

## مقاله پژوهشی اصیل

# شیوع علایم وسواس فکری-عملی در نوجوانان و میزان هم‌ابتلایی آن با سایر علایم روان‌پزشکی

### دکتر گیتی شمس<sup>۱</sup>

گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### نرگس کرم‌قدیری

گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### یعقوب اسماعیلی ترکانبوری

مرکز مشاوره دانشگاه شهید بهشتی

### دکتر همایون امینی

گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### نرگس ابراهیم‌خانی

گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر علی ناصری بفرونی

گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

### دکتر حسین پایه‌دار اردکانی

گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

**هدف:** اختلال وسواس فکری-عملی (OCD) یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی است که گاه از کودکی و نوجوانی شروع می‌شود. مطالعات همه‌گیرشناسی، میزان شیوع علایم وسواس (وسواس غیربالینی) را در جمعیت نوجوانان بالا گزارش کرده‌اند. هدف این مطالعه تعیین شیوع علایم وسواس در نوجوانان و میزان هم‌ابتلایی آن با سایر علایم روان‌پزشکی بود. **روش:** مطالعه حاضر از نوع مقطعی-توصیفی بود. در این مطالعه ۹۰۹ دانش‌آموز نوجوان (دختر و پسر) دبیرستانی و پیش‌دانشگاهی به‌طور تصادفی از شهرستان‌های میبد و اردکان انتخاب شدند و به‌وسیله پرسشنامه‌های وسواس فکری-عملی مادزلی (MOCI)، چکلیست علایم ۹۰ سؤالی (SCL-90-R) و پرسشنامه جمعیت‌شناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در مرحله اول کل نمونه، پرسشنامه‌های MOCI و SCL-90-R را تکمیل نمودند و در مرحله دوم، نمرات SCL-90-R افرادی که نمره آزمون مادزلی آنها بیشتر از ۱۵ بود، بررسی شد. **یافته‌ها:** شیوع علایم وسواس در جمعیت نوجوانان مورد مطالعه ۱۱/۲ درصد بود. بالاترین میزان هم‌ابتلایی علایم وسواس، با اختلال «افسردگی» و «اضطراب» به‌دست آمد و در عین حال پیش‌بینی‌کننده‌های مفید برای OCD، مقادیر «پرخاشگری»، «هراس» و «شکایات جسمانی» بودند. در بررسی عوامل خطر مرتبط با وسواس، میان رتبه تولد، تحصیلات والدین، درآمد خانواده، سن و جنس با علایم وسواس ارتباط معنی‌داری به‌دست نیامد. **نتیجه‌گیری:** یافته‌های اخیر در زمینه شیوع گسترده علایم وسواس فکری-عملی در جمعیت غیربالینی، می‌تواند علایم وسواس را به‌عنوان یک پدیده طبیعی در نوجوانان تلقی نماید و در عرصه مباحث نظری این اختلال دستاورد جدیدی به ارمغان آورد.

**کلید واژه‌ها:** اختلال وسواس فکری-عملی، علایم وسواس فکری-عملی، شیوع، نوجوانان، هم‌ابتلایی

## مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی<sup>۲</sup> (OCD) نشانگان عصبی- روان‌پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری و

آزاردهنده و آیین‌مندی اعمال وسواسی است که به‌منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی‌نمودن افکار وسواسی صورت می‌گیرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۱۹۹۴). وستفال<sup>۴</sup>، استاد روان‌پزشکی در برلین (۱۸۷۷)، اولین کسی بود که به شیوع وسواس فکری-عملی که در

2- obsessive compulsive disorder  
3- American Psychiatric Association  
4- Westphal

۱- نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، بیمارستان روزبه.

جمعیت نوجوانان سالم شایع است و در نتیجه وجود علایم OC در نوجوانان می تواند یک پدیده طبیعی تلقی گردد.

در وسواس شاهد جنبه‌هایی از علایم هستیم که به نحوی با سایر اختلالات اشتراک پیدا می کنند. امروزه هم‌ابتلایی یکی از مباحث جدی در آسیب‌شناسی وسواس است. بر اساس یافته‌های تحقیقاتی، تقریباً نصف تا سه چهارم افراد مبتلا به وسواس حداقل یک اختلال دیگر نیز دارند (آنتونی<sup>۲۶</sup>، داوئی<sup>۲۷</sup> و وینسون<sup>۲۸</sup>، ۱۹۹۸ الف؛ یارورا-توبیاس<sup>۲۹</sup>، گرونز<sup>۳۰</sup>، والز<sup>۳۱</sup> و نزیروگلو<sup>۳۲</sup>، ۲۰۰۰) و فقط ۱۵ درصد آنها فقط یک اختلال دارند (براون<sup>۳۳</sup>، کمپل<sup>۳۴</sup>، لمن<sup>۳۵</sup>، گریشام<sup>۳۶</sup> و مانسیل<sup>۳۷</sup>، ۲۰۰۱؛ کرینو<sup>۳۸</sup> و آندرو<sup>۳۹</sup>، ۱۹۹۶). در مطالعه‌ای دیگر (هانان<sup>۴۰</sup>، ۱۹۹۵؛ لاست<sup>۴۱</sup> و تراست<sup>۴۲</sup>، ۱۹۸۹) ۶۰ تا ۸۰ درصد کودکان و نوجوانان به جز اختلال وسواس دارای اختلالات روان‌پزشکی دیگری نیز بودند. ژنیک<sup>۴۳</sup>، بیر<sup>۴۴</sup> و مینی‌چیلو<sup>۴۵</sup> (۱۹۹۰) مطرح می کنند که اکثر افراد مبتلا به وسواس (۵۷ درصد) که به درمانگاه آنها مراجعه نموده‌اند، حداقل دارای علایم یکی از اختلالات محور یک هستند. به علاوه مطالعات اخیر در زمینه هم‌ابتلایی به این نتیجه رسیده‌اند که ۷۵ درصد بیماران بزرگسال وسواسی و ۲۵ درصد کودکان مبتلا به وسواس، اختلال افسردگی عمده را تجربه کرده‌اند. میزان بالای هم‌ابتلایی، عده‌ای را به این نتیجه رسانده است که شاید وسواس، شکل دیگری از اختلال عاطفی باشد (ریکیاردی<sup>۴۶</sup> و مک‌نالی<sup>۴۷</sup>، ۱۹۹۵).

بیمارستان‌های روانی به ندرت دیده می شد توجه نمود (آسبرگ<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹). اگرچه مفهوم وسواس سالیان پیش مطرح شده است، اما ملاک تشخیص OCD در تحقیقات سال‌های اخیر تکمیل و اصلاح شده است که این مسأله را تا حدی می توان ناشی از این واقعیت دانست که OCD عموماً در بافت سایر اختلالات به وقوع می پیوندد.

OCD اختلال روان‌پزشکی شایعی است که معمولاً از دوران نوجوانی شروع می شود. اگرچه زمینه‌یابی‌های اولیه، شیوع اختلال وسواس در جمعیت عمومی را ۰/۵ درصد اعلام کرده (رودین<sup>۲</sup>، ۱۹۵۳؛ وودراف<sup>۳</sup> و پیتز<sup>۴</sup>، ۱۹۶۴)، اما مطالعات همه‌گیرشناسی منطقه‌ای شیوع تمام عمر آن را ۲/۵ درصد (از هر ۴۰ نفر یک نفر) و شیوع آن را در شش ماه ۱/۶ درصد گزارش کرده است. البته در تحقیقات، مقادیر شیوع این اختلال در کودکان و نوجوانان بین ۱ تا ۴ درصد اعلام شده است (فلامنت<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۸۸؛ ماینان<sup>۶</sup>، آلبرت<sup>۷</sup>، بوگتو<sup>۸</sup> و راویزا<sup>۹</sup>، ۱۹۹۹؛ اپتر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ والنی-بازیل<sup>۱۱</sup>، گاریسون<sup>۱۲</sup> و جکسون<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۴؛ زوهر<sup>۱۴</sup>، ۱۹۹۹؛ داگلاس<sup>۱۵</sup>، موفیت<sup>۱۶</sup>، دار<sup>۱۷</sup>، مک‌گی<sup>۱۸</sup> و سیلوا<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۵).

بیشتر مطالعاتی که روی جمعیت عمومی با تعداد زیاد انجام شده‌اند، وسواس غیربالینی را بسیار شبیه به اختلال وسواس فکری-عملی تعریف کرده‌اند. شیوع OCD در جمعیت ایرانی ۱/۸ درصد (۰/۷ درصد در مردان و ۲/۸ درصد در زنان) برآورد شده است. وسواس، مردان و زنان را تقریباً به یک اندازه درگیر می کند (وایت<sup>۲۰</sup>، استکتی<sup>۲۱</sup> و جولیان<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۲).

مطالعات در زمینه ارتباط وضعیت اجتماعی-اقتصادی با وسواس نتایج متفاوتی داشته است. مطالعه‌ای در انگلیس نشان داد که بیشتر کودکان مبتلا به وسواس از خانواده‌هایی با موقعیت اجتماعی-اقتصادی پایین هستند (هایمن<sup>۲۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). در صورتی که مطالعه دیلر<sup>۲۴</sup> و اوسی<sup>۲۵</sup> (۲۰۰۲) نشان داد که بیشتر کودکان و نوجوانان مبتلا به وسواس در کشور ترکیه از طبقات متوسط و بالا بودند. والنی-بازیل و همکاران (۱۹۹۴) در بررسی ۳۲۸۳ نوجوان کلاس هفتم و هشتم، شیوع مقطعی «وسواس غیربالینی» را در این جمعیت ۱۹ درصد تعیین کردند. به علاوه ماينا و همکاران (۱۹۹۹) نیز به این نتیجه رسیدند که سندرم OC در

1- Asberg	2- Rudin
3- Woodruff	4- Pitts
5- Flament	6- Maina
7- Albert	8- Bogetto
9- Ravizza	10- Apter
11- Valleni-Basile	12- Garrison
13- Jackson	14- Zohar
15- Douglass	16- Moffitt
17- Dar	18- McGee
19- Silva	20- White
21- Steketee	22- Julian
23- Heyman	24- Diler
25- Avci	26- Antony
27- Downie	28- Swinson
29- Yaryura-Tobias	30- Grunes
31- Walz	32- Neziroglu
33- Brown	34- Campbell
35- Lehman	36- Grisham
37- Mancill	38- Crino
39- Andrews	40- Hanna
41- Last	42- Strauss
43- Jenike	44- Baer
45- Minichiello	46- Ricciardi
47- McNally	

گیتی شمس و همکاران

سپس مدارس هر منطقه تعیین و از دانش آموزان هر مدرسه به نسبت تعداد آنها نمونه گیری به عمل آمد. پرسشنامه های آزمون و سواس فکری - عملی مادزلی<sup>۶</sup> (MOCI) (هاجسون<sup>۷</sup> و راجمن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷)، چک لیست علایم ۹۰ سؤالی<sup>۹</sup> (SCL-90-R) (دراگوتیس<sup>۱۰</sup> و ناسینتا<sup>۱۱</sup>، ۱۹۷۷) و یک پرسشنامه نیز به منظور جمع آوری اطلاعات جمعیت شناختی به صورت تصادفی بین دانش آموزان توزیع شد. در مرحله اول، ۹۰۹ دانش آموز دبیرستانی و پیش دانشگاهی با میانگین سنی ۱۸-۱۴ سال هر سه پرسشنامه را تکمیل نمودند و در مرحله دوم پرسشنامه SCL-90-R دانش آموزانی که نمرات  $MOCI \geq 15$  گرفته بودند، مورد بررسی قرار گرفت.

چک لیست علایم ۹۰ سؤالی، یکی از پر استفاده ترین آزمون های خود گزارشی آسیب شناسی روانی است. هر یک از سؤال های این آزمون میزان ناراحتی را در یک طیف پنج حالتی (۴-۰) که از هیچ تا بی نهایت می باشد، مورد سنجش قرار می دهد. نمره گذاری و تفسیر آزمون در نه بعد علایم اولیه و سه معیار کلی ناراحتی زیر صورت می گیرد: شکایات جسمانی، و سواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پر خاشگری، فوبیا، افکار پارانوئیدی، روان پریشی، شاخص کلی علایم مرضی، شاخص ضریب ناراحتی از علایم مرض و جمع علایم مرضی.

پرسشنامه و سواس فکری - عملی مادزلی که برای سنجش پدیده های و سواسی طراحی شده، حاوی ۳۰ سؤال است که به صورت بلی یا خیر پاسخ داده می شوند. این پرسشنامه طوری طراحی شده که یک فرد کاملاً و سواسی دقیقاً به نیمی از سؤال ها پاسخ مثبت و به نیم دیگر پاسخ منفی بدهد. هاجسون و راجمن (۱۹۷۷) توانستند با استفاده از تحلیل عاملی به چهار زیر گروه برسند: واریسی، شست و شو، کندی و تکرار و شک و تردید. از این پرسشنامه هم در چارچوب مطالعات بالینی و هم در جمعیت عادی استفاده شده است. دامنه نمره کل مادزلی بین صفر تا ۳۰ می باشد. در مطالعات مختلف نقاط برش متفاوتی برای و سواسی بودن افراد

وجود اختلال اضطراب قبل از ابتلای فرد به OCD و ایجاد اختلال افسردگی بعد از ابتلای فرد به این اختلال متداول است و در طول ابتلای فرد به OCD احتمال خطر ابتلا به اختلالات افسردگی، اضطراب، خوردن و تیک افزایش می یابد (یارورا-توبیاس و همکاران، ۲۰۰۰). در عین حال شواهد بسیاری بیانگر ارتباط OCD با اختلالات شبه جمعی، خوردن، کنترل تکانه، اعتیاد جنسی، اختلالات حرکتی مثل تیک و تورت است (گلداسمیت<sup>۱</sup>، شاپیرا<sup>۲</sup>، فیلیپس<sup>۳</sup> و مک الروی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۸؛ هولندر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۳). با توجه به شواهد به نظر می رسد اختلالات اضطراب و افسردگی دارای بنیان های عمیق تفکری - رفتاری هستند، به طوری که جداسازی OCD از این اختلالات دشوار به نظر می رسد. تحقیقات موجود نیز بیانگر صحت این موضوع است. ارتباط OCD با طیف وسیعی از اختلالات در بیشتر مطالعات تأیید شده است، ولی سازوکار این ارتباط هنوز روشن نیست.

به نظر می رسد که هنوز در ایران تصویر روشنی از میزان شیوع و سواس به خصوص در نوجوانان در دست نداریم. پرسش هایی مانند میزان شیوع و سواس و ارتباط آن با ویژگی های جمعیت شناختی (سن، جنس، رتبه تولد، درآمد، مصرف مواد والدین) و همین طور میزان هم ابتلایی اختلال و سواس فکری - عملی با سایر اختلالات روان پزشکی (افسردگی، اضطراب، ترس مرضی و...) همچنان بی پاسخ مانده است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی میزان شیوع علایم و سواس فکری - عملی، تعیین عوامل خطر مرتبط با وقوع OCD و ارزیابی هم ابتلایی علایم و سواس با سایر اختلالات روان پزشکی در نمونه ای از دانش آموزان دبیرستان شهرستان های اردکان و میبد انجام شد.

## روش

مطالعه حاضر از نوع مقطعی - توصیفی بود که روی دانش آموزان دبیرستانی و پیش دانشگاهی صورت گرفت. نمونه گیری از میان دانش آموزان نوجوان در شهرستان های اردکان و میبد انجام شد. کل مناطق هر شهرستان برای نمونه گیری خوشه ای به چهار قسمت شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد.

1- Goldsmith  
2- Shapira  
3- Philips  
4- McElroy  
5- Hollander  
6- Moudsley Obsessive Compulsive Inventory  
7- Hodgson  
8- Rachman  
9- Symptom Checklist Questionnaire  
10- Dragotis  
11- Nausinta

و هم‌ابتلائی با سایر متغیرها، برای اندازه‌گیری میزان و نوع وابستگی متغیرها از یک مدل رگرسیون چندگانه استفاده شد. همچنین به‌منظور مقایسه میانگین‌های سطوح مختلف از جمله شهرها و افراد مدل‌های آنالیز واریانس به کار رفت. برای بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از نمودار و آزمون مربوطه استفاده شد.

### یافته‌ها

داده‌های جمعیت‌شناختی نمونه در جدول ۱ و شیوع علایم وسواس در جدول ۲ مشاهده می‌شود. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، ۱۰/۸ درصد ۱۴ ساله‌ها، ۱۱/۷ درصد ۱۵ ساله‌ها، ۱/۳ درصد ۱۶ ساله‌ها، ۹/۸ درصد ۱۷ ساله‌ها، ۱۵/۱ درصد ۱۸ ساله‌ها و ۱۱/۲ درصد کل مشارکت‌کنندگان دارای علایم وسواس تشخیص داده شدند. بدین معنی که نمره کل مادزلی آنها ۱۵ یا بیشتر بوده است. آزمون خی‌دو نشان داد که بین سن و علایم وسواس ارتباط معنی‌داری وجود ندارد. جدول ۲ همچنین نشان

انتخاب شده است. این پرسشنامه اعتبار و پایایی خوبی دارد و به کرات مورد استفاده قرار گرفته است (سالکوسکیس<sup>۱</sup>، ۱۹۹۰). پایایی بازآزمون MOCI خوب است ( $r=0/98$ ) و در دو مطالعه در ایران میانگین این آزمون در مورد بیماران وسواسی ۱۵/۷۵ (انحراف معیار ۵/۶۳) و ۱۴/۶۷ (انحراف معیار ۵/۷۶) به‌دست آمده است (قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۰۲؛ قاسم‌زاده، خمسه و ابراهیم‌خانی، ۲۰۰۵).

برای پر کردن پرسشنامه‌ها، دانش‌آموزان به گروه‌های ۲۰ نفره تقسیم شدند و اطلاعات کلی در مورد بیماری و مسایل مربوط به آن و نحوه پر کردن پرسشنامه به‌وسیله دانشجویان پزشکی آموزش دیده به آنها داده شد.

برای محاسبات آماری از ویرایش ۱۰ برنامه SPSS استفاده شد. ابتدا برای هر یک از متغیرهای مقادیر و نمودارهای اولیه، شاخص‌هایی مانند فراوانی، درصد، انحراف معیار و غیره محاسبه گردید. به‌دلیل وابستگی متغیرهای وسواس، وسواس فکری و عملی

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد مشخصات جمعیت‌شناختی نمونه (n=909)

متغیر	گروه‌های سنی	۱۴ سال	۱۵ سال	۱۶ سال	۱۷ سال	۱۸ سال
		تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)	تعداد (%)
جنسیت	مرد	۴۱ (۴/۵)	۱۴۶ (۱۶/۱)	۸۵ (۹/۴)	۷۰ (۷/۷)	۱۴ (۱/۵)
	زن	۴۲ (۴/۶)	۹۴ (۱۰/۳)	۲۲۴ (۲۴/۶)	۱۵۴ (۱۶/۹)	۳۹ (۴/۳)
ترتیب تولد	کل	۸۳ (۹/۱)	۲۴۰ (۲۶/۴)	۳۰۹ (۳۴)	۲۲۴ (۲۴/۶)	۵۳ (۵/۸)
	فرزند اول	۱۰ (۱/۱)	۵۸ (۶/۴)	۶۳ (۶/۹)	۴۰ (۴/۴)	۶ (۷)
تحصیلات مادر	فرزند غیراول	۷۳ (۸)	۱۸۲ (۲۰)	۲۴۶ (۲۷/۱)	۱۸۴ (۲۰/۲)	۴۷ (۵/۲)
	کل	۸۳ (۹/۱)	۲۴۰ (۲۶/۴)	۳۰۹ (۳۴)	۲۲۴ (۲۴/۶)	۵۳ (۵/۸)
تحصیلات پدر	زیردیپلم	۶۹ (۷/۶)	۲۱۱ (۲۳/۲)	۲۶۴ (۲۹)	۱۹۶ (۲۱/۶)	۴۸ (۵/۳)
	دیپلم و بالاتر	۱۴ (۱/۵)	۲۹ (۳/۲)	۴۵ (۵)	۲۸ (۳/۱)	۵ (۶)
درآمد خانوار به تومان	کل	۸۳ (۹/۱)	۲۴۰ (۲۶/۴)	۳۰۹ (۳۴)	۲۲۴ (۲۴/۶)	۵۳ (۵/۸)
	زیردیپلم	۴۶ (۵/۱)	۱۶۴ (۱۸)	۲۱۲ (۲۳/۳)	۱۵۸ (۱۷/۴)	۳۷ (۴/۱)
کمتر از ۶۰۰۰۰	دیپلم و بالاتر	۳۷ (۴/۱)	۷۶ (۸/۴)	۹۷ (۱۰/۷)	۶۶ (۷/۳)	۱۶ (۱/۸)
	کل	۸۳ (۹/۱)	۲۴۰ (۲۶/۴)	۳۰۹ (۳۴)	۲۲۴ (۲۴/۶)	۵۳ (۵/۸)
بین ۶۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰۰	کمتر از ۶۰۰۰۰	۱۸ (۲)	۵۰ (۵/۵)	۶۶ (۷/۳)	۵۴ (۵/۹)	۲۰ (۲/۲)
	بیشتر از ۲۰۰۰۰۰	۵۲ (۵/۷)	۱۶۵ (۱۸/۲)	۲۰۹ (۲۳)	۱۴۰ (۱۵/۴)	۲۸ (۳/۱)
کل	بیشتر از ۲۰۰۰۰۰	۱۳ (۱/۴)	۲۵ (۲/۸)	۳۴ (۳/۷)	۳۰ (۳/۳)	۵ (۶)
	کل	۸۳ (۹/۱)	۲۴۰ (۲۶/۴)	۳۰۹ (۳۴)	۲۲۴ (۲۴/۶)	۵۳ (۵/۸)

جدول ۲- شیوع و درصد جمعیت مبتلا به علایم و سواس به تفکیک سن و جنس (n=102)

سن	مرد تعداد (%)	زن تعداد (%)	کل تعداد (%)
۱۴ سال	۵ (۱۲/۲)	۴ (۹/۵)	۹ (۱۰/۸)
۱۵ سال	۲۰ (۱۳/۷)	۸ (۸/۵)	۲۸ (۱۱/۷)
۱۶ سال	۱۰ (۱۱/۸)	۲۵ (۱۱/۲)	۳۵ (۱۱/۳)
۱۷ سال	۶ (۸/۶)	۱۶ (۱۰/۴)	۲۲ (۹/۸)
۱۸ سال	۲ (۱۴/۳)	۶ (۱۵/۴)	۸ (۱۵/۱)
کل	۴۳ (۱۲/۱)	۵۹ (۱۰/۷)	۱۰۲ (۱۱/۲)
معنی داری آماری	* N.S.	N.S.	N.S.

non-significant \*

جدول ۳- توزیع برخی متغیرهای جمعیت شناختی و معنی داری آنها در جمعیت دارای علایم و سواس (n=102)

متغیر	شاخص آماری	فراوانی (%)	مجذور خی	درجه آزادی	معنی داری آماری
ترتیب تولد	فرزند اول	۱۳ (۷/۳)	۳/۳۱۶	۱	* N.S.
	فرزند غیر اول	۸۹ (۱۲/۲)			
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۹۲ (۱۱/۷)	۱/۲۲	۱	N.S.
	دیپلم و بالاتر				
تحصیلات پدر	زیر دیپلم	۷۵ (۱۲/۲)	۰/۶۸۴	۱	N.S.
	دیپلم و بالاتر				
درآمد خانوار (به تومان)	کمتر از ۶۰۰۰۰	۲۵ (۱۲)			
	بین ۶۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰۰	۷۲ (۱۲/۱)	۵/۲۲۲	۲	N.S.
	بیشتر از ۲۰۰۰۰۰	۵ (۴/۷)			

non-significant \*

برای ارزیابی چگونگی پیش‌بینی سواس به وسیله علایم روان‌پزشکی، رگرسیون چندمتغیره اجرا شد. معادله رگرسیون با نه پیش‌بینی کننده علایم روان‌پزشکی معنی دار بود.  $[p < 0.001, F(9, 92) = 76.412, \text{adjusted } R^2 = 0.87, R^2 = 0.882]$ . این نتیجه نشان می‌دهد که تقریباً ۸۷ درصد از واریانس وجود علایم OCD در نمونه می‌تواند به وسیله ترکیب خطی مقادیر سایر علایم روان‌پزشکی توضیح داده شود. شاخص‌های ارائه شده در جدول شماره ۵، توانایی نسبی پیش‌بینی‌ها را نشان می‌دهد. تمام همبستگی‌های دومتغیره بین علایم روان‌پزشکی و علایم OCD مثبت و معنی دار بود ( $p < 0.01$ ). همبستگی نسبی<sup>۱</sup> بین شکایات

می‌دهد که شیوع علایم و سواس در کل دختران ۱۰/۷ درصد و در کل پسران ۱۲/۱ درصد می‌باشد و بین سن و شیوع علایم و سواس در دختران و پسران ارتباط معنی داری وجود ندارد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت گروه‌ها در ترتیب تولد، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر و درآمد خانوار معنی دار نیست.

جدول ۴ میزان و فاصله اطمینان هم‌ابتلائی و سواس را با سایر اختلالات روان‌پزشکی نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، بالاترین میزان هم‌ابتلائی و سواس با مقیاس‌های علایم و سواس (۹۵/۱ درصد)، افسردگی (۹۱/۲ درصد) و اضطراب (۷۸/۴ درصد) است.

1- partial correlation

جدول ۴- هم‌ایزایی افراد دارای علایم و سواس با اختلالات روان‌پریشی با استفاده از پرسشنامه SCL-90-R ( $n=102$ )

علایم و سواس	شست و شو		وارسی		شک و تروید		کندی و تکرار		کل	
	فاصله اطمینان	فراوانی (%)	فاصله اطمینان	فراوانی (%)	فاصله اطمینان	فراوانی (%)	فاصله اطمینان	فراوانی (%)	فاصله اطمینان	فراوانی (%)
اختلالات روان‌پریشی	۱۰/۹۴-۱۱/۰۶	(۱۰/۸) ۱۱	۱۷/۰۲-۱۶/۹۸	(۱۶/۷) ۱۷	۲۰/۰۸-۱۹/۹۲	(۱۹/۶) ۲۰	۳/۰۳-۲/۹۷	(۲/۹) ۳	۲۱/۰۸-۲۰/۹۲	(۲۰/۶) ۲۱
شکایات جسمانی	۲۹/۸۱-۳۰/۰۹	(۲۹/۴) ۳۰	۳۰/۰۷-۲۷/۹۳	(۲۹/۴) ۳۰	۸۶/۰۷-۵۸/۹۳	(۸۴/۳) ۸۶	۱۶/۰۷-۱۵/۹۳	(۱۵/۷) ۱۶	۹۷/۰۴-۹۶/۹۶	(۹۵/۱) ۹۷
علایم و سواس	۵/۰۴-۴/۹۶	(۴/۸) ۵	۸/۰۹-۷/۹۱	(۷/۸) ۸	۹/۰۶-۸/۹۴	(۸/۸) ۹	۲/۰۵-۱/۹۵	(۲) ۲	۹/۵۶-۸/۴۴	(۸/۸) ۹
حماسیت بین فردی	۳۱/۰۹-۳۰/۹۱	(۳۰/۴) ۳۱	۵/۰۵-۵/۹۵	(۵/۰) ۵	۸۱/۰۸-۸۰/۹۲	(۷۹/۴) ۸۱	۱۵/۰۷-۱۴/۹۳	(۱۴/۷) ۱۵	۹۳/۰۵-۹۲/۹۵	(۹۱/۲) ۹۳
افسردگی	۲۵/۰۹-۲۴/۹۱	(۲۴/۵) ۲۵	۴۸/۰۱-۴۷/۹	(۴۷/۱) ۴۸	۷۲/۰۹-۷۱/۹۱	(۷۰/۶) ۷۲	۱۱/۶۲-۱۰/۳۸	(۱۰/۸) ۱۱	۸۰/۰۸-۷۹/۹۲	(۷۸/۴) ۸۰
اضطراب	۱۷/۰۶-۱۱/۹۴	(۱۱/۸) ۱۲	۱۸/۰۸-۱۷/۹۲	(۱۷/۶) ۱۸	۲۰/۰۸-۱۹/۹۲	(۱۹/۶) ۲۰	۴/۰۴-۳/۹۶	(۳/۹) ۴	۲۰/۰۸-۱۹/۹۲	(۱۹/۶) ۲۰
پرخاشگری	۸/۰۳-۷/۹۷	(۷/۸) ۸	۹/۰۶-۸/۹۴	(۸/۸) ۹	۱۰/۰۶-۹/۹۴	(۹/۸) ۱۰	۲/۰۲-۱/۹۵	(۲) ۲	۱۰/۱۹-۹/۸۱	(۹/۸) ۱۰
هراس	۲/۰۵-۱/۹۵	(۲) ۲	۳/۰۳-۲/۹۷	(۲/۹) ۳	۳/۰۳-۲/۹۷	(۲/۹) ۳	۱/۰۲-۰/۹۸	(۱) ۱	۳/۰۳-۲/۹۷	(۲/۹) ۳
بدبینی	۱/۰۳-۰/۹۷	(۱) ۱	۲/۰۵-۱/۹۵	(۲) ۲	۲/۰۵-۱/۹۵	(۲) ۲	۰۰-۰۰۰	(۰) ۰	۲/۰۵-۱/۹۵	(۲) ۲
روان‌پریشی										

جدول ۵- نتایج تحلیل رگرسیون خطی چندمتغیره برای مجموع علایم روان‌پریشی کننده OCD

متغیر پیش‌بین	ضریب استاندارد بتا	t	معنی داری آماری	ضریب همبستگی بین دو متغیر <sup>۱</sup>	ضریب همبستگی نسبی <sup>۲</sup>
شکایات جسمانی	۰/۲۶۶	۵/۴۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۵	۰/۴۹۶
علایم و سواس	۰/۰۰۵۲	۱/۳۳۷	N.S.	۰/۲۹۷	۰/۱۳۷
حماسیت بین فردی	-۰/۰۰۴	-۰/۸۷۳	N.S.	۰/۴۷۱	-۰/۰۹۱
افسردگی	۰/۰۸۳	۱/۸۷۷	N.S.	۰/۶۱۳	۰/۱۸۲
اضطراب	-۰/۱۱۱	-۱/۸۵۳	N.S.	۰/۶۸	-۰/۱۹
پرخاشگری	۰/۵۹۲	۸/۲۶	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۹	۰/۶۵۳
هراس	۰/۲۶	۵/۴۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۶۵	۰/۴۹۶
بدبینی	۰/۰۶۹	۱/۳۷۴	N.S.	۰/۶۱۸	۰/۱۴۲
روان‌پریشی	۰/۰۰۷	۰/۱۷۳	N.S.	۰/۳۱۷	۰/۰۱۸

۱. همبستگی بین هر پیش‌بین و OCD  
 ۲. همبستگی بین هر پیش‌بین با کنترل سایر پیش‌بین‌ها

گیتی شمس و همکاران

که در دوران نوجوانی مبتلا به سواس می‌شوند، بیشتر از مردان است. اگرچه در تحقیق حاضر، بین سن زنان و مردان مبتلا به علایم و سواس فکری-عملی تفاوت معنی‌داری وجود داشت، ولی شیوع این اختلال در مردان ۱۲/۱ درصد و در زنان ۱۰/۷ درصد به دست آمد. یافته‌های متنوعی در زمینه تفاوت شیوع و سواس در زنان با مردان به دست آمده است. در بعضی از مطالعات روی کودکان و نوجوانان نسبت شیوع این اختلال در مذکر به مؤنث سه به دو تخمین زده شده است (گلر<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸)، در صورتی که میزان علایم و سواسی در زنان و مردان بزرگسال مساوی گزارش شده است (راسموسن<sup>۱۳</sup> و ایزن<sup>۱۴</sup>؛ ۱۹۹۲؛ آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸ الف). در مطالعه اسماعیل (۱۹۹۸) شیوع و سواس در زنان نسبت به مردان بیشتر بوده است. یافته‌ها نشان می‌دهند که شیوع OCD در جمعیت ایرانی در زنان بیشتر از مردان است (محمدی و همکاران، ۲۰۰۴). به نظر هومیدا و همکاران (۲۰۰۴) شاید علت تفاوت شیوع در کشورهای جهان سوم با کشورهای توسعه‌یافته را بتوان در تفاوت‌های فرهنگی و نوع مسئولیتی که معمولاً در کشورهای جهان سوم برعهده مردان است جست‌وجو کرد.

مطالعه هومیدا و همکاران (۲۰۰۴) میان سن، جنس، تعداد افراد خانواده و ترتیب تولد با سواس رابطه آماری معنی‌دار به دست نیامد و در مطالعه احمدی ابهری و صرافی (۱۳۷۷) نیز وضعیت تأهل و نیز طبقه اقتصادی عامل مؤثری در پیدایش یا افزایش مشکلات روان‌شناختی برآورد نشد. اما عامل خانواده (بیش از سه فرزند) و همین‌طور تحصیلات پایین والدین (کمتر از نه کلاس) عامل مؤثری در افزایش اختلالات روان‌شناختی مطرح گردید.

مقایسه علایم روان‌پزشکی در مطالعه حاضر نشان داد که افسردگی و بدبینی در مردان بیشتر از زنان است. مشاهده شد که بیشترین میزان هم‌ابتلائی علایم و سواس با اختلال افسردگی و اضطراب بود. البته میزان شکایات جسمانی و پرخاشگری از

جسمانی، پرخاشگری و هراس با علایم OCD، مقادیر پرخاشگری، هراس و شکایات جسمانی وجود داشت که هر کدام به تنهایی بخش قابل توجهی از تغییرات علایم OCD را پیش‌بینی می‌کردند.

## بحث

در تحقیق حاضر، میزان شیوع علایم و سواس در جمعیت عادی ۱۱/۲ درصد به دست آمد. مطالعه هومیدا<sup>۱</sup>، اسماعیل، عبدالفتاح<sup>۲</sup> و ایزن<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) میزان شیوع و سواس در دانش‌آموزان مصری را ۹/۱ درصد برآورد کرده است. دگوندا<sup>۴</sup>، ویس<sup>۵</sup> و آنگست<sup>۶</sup> (۱۹۹۳) و اسماعیل (۱۹۹۸) نیز آن را به ترتیب ۵/۵ و ۸/۴ درصد گزارش کرده‌اند. اگرچه زوهر (۱۹۹۹) و استین<sup>۷</sup>، فرد<sup>۸</sup>، آندرسون<sup>۹</sup> و واکر<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۷) شیوع و سواس را کمتر از میزانی که پیش‌بینی می‌کردند (۰/۶ درصد) به دست آوردند، ولی در مطالعه ماینا و همکاران (۱۹۹۹) میزان شیوع مادام‌العمر علایم و سواس ۱۲/۳ درصد برآورد شد. مرز تشخیصی OCD همیشه آسان نیست و افراد ممکن است در دفعات مختلف نتایج متفاوتی را بروز دهند و این توجیه‌کننده نتایج گوناگون مطالعات است. والنی - بازیل و همکاران (۱۹۹۴) نیز در مطالعه‌ای با بررسی همه‌گیرشناسی و سواس در بین نوجوانان، میزان و سواس بالینی را ۰/۷ درصد و سواس غیربالینی را ۸/۴ درصد تخمین زدند. به نظر وی، برآورد رقم مذکور یک امر عادی در جمعیت سالم به خصوص نوجوانان است. لازم است بررسی‌های وسیع‌تری در مناطق مختلف دنیا انجام شود تا نتیجه منسجم‌تری به دست آید (برینسکا<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۷).

یافته‌های اخیر در زمینه رواج گسترده علایم و سواس فکری - عملی در جامعه غیربالینی و متمایز نبودن مفهوم و شکل و سواس‌ها در افراد مبتلا به سواس و سالم دستاورد جدیدی در عرصه مباحث نظری OCD است. به نظر می‌رسد تفاوت اختلال و سواس فکری-عملی در جامعه بالینی و غیربالینی، نه در «محتوا» بلکه در «سامد» و «شدت» آن باشد.

برینسکا (۱۹۹۷) معتقد است نسبت شیوع و سواس با سن آغاز بیماری در زنان و مردان دو مقوله متفاوت است، به این صورت که مردان زودتر از زنان به این اختلال مبتلا می‌شوند، ولی تعداد زنانی

1- Humaida	2- Abd-Alfatah
3- Eisa	4- Degonda
5- Wyss	6- Angst
7- Stein	8- Forde
9- Anderson	10- Walker
11- Brynska	12- Geller
13- Rasmussen	14- Eisen

مطالعه هفت کشور مختلف نشان داد که بیماران مبتلا به وسواس در مقایسه با بیماران مبتلا به دیگر اختلالات روان پزشکی، افسردگی و اضطراب بیشتری دارند (ویسمن<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۴). در یک مطالعه از ۷۰ کودک ۱۸ نفر (۲۶ درصد) مبتلا به وسواس و ۳۵ تا ۴۰ درصد از این ۱۸ نفر مبتلا به اختلال افسردگی و اضطراب بودند (سوندو<sup>۱۷</sup>، راپوپورت<sup>۱۸</sup>، لئونارد<sup>۱۹</sup>، لنان<sup>۲۰</sup> و چسلو<sup>۲۱</sup>، ۱۹۸۹). یافته‌های تحقیقاتی بیانگر میزان بالای هم‌ابتلایی OCD با دیگر اختلالات روان پزشکی از ۷۵ تا ۸۴ درصد است. در واقع شاید بتوان به این نتیجه‌گیری رسید که OCD اختلالی است که بر طیف وسیعی از علایم روان پزشکی قرار می‌گیرد. از اختلالات شایع همراه این بیماری می‌توان به اختلالات اضطرابی و خلقی اشاره کرد. یکی از محدودیت‌های مطالعه اخیر این بود که با وجود نمونه‌گیری تصادفی، گروه‌ها از نظر رده سنی هم‌تا نبودند. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی به این مسأله توجه شود. همچنین مطالعه در سطح وسیع‌تر و در شهرهای مختلف کشور انجام شود تا نتایج تعمیم‌پذیرتر باشد. در نهایت برآورد ۱۱/۲ درصدی شیوع علایم وسواس فکری - عملی در جمعیت غیربالینی نوجوان قابل تأمل و نیازمند توجه متخصصان و برنامه‌ریزان بهداشت کشور است.

افسردگی و اضطراب کمتر بود، ولی مطالعه حاضر نشان داد که علایم شکایات جسمانی و پرخاشگری نسبت به دیگر علایم روان پزشکی (حساسیت بین فردی، هراس، بدبینی و روان پریشی) از شدت بیشتری برخوردار است. وجود همبستگی معنی‌دار میان نمرات مقیاس فرعی وسواس در SCL-90-R و MOCI نشان می‌دهد که این مقیاس‌ها دارای قدرت تشخیصی مناسب در زمینه ارزیابی وسواس هستند. از سوی دیگر، پرخاشگری، هراس و شکایات جسمانی هر کدام به‌تنهایی و به‌ترتیب ۰/۷۹، ۰/۴۴ و ۰/۳۹ از تغییرات علایم OCD را پیش‌بینی می‌کنند. بنابراین پرخاشگری و پس از آن هراس و شکایات جسمانی مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده تغییرات علایم OCD هستند.

اختلالات بالینی کمتر به‌صورت «تک‌اختلالی» بروز می‌کنند (کلارک<sup>۱</sup>، واتسون<sup>۲</sup> و رینولدز<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ مازر<sup>۴</sup> و کلونینجر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۰). OCD مانند دیگر اختلالات اضطرابی، میزان هم‌ابتلایی بالایی دارد. یافته‌های تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که نصف تا سه‌چهارم افراد مبتلا به وسواس حداقل یک اختلال دیگر نیز دارند (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸ الف؛ یارورا-تویاس و همکاران، ۲۰۰۰) و فقط ۱۵ درصد آنها تک‌اختلالی هستند (براون<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۱؛ کرینو و آندرو، ۱۹۹۶). در مطالعه هومیدا و همکاران (۲۰۰۴) ۴۳ درصد بیماران مبتلا به وسواس دارای هم‌ابتلایی با دیگر اختلالات روان پزشکی (به‌ترتیب اختلال افسردگی اساسی<sup>۷</sup> ۱۹/۹ درصد و دیستایمیا<sup>۸</sup> ۵/۵ درصد) بودند. در مطالعه شفران<sup>۹</sup> و مانسل<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۱) اکثر مبتلایان به OCD دارای اختلال افسردگی، اضطراب و تیک بودند و لاست و تراس (۲۰۰۱) میزان اضطراب را در کودکان بسیار بیشتر از افسردگی تخمین می‌زنند. هم‌ابتلایی اختلال اضطراب قبل و بعد از ابتلای فرد به OCD متداول است و در طول ابتلای فرد به OCD احتمال خطر ابتلا به اختلالات افسردگی، اضطراب، خورد و خوراک و تیک افزایش می‌یابد (یارورا-تویاس و همکاران، ۲۰۰۰). مطالعه تکل<sup>۱۱</sup>، پولات<sup>۱۲</sup>، ازمیر<sup>۱۳</sup>، آکسوت<sup>۱۴</sup> و ترکسوی<sup>۱۵</sup> (۲۰۰۲)، میزان هم‌ابتلایی را تا ۶۸/۷ درصد و میزان افسردگی را ۳۹/۵ درصد گزارش می‌کند.

دریافت مقاله: ۱۳۸۶//۲۹؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۶//۱۰/۲

- |                              |              |
|------------------------------|--------------|
| 1- Clark                     | 2- Watson    |
| 3- Reynolds                  | 4- Maser     |
| 5- Cloninger                 | 6- Brown     |
| 7- Major Depressive Disorder | 8- Dysthymia |
| 9- Shafraan                  | 10- Mansell  |
| 11- Tukul                    | 12- Polat    |
| 13- Ozdemir                  | 14- Aksut    |
| 15- Turksoy                  | 16- Weissman |
| 17- Swedo                    | 18- Rapoport |
| 19- Leonard                  | 20- Lenane   |
| 21- Cheslow                  |              |



## منابع

- احمدی ابهری، ا.، صرامی، غ. (۱۳۷۷). بررسی روان شناختی دانشجویان گروه پزشکی به منظور ارزیابی علل پیش بینی کننده افت تحصیلی. *مجله دانشکده پزشکی، ۱*، ۶۲-۶۸.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998a). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. Richter (Eds.), *Obsessive compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Apter, A., Fallon, T. J., King, R. A., Ratzoni, G., Zohar, A. H., Binder, M., Weizman, A., Leckman, J. F., Pauls, D. L., Kron, S., & Cohen, D. J. (1996). Obsessive-compulsive characteristics: From symptoms to syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*, 907-912.
- Asberg, M. (1989). *Introduction to obsessive-compulsive disorder*. Paper presented at Understanding Obsessive-Compulsive Disorder: An International Symposium held during the Eight World Congress, October 1989.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 585-599.
- Bry'naska, A. (1997). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Literature review. Part 1. *Psychiatria Polska, 31*(4), 417-428.
- Clark, L. A., Watson, D., & Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology, 46*, 121-153.
- Crino, R. D., & Andrews, G. (1996). Obsessive-compulsive disorder and axis I comorbidity. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 37-46.
- Degonda, M., Wyss, M., & Angst, J. (1993). The Zurich study XVIII: Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 243*(1), 16-22.
- Diler, R. S., & Avci, A., (2002). Sociodemographic and clinical characteristics of Turkish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Croatian Medical Journal, 43*(3), 324-329.
- Douglass, H. M., Moffitt, T. E., Dar, R., McGee, R., & Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-years-olds. Prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 1424-1431.
- Dragotis, D. M., & Nausinta, N. B. (1977). SCL-90-R and a Psychiatric Inventory. *American Journal of Psychiatry, 43*, 445-450.
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., Sceery, W., & Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 27*, 764-771.
- Geller, D. A., Biederman, J., Jones, J., Shapiro, S., Schwartz, S., & Park, K. S. (1998). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A review. *Harvard Review of Psychiatry, 5*(5), 260-273.
- Goldsmith, T., Shapira, N. A., Philips, K. A., & McElroy, S. L. (1998). Conceptual foundations of obsessive-compulsive spectrum disorders. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 397-425). New York: Guilford Press.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Khamseh, A., Ebrahimkhani, N., Issazadegan, A. A., & Saif-Nobakht, Z. (2002). Symptoms of OCD in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry, 1*, 20-28.
- Ghassemzadeh, H., Khamseh, A., & Ebrahimkhani, N. (2005). Demographic variables and clinical features of obsessive-compulsive disorder In Iranian patients (Second report), In B. E. Ling (Ed.), *Obsessive-compulsive disorder research* (pp. 243-271). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Hanna, G. L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*, 19-27.
- Heyman, I., Fomobonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in British nationwide

- survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179, 324-329.
- Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complains. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Hollander, E. (1993). Introduction. In E. Hollander (Ed.), *Obsessive-compulsive-related disorders* (pp. 1-16). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Humaida, M. A., Ismail, I. A., Abd-Alfattah, M., & Eisa, A. A. (2004). Prevalence rates of obsessive-compulsive symptoms, obsessive-compulsive disorder, and psychiatric comorbidity among secondary-school students in rural Egypt. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 7, 61-65.
- Ismail, R. (1998). *Prevalence of obsessive-compulsive symptoms in a sample of adolescents enrolled in secondary school as well as university education in Egypt*. Unpublished MD thesis, Al-Azhar Faculty of Medicine, Cairo, Egypt.
- Jenike, M. A., Baer, L., & Minichiello, W. E. (1990). *Obsessive-compulsive disorder: Theory and management*. Littleton, PSG Publisher.
- Last, C. G., & Strauss, C. C. (1989). Obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 295-302.
- Maina, G., Albert, U., Bogetto, F., & Ravizza, L. (1999). Obsessive compulsive syndromes in older adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100(6), 447-450.
- Maser, J. D., & Cloninger, C. R. (1990). Comorbidity of anxiety and mood disorder: Introduction and overview. In J. D. Master & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 3-12). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mohammadi, M. R., Davidian, H., Noorbala, A. A., Malekafzali, H., Naghavi, H. R., Pouretmad, H. R., Bagheri Yazdi, A., Rahgozari, M., Alagheband-Rad, J., Amini, H., Razzaghi, E. M., Mesgarpour, B., Soori, H., & Ghandizadeh, H. (2005). Clinical practice and epidemiology in mental health. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 1-8.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 5, 743-758.
- Ricciardi, J. N., & McNally, R. J. (1995). Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 249-256.
- Rudin, G. (1953). Ein Beitrag Zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 191, 14-54.
- Salkovskis, P. M. (1990). Obsessions, compulsions and intrusive cognitions. In D. F. Peck & C. M. Shapiro (Eds.), *Measuring human problems* (pp. 119-142). New York: John Wiley.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 21, 879-906.
- Stein, M. B., Forde, D. R., Anderson, G., & Walker, J. R. (1997). Obsessive-compulsive disorder in the community: An epidemiologic survey with clinical reappraisal. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1120-1126.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H. L., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Tukel, R., Polat, A., Ozdemir, O., Aksut, D., & Turksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43(3), 204-209.
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., & Jackson, K. L. (1994). Frequency of OCD in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 782-791.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Brown, M. A., Rubio-Stipec, M., & Wickramaratne, P. J. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 3, 5-10.
- Westphal, K. (1877). Ueber zwangsvorstellungen. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 14, 669-672.
- White, K., Steketee, G. S., & Julian, J. (1992). Course and comorbidity in OCD. Unpublished manuscript.
- Woodruff, R., & Pitts F. N. (1964). Monozygotic twins with obsessional illness. *American Journal of Psychiatry*, 120, 1075-1080.
- Yaryura-Tobias, J. A., Grunes, M. S., Walz, J., & Neziroglu, F. (2000). Parental obsessive-compulsive disorder as a prognostic factor in a year long fluvoxamine treatment in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 15, 163-168.
- Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 8(3), 445-460.