

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۶ (۱۳۸۱)، صفحه ۷۶

پژوهشی در عوامل احتمالی موثر بر نتایج درمانی اختلال وسواسی جبری

دکتر یونس نابدل^۱ دکتر نصرت‌الله پورافکاری^۲ حسین داداش زاده^۳

خلاصه

زمینه و اهداف: عوامل احتمالی تاثیرگذار بر پیش‌آگهی و سیر اختلال وسواسی جبری، آنچنان که باید مورد پژوهش قرار نگرفته‌اند. هدف ما بررسی نقش سن، جنس، طول مدت بیماری، سابقه خانوادگی و وجود بیماری همراه، در پیش‌آگهی و سیر اختلال وسواسی جبری بود.

روش بررسی: یک صد بیمار زن و مرد (۴۷ مرد و ۵۳ زن) به طور تصادفی انتخاب و در پژوهشی آینده‌نگر به مدت یک سال با داروهای ضد وسواس (کلومیپرامین- فلئوگزتین) تحت درمان قرار گرفتند. محدوده سنی بیماران ۱۲ الی ۶۹ سال بود. شدت بیماری و سیر بهبود در آغاز و خاتمه پژوهش با استفاده از قضاوت بالینی و مصاحبه روانپزشکی مورد ارزیابی قرار گرفت. نمونه‌های گمشده در پیگیری از بررسی کنار گذاشته شدند و در نهایت پژوهش با ۸۶ بیمار، ۴۹ زن و ۳۷ مرد به انجام رسید.

یافته‌ها: بهبود قابل توجه با سن بیمار رابطه معکوس داشت (در بیماران زیر ۲۱ سال بهبود قابل توجه ۶۲٪، بین ۲۲-۳۱ سال ۴۱٪ و بین ۳۲-۴۱ سال ۲۵٪ بود). جنسیت نقش معنی‌داری در سیر بهبود داشت (۳۷٪ بهبود قابل توجه در مردان در مقابل ۵۹٪ زنان $Z = ۲/۲۰$ و $p < ۰/۰۵$). طول مدت بیماری با بهبود قابل توجه نسبت معکوس داشت (بیماران با سابقه یک سال و کمتر، ۶۰٪ بهبود قابل توجه نشان دادند. با سابقه ۵ سال و کمتر ۵۵٪ و ۱۰ سال و کمتر ۴۱/۵٪). وجود سابقه خانوادگی نقشی در سیر اختلال نداشت. بیماران با وسواس عملی تنها (بدون وسواس فکری) بدترین پیش‌آگهی را داشتند. بیماران با وسواس فکری تنها بهترین پیش‌آگهی را نشان دادند و بالاخره وجود بیماری همراه تاثیری در سیر بیماری نداشت.

نتیجه گیری: درمان به موقع می‌تواند تاثیر قابل توجهی در سیر بهبود اختلال داشته باشد. زیرا چنین به نظر می‌رسد که دارو درمانی اختلال وسواسی - جبری، هر چقدر زودتر و در سنین پایین‌تر شروع شده باشد، بهتر می‌تواند به نتایج دارو درمانی امیدوار بود.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواس جبری، عوامل پیش‌بینی کننده سیر، نتایج درمانی

- ۱- روانپزشک مرکز آموزشی و درمانی رازی تبریز- نویسنده رابط
- ۲- استاد گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
- ۳- روانشناس بالینی و مربی گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

نفرمونث بودند. قریب ۳۴ نفر (۷۴٪) از وسواس شدید رنج می‌بردند و ۱۴ نفر (۲۶٪) وسواس متوسط داشتند. بیماران در هر گروه جداگانه با فلئوگزتین (۴۶ نفر) و کلومیپرامین (۵۴ نفر) درمان شدند. بیماران مقاوم به هر یک از دو دارو با داروی گروه بعدی و در نهایت با ترکیب دو دارو درمان شدند.

بیمارانی که طی مدت یک سال با تک تک داروهای فوق و یا ترکیب درمانی دو دارو بهبود پیدا نکردند (و یا میزان بهبود آنان جزئی ارزیابی شد) در ردیف پاسخ درمانی نامطلوب (مقاوم به درمان) قرار گرفتند. بیماران به طور مرتب هر ماه (و حداکثر ۴۵ روز یک بار) به تناوب توسط دو روانپزشک معاینه و مورد ارزیابی قرار گرفتند و روانپزشکان از نتیجه ارزیابی همدیگر اطلاع نداشتند. تمام مواردی که در پیگیری به طور مدام شرکت نکردند و یا نتایج متناقض داشتند از پژوهش حذف شدند (جمعاً ۱۴ مورد).

برای تحلیل آماری داده‌های پژوهش از روشهای آمار توصیفی از جمله فراوانی و درصد، همچنین آزمون معنی‌داری نسبتها (Z) استفاده شد.

یافته‌ها

رابطه سن بیمار با پیش‌آگهی اختلال: به نظرمی‌رسد «بهبود قابل توجه» با سن بیمار رابطه معکوس داشته باشد. بطوری که ما بیشترین میزان بهبود را در بیماران زیر ۲۱ سال مشاهده کردیم. تعداد ۳۲ نفر از بیماران زیر ۲۱ سال بودند که بیست‌نفر از آنان بهبود قابل توجهی پیدا کردند (۶۲٪) درحالی که از ۴۱ بیمار ۲۱ الی ۳۱ ساله ۱۷ مورد (۴۱٪) و از ۱۳ بیمار بالاتر از ۳۱ سال تنها سه مورد (۲۵٪) بهبود قابل توجه پیدا کردند (جدول ۱).

رابطه طول مدت بیماری با پیش‌آگهی O.C.D: طول مدت بیماری با بهبود نسبت معکوس داشت. به طوری که در بیماران با سابقه یک سال و کمتر، بهبود قابل توجه ۶۰٪ (۱۵ مورد از ۲۵ مورد) در بیماران با سابقه پنج سال و کمتر ۵۵٪ (۱۱ مورد از ۲۰ مورد) و در بیماران با سابقه ده سال و کمتر ۴۲٪ (۱۲ مورد از ۲۸ مورد) و بالاخره در بیماران با سابقه بیشتر از ده سال ۲۸/۵٪ (۵ مورد از ۱۳ مورد) بود (نمودار ۱).

نقش سابقه خانوادگی اختلال وسواسی جبری در پیش‌آگهی O.C.D: ما هیچ رابطه‌ای بین بهبود و وجود یا عدم سابقه خانوادگی اختلال نیافتیم. ۱۷ نفر از مجموع ۴۴ نفری که در سابقه

پاسخ درمانی در اختلال وسواسی جبری متغیر است. در حالی که غالباً یک فاصله ۸ الی ۱۶ هفته‌ای را جهت پیدایش نتیجه درمانی ضروری می‌دانند (۱)، بعضی از بیماران در زمانی کوتاه‌تر و با مقادیر اندک دارو بهبود حیرت‌انگیزی نشان می‌دهند؛ گرچه تعداد این گونه بیماران کم است. در گروهی دیگر علی‌رغم ظهور بهبود نسبی در چند ماه اول، در ادامه درمان، توقف در پیشرفت درمان و یا عود علایم دیده می‌شود (۲). عکس این وضعیت نیز گاهی اتفاق می‌افتد و بیمارانی که در ماههای نخست به درمان مقاومت نشان می‌دادند، با تاخیری قابل توجه و تجربه داروهای مختلف و دوزهای متفاوت وضعیت مناسبی پیدا می‌کنند، گرچه بهبود کامل بندرت دیده می‌شود (۲،۳). این چند گونگی پاسخ درمانی مطرح کننده این سوال اساسی است که: «کدام عامل یا عوامل می‌توانند تعیین کننده پاسخ درمانی (پیش‌آگهی) در اختلال وسواسی جبری باشند؟»

نظریات در این زمینه همچنان بحث انگیز باقی مانده است. نظر پژوهشگران در زمینه عوامل احتمالی تاثیر گذار بر سیر و پیش‌آگهی اختلال باهمدیگر همخوانی ندارد (۱، ۲، ۴). حتی در این مورد ساده که «آیا پایین بودن سن در پیش‌آگهی نتایج درمانی اثر مثبت یا منفی دارد»، اتفاق نظر وجود ندارد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش عوامل احتمالی مرتبط با سیر بهبود در اختلال وسواسی جبری بود. به همین منظور عواملی نظیر سن شروع بیماری، جنس بیمار، طول مدت بیماری، سابقه خانوادگی قبلی، نوع وسواس و وجود بیماری همراه در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری، از جمله عواملی بودند که مورد پژوهش قرار گرفتند.

مواد و روش تحقیق

یک صد بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری براساس ملاکهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویراست چهارم DSM-IV با شدت متوسط و شدید در پژوهشی آینده‌نگر و به مدت یک سال شرکت داده شدند. شدت اختلال و سیر بهبود در آغاز و خاتمه پژوهش با استفاده از قضاوت بالینی روانپزشک درمان کننده مورد ارزیابی قرار گرفت. بیماران به طور تصادفی از بین مراجعین به دو کلینیک خصوصی (مطب) انتخاب شدند. محدوده سنی افراد مورد مطالعه ۱۲ الی ۶۹ سال و میانگین سنی ۳۲ سال بود. ۱۳ نفر از بیماران مجرد و بقیه متاهل بودند، ۴۷ نفر از بیماران مذکر و ۵۳

اختلال OCD مشاهده شد ($Z = 2/20$ و $p < 0/05$). در جنس مذکر از ۳۷ بیمار مورد پژوهش، ۱۴ نفر بهبود قابل توجه نشان دادند (۳۷ درصد) و در جنس مونث از ۴۹ بیمار مورد پژوهش، ۲۹ نفر بهبود قابل توجه نشان دادند (۵۹ درصد)، (نمودار ۲).

خانوادگی آنها اختلال O.C.D وجود نداشت، بهبود قابل توجه نشان دادند (۳۸/۵٪). در حالی که در گروه ۴۲ نفری بیماران با سابقه خانوادگی اختلال وسواس جبری در اقوام درجه ۱ و ۲، بیست نفر (۴۷/۶٪) بهبود قابل توجه نشان دادند (جدول ۲).

رابطه جنس بیمار با پیش آگهی O.C.D در پژوهش حاضر تفاوت معنی داری بین دو جنس (زن و مرد) از لحاظ پیش آگهی

جدول ۱، رابطه سن بیمار با پیش آگهی اختلال وسواسی جبری

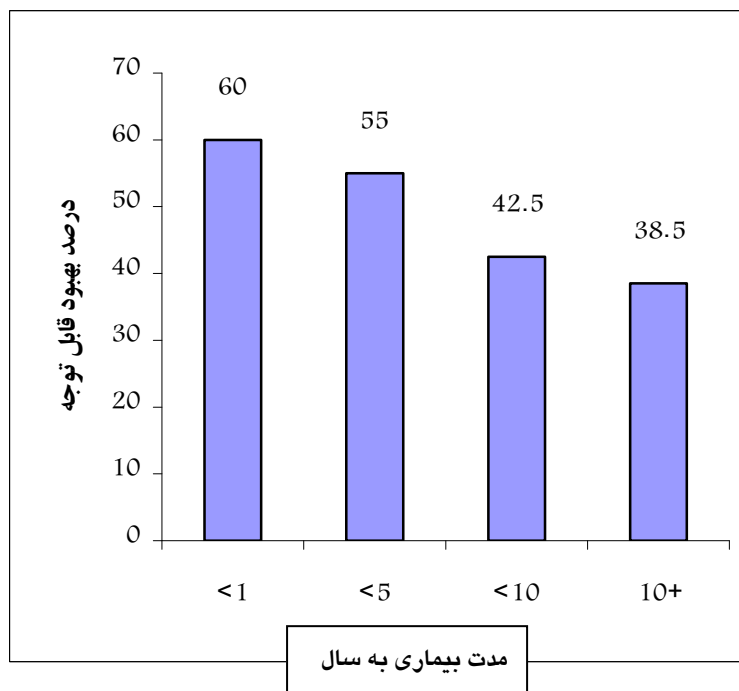
| سن بیماران | تعداد بیماران | میزان بهبود قابل توجه | Z | P |
|------------|---------------|-----------------------|------|-------|
| <۲۰ | ۳۲ | ۲۰ (۶۲٪) | ۱/۹۰ | <۰/۰۵ |
| ۲۱-۳۱ | ۴۱ | ۱۷ (۴۱٪) | | |
| >۳۱ | ۱۳ | ۳* (۲۵٪) | | |

*تحلیل آماری نشده است

جدول ۲، نقش وجود سابقه خانوادگی اختلال وسواسی جبری در پیش آگهی اختلال O.C.D

| تعداد | بهبود قابل توجه | Z | P |
|------------------------------------|-----------------|---|-----|
| بیماران بدون سابقه خانوادگی ۴۴ نفر | ۱۷ نفر = ۳۸/۵٪ | ۱ | ۳۰٪ |
| بیماران با سابقه خانوادگی ۴۲ نفر | ۲۰ نفر = ۴۸/۵٪ | | |

هیچ رابطه‌ای بین وجود سابقه خانوادگی قبلی و پیش آگهی O.C.D یافت نشد.



نمودار ۱، بهبود قابل توجه بر حسب طول مدت بیماری

طول مدت بیماری با بهبود قابل توجه، رابطه معکوس نشان داد



نمودار ۲، نقش جنس بیمار در پیش آگهی اختلال وسواسی جبری

پیش آگهی اختلال، تفاوت معنی داری در دو جنس نشان داد ($P < 0/05$).

بحث

اگرچه خلاصه‌ای از مطالعات پیگیری طولانی‌حاکمی است که حدود ۲۰ درصد موارد اختلال وسواسی - جبری با گذشت زمان بدون تغییر باقی‌مانده، ۵۰ درصد بهبود متوسط تا قابل ملاحظه پیدا کرده و ۲۰ درصد موارد بهبود کامل می‌یابند (۵)، اما هنوز هم پیش‌آگهی اختلال وسواسی جبری بحث‌انگیز بوده و زمینه‌ای نه چندان شناخته شده دارد. کارهای اندک انجام گرفته نیز با همدیگر همخوانی چندانی ندارند. کتب مرجع بسیاری از موارد رامسکوت گذاشته‌اند چرا که هنوز نظریه روشنی وجود ندارد. مشکل دیگر تغییرات غیر منتظره در سیربیماری است، به طوری که بیماری با ارزیابی پاسخ‌خوب درمانی پس از مدتی (علی‌رغم ادامه مصرف دارو) عود علائم نشان می‌دهد. این سیر نوسانی اختلال قضاوت در کوتاه مدت (یک سال و کمتر) را دشوار می‌سازد (ضرورت پژوهش‌های دراز مدت در O.C.D). از دیگر سو تناقض در یافته‌های پژوهشگران کار تحقیق را پیچیده می‌سازد. گروهی شروع اختلال در کودکی را مترادف پیش‌آگهی بد دانسته‌اند (۱) در حالی که به نظر دیگران (۶) تفاوتی از نظر پیش‌آگهی بین کودکان و بزرگسالان وجود ندارد. اکثر صاحب‌نظران بر این باورند که هرچه فاصله مراجعه برای درمان پس از شروع بیماری کوتاهتر و هرچه استرس وابسته به شروع بیماری شدیدتر باشد، پیش‌آگهی و سیر بیماری بهتر است (۷). پژوهش ما با نظر گروه دوم هماهنگی دارد.

رابطه نوع وسواس و بهبود بیماری: از ۸۶ بیمار مورد بررسی

۶۷ نفر (۷۷/۹٪) همزمان وسواس فکری و عملی داشتند. ۳ نفر فقط وسواس عملی (۳/۵٪) و ۱۶ نفر (۱۸/۶٪) فقط وسواس فکری داشتند. بیماران که فقط وسواس عملی داشتند هیچ کدام بهبود قابل توجه پیدا نکردند. از ۶۷ بیمار با وسواس فکری - عملی توأم ۲۴ نفر بهبود قابل توجهی پیدا کردند (۳۵٪). در حالی که این نسبت در بیماران با وسواس فکری ۸ نفر از ۱۶ نفر (۵۰٪) بود. با توجه به کم بودن تعداد نمونه‌ها در وسواس عملی قضاوت در مورد نتایج و تحلیل آماری میسر نشد. اما به هرحال به نظر می‌رسد بیماران با وسواس فکری، پیش‌آگهی بهتری نسبت به انواع دیگر دارند و بیماران با وسواس عملی، (بدون فکری) پیش‌آگهی بدتری نسبت به انواع دیگر دارند.

نقش بیماری همراه در سیر بهبود O.C.D: تعداد ۴۴ نفر از ۸۶

بیمار مورد پژوهش به جز اختلال وسواسی جبری، اختلال روانی دیگری نداشتند. از این تعداد ۱۳ نفر (۳۰٪) بهبود قابل توجه پیدا کردند. از ۴۲ بیمار که به جز O.C.D به اختلال دیگری نظیر افسردگی یا یک اختلال اضطرابی دیگر مبتلا بودند، ۱۶ نفر (۳۸٪) بهبود پیدا کردند. به نظر می‌رسد وجود بیماری توأم نقشی در پیش‌آگهی اختلال (بدتر کردن سیر بیماری) نداشته باشد.

هرچند تاثیر جنس بیمار در پیش آگهی اختلال OCD در کتب مرجع به سکوت برگزار شده، اما در پژوهش حاضر پیش آگهی اختلال در دو جنس زن و مرد تفاوت معنی داری را نشان داد ($P < 0.05$).

تاثیر طول مدت بیماری بر پیش آگهی اختلال ظاهراً با این عنوان و به این شکل مورد مطالعه قرار نگرفته است اما wever و همکاران در یک پژوهش نتیجه گرفتند که وسواس جوانان می تواند به طور موثر درمان شود (۸). بررسی ما به وضوح رابطه معکوس بین طول مدت بیماری و بهبود را نشان داد که شاید به نوعی هماهنگ با پژوهش wever تلقی شود.

در زمینه نقش عامل وراثت در اختلال وسواسی جبری کارهای زیادی انجام شده است و این موضوع تقریباً ثابت شده است (۹) اما پژوهش ما درصدد یافتن این نکته بود که " آیا بیماران با سابقه وسواسی در اقوام درجه یک در مقایسه با افراد بدون سابقه، تفاوتی در سیر و پیش آگهی نشان می دهند؟ " برخلاف انتظار در این زمینه به تفاوتی بین دو گروه نرسیدیم و چون در کارهای پژوهشگران قبلی به چنین بررسی برخورد نکردیم امکان مقایسه با کار دیگران وجود نداشت.

از نظر نقش نوع وسواس در فرایند بهبود عده ای معتقدند که بیماران واریسی کننده (checker) آهسته تر از شستشوگرها (Washer) به درمان پاسخ می دهند (۲). دیگران نوع وسواس را در نتیجه درمان بی اثر دانسته اند (۱۰). پژوهش ما با نتیجه گروه دوم هماهنگ است.

پژوهش حاضر محدودیتهای چندی نیز داشت که از آن جمله می توان به عدم امکان بررسی تفاوت نتایج درمانی که ممکن بود ناشی از تفاوت در اثرات درمانی دو داروی کلومیپرامین و فلئوگزتین باشد، اشاره نمود. البته تحقیقات اخیر، اغلب اثرات درمانی این دو دارو را برابر دانسته و نشان می دهند که حدود ۵۰ درصد بیماران وسواسی - جبری به کلومیپرامین و SSRI، نظیر فلئوگزتین و فلئوکسامین پاسخ مناسبی می دهند (۱۱).

محدودیت دیگری که در تفسیر نتایج پژوهشی حاضر بهتر است مدنظر قرار گیرد این است که به لحاظ فقدان یک آزمون اختلال وسواسی - جبری که با فرهنگ ایرانی استاندارد شده باشد، محققین در ابتدا و انتهای دوره درمانی، شدت علائم و نشانه های بیماری را با استفاده از قضاوت بالینی روانپزشکان درمانگر و با تاکید بر معیارهای تشخیصی DSM-IV سنجیدند. از طرفی چون در گزینش بیماران، شرایط انتخاب تصادفی کاملاً رعایت شده و نیز از آنجا که مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی است نه مقایسه ای، لذا می توان گفت که احتمال وجود جهت گیری در قضاوت بالینی مربوط به نتایج درمان خیلی ناچیز است.

References:

- Kaplan H I, Sadock B J. Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1998; P: 609-617
- Kaplan H I, Sadock B J. Comprehensive Textbook of Psychiatry, VI th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996; P: 1218-1227.
- Kay J, Tasman A, Lieberman J Psychiat 2000; P:381
- Thomsen PH. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: A 6-22 year follow up study of social outcome. J Eur Child Adol Psychiat, 1995; 4(2): 112-22
- Ahuja N. Psychiatry. 4th ed. JAYPEE P ublicatin, New Delhi, 1999; P:88
- Swedo SE, Leonard H L, Raport J. Childhood onset obsessive compulsive disorder. J. Psychiat Clin North Am 1992; 15(4): 767-75
- Flasherty J A, Davis John M, Janicak PG. Psychiatry, Diagnosis and Treatment, 2nd ed., Appleton and Lange, 1993; P:152
- Wever C, Rey JM. Juvenile obsessive compulsive disorder. J. Aust N Z J Psychiat 1997; 31(1): 105-13
- Gelder M, Gath D, Mayou R, Comwen P. Oxford Textbook of Psychiatry, 3th ed., Oxford University Press, 1996; P:180-186
- Arts W, Hoogduin K, Schap C, Haan E. Do patients suffering from obsessions alone differ from other obsessive compulsives. J. Behavior Ther 1993; 31(1): 119-23
- Wright P, Stern J, Phelan M. Core Psychiatry 1st ed., WB Saunders, London, 2000; P:204