

(مقاله پژوهشی)

مقایسه تکانشگری بیماران وسواسی- اجباری پاسخ دهنده و مقاوم به درمان با داروهای مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین

مجید غفاری^{۱*}، مهناز مهربابی زاده هنرمند^۲، نیلوفر خواجه الدین^۳،
نوشین موسوی^۴

چکیده

زمینه و هدف: در سال های اخیر پژوهشگران به مطالعه روابط درونی بین اختلال وسواسی- اجباری (OCD)، تکانشگری و سروتونین علاقمند شده اند و نتایج متفاوتی از مطالعات گذشته به دست آمده است. هدف از این پژوهش، مقایسه تکانشگری بیماران وسواسی- اجباری پاسخ دهنده و مقاوم به درمان با داروهای مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) بود.

روش بررسی: با استفاده از روش علی- مقایسه ای، بر اساس تعریف سادوک و سادوک (۲۰۰۷) و با روش نمونه گیری سهل الوصول، تعداد ۲۷ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در دو گروه بیماران پاسخ دهنده و مقاوم به SSRIs، از نظر علائم وسواسی- اجباری و تکانشگری با استفاده از مقیاس تکانشگری بارات، فهرست علائم مقیاس وسواسی- اجباری ییل- براون و مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای اختلال های محور I در DSM-IV، مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین های تکانشگری و مؤلفه های آن در بیماران مقاوم نسبت به بیماران پاسخ دهنده، کمتر بود. سترئوئیدهای دو گروه های پاسخ دهنده و مقاوم بر اساس تکانشگری و مؤلفه های آن به طور معنی داری تفاوت داشتند ($p < 0/009$). بین ۴ متغیر، فقط بر اساس تکانشگری ($p < 0/01$) و تکانشگری توجهی ($p < 0/01$) بین دو گروه بیماران پاسخ دهنده و مقاوم تفاوت معنی دار وجود داشت.

نتیجه گیری: یافته های این پژوهش نشان می دهند که بین بیماران وسواسی- اجباری پاسخ دهنده و مقاوم به داروهای SSRI، از لحاظ سطح تکانشگری تفاوت معنی دار وجود دارد و میانگین تکانشگری بیماران مقاوم بیشتر است. هر چند با توجه به وجود برخی تناقض ها در ادبیات پژوهشی، انجام پژوهش های بیشتری برای رسیدن به یک توضیح نظری جامع در مورد روابط درونی تکانشگری، OCD و پاسخ دهی به داروهای SSRI مورد نیاز است.

م ع پ ۱۳۹۰؛ ۱۰(۲): ۱۸۷-۱۹۶

کلید واژگان: اختلال وسواسی- اجباری، تکانشگری، مهارکننده های بازجذب سروتونین

۱- روانشناس بالینی، دانشجوی دکتری مشاوره خانواده .

۲- استاد گروه روانشناسی.

۳- استادیار گروه اعصاب و روان.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی.

۱- گروه مشاور خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران.

۲- گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، دانشگاه شهید چمران، اهواز، ایران.

۳- گروه اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ایران.

۴- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد خوراسگان، اصفهان.

*نویسنده مسوول:

گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران .

تلفن ۰۹۱۱۲۵۱۴۸۹۰

Email: psymgh@gmail.com

مقدمه

تقریباً از ۱۰ سال پیش، پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که یکی از راه‌های فهم صحیح اختلال‌های کنترل تکانه، این است که این اختلال‌ها جزئی از پیوستار وسواسی-اجباری باشند (۱). هر چند در ۵ سال اخیر افزایش محسوسی در پژوهش‌های مرتبط با اختلال‌های کنترل تکانه ایجاد شده (۲)، اما توجه اندکی به میزان همابندی اختلال‌های کنترل تکانه بین بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری شده است (۱). نتایج پژوهش‌های جدیدتر نشان می‌دهد که بیماران وسواسی که اخیراً به اختلال کنترل تکانه مبتلا شده‌اند، نسبت به سایر بیماران وسواسی، علائم وسواسی-اجباری شدیدتر، کیفیت زندگی پایین‌تر و عملکرد اجتماعی ضعیف‌تری دارند و به درمان با داروهای مهارکننده‌ی بازجذب سروتونین (Serotonin Reuptake Inhibitors) بیشتر نیازمند هستند (۳، ۱). پیوستار وسواسی-اجباری (Obsessive Compulsive Spectrum) مفهومی است که توسط برخی از پژوهشگران بالینی مطرح گردید اما توجه چندانی به آن نشده است. پیوستار وسواسی-اجباری شامل اختلال‌هایی می‌شوند که از چند لحاظ (پدیدار شناختی، بالینی، همه‌گیرشناسی و درمانی) اشتراک دارند. در یک انتهای این پیوستار، اختلال وسواسی-اجباری قرار دارد و در انتهای دیگر آن، رفتارهای تکانشی (Impulsive) مانند آنچه در اختلال‌های کنترل تکانه، اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضداجتماعی دیده می‌شود، وجود دارد (۴). علائم وسواسی-اجباری و تکانشگری در تعدادی از اختلال‌های روانپزشکی با هم رخ می‌دهند (۵). تکانشگری عبارت است از کم برآوردکردن خطر یا صدمه، پاسخ‌های غیر انعکاسی و ناتوانی در بازداری و کنترل رفتارهای تکراری و امیال جهت کسب لذت و رضایت (۵).

نکته‌ی قابل توجه دیگر ارتباط انتقال‌دهنده‌ی عصبی سروتونین با اختلال وسواسی-اجباری و تکانشگری است (۵). آزمایش‌های بالینی بسیاری که بر روی انواع و

اقسام داروها انجام شده، مؤید این فرضیه است که نوعی کژ تنظیمی سروتونین در ایجاد علائم وسواس و اجبار در اختلال وسواسی - اجباری نقش دارد و داروهای مؤثر بر سروتونین، به ویژه مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) در کاهش علائم وسواسی اجباری مؤثر هستند (۶).

از سوی دیگر، سطوح پایین ۵-هیدروکسی ایندول استیک اسید (5-Hydroxy Indol Asetic Acid) که یکی از سوخت سازه های سروتونین می‌باشد، به پرخاشگری تکانشی ربط داده شده است. علاوه بر این، قرائن قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد دستگاه ناقل عصبی سروتونین، عامل نشانه‌های مشهود در اختلال‌های کنترل تکانه و تکانشگری است (۶). نتیجه‌ی یکی از پژوهش‌های جدید در این زمینه نشان داد که به نظر می‌رسد سروتونین بر روی رفتارهایی که در دو انتهای یک پیوستار قرار دارند، تأثیر می‌گذارد. در یک انتها، رفتارهایی که بازداری یا بیش از حد کنترل می‌شود (اختلال وسواسی-اجباری) و در انتهای دیگر رفتارهایی مرتبط با تکانشگری و شاید پرخاشگری (پرخاشگری تکانشی و اختلال شخصیت‌های مرزی و ضداجتماعی) قرار دارند. مطلب فوق با این ایده که مسیرهای سروتونرژیک به طور متفاوتی در کنترل تکانه دخالت دارند، هماهنگ است (۷).

پژوهش‌های زیادی به بررسی میزان سروتونین در مایع مغزی-نخاعی، خون و ادرار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری پرداخته‌اند، اما نتایج ثابتی به دست نیامده است. برخی از این پژوهش‌ها سطح بیشتری از سروتونین را گزارش کرده‌اند، و برخی دیگر سطح پایین‌تری را نشان داده‌اند و برخی نیز بین سطوح سروتونین در این دسته از بیماران و افراد بهنجار تفاوت معنی‌داری نیافتند (۸). برخی از پژوهش‌ها بین کارکرد بالای سروتونین (High serotonin function) و

اجباری و تکانشگری، این پژوهش درصدد است تا نقش تکانشگری را بر کیفیت پاسخ دهندهی بیماران وسواسی به درمان با داروهای مهارکنندهی انتخابی بازجذب سروتونین مورد بررسی قرار دهد. برای رسیدن به این هدف، تعریف ارائه شده از سوی سادوک و سادوک (Sadock & Sadock) (۶) در مورد پاسخ دهی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به داروهای SSRI، مورد استفاده قرار گرفت. آن ها بیان می دارند که پژوهشهای مختلف، پاسخ به دارو درمانی در اختلال وسواسی- اجباری را کاهش ۳۰ درصدی علائم وسواسی- اجباری بعد از گذشت ۶ تا ۸ هفته پس از شروع مصرف دارو تعریف می کنند (۶).

هدف کلی پژوهش حاضر مقایسه تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری پاسخ دهنده و مقاوم به درمان با داروهای مهارکنندهی انتخابی بازجذب سروتونین می باشد.

روش بررسی

روش این پژوهش علی- مقایسه ای می باشد. جامعهی آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مراجعه کننده به درمانگاههای روانپزشکی و مراکز مشاوره شهرهای اهواز (کلینیک تخصصی جناب آقای دکتر کاظم علوی فاضل و کلینیک ویژه بیمارستان گلستان) و اصفهان (مراکز تخصصی خدمات روانشناختی الفبای زندگی و ره آورد آفتاب) بود که از اردیبهشت ۱۳۸۷ تا پایان سال ۱۳۸۸ تحت دارو درمانی با داروهای مهارکنندهی انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI) قرار گرفتند (۷۱ نفر). روش نمونه-گیری در پژوهش حاضر به صورت سهل الوصول بود. بدین منظور نامه ای به همکاران روانپزشک ارسال و از آنها درخواست شد که مراجعان وسواسی خود را به پژوهشگر ارجاع دهند. در نهایت، تعداد ۳۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری (که یا بدون سابقه دارودرمانی بودند و یا اگر دارو مصرف می کردند تحت نظر

اختلال وسواسی- اجباری ارتباط یافتند. این پژوهشگران در تبیین این نتایج به نقش تکانشگری اشاره می کنند، به این صورت که کارکرد بالای سروتونین در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، با سطح پایین تکانشگری در این بیماران مرتبط است (۷).

داروهای مهارکنندهی انتخابی بازجذب سروتونین مؤثرترین داروهای درمان اختلال وسواسی- اجباری هستند. نتایج پژوهشهای مختلف، آمار متفاوتی را از میزان بهبودی بیماران وسواسی در اثر درمان با این داروها ارائه می دهند (۶). با توجه به این که در دارودرمانی روانپزشکی، از زمان شروع دارو تا زمان اثر آن و بروز تغییرات بالینی حداقل چند هفته زمان لازم است، بنابراین درمانگران برای این که از ابتدا رویکرد درمانی مناسبتری را انتخاب کنند، نیازمند ملاکهایی هستند که از طریق آن ها مناسبترین درمان دارویی و غیر دارویی را برای بیمار تجویز کنند. از این رو، کشف شاخصهای پاسخ دهندهی بیمار به یک دارو بسیار مهم است؛ زیرا هم به انتخاب داروی مناسبتر کمک می کند و هم سبب می شود که بیمار به درمان دارویی ادامه دهد و بستر مناسبی جهت انجام درمان های غیر دارویی نیز مهیا شود. با توجه به ارتباط بین سروتونین، اختلال وسواسی- اجباری و تکانشگری و خلاء پژوهش در زمینهی مقایسه بیماران وسواسی دارا و فاقد ویژگی رفتاری تکانشگری از لحاظ پاسخ دهندهی به داروهای مهارکنندهی انتخابی بازجذب سروتونین بررسی چگونگی تأثیر وجود یا عدم وجود تکانشگری بر کیفیت اثر این داروها در اختلال وسواسی- اجباری مهم به نظر می رسد. نتایج این پژوهش به درمانگران کمک خواهد کرد که با توجه به چگونگی تأثیر وجود یا عدم وجود ویژگی رفتاری تکانشگری در روند پاسخ دهندهی بیماران وسواسی به داروهای مهارکنندهی انتخابی بازجذب سروتونین، به انتخاب مناسبترین رویکرد درمانی بپردازند.

با توجه به مطالب فوق و وجود برخی نتایج متناقض در مورد ارتباط سروتونین، اختلال وسواسی

برنامه گسی شامل ۱۱ ماده (دقت در بررسی انتخاب‌ها و مشکلات) (۵).

این مقیاس از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (۱۰). ویژگی‌های روانسنجی نسخه ی فارسی این مقیاس ارزیابی شد و مورد تأیید قرار گرفت (۱۱).

۲- مقیاس وسواسی- اجباری ییل- براون- فهرست علائم (YBOCS-SC: The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale – Symptom Checklist) توسط گودمن و راسموسن در سال ۱۹۸۹ تدوین شد (۱۲). از ۵۸ ماده ی این مقیاس، ۳۷ ماده مربوط به علائم وسواسی (شامل وسواسهای پرخاشگرانه، آلودگی، جنسی، احتکار، مذهبی، متفرقه و جسمی) و ۲۱ ماده مربوط به علائم اجباری (شامل اجبارهای نظافت/ شستشو، واریسی کردن، تکرار، شمارش، نظم و ترتیب، احتکار/جمع آوری و متفرقه) می‌باشد. سالکوسکی و همکاران (۱۳)، ضریب پایایی و روایی YBOCS-SC را محاسبه کردند. ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ به دست آمد که نشان دهنده ی مطلوب بودن پایایی آن است. برای بررسی میزان روایی مقیاس مذکور، ضریب همبستگی میان YBOCS-SC و سیاهه ی تجدیدنظر شده وسواسی- اجباری Obsessive - Compulsive Inventory Revised (OCI-R) ۰/۵۱ به دست آمد که در سطح معنی داری ۰/۰۵ معنی دار بود (۱۳). پایایی این مقیاس با روش بین ارزیاب‌ها در ۴۰ بیمار، ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۹۸ و با استفاده از روش بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۰/۸۴ گزارش شد (۱۴).

۳- مصاحبه ساختاریافته تشخیص برای اختلالات محور I در DSM-IV-R

(SCID) Structured Clinical Interview for DSM-IV-R)

در این پژوهش جهت تشخیص گذاری بالینی برای اختلال وسواسی- اجباری و شناسایی سایر اختلالاتی که ممکن است همراه با این اختلال وجود داشته باشند از مصاحبه ی ساختاریافته تشخیص برای اختلال های محور I در DSM-IV-R (۱۵) استفاده شد. مصاحبه ساختار- یافته تشخیص برای اختلال های محور I در DSM-IV-

روانپزشک داروی خود را قطع کردند تا آماده شرکت در این پژوهش شوند، پس از انجام مصاحبه، گرفتن تشخیص اختلال وسواسی- اجباری و تجویز داروی SSRI توسط روانپزشک، از نظر علائم وسواسی- اجباری و تکانشگری مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله بعد و پس از اتمام دوره ی تعیین شده برای مصرف دارو (۶ الی ۸ هفته)، بیماران مجدداً از لحاظ علائم وسواسی- اجباری ارزیابی شدند. در کل و با توجه به محدودیت- های عملی پژوهش های بالینی و محدودیت های عملی خاص این پژوهش (بر اساس تعریف بکار گرفته شده برای ورود آزمودنی های پاسخ دهنده به پژوهش)، ۱۰ بیمار در گروه بیماران پاسخ دهنده (بیمارانی که پس از ۶ الی ۸ هفته مصرف دارو، حداقل ۳۰ درصد کاهش علائم وسواسی- اجباری داشتند) و ۱۷ بیمار در گروه بیماران مقاوم به درمان (بیمارانی که پس از ۶ الی ۸ هفته مصرف دارو، کاهش علائم وسواسی- اجباری آن‌ها کمتر از ۳۰ درصد بود) قرار گرفتند و از لحاظ تکانشگری مقایسه شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از:

۱- نسخه یازدهم مقیاس تکانشگری بارات (BIS-11)

The Barratt Impulsivity Scale, 11th version

نسخه ی یازدهم مقیاس تکانشگری بارات (۹) یک مقیاس خود گزارشی ۳۰ ماده‌ای است که تکانشگری را می‌سنجد. آزمودنی باید به هر یک از ماده‌های این پرسش- نامه که در یک مقیاس چهار درجه‌ای (۱- هیچ‌گاه / به ندرت، ۲- گاهی اوقات، ۳- اغلب، ۴- اکثر اوقات / همیشه) تنظیم شده است، پاسخ دهد. ۱۱ ماده از ۳۰ ماده ی این مقیاس به طور معکوس نمره گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره در مقیاس مذکور به ترتیب ۳۰ و ۱۲۰ می‌باشد (۵).

نتایج تحلیل عوامل، سه خرده مقیاس را در این پرسش‌نامه آشکار ساخت (۹): خرده مقیاس تکانشگری توجهی (تمرکز و کنترل فکر) شامل ۸ ماده. خرده مقیاس تکانشگری حرکتی (عمل تکراری و برنامه‌ریزی نشده) شامل ۱۱ ماده و خرده مقیاس تکانشگری مبتنی بر بی-

زن و ۵ نفر (۱۸/۵۲ درصد) مرد بودند. بر اساس $p=0/20$ در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات، پیش‌فرض مذکور مورد تأیید قرار گرفت. همچنین، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و تأیید شد (تکانشگری: $F=0/01$ و $p=0/90$ ؛ تکانشگری توجیهی: $F=2/02$ و $p=0/31$ ؛ تکانشگری حرکتی: $F=1/06$ و $p=0/16$ ؛ تکانشگری مبتنی بر عدم برنامه‌ریزی: $F=1/24$ و $p=0/27$).

همانگونه که در جدول ۱ نشان داده شده است، میانگین‌های تکانشگری و مؤلفه‌های آن در بیماران مقاوم نسبت به بیماران پاسخ دهنده، کمتر بود.

برای مقایسه‌ی دو گروه پاسخ دهنده و مقاوم بر اساس تکانشگری و مؤلفه‌های آن (تکانشگری توجیهی، حرکتی و مبتنی بر عدم برنامه‌ریزی)، یک تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) جهت بررسی تأثیرات چند متغیره عضویت گروهی بر متغیرها انجام شد (جدول ۲). یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که ستروئیدهای دو گروه‌های پاسخ دهنده و مقاوم بر اساس تکانشگری و مؤلفه‌های آن به‌طور معنی‌داری تفاوت دارند ($p<0/009$). به عبارتی دیگر این دو گروه حداقل بر اساس یکی از متغیرهای مذکور با یکدیگر تفاوت دارند. بر اساس ضریب اتا، ۳۸ درصد واریانس عضویت گروهی توسط تکانشگری تبیین شده است. توان آماری ۰/۸۴ نشان می‌دهد که حجم نمونه کافی بوده است.

یک تحلیل واریانس یک متغیره (ANOVA) برای تعیین تأثیرات یک متغیره عضویت گروهی بر هر یک از متغیرها مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۳).

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین ۴ متغیر، فقط بر اساس تکانشگری ($p<0/01$) و تکانشگری توجیهی ($p<0/01$) بین دو گروه بیماران پاسخ دهنده و مقاوم تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

R، ابزاری جهت تشخیص‌گذاری بر اساس معیارهای DSM-IV-R است. این ابزار دو نسخه اصلی دارد: SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روانپزشکی (محور ۱، DSM-IV-R) می‌پردازد و SCID-II که اختلال‌های شخصیت (محور ۲، DSM-IV-R) را ارزیابی می‌کند. نسخه‌ی نهایی فارسی این ابزار از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (۱۵). ساجاتوویچ و رامیرز (۱۶)، به نقل از محسنی، و همکاران (۲۰۰۷) پایایی بین ارزیاب‌ها در سطح قابل قبول و پایایی بازآزمایی را ۰/۶۰ به دست آوردند (۱۶). شریفی و همکاران (۱۵) روایی نسخه فارسی SCID را مطلوب ارزیابی کردند. جهت بررسی روایی SCID، از شاخص‌های کاپا، درصد توافق تشخیصی، حساسیت و ویژگی آزمون استفاده کردند. نتایج نشان داد که برای تمام تشخیص‌ها جز کل اختلالات اضطرابی، ضریب کاپا بیشتر از ۰/۴۰ بود. نتایج ویژگی آزمون عمدتاً بهتر از نتایج حساسیت آزمون بود. در اکثر تشخیص‌ها، ویژگی آزمون، بیشتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد، بیشتر از ۰/۹۰ بود. این پژوهشگران بیان می‌دارند که نسخه فارسی SCID، ابزاری معتبر جهت تشخیص‌گذاری برای مقاصد بالینی، به ویژه پژوهشی و حتی آموزشی است (۱۷). در مورد پایایی، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط تا خوب بود (ضریب کاپا بیشتر از ۰/۶۰). توافق کلی (کاپای مجموع) برای تشخیص‌های فعلی، ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر، ۰/۵۵ بود (۱۸).

یافته‌ها

از کل بیماران مناسب برای شرکت در این پژوهش که در دسترس قرار گرفتند، تعداد ۲۷ نفر (۷۷/۱۴ درصد) پرسشنامه‌ها را پر کردند و به پژوهشگر باز گرداندند. میانگین سنی آزمودنی‌ها $3/03 \pm 27/76$ سال بود (دامنه سنی: ۳۷-۱۷). ۲۲ نفر از شرکت‌کنندگان (۸۱/۴۸ درصد)،

جدول ۱: یافته‌های توصیفی دو گروه پاسخ دهنده و مقاوم بر اساس تکانشگری و مؤلفه‌های آن

متغیر	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
تکانشگری	پاسخ دهنده	۵۹/۲۰	۹/۱۱
	مقاوم	۷۰/۲۳	۱۰/۳۴
تکانشگری توجهی	پاسخ دهنده	۱۷/۹۰	۲/۹۹
	مقاوم	۱۹/۳۵	۱/۹۶
تکانشگری حرکتی	پاسخ دهنده	۱۶/۸۰	۳/۴۸
	مقاوم	۲۳/۲۹	۵/۱۰
تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	پاسخ دهنده	۲۴/۵۰	۵/۱۰
	مقاوم	۲۷/۵۸	۴/۷۳

جدول ۲: نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تأثیرات چند متغیره عضویت گروهی بر تکانشگری و مؤلفه‌های آن

اثر	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری	ضریب اتا	توان مشاهده شده
گروه	۴/۸۲	۳	۲۳	۰/۰۰۹	۰/۳۸	۰/۸۴

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس یک متغیره برای بررسی تأثیرات یک متغیره عضویت گروهی بر تکانشگری

و مؤلفه‌های آن

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
تکانشگری	۷۶۶/۴	۱	۷۶۶/۴	۷/۷۹	۰/۰۱
تکانشگری توجهی	۲۶۵/۵۳	۱	۲۶۵/۵۳	۱۵/۵۹	۰/۰۱
تکانشگری حرکتی	۱۳/۲۹	۱	۱۳/۲۹	۲/۳۲	۰/۱۴
تکانشگری عدم برنامه‌ریزی	۶۰/۰۴	۱	۶۰/۰۴	۲/۵۳	۰/۱۲

بحث

هدف از این پژوهش، مقایسه تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری پاسخ دهنده و مقاوم به درمان با داروهای مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs) بود. میانگین‌های تکانشگری و مؤلفه‌های آن در بیماران مقاوم نسبت به بیماران پاسخ دهنده، کمتر بود. ستروئیدهای دو گروه‌های پاسخ دهنده و مقاوم بر اساس تکانشگری و مؤلفه‌های آن به‌طور معنی داری تفاوت داشتند ($p < 0.009$). بین ۴ متغیر، فقط بر

اساس تکانشگری ($p < 0.01$) و تکانشگری توجهی ($p < 0.01$) بین دو گروه بیماران پاسخ دهنده و مقاوم تفاوت معنی دار وجود داشت. این تفاوت‌ها تا حدودی با تبیین‌های ارائه شده در برخی از پژوهش‌های انجام شده در این زمینه همسو است. برای مثال فونتله، و همکاران (۳) و گرانت و همکاران (۱) بیان می‌دارند که بیماران وسواسی که همزمان ویژگی‌های تکانشگری و اختلال‌های کنترل تکانه را نشان می‌دهند در مقایسه با سایر بیماران وسواسی، علائم وسواسی- اجباری

شدیدتری دارند. در مورد این که چه سازوکار عصب شناختی ای تبیین کننده ی پاسخ دهی بهتر بیماران وسواسی با تکانشگری کمتر به درمان با داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین است با توجه به تناقض های موجود در ادبیات پژوهش، پیچیدگی های هر بیمار به عنوان یک ارگانیزم منحصر به فرد، پیچیدگی های اختلال وسواسی- اجباری و نیز پیچیدگی مسیرهای سروتونرژیک مغز، تبیین منسجم و دقیقی نمی توان ارائه کرد. همانگونه که کارور و میلر (۷) بیان می کنند، به نظر می رسد سروتونین بر روی رفتارهایی که در دو انتهای یک پیوستار قرار دارند، تأثیر می گذارد. در یک انتها رفتارهایی که بازداری یا بیش از حد کنترل می شود (اختلال وسواسی - اجباری) و در انتهای دیگر، رفتارهایی مرتبط با تکانشگری و شاید پرخاشگری (پرخاشگری تکانشی و اختلال شخصیت های مرزی و ضداجتماعی) قرار دارد. مطلب فوق با این ایده که مسیرهای سروتونرژیک به طور متفاوتی در کنترل تکانه دخالت دارند، هماهنگ است. کارور و میلر (۷) بیان می کنند که ارتباط کارکرد بالای سروتونین و اختلال وسواسی- اجباری، احتمالاً به سطح پایین تکانشگری در بیماران وسواسی مربوط است. بسیاری از پژوهش ها اذعان می دارند که سطح سروتونین در افراد با ویژگی پرخاشگری تکانشی و همچنین افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری پایین است (۱۹-۲۲، ۴، ۶). یافته های حاصل از این پژوهش نه تنها با نتایج پژوهش های مذکور تاحدوی همسویی دارد، که می تواند به گونه ای وجود پیوستار وسواسی- اجباری (۴، ۱) را نیز مورد تأیید قرار دهد.

با توجه به ادبیات پژوهش و نتایج متناقض پژوهش های گذشته و نیز با توجه به پیچیدگی های هر فرد، سبک زندگی خاص او، نگرش های او به بیماری و درمان دارویی، استفاده یا عدم استفاده او از

خدمات روان درمانی، پیچیدگی های عصب شناختی تأثیر دارو، پیچیدگی های ذاتی اختلال وسواسی- اجباری و نیز محدودیت های خاص این پژوهش به عنوان یک پژوهش بالینی پس رویدادی، ارائه ی نتیجه گیری های کلیشه ای و تبیین های عجولانه، ساده انگارانه است. با مطالعه ی ادبیات پژوهش و نتایج پژوهش های قبلی می توان دریافت که تا به حال هیچ پژوهشی به مقایسه ی تکانشگری بین بیماران وسواسی پاسخ دهنده و مقاوم به درمان با داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین نپرداخته و احتمالاً این پژوهش از اولین پژوهش های انجام شده با این موضوع است. بنابراین، این پژوهش برای ارائه ی تبیین هایی با سبک متداول در پایان نامه ها و مقالات با پیچیدگی های ذاتی مسأله مورد پژوهش و ابهامات موجود در ادبیات پژوهش روبرو است. نتایج متناقض حاصل از پژوهش های گذشته حتی در سال های اخیر نیز پژوهشگران را مجاب کرده است تا بیان کنند که بیماران وسواسی که علائم و ویژگی های تکانشی نیز دارند، یک تیپ فرعی از اختلال وسواسی- اجباری را تشکیل می دهند (۲۳). همچنین نکته ی دیگری که بر پیچیدگی های عصب شناختی موضوع این پژوهش صحنه می گذارد ذکر این عبارت از گرانت و همکاران (۱) است که پژوهش های دقیق تر و اختصاصی تری مورد نیاز است تا مشخص شود چگونه ارتباط بین تکانشگری و اختلال وسواسی- اجباری بر درمان این اختلال با داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین تأثیر می- گذارد. نکته ی دیگری که ارائه ی تبیین های منسجم و مشخص در مورد یافته های این پژوهش را دشوار می سازد این است که حتی در جدیدترین پژوهش های مرتبط با موضوع این پژوهش، برخی از پژوهشگران (۵) بیان می کنند که هر چند به نظر می رسد که اجبارها و تکانشگری دو انتهای متضاد را در اختلال های پیوستار وسواسی- اجباری توصیف

پیامدهای منفی روانی و فیزیولوژیک را در پی خواهد داشت. اهمیت این موضوع در جامعه ی دارو- محور و یا به عبارتی نسخه محور ما (حداقل در این مقطع زمانی) بیشتر و نیازمند توجه تخصصی متخصصان روان درمانی است.

با توجه به بدیع بودن، پیچیدگی های موضوع و محدودیت های موجود، پیشنهاد می شود این پژوهش به عنوان یک پژوهش مقدماتی در این زمینه در نظر گرفته شود و با امکانات، تجهیزات و حجم نمونه گسترده تر انجام گیرد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، اثر دارونما، سبک زندگی بیمار، نگرش او به بیماری و درمان، و نیز وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیمار کنترل شود تا بتوان با اطمینان بیشتری در مورد تعمیم نتایج اقدام کرد.

قدردانی

نویسندگان این مقاله کمال سپاس و امتنان خود را از مساعدت کلینیک ها و مراکز مشاوره همکار با پژوهشگر ابراز می دارند.

می کنند، اما ویژگی بسیاری از این اختلال ها وجود مجموعه ای از اجبارها و رفتارهای تکانشی به میزان مختلف است. باکا-گارسیا و همکاران (۴) نیز بیان می کنند که تعاریف ارائه شده از پیوستار وسواسی- اجباری قطعی نیستند و پژوهشگران مختلف، تعاریف متفاوتی را ارائه کرده اند.

نتیجه گیری

در مجموع با کنار هم قرار دادن نقطه نظرات ذکر شده توسط پژوهشگرانی چون ماتسونوگا و همکاران (۲۳)، باکا-گارسیا و همکاران (۴)، گرانت و همکاران (۱)، لی و چن (۵) و ما و همکاران (۸) و همچنین یافته های این پژوهش، به نظر می رسد بررسی نقش سطح تکانشگری بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در پاسخ دهی آن ها به داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین در سطح وسیع تر و با حجم نمونه گسترده و نیز استفاده از تجهیزات لازم برای ارزیابی های عصب شناختی، از ضرورت های پژوهشی و بالینی در این حیطه است زیرا بهبود فرایند درمان دارویی بیمار، بستر مناسبی را برای استفاده فرد از خدمات روان درمانی فراهم می سازد. چرا که عدم پاسخ دهی بیمار به دارو،

منابع

- 1-Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatr Res.* 2006 Sep;40(6):494-501. [\[PMID=16430922\]](#)
- 2-Grant JE, Potenza MN. Impulse control disorders: clinical characteristics and pharmacological management. *Ann Clin Psychiatry.* 2004 Jan-Mar;16(1):27-34. [\[PMID=15147110\]](#)
- 3-Fontenelle LF, Mendlowicz MV, Versiani M. Impulse control disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2005 Feb;59(1):30-7. [\[PMID=15679537\]](#)
- 4-Baca-García E, Salgado BR, Segal HD, Lorenzo CV, Acosta MN, Romero MA, et al. A pilot genetic study of the continuum between compulsivity and impulsivity in females: the serotonin transporter promoter polymorphism. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2005 Jun;29(5):713-7. [\[PMID=15908092\]](#)
- 5-Li CS, Chen SH. Obsessive-compulsiveness and impulsivity in a non-clinical population of adolescent males and females. *Psychiatry Res.* 2007 Jan 15;149(1-3):129-38. [\[PMID=17046069\]](#)
- 6-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 7-Carver CS, Miller CJ. Relations of serotonin function to personality: Current views and a key methodological issue. *Psychiatry Res.* 2006 Sep;144(1):1-15. [\[PMID=16914207\]](#)

- 8-Ma N, Tan LW, Wang Q, Li ZX, Li LJ. Lower levels of whole blood serotonin in obsessive-compulsive disorder and in schizophrenia with obsessive-compulsive symptoms. *Psychiatry Res.* 2007 Feb;150(1):61-9. [\[PMID=17291595\]](#)
- 9-Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995 Nov;51(6):768-74. [\[PMID=8778124\]](#)
- 10-McLeish KN, Oxoby RJ. Measuring impatience: Elicited discount rates and the Barratt Impulsiveness Scale. *J Personality and Individual Differences* 2007 Aug; 43(3):553-65. [\[Cross Ref\]](#)
- 11-Ekhtiari H, Safaei H, Esmaili Javid GhR, Atefvahid MK, Edalati H, Mokri A. Reliability and validity of Persian versions of Eysenck, Barratt, Dickman and Zuckerman questionnaires in assessing risky and impulsive behaviors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008 Fall;14(3(54)): 326-36. [\[ICID=882844\]](#)
- 12-Baer L. Getting control:overcoming your obsessions and compulsions. 2nd ed. New York(NY):Plume;2000. Persian translation: Mohammadi M, Kouhi L, Dehganpour M. Tehran: Roshd Press; 2003. [\[In Persian\]](#)
- 13-Sulkowski ML, Storch EA, Geffken GR, Ricketts E, Murphy TK, Goodman WK. Concurrent validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale-Symptom Checklist. *J Clin Psychol.* 2008 Dec;64(12):1338-51. [\[PMID=18942133\]](#)
- 14-Firouzabadi A, Shareh H. Effectiveness of detached mindfulness techniques in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Advances in Cognitive Science* 2009 Summer;11(2(42)):1-7. (In Persian) [\[Cross Ref\]](#)
- 15-Sharifi V, Asaadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Structured clinical interview for DSM-IV(SCID). Persian translation and cultural adaptation. *Iran J Psychiatry* 2007 Winter;2(1):46-8. (In Persian) [\[Cross Ref\]](#)
- 16-Mohseni S, Afkham-Ebrahimi A, Daneshamooz B. A comparison of the effects of typical and atypical antipsychotics on inducing obsessive-compulsive symptoms in patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008;13(4): 328-34. [\[ICID=867759\]](#)
- 17-Amini H, Sharifi V, Asaadi SM, Mohammadi MR, Kaviani H, Semnani Y, et al. Validity of the Iranian version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) in the diagnosis of psychiatric disorders. *Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research* 2008;1(7):49-57. (In Persian) [\[Cross Ref\]](#)
- 18-Sharifi V, Asaadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in cognitive science* Spring - Summer 2004; 6(1-2):10-22. [In Persian]. [\[Cross Ref\]](#)
- 19-Hollander E. New developments in impulsivity and compulsivity. *European Neuropsychopharmacology* 1996 Jun;6(Supp3): 91. [\[Cross Ref\]](#)
- 20-Dolan M, Anderson IM, Deakin JF. Relationship between 5-HT function and impulsivity and aggression in male offenders with personality disorders. *Br J Psychiatry.* 2001 Apr;178:352-9. [\[PMID=11282815\]](#)
- 21-Sollof PH, Kelly TM, Strotmeyer SJ, Malone KM, Mann JJ. Impulsivity, gender, and response to fenfluramine challenge in borderline personality disorder. *Psychiatry Res.* 2003 Jul;119(1-2):11-24. [\[PMID=12860356\]](#)
- 22-Paris J, Zweig-Frank H, Kin NM, Schwartz G, Steiger H, Nair NP. Neurobiological correlates of diagnosis and underlying traits in patients with borderline personality disorder compared with normal controls. *Psychiatry Res.* 2004 Jan;121(3):239-52. [\[PMID=14675743\]](#)
- 23-Matsunaga H, Kiriiike N, Matsui T, Oya K, Okino K, Stein DJ. Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2005 Jan-Feb;46(1):43-9. [\[PMID=15714194\]](#)

The comparison of impulsivity between responsive and non-responsive obsessive-compulsive patients to selective serotonin reuptake inhibitors

Ghaffari M^{1*}, Mehrabi zadeh Honarmand M², Khajeddin N³, Mousavi N⁴

1-Clinical Psychologist, PhD Student of family counseling.

2-Professor of Education and Psychology.

3-Assistant Professor of Psychiatry.

4-MSc. Student of Education and Psychology.

1-Department of family counseling, School of Education and Psychology,

Esfahan University, Esfahan, Iran.

2-Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

3-Department of Psychiatry, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

4-Department of Psychology, Azad University of Khorasegan, Esfahan, Iran.

* Corresponding author:

Department of family counseling,
School of education and psychology,
Esfahan University, Esfahan, Iran.

Tel: ++989112514890

Email: psymgh@gmail.com

Abstract

Background and Objective: In recent years, there has been a growing interest in the interrelationships among obsessive-compulsive disorder, impulsivity, and serotonin and previous studies produced mixed results. This study aimed at investigating the comparison of impulsivity between responsive and non-responsive obsessive-compulsive patients to selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs).

Subjects and Methods: In an ex post facto design, using Sadock and Sadock's (2007) definition, and through convenience sampling, 27 Obsessive-Compulsive patients were divided into two groups (responsive and non-responsive to SSRI) and were examined through 11th Barratt Impulsivity Scale, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (symptom checklist), and Structured Clinical Interview for DSM-IV.

Results: The mean scores of impulsivity and its components in responsive patients were higher in comparison with non responsive ones. Centroids of responsive and non responsive groups were significantly different regarding impulsivity, attentional, motor, and non-planning impulsiveness ($p < 0.009$). Among the four variables, there were significant differences only in impulsivity ($p < 0.01$), attention ($p < 0.01$) and impulsiveness between responsive and non responsive groups ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings of this research shows that there is a significant difference in impulsivity level between responsive and non-responsive obsessive-compulsive patients to SSRIs, and the mean score of impulsivity in non-responsive patients is higher. However, attending to some paradoxes in the literature, more researches are needed to provide a comprehensive theoretical explanation for the interrelationships among impulsivity, OCD, and responsivity to SSRIs.

Sci Med J 2011; 10(2):187-196

Keywords: obsessive-compulsive disorder, impulsivity, SSRI.

Received: Aug 2, 2010

Revised: Jan 1, 2011

Accepted: Jan 4, 2011