‌ها از یک پرسشنامه ده گزینه‌ای استفاده شد که دارای آیتم‌هایی مانند «مدت زمان انجام اعمال وسواسی»، «میزان مداخله یا عملکرد فرد»، «پیشانی ذهنی که برای فرد ایجاد شده»، «میزان مقاومت فرد در برابر آن‌ها» و این که «تا چه حد فرد قادر به کنترل نشانه‌ها است» بر روی یک ابزار ۵ قسمتی لیکرت از ۰ تا ۴ مورد سنجش قرار گرفت. در این مقیاس دامنه نمرات از ۰-۴۰ متغیر بوده و کسب نمره ۱۶ یا بالاتر نشان‌دهنده ابتلاء به این نوع اختلال بود (۱۲).

به منظور تعیین اعتبار مقیاس خودسنجی ییل براون از اعتبار همگرا استفاده شد که با استفاده از روش مصاحبه همبستگی آن ۰/۷۵ محاسبه گردید. همچنین جهت سنجش پایایی مقیاس فوق از روش آزمون- باز آزمون استفاده گردید که در این روش با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، همبستگی این مقیاس (۰/۷۲-۰/۹۸)

۳۹-۲۹ سال، ۶۲/۸٪ متأهل، ۳۵/۹٪ دارای مدرک دیپلم و کاردانی، ۲۸/۲٪ دارای یک اختلال همبود دیگر، ۶۵/۰۴٪ دارای سابقه خانوادگی مثبت بودند. تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از چک لیست نشانه‌ها ییل‌براون و بررسی سؤال‌های باز پاسخ نشان داد که نشانه‌های وسواس فکری به ترتیب فراوانی نزولی شامل آلودگی ۹۲/۲۳٪، وسواس فکری متفرقه ۶۶/۹۹٪، جسمی ۵۷/۲۸٪، پرخاشگری ۴۹/۵۱٪، مذهبی ۴۶/۶۰٪، تقارن ۴۰/۷۷٪، جنسی ۳۲/۰۳٪، و احتکار ۳۱/۰۷٪ است و همچنین نشانه‌های وسواس عملی به ترتیب فراوانی نزولی شامل وسواس عملی متفرقه ۷۸/۶۴٪، شستشو ۷۳/۷۸٪، واریسی ۶۴/۰۷٪، تکرار ۴۴/۶۶٪، نظم و ترتیب ۲۸/۸۳٪، شمارش ۳۰/۰۹٪ و احتکار و جمع‌آوری ۲۰/۳۸٪ بود.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بیشترین نشانه‌های وسواس فکری گزارش شده در زنان شامل وسواس فکری آلودگی، جسمی، متفرقه و مذهبی به ترتیب با فراوانی ۹۷/۴۳، ۵۸/۹۷، ۵۲/۵۶ و ۵۰٪ است، در حالی که مردان بیشتر وسواس فکری متفرقه، آلودگی، جسمی و پرخاشگری را به ترتیب با فراوانی ۹۲، ۷۶، ۷۲ و ۷۲٪ را مطرح کردند (جدول شماره ۱).

علاوه بر این نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بیشترین نشانه‌های وسواس عملی گزارش شده در زنان به ترتیب شامل شستشو، وسواس عملی متفرقه و واریسی کردن به ترتیب با فراوانی ۸۳/۳۳، ۶۹/۳۳ و ۵۷/۶۹٪ می‌باشد؛ در حالی که، مردان بیشتر وسواس عملی متفرقه، واریسی و تکرار را به ترتیب با فراوانی ۱۰۰، ۸۴ و ۶۸٪ گزارش کردند (جدول شماره ۲).

محاسبه شد. این مقیاس به فارسی ترجمه شده و اعتبار و روایی آن نیز توسط خلجی با ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۲ به اثبات رسیده است (۱۲).

در این مطالعه جهت اطمینان از صحت تشخیص ۱۰۳ بیمار مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران که تشخیص بیماری اختلال وسواس فکری- عملی آن‌ها توسط روان‌پزشک یا دکترای روان‌شناس بالینی داده شده بود از پرسشنامه شدت نشانه‌های مقیاس ییل‌براون استفاده گردید و واحدهای مورد پژوهشی که در این مقیاس نمره ۱۶ و یا بالاتر را کسب کردند دارای تشخیص قطعی اختلال وسواس فکری- عملی بوده و سپس آن‌ها چک لیست نشانه‌های ییل‌براون را پر کرده و به سؤال باز پاسخی که توسط محقق طراحی شده بود، پاسخ دادند.

در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS v.16 استفاده شد بدین ترتیب که داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (کای‌دو) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. همچنین از نظر اخلاقی از همه افراد شرکت کننده در این طرح رضایت‌نامه کتبی گرفته شد و به آن‌ها این اختیار داده شد تا هر زمان که خواستند از ادامه شرکت در طرح خودداری کنند. در ضمن کلیه اطلاعات مراجعین محرمانه و بدون نام بود و قرار شد نتیجه اطلاعات به آن‌ها داده شود.

یافته‌ها

پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین تعداد دارای این مشخصات بودند: ۷۵/۸٪، ۳۸/۸٪ در محدوده سنی

جدول ۱- انواع نشانه‌های وسواس فکری گزارش شده در زنان و مردان ایرانی

جسمی	متفرقه	تقارن	مذهبی	احتکار	جنسی	آلودگی	پرخاشگرانه	
۵۸/۹۷	۵۲/۵۶	۴۳/۵۸	۵۰	۳۰/۷۶	۲۵/۶۴	۹۷/۴۳	۴۲/۳	زنان
۷۲	۹۲	۳۲	۳۶	۳۲	۵۲	۷۶	۷۲	مردان

جدول ۲- انواع نشانه‌های وسواس عملی گزارش شده در زنان و مردان ایرانی

نظافت و شستشو	واریسی کردن	تکرار	شمارش	نظم و ترتیب	احتکار و جمع‌آوری	متفرقه	
۸۳/۳۳	۵۷/۶۹	۳۷/۱۷	۲۶/۹۲	۴۲/۳۰	۱۶/۶۶	۶۹/۳۳	زنان
۴۴	۸۴	۶۸	۴۰	۲۸	۳۲	۱۰۰	مردان

جدول ۳- رایج‌ترین موضوعات وسواس عملی در کشورهای مختلف

آمریکا	کنترل کردن (۲۸/۲٪)	شستشو (۲۶/۶٪)	متفرقه (۱۱/۸٪)
مکزیک	شستشو (۶۲٪)	تمیزی (۲۵٪)	نظم و ترتیب (۲۱٪)
ترکیه	کنترل کردن (۷۲/۱٪)	شستشو (۶۵/۳٪)	تکرار کردن (۴۷/۶٪)
مصر	تکرار کردن (۶۷/۷٪)	شستشو (۶۳/۳٪)	بررسی کردن (۵۷/۷٪)
بحرین	شستشو (۴۳٪)	تکرار فعالیت روزمره (۲۲٪)	کنترل کردن (۱۶٪)
هندوستان	شستشو (۳۴/۷٪)	آداب روزانه (۳۰/۵٪)	متفرقه (۱۲/۷٪)
اسپانیا	کنترل کردن (۵۰٪)	پرسیدن (۳۷٪)	روانی (۲۶٪)
سنگاپور	شستشو (۵۰٪)	امتحان کردن (۴۰٪)	تکرار کردن (۱۳/۵٪)
تایوان	دقت و نظم (۱۳/۵٪)	شمارش (۸٪)	نیاز به اعتراف (۵/۵٪)
ایران	متفرقه* (۷۸/۶۴٪)	شستشو (۷۳/۷۸٪)	واریسی (۶۴/۰۷٪)

بحث

تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از چک لیست نشانه‌ها بیل براون و بررسی سؤال‌های باز پاسخ نشان داد که بیشترین نشانه‌های وسواس فکری به ترتیب نزولی شامل آلودگی، وسواس فکری متفرقه و جسمی بود که با بررسی دقیق‌تر وسواس فکری مشخص شد که در حیطه وسواس آلودگی، مسایل مربوط به نجاست (ادرار و خون) و نگرانی افراطی در مورد خروج ادرار از بدن، در حیطه وسواس فکری متفرقه، وجود ترس‌های خرافی (ترس از گذشتن از قبرستان، گربه سیاه، سحر و جادو و پیشگویی‌های مرتبط با مرگ) و همچنین در حیطه وسواس جسمی، ابتلا به بیماری (سرطان، بیماری قلبی و ...) شایع‌ترین دغدغه فکری بیماران ایرانی گزارش شده بودند.

مقایسه رایج‌ترین نشانه‌های وسواس فکری در کشورهای مختلف، با نتایج به دست آمده در این پژوهش از تأثیر عوامل اجتماعی- فرهنگی بر پدیده‌شناسی اختلال وسواس فکری- عملی حمایت می‌کند. وابستگی به یک فرقه مذهبی خاص می‌تواند بر فراوانی و محتوای نشانه‌های وسواس فکری- عملی تأثیر بگذارد (۸). در این پژوهش، تمام آزمودنی‌ها مسلمان بودند. اسلام یک دین بسیار آیین‌مند و دارای قواعد و قوانین خاص است؛ به طوری که مسلمانان باید پنج وعده در روز، به شیوه‌ای خاص، به عبادت بپردازند. از آن جایی که در مذهب اسلام، اجتناب از یازده چیز (که خون و ادرار نیز جزء آن بوده و نجاست نامیده می‌شود) در هنگام نماز و عبادت و همچنین در هنگام غذا خوردن ضروری است، به نظر می‌رسد که اشتغال ذهنی فراوان بیماران ایرانی در مورد خون و ادرار با محورهای پاک بودن در دین اسلام مرتبط باشد.

بین خرافه‌پرستی و سوگیری‌های شناختی مرتبط با اختلال وسواس فکری- عملی (مسئولیت افراطی و کمال‌گرایی) ارتباط نزدیکی وجود دارد (۱۳) و به نظر می‌رسد که تداخل فرهنگ‌های مختلف در ایران، منجر به شکل‌گیری برخی اعتقادات فرهنگی خاص گشته و تلفیق این اعتقادات با برداشت‌های نادرست از تعالیم مذهبی، سبب ایجاد مجموعه‌ای از خرافات و ترس‌های خرافی شده است. همان‌طور که قبلاً نیز گفته شد، هسته‌های اصلی شناخت در اختلال وسواس فکری- عملی، اعتقاداتی درباره اهمیت افکار و کنترل کردن می‌باشد (۱۴). به نظر می‌رسد که اشتغال ذهنی بیش از حد بیماران ایرانی در مورد این ترس‌های خرافی، ناشی از اعتبار بخشیدن بیش از حد به این ترس‌ها و کنترل محیط بیرونی می‌باشد.

تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از چک لیست نشانه‌ها بیل براون و بررسی سؤال‌های باز پاسخ نشان داد که بیشترین نشانه‌های وسواس عملی مشاهده شده مربوط به وسواس عملی متفرقه، نظافت/شستشو و واریسی کردن بود که با بررسی دقیق‌تر وسواس عملی مشخص گردید که در حیطه وسواس متفرقه استفاده از برخی ذکرها (استغفرالله، لا اله الا الله و ...) و آداب ذهنی برای از بین بردن افکار بد و به وجود آوردن احساس بهتر، در حیطه وسواس نظافت و شستشو، غسل کردن، حمام کردن و وضو گرفتن مکرر و همچنین در حیطه وسواس واریسی کردن، اطمینان‌جویی مکرر از دوستان و پزشکان در مورد وضعیت جسمی دارای بیشترین رخداد بودند. مقایسه رایج‌ترین نشانه‌های وسواس عملی در کشورهای مختلف، با نتایج به دست آمده در این پژوهش از تأثیر عوامل اجتماعی- فرهنگی بر پدیده‌شناسی اختلال وسواس فکری- عملی حمایت می‌کند (جدول شماره ۳).

تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که شایع‌ترین نشانه‌های وسواس فکری در مردان شامل وسواس فکری متفرقه، آلودگی و جسمی بودند که با بررسی دقیق‌تر نشانه‌های وسواس فکری در آن‌ها مشخص شد که ترس‌های خرافی در حوزه وسواس فکری متفرقه، نگرانی افراطی از بیمار شدن در اثر میکروب و آلودگی در حیطة وسواس فکری آلودگی و رنج فراوان از وجود تصاویر ذهنی خشونت‌بار و ترسناک در حیطة وسواس فکری پرخاصگری از شایع‌ترین علایم گزارش شده در مردان بودند.

نتایج به دست آمده در این پژوهش با پژوهش‌های انجام گرفته در ترکیه، تایوان و بحرین که وسواس فکری تقارن و جنسی را جزء شایع‌ترین علایم گزارش شده در مردان اعلام کرده بودند مغایرت دارد (۱۷، ۱۸ و ۱۹).

به نظر می‌رسد، شیوع بالای ترس‌های خرافی و نگرانی افراطی در مورد بیمار شدن در اثر میکروب و آلودگی در مردان ایرانی به این صورت قابل تبیین است که مردان از یک سو به دلیل نقش اجتماعی و حضور فعال در جامعه و از سوی دیگر به دلیل نقش کنترل‌کننده و اقتداری که در خانواده و اجتماع دارند و ارزشی که برای این نقش قایل‌اند از هر چیزی که منجر به لطمه به این اقتدار و از دست رفتن جایگاه آنان گردد (مانند بیماری) هراس دارند. بنابراین، آن‌ها به دلیل اعتبار بخشیدن به افکارشان، از این ترس‌های خرافی و نگرانی در مورد میکروب و آلودگی برای کنترل محیط بیرونی و حفظ اقتدار و جایگاه خود استفاده می‌کنند.

تجزیه و تحلیل داده حاکی از آن بود که بیشترین نشانه‌های وسواس فکری در زنان به ترتیب نزولی شامل وسواس آلودگی، جسمی و وسواس فکری متفرقه بودند که با بررسی بیشتر نشانه‌های وسواس فکری در آن‌ها مشخص شد که حساسیت فراوان در حوزه ترشحات بدنی و مسایل مربوط به نجاست و پاکی در حوزه آلودگی، ترس از ابتلا به بیماری‌ها در حوزه وسواس جسمی و رنج زیاد از وجود تصاویر ذهنی در حوزه وسواس فکری متفرقه از شایع‌ترین علایم گزارش شده در زنان بودند. نتایج به دست آمده در این پژوهش با پژوهش‌های انجام گرفته در ترکیه، تایوان و بحرین که وسواس فکری آلودگی را شایع‌ترین علامت گزارش شده در زنان اعلام کردند همسو بود (۱۷، ۱۸ و ۱۹). شیوع بالای وسواس فکری

یکی از سوگیری‌های شناختی مرتبط با علایم اختلال وسواس فکری- عملی، اعتقاداتی درباره اهمیت افکار می‌باشد. یک شکل این اعتقاد، این عقیده است که فکر کردن یا گفتگو درباره یک رویداد، احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد. شکل دیگر این اعتقاد، این است که فکر کردن درباره یک رفتار، معادل با انجام آن رفتار است (۱۵). محققان فرضیه‌های مختلفی درباره منشأ این اعتقادات مطرح کرده‌اند. برخی معتقدند که تعصب دینی، به وسیله تبعیت انعطاف‌ناپذیر و خشک از اصول اخلاقی و پرهیزکاری مشخص می‌شود که می‌تواند باعث ارزش‌گذاری بیش از حد افکار شود (۱۶). به نظر می‌رسد که شیوع بالای استفاده از ادکار در میان بیماران ایرانی برای از بین بردن افکار ناخوشایند، اعتقاد به این امر است که علایم وسواس در آن‌ها به وسیله شیطان برانگیخته می‌شود. بنابراین از سویی چون افراد وسواسی معتقدند که فکر کردن درباره یک رفتار، معادل با انجام آن رفتار است و یا فکر کردن درباره یک رویداد ناخوشایند، احتمال وقوع آن را افزایش می‌دهد و از سویی دیگر، چون بیماران ایرانی معتقدند که این افکار توسط شیطان در ذهن آن‌ها برانگیخته می‌شود بنابراین سعی می‌کنند که مطابق با آموزه‌های دینی در این زمینه، با استفاده از ادکاری شیطان را از خود دور کرده و به تبع آن افکار ناخوشایند و اضطراب ناشی از آن‌ها را از بین ببرند.

شیوع بالای وسواس عملی شستشو در میان بیماران ایرانی نیز به این صورت قابل تبیین است که مسلمانان باید به پنج وعده نماز و عبادت در روز بپردازند و قبل از هر نماز باید طهارت کامل داشته و وضو بگیرند. وضو گرفتن، کسب آمادگی روانی و جسمانی از طریق انجام یک فرآیند تمیزی، با نظم و ترتیبی خاص است. در این راستا نتایج برخی از مطالعات کشورهای اسلامی حاکی از تأثیر احتمالی مفهوم پاکی مذهبی بر پدیده‌شناسی اختلال وسواس فکری- عملی می‌باشد (۱۷). مسلمانان معتقدند که بعد از رویدادهایی مانند آمیزش جنسی، انزال و قاعدگی آن‌ها پاک و تمیز نیستند و باید تا انجام یک استحمام تشریفاتی و کلیشه‌ای (غسل کردن) از انجام تکالیف و وظایف مذهبی‌شان اجتناب نمایند. علاوه بر این، در این فرهنگ، اعتقاد بر این است که افراد با ماندن در آن شرایط ناپاکی، نه تنها از طرف خداوند مجازات می‌شوند بلکه این ناپاکی‌ها برای آن‌ها بدشگون است.

آلودگی در میان زنان را شاید بتوان به نقش اجتماعی آن‌ها نسبت داد و همچنین شیوع زیاد وسواس جسمی در میان زنان را نیز شاید بتوان این‌گونه تبیین کرد که جامعه و فرهنگ ایرانی بر این باور است که بیماری می‌تواند زنان را از مقبول بودن و جذاب بودن بیندازد. بنابراین، زنان ایرانی دچار اختلال وسواس فکری- عملی به طور مداوم، نگران بیمار شدن و از دست دادن این مقبولیت و کامل بودن هستند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که بیشترین نشانه‌های وسواس عملی در مردان شامل وسواس عملی متفرقه، واری کردن و تکرار بود که با بررسی دقیق‌تر نشانه‌های وسواس عملی در مردان مشخص گردید که در حوزه وسواس عملی متفرقه، استفاده از برخی آداب ذهنی (ذکر گویی) برای از بین بردن افکار ناخوشایند و کاهش اضطراب و در حیطه وسواس عملی واری کردن، اطمینان‌جویی مکرر از دوستان و پزشکان در مورد سلامت جسمانی از شایع‌ترین علایم گزارش شده در مردان بودند.

نتیجه‌گیری

نتایج به دست آمده در این پژوهش، با پژوهش‌های انجام گرفته در ترکیه، تایوان و بحرین که وسواس عملی واری را شایع‌ترین علامت گزارش شده در مردان اعلام کردند مغایرت دارد (۱۸،۱۷،۱۰). با توجه به این که در مردان شایع‌ترین وسواس‌های فکری گزارش شده، ترس‌های خرافی و نگرانی افراطی در مورد بیمار شدن است به نظر می‌رسد که آنان برای کاهش اضطراب ناشی از تهدیدکننده‌های بیرونی و از دست رفتن جایگاه و موقعیت اجتماعی‌شان، به ذکر گویی (برداشت نادرست از تعالیم مذهبی)، واری و تکرار، جهت اطمینان یافتن از درست انجام دادن وظایف و مسؤولیت‌هایشان می‌پردازند. تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که بیشترین نشانه‌های وسواس عملی در زنان شامل شستشو، وسواس عملی متفرقه و واری کردن بودند که با بررسی بیشتر

نشانه‌های وسواس عملی در زنان مشخص شد که دوش گرفتن و حمام کردن مکرر و طولانی در حوزه وسواس عملی شستشو و اطمینان‌جویی از دیگران در حوزه وسواس عملی متفرقه، شایع‌ترین علایم گزارش شده در زنان می‌باشد. این نتایج با پژوهش‌های انجام گرفته در ترکیه، تایوان و بحرین که وسواس عملی شستشو را شایع‌ترین علامت گزارش شده در زنان اعلام کردند، همسو است (۱۸،۱۷،۱۰). شیوع بالای وسواس عملی شستشو در میان زنان، با توجه به نقش اجتماعی آن‌ها و نگرانی افراطی‌شان در مورد آلودگی قابل پیش‌بینی بود.

بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری نمود که الگوی کلی نشانه‌شناسی اختلال وسواس فکری- عملی در نمونه‌های پژوهش حاضر با الگوی مشاهده شده در فرهنگ غربی و در بعضی کشورهای شرقی موافق و سازگار است به طوری که ویژگی‌های اصلی اختلال وسواس فکری- عملی نسبتاً مستقل از متغیرهای فرهنگی بوده و تنها استثنا در این زمینه، محتوای علایم وسواس است که عوامل فرهنگی نقش معناداری را در آن بازی می‌کنند (۱۱،۱۰) لذا پیشنهاد می‌شود عوامل فرهنگی که منجر به شایع‌تر شدن برخی علایم بیماری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی شده است بیشتر مورد بررسی قرار گیرد و همچنین با توجه به عجین شدن محتوای علایم اختلال وسواس فکری- عملی با فرهنگ، بسته‌های درمانی جدید و اختصاصی جهت درمان افراد مبتلا به این اختلال طراحی گردد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه مسؤولین آموزشی و پژوهشی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی، روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی شاغل در مراکز درمانی شهر تهران بیمارستان روان‌پزشکی رازی و مرکز اخوان و به ویژه بیمارانی که حاضر به همکاری در این پژوهش شدند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

1 - Sadeghi H. [Assessment of Symptomology of Anxiety in Iranian Culture]. Thesis for Master of Science in Psychology Sciences. Tehran Researches Science Institute, Azad University, 2007. (Persian)

- 2 - Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. 10th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 3 - Joshan Lo M, Rostami R. [Cross Cultural Psychology]. Firast Edition. Tehran: Semat Organization; 2010. (Persian)
- 4 - Kitayama SH, Cohen D. Cultural psychology. New York: The Guilford Press; 2007.
- 5 - Kokrin R. Social fundamental of psychiatric disorders. Najarian B (Persian Translator). Tehran: Roshd Organization; 1998.
- 6 - Halbreich U, Alarcon RD, Calil H, Pouki S, Geaszner P, Jadresic E. Culturally-sensitive complaints of depressions and anxieties in women. *Journal of Affective Disorders*. 2007; 102: 159-176.
- 7 - Draguns JG, Tanaka-Matsumi J. Assessment of psychopathology across and within cultures: issues and findings. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41: 755-776.
- 8 - Abramowitz JS, Deacon BJ, Woods CM, Tolin DF. Association between protestant religiosity and obsessive-compulsive symptoms and cognitions. *Depression and Anxiety*. 2004; 20: 70-76.
- 9 - Eshun S, Gurung RA. Culture and Mental Health: Sociocultural Influences, Theory, and Practice. India: SPi Publisher Services. 2009.
- 10 - Juang Y, Liu C. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder in Taiwan. *Psychiatry and clinical Neurosciences*. 2001; 55: 623-627.
- 11 - Chavira DA, Garrido H, Bagnarello M, Azzam A, Reus VI, Mathews CA. A Comparative study of obsessive-compulsive disorder in Costa Rica and the United States. *Depression and Anxiety*. 2008; 25: 609-619.
- 12 - Khalaj F. [Assessment of effect cognitive behavioral skills on prevention of obsessive compulsive in feman students in first curse high schools in Tehran]. Thesis for Master of Science in Psychology Sciences. Allame Tabatabaei University, 2008. (Persian)
- 13 - Frost RO, Krause MS, McMahan MJ, Evans M, Mcphee AE, Holden M. Compulsivity and superstitiousness. *Behaviour Research and Therapy*. 1993; 37: 423-425.
- 14 - Obsessive Compulsive Cognition Working Group. Development and initial validation of the obsessive beliefs questionnaire and interpretations of intrusions inventory. *Behaviour Research and Therapy*. 2001; 39: 987-1005.
- 15 - Siev J, Chambless DL, Huppert JD. Moral thought action fusion and ocd symptoms: the moderating role of religious affiliation. *Journal of Anxiety disorders*. 2010; 24: 309-312.
- 16 - Rachman S. The treatment of obsessions. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 17 - Shooka A, Al-haddad MK, Raees A. OCD in Bahrain: A phenomenological profile. *International Journal of Social Psychiatry*. 1998; 44: 147-154.
- 18 - Tukul R, Polat A, Ozdemir O, Aksut D, Turksoy N. Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2002; 43: 204-209.