



اختلال وسواسی - اجباری در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I و اسکیزوفرنیا

دکتر آزاد معروفی*، دکتر سیدمحمدعلی قریشی زاده**

چکیده

هدف: این پژوهش شیوع اختلال وسواسی - اجباری را در دو اختلال اسکیزوفرنیا و دوقطبی نوع I بررسی نموده است.
روش: به کمک یک طرح مقطعی ۱۵۰ بیمار مراجعه کننده به درمانگاه روانپزشکی مرکز آموزشی و درمانی تبریز که برپایه‌ی معیارهای DSM-IV مبتلا به یکی از اختلال‌های دوقطبی I و با اسکیزوفرنیا بودند. به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص‌گذاری بیماران از نظر وجود اختلال وسواسی - اجباری با مصاحبه‌ی غیرساختاریافته انجام گرفت و از مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون استفاده شد.

یافته‌ها: از ۷۵ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی I و ۷۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا به ترتیب ۱۷ نفر (۲۳٪) و ۲۷ نفر (۳۶٪) زمانی در طول عمر خود مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بوده‌اند.

نتیجه: اختلال وسواسی - اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و مبتلایان به اختلال دوقطبی I شیوع چشمگیری دارد.

کلیدواژه: اختلال وسواسی - اجباری، اختلال دوقطبی I، اسکیزوفرنیا، همبودی

مقدمه

بر آن داشته است تا بررسی‌های خود را متوجه همبودی و شیوع اختلال وسواسی - اجباری در افسراد مبتلا به اختلال‌های یادشده نمایند. وجود نشانه‌های اختلال وسواسی - اجباری در اختلال‌های عمده‌ای چون اسکیزوفرنیا و دوقطبی نوع I که همواره بخش مهمی از

درگیری مدارهای نورونی و پیام‌رسان‌های عصبی مشابه (سروتونرژیک) در اختلال دوقطبی نوع I و اسکیزوفرنیا از یک سو و اختلال وسواسی - اجباری از سوی دیگر (کاپلان^۱ و سادوک^۲، ۱۹۹۸) پژوهشگران را

E-mail: maroufi@muk.ac.ir

* روانپزشک، سندیج، خیابان دانشگاه، مرکز آموزشی - درمانی قدس (نویسنده مسئول).

** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تبریز، تبریز، جاده ائل‌گلی، مرکز آموزشی و درمانی رازی.

1- Kaplan

2- Sadock

هم چنین برخی بررسی ها همراهی اختلال وسواسی- اجباری را در بیماران دوقطبی بیش از شیوع آن در جمعیت عادی برآورد کرده اند (چن و دیلساور، ۱۹۹۵). گاه شیوع اختلال وسواسی- اجباری در اختلال دوقطبی برابر با شیوع آن در افسردگی یک قطبی دانسته شده است (کروگر، برانینگ، هوفلر^۹ و همکاران، ۲۰۰۰). یافته های برخی بررسی های انجام شده در این زمینه در جدول ۱ آورده شده است.

هدف کلی پژوهش حاضر با توجه به موارد یادشده، بررسی میزان شیوع اختلال وسواسی- اجباری در اختلال دوقطبی I و اسکیزوفرنیا و اهداف فرعی آن بررسی شیوع اختلال وسواسی- اجباری در اختلال دوقطبی I و اسکیزوفرنیا برحسب سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، میزان تحصیلات و موارد بستری بوده است.

هزینه ها و توان کاری دستگاه های درمانی و بهداشتی را به خود اختصاص می دهند، می تواند پیچیدگی هایی در نشانه های این اختلال ها پدید آورد و تشخیص آنها را دشوار نماید.

با آن که بررسی های چندی در این زمینه انجام شده، چگونگی همراهی اختلال وسواسی- اجباری با اسکیزوفرنیا و یا اختلال دوقطبی نوع I روشن نشده است. هم چنین از فراوانی و چگونگی علائم اختلال وسواسی- اجباری برحسب زیرگونه های اسکیزوفرنیا و یا ویژگی های جمعیت شناختی افراد و ارتباط آن با طول مدت ابتلا به اسکیزوفرنیا یا اختلال دوقطبی نوع I آگاهی نداریم (کروگر^۱، برانینگ^۲ و کوک^۳، ۲۰۰۰؛ چن^۴ و دیلساور^۵، ۱۹۹۵).

گروهی از پژوهشگران شیوع اختلال وسواسی- اجباری را در اسکیزوفرنیا ۷/۸٪ تا ۴۶/۶٪ برآورد می کنند (پویوروفسکی^۶، فوکس^۷ و ویسمن^۸، ۱۹۹۹).

جدول ۱- یافته های برخی بررسی های انجام شده در زمینه شیوع OCD در اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی I

پژوهشگر	سال پژوهش	محل پژوهش	نمونه مورد بررسی	تعداد نمونه	شیوع OCD
اسکیزوفرنیا					
فیش ^{۱۱} و همکاران	۲۰۰۱	اتریش	اسکیزوفرنیا و اسکیزوافکتیو حاد	۱۵۰	٪۱۰
پویوروفسکی و همکاران	۲۰۰۱	فلسطین اشغالی	اسکیزوفرنی مزمن و بستری	۶۸	٪۲۳/۵
تیبو ^{۱۱} و همکاران	۲۰۰۰	کانادا	اسکیزوفرنی	۵۲	٪۲۵
پویوروفسکی و همکاران	۱۹۹۹	فلسطین اشغالی	اسکیزوفرنی اولین اپیزود	۵۰	٪۱۴
ایسن ^{۱۲} و همکاران	۱۹۹۷	ایالات متحده آمریکا	اسکیزوفرنی و اسکیزوافکتیو	۷۷	٪۷/۸
کروگر و همکاران	۲۰۰۰	آلمان	اسکیزوفرنی	۷۶	٪۱۵/۸
ماسایوسکی ^{۱۳} و همکاران	۲۰۰۳	ژاپن	اسکیزوفرنی	۷۱	٪۱۸/۳
اختلال دوقطبی I					
چن و دیلساور	۱۹۹۵	ایالات متحده آمریکا	دوقطبی I	۴	٪۲۱
کروگر و همکاران	۱۹۹۵	آلمان	دوقطبی I	۳۷	٪۳۵/۱
کروگر و همکاران	۲۰۰۰	کانادا	دوقطبی I و II	۱۴۳	٪۷ فقط در دو قطبی II
تمام ^{۱۴} و ازپوراز ^{۱۵}	۲۰۰۲	ترکیه	دوقطبی I	۴۳	٪۳۹
پینی ^{۱۶} و همکاران	۱۹۹۷	ایتالیا	دوقطبی	۲۴	٪۲۱/۱
کوسوف ^{۱۷} و هافنر ^{۱۸}	۱۹۹۸	استرالیا	دوقطبی I	۱۰۰	٪۳۰

- | | |
|---------------|---------------|
| 1- Kruger | 2- Braunig |
| 3- Cooke | 4- Chen |
| 5- Dilsaver | 6- Poyurovsky |
| 7- Fuchs | 8- Weisman |
| 9- Hoffler | 10- Fabisch |
| 11- Tibbo | 12- Eisen |
| 13- Masayuski | 14- Tamam |
| 15- Ozpoyraz | 16- Pini |
| 17- Cosoff | 18- Hafner |

روش

این پژوهش یک طرح مقطعی است. در اجرای این پژوهش ۷۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا و ۷۵ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی نوع I که به صورت سرپایی در مدت سه ماه به درمانگاه مرکز آموزشی و درمانی رازی تبریز مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

داده‌های پژوهش به کمک مصاحبه‌ی غیرساختاریافته و مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون^۱ (YBOCS) گردآوری گردید. در مصاحبه‌ی غیرساختاریافته از فهرست تشخیصی اختلال وسواسی-اجباری بهره گرفته شد. ماده‌های فهرست یادشده برپایه‌ی ملاک‌های تشخیصی DSM-IV^۲ ساخته شده بود.

YBOCS را که گودمن^۳، پرایس^۴، راسموسن^۵، مازور^۶ و فلیشمن^۷ در سال ۱۹۸۶ ساختند، یک مصاحبه نیمه‌ساختار یافته برای ارزشیابی نشانه‌ها، شدت آن و پاسخ به درمان اختلال وسواسی-اجباری است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). فهرست علائم ییل-براون شامل بیش از پنجاه علامت شایع وسواس و اجبار از جمله افکار وسواسی پیرامون پرخاشگری، آلودگی، مسائل جنسی و اجبارها در زمینه پاکیزگی، واریسی، نظم و ترتیب، گردآوری و انبار کردن می‌باشد. پایایی همسانی درونی ییل-براون در سطح قابل قبول تا خوب و در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (ملکوتی، مهربابی، بوالهروی و دادفر، ۱۳۸۰؛ میرسپاسی و سالیانی، ۱۳۸۲؛ امیر، کاشمن و فوا، ۱۳۷۷).

این فهرست مجموعه علائم اختلال وسواسی-اجباری در DSM-IV است. نخست با بهره‌گیری از مصاحبه غیرساختاریافته و انطباق آن با اطلاعات موجود در پرونده، تشخیص اسکیزوفرنیا یا اختلال دو قطبی I برای بیمار تأیید و همراه آن برخی اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، جنس، تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل یادداشت شد. سپس به کمک فهرست

تشخیصی اختلال وسواسی-اجباری که برپایه‌ی YBOCS ساخته شده بود داده‌ها گردآوری شد. برای تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی و آزمون آماری خی دو به کار گرفته شد. برای طبقه‌بندی علائم وسواسی-اجباری داده‌های به دست آمده از مقیاس ییل-براون با چهار الگوی شایع این اختلال برپایه‌ی DSM-IV منطبق گردید. این چهار الگو عبارتند از آلودگی، تردید مرضی، افکار مزاحم و تقارن (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸). اگر یک آزمودنی علائم بیش از یک نوع از انواع چهارگانه‌ی یادشده را داشت با عنوان «الگوی مختلط»^۸ طبقه بندی می‌گردید.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های مبتلا به OCD برحسب ابتلاء هم‌زمان به اسکیزوفرنیا یا اختلال دو قطبی نوع I در جدول ۲ دیده می‌شود. سن آزمودنی‌های پژوهش از ۱۸ تا ۶۵ سال بود. انواع پارانویید، باقیمانده^۹ و نامتمایز^{۱۰} به ترتیب در ۲۸، ۴۰ و ۷ نفر از آنها تشخیص داده شد.

از ۷۵ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا ۲۷ نفر (۳۶٪) دارای اختلال وسواسی-اجباری بودند. جدول ۳ فراوانی توزیع علائم وسواسی-اجباری را در این گروه از بیماران نشان می‌دهد. همان‌گونه که در این جدول دیده می‌شود، در این گروه بیشترین نشانه‌های وسواسی-اجباری از نوع آلودگی (۵۱/۹٪) و کمترین مربوط به افکار مزاحم و نوع مختلط (۱۴/۸٪) بود.

جدول ۴ چگونگی توزیع علائم وسواسی-اجباری را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نشان می‌دهد.

- 1- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
- 2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)
- 3- Goodman
- 4- Price
- 5-Rasmussen
- 6- Mazure
- 7- Fleischman
- 8- Mixed
- 9- residual
- 10- undifferentiated

جدول ۲- توزیع فراوانی آزمودنی‌های مبتلا به OCD برحسب ابتلاء به اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی نوع I

متغیرها	اسکیزوفرنیا	
	فروانی (%)	دوقطبی I (%)
جنس مرد	۱۹ (۷۰/۳)	۱۵ (۸۷/۲)
زن	۸ (۲۹/۷)	۲ (۱۱/۸)
تأهل مجرد	۱۸ (۶۶/۷)	۴ (۲۳/۵)
متأهل	۹ (۳۳/۳)	۱۳ (۷۶/۵)
شغل خانه‌دار	۶ (۲۲/۲)	۱ (۵/۹)
کارمند	۴ (۱۴/۸)	۱۰ (۵۸/۷)
بی‌کار	۱۷ (۶۳)	۶ (۳۵/۴)
تحصیل بی‌سواد	۷ (۲۵/۹)	۳ (۱۷/۶)
ابتدایی	۴ (۱۴/۸)	۴ (۲۳/۵)
راهنمایی و دبیرستان	۱۳ (۴۸/۱)	۹ (۵۲/۸)
دانشگاهی	۳ (۱۱/۲)	۱ (۶/۱)

جدول ۳- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب علائم و سواسی- اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و دوقطبی

علائم و سواسی- اجباری	اسکیزوفرنیا	
	فروانی (%)	دوقطبی I (%)
آلودگی	۱۴ (۵۱/۹)	۱۰ (۵۸/۸)
تردید و واریسی	۵ (۱۸/۵)	۳ (۱۷/۶)
افکار مزاحم	۴ (۱۴/۸)	۲ (۱۱/۸)
تقارن	۰ (۰)	۰ (۰)
مختلط	۴ (۱۴/۸)	۲ (۱۱/۸)
جمع	۲۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)

نتایج آزمون خی دو نشان داد که میان سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل و سابقه‌ی ابتلا به اسکیزوفرنیا با اختلال و سواسی- اجباری رابطه‌ی معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های مبتلا به اختلال دوقطبی I را نیز نشان می‌دهد. این

افراد از ۱۹ تا ۸۰ سال سن داشتند. از ۷۵ بیمار مبتلا به اختلال دوقطبی I، ۱۷ نفر (۲۲/۷٪) دارای اختلال و سواسی- اجباری بودند.

جدول ۳ فراوانی توزیع علائم و سواسی- اجباری را در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول دیده می‌شود، در این گروه نیز بیشترین نشانه‌های و سواسی- اجباری از نوع آلودگی و کمترین‌ها افکار و سواسی و نوع مختلط است.

جدول ۴- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش برحسب علائم و سواسی- اجباری و نوع اسکیزوفرنیا

علائم و سواسی- اجباری	نوع اسکیزوفرنیا		
	پارانویید (%)	نامتمايز (%)	باقی‌مانده (%)
آلودگی	۶ (۵۰)	۵ (۵۰)	۳ (۶۰)
تردید و واریسی	۳ (۲۵)	۱ (۱۰)	۱ (۲۰)
افکار مزاحم	۱ (۸)	۳ (۳۰)	۰ (۰)
تقارن	۰ (۰)	۰ (۰)	۰ (۰)
مختلط	۲ (۱۷)	۱ (۱۰)	۱ (۲۰)
جمع	۱۲ (۱۰۰)	۱۰ (۱۰۰)	۵ (۱۰۰)

آزمون خی دو در این گروه نیز مانند بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، میان سن، جنس، وضعیت تحصیلی، وضعیت تأهل، شغل و سابقه‌ی ابتلا به اختلال دوقطبی I با شیوع علائم و سواسی- اجباری رابطه‌ی معنی‌دار آماری نشان نداد. هم‌چنین میان نوع اختلال و سواسی- اجباری و اختلال دوقطبی I رابطه‌ی معنی‌داری دیده نشد.

بحث

این بررسی شیوع مادام‌العمر اختلال و سواسی- اجباری را در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ۳۶٪ و در بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی I ۲۲/۷٪ نشان داد که

در مقایسه با شیوع مادام‌العمر آن در جمعیت عمومی که ۳٪-۲٪ است (کاپلان و سادوک، ۱۹۹۸) به شکل چشم‌گیری بیشتر است. این یافته در گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با یافته‌های فبیش، ۲۰۰۱ (۱۰٪)، پویوروفسکی و همکاران (۱۹۹۹) (۱۴٪)، پویوروفسکی و همکاران (۲۰۰۱) (۲۳/۵٪) و تیو و همکاران (۲۰۰۰) (۲۵٪) هم‌خوانی دارد. نتایج این بررسی با یافته‌های پویوروفسکی و همکاران (۲۰۰۱) که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و بستری را بررسی نموده بودند هم‌خوانی بیشتری دارد، چرا که بیماران بررسی شده در این پژوهش نیز اغلب بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن و از نوع باقی‌مانده بوده‌اند.

همان‌گونه که دیده می‌شود، شیوع اختلال وسواسی-اجباری در بررسی‌های یادشده، متفاوت گزارش شده است. این تفاوت‌ها ممکن است به دلایل زیر باشند.

۱) گوناگونی معیارهای به کار گرفته شده برای ارزیابی علایم و دشواری‌های استخراج علایم.
 ۲) اثر احتمالی به کار گرفتن داروهای آنتی‌پسیکوتیک در تغییر میزان و شدت علایم اختلال وسواسی-اجباری، به ویژه در بیماران مزمن که به مدت طولانی این داروها را مصرف کرده‌اند.

نبود ارتباط معنی‌دار میان هیچ یک از متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، جنس، شغل، وضعیت تاهل، تحصیلات و سابقه‌ی ابتلا به اسکیزوفرنیا با شیوع اختلال وسواسی-اجباری با یافته‌های پویوروفسکی و همکاران (۱۹۹۹) هم‌خوانی دارد.

بررسی‌های یادشده احتمال مرتبط بودن اختلال وسواسی-اجباری و اسکیزوفرنیا را افزایش می‌دهند. بررسی‌های اولیه نشان داده‌اند که در میان اختلال‌های اضطرابی، تنها بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری پس از به کار بردن مواد هراس‌زا^۱، دچار حمله‌ی پانیک نمی‌شوند. هم‌چنین تفاوت در مدارهای مغزی درگیر در اختلال وسواسی-اجباری در مقایسه با سایر اختلال‌های اضطرابی نشان داده شده است،

به طوری که در اختلال وسواسی-اجباری بیشتر مدارهای کورتیکو استریاتال^۲ و در سایر اختلال‌های اضطرابی مدارهای آمیگدالوفوگال^۳ درگیر هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

برپایه‌ی یافته‌های بررسی حاضر از ۷۵ بیمار مبتلا به اختلال دو قطبی I، ۱۷ نفر (۲۲/۷٪) اختلال وسواسی-اجباری را در دوره‌ای از زندگی خود تجربه کرده بودند. این میزان تفاوت چشمگیری با شیوع اختلال وسواسی-اجباری در جمعیت عمومی دارد. چن و دیلساور (۱۹۹۵) و کروگر، کوک، هسی^۴، جارنا^۵ و فرساد^۶ (۱۹۹۵) شیوع اختلال وسواسی-اجباری را در بیماران دو قطبی I به ترتیب ۲۱٪ و ۳۵٪ برآورد کرده‌اند، که با یافته‌های بررسی حاضر هم‌خوانی دارد. بنابراین به نظر می‌رسد که اختلال وسواسی-اجباری در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی I نیز هم‌چون گروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شیوع بالاتری نسبت به جمعیت عمومی دارد.

در گروه بیماران دو قطبی I نیز همانند بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا ارتباط آماری معنی‌داری میان سن، جنس، وضعیت تاهل، مدت ابتلا به اختلال دو قطبی، شغل و تحصیلات با شیوع اختلال وسواسی-اجباری دیده نشد. در بررسی‌های پیشین نیز ارتباطی میان این عوامل با شیوع اختلال وسواسی-اجباری گزارش نشده است (کروگر، برانینگ و کوک، ۲۰۰۰؛ چن و دیلساور، ۱۹۹۵). هم‌چنین در این پژوهش میان الگوی شیوع علایم وسواسی-اجباری در بیماران دو قطبی I با الگوی شایع آن در جمعیت عمومی تفاوتی دیده نشد.

با توجه به آنچه که بیان شد به نظر می‌رسد اختلال وسواسی-اجباری در شمار زیادی از مبتلایان به اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی I رخ می‌دهد. این که آیا این همبودی از یک بنیان علیتی و یا آسیب‌شناختی مشترک ناشی می‌شود و چه تأثیری بر سیر و پیش‌آگهی

1- panicogen

2- corticostriatal

3- amigdalofugal

4- Hasey

5- Jarna

6- Fersad

و روش‌های درمانی اختلال‌های یادشده دارد، نیازمند بررسی‌های کنترل شده در مقیاس‌های گسترده‌تری می‌باشد.

برخی از محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارتند از:
 ۱) نامعلوم بودن روایی و پایایی معیارهای تشخیصی DSM-IV برای اختلال وسواسی-اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و بیماران دو قطبی،
 ۲) شمار کم آزمودنی‌های پژوهش، ۳) مقطعی بودن پژوهش، ۴) کم بودن دقت در جستجوی علائم به علت ناتوانی در یادآوری یا توضیح علائم توسط بیماران یا همراهان آنها و ۵) احتمال سوگیری مصاحبه‌گر در ارزیابی علائم به خاطر وابسته بودن مقیاس ییل-براون بر پایه‌ی درجه‌بندی مصاحبه‌گر.

انجام بررسی‌های طولی برای تعیین تفاوت‌های احتمالی در پیش‌آگهی و پاسخ به درمان در بیمارانی که افزون بر اسکیزوفرنیا و یا اختلال دو قطبی علائم وسواسی-اجباری نیز نشان می‌دهند، انجام بررسی‌های مشابه در چند مرکز به شکل آینده‌نگر و انجام بررسی بر روی شمار بیشتری از آزمودنی‌ها پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

از تمامی بیماران و خانواده‌ی آنها که در این پژوهش شرکت کردند و نیز از همه‌ی کادر درمانی درمانگاه بیمارستان رازی صمیمانه تشکر می‌گردد.

منابع

امیر، نادر؛ کاشمن، لوری؛ فوا، ادناب (۱۳۷۷). راهبردهای کنترل فکر در اختلال وسواس فکری-عملی. ترجمه محمد غفاری‌خان، فرهود کاظمی و مالک میرهائمی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال چهارم، شماره ۱، ۶۸-۷۳.
 ملکوتی، کاظم؛ مهابی، فریدون؛ بوالهروی، جعفر؛ دادفر، محبوبه (۱۳۸۰). تأثیر اختلال‌های شخصیت بر نتیجه درمان دارویی بیماران وسواسی-اجباری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ۲۳-۱۳.

میرسپاسی، غلامرضا؛ سالیانی، انوشه (۱۳۸۲). مقایسه کارایی فلوکستین - دارونما در بیماران اختلال وسواسی-اجباری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هشتم، شماره ۴، ۱۰-۴.

Chen, Y. W., & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Journal of Psychiatry Research*, 59, 57-64.

Cosoff, S. J., & Hafner, R. J. (1998). The Prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorder. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 67-72.

Fabish, K., Fabisch, H., Langs, G., Huber, H. P., & Zapotoczky, H. G. (2001). Incidence of obsessive-compulsive phenomenon in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorders. *European Psychiatry*, 16, 336-341.

Goodman, W. K., Pricci, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., & Fleischman, R. L. (1986). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Development, use, reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1998). *Synopsis of psychiatry*, Baltimore: Williams & Wilkins, (p.610).

Kruger, S., Cooke, R. G., Hasey, G. M., Jarna, I., & Fersad, E. (1995). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 34, 117-120.

Kruger, S., Braunig, P., & Cooke, R. G. (2000). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder in recovered inpatients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2, 71-74.

Kruger, S., Braunig, P., Hoffler, J., Shugar, G., Burner, J., & Lankrar, J. (2000). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *Journal of Neuro-*

psychiatry and Clinical Neuroscience, 12, 16-24.

Masayuki,O.,Masahiro,K.,& Yoshio,M.(2003). Features of obsessive-compulsive disorder in patients primary diagnosed with schizophrenia. *Psychiatric and Clinical Neurosciences*, 57,67.

Pini,S.,Cassano,G.B.,Simonini,E.,& Piatti,E. (1997). Prevalence of anxiety disorders comorbidity in bipolar depression, unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 42,145-153.

Poyurovsky.M.,Fuchs,C.,&Weisman,A.(1999). Obsessive-compulsive disorder in patients with first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 156,1998-2000.

Poyurovsky,M.,Hramenkov,S.,Isakov,V.,Rauchverger, B.,Modai,I.,Schneidman,M.,Fuchs,C.,& Weizman, I..(2001).Obsessive-compulsive disorder in hospitalized patients with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research*, 102, 49-57.

Sadock,B.J.,& Sadock.V.A.(2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, (p.77).

Tamam,L.,& Ozpoyraz,N.(2002).Comorbidity of anxiety disorder among patients with bipolar I disorder in remission.*Psychopathology*, 35, 203-209.

Tibbo,P.,Kroetsch,M.,Chue,P.,& Warneke.I. (2000). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia. *Journal of Psychiatry Research*, 34, 139-146.