

رابطه بین نشانه‌های وسواس فکری و عملی (OCS) با طیف اختلال‌های وسواس و اجبار (OCSD) و افسردگی اضطراب و استرس

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۵ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۰۳

خلاصه

مقدمه

در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی زمینه برای جدایی وسواس از طبقه اختلال‌های اضطرابی و شکل‌گیری مفهومی تحت عنوان طیف وسواس فراهم شد. این پژوهش با هدف بررسی ارتباط اختلال وسواس با اختلالات طیف وسواس و افسردگی اضطراب و استرس جهت ارزیابی این طبقه تشخیصی جدید صورت گرفت.

روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل 245 نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران که به صورت نمونه‌گیری غیر تصادفی و در دسترس و با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های (OCI-R)، (OCSD)، (DASS)، بودند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزاری آماری SPSS نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون ناپارامتریک همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

طبق یافته‌های حاصل از این مطالعه بین نمره کل متغیر وسواس فکری-عملی و خرده‌مقیاس‌های آن رابطه مثبت و معنادار ($p < 0.001$) وجود دارد. همچنین بین نمره کل اختلال وسواس فکری-عملی و خرده‌مقیاس‌های آن و اختلالات طیف وسواس و هم‌چنین با متغیرهای اضطراب، افسردگی و استرس نیز همبستگی مثبت معنی‌داری یافت شد.

نتیجه‌گیری

اختلال وسواس فکری-عملی ضمن ارتباط با اختلال‌های هم‌گروه خود در طبقه تشخیصی جدید طیف اختلالات وسواس، در بعدی دیگر ارتباط نزدیک با ابعاد هیجانی و متغیرهای همچون علائم اضطرابی و افسردگی و استرس داشت.

کلمات کلیدی

اختلال وسواس فکری-عملی، طیف اختلال‌های وسواس و اجبار، دی اس ام-۵

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مهسا گلستانی^{۱*}

عاطفه نظام‌الاسلامی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی تهران بیمارستان روانپزشکی روزبه،

دپارتمان روان‌شناسی، تهران ایران

^۲ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، بیمارستان

روانپزشکی روزبه، تهران، ایران

Email: mahsagolestani2021@gmail.com

مقدمه

نیاز به طبقه بندی اختلالات روانی با هدف بهبود و یکدست کردن نظام تشخیصی مسئله ای است که همواره در طول تاریخ در حوزه بهداشت روان احساس می شده است. در همین راستا راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۱ به عنوان یک مرجع استاندارد اقدامات بالینی در زمینه بهداشت روان توسط انجمن روانپزشکی آمریکا ارائه شد. این دستنامه با ویرایش های متعدد در ۶۰ سال گذشته در تلاش بوده که با ارائه تعاریف عملیاتی و مستقل به عنوان یک مرجع استاندارد در انجام اقدامات بالینی در زمینه بهداشت روان عمل کند. این راهنمای تشخیصی از زمان نخستین انتشارش تاکنون دستخوش تغییرات متعددی شده است و تاکنون پنج نسخه از آن منتشر شده است (1). یکی از تغییرات عمده در نسخه پنجم، جدایی اختلال وسواس از طبقه اختلالات اضطرابی^۲ و مفهوم سازی این اختلال در طبقه جدید تحت عنوان وسواس و اختلالات مرتبط^۳ است. این طبقه جدید شامل انواع اختلال هایی است که براساس شباهت های ساختاری خود با اختلال وسواس در کنار یکدیگر قرار گرفته اند (۲).

اختلال وسواس، یک اختلال فلج کننده با ویژگی های افکار، مشغله های ذهنی و رفتارهای آشکار تکرار شونده ای است که هدف آن کاهش ناراحتی و پریشانی ناشی از اجبارهای وسواس های فکری است. وسواس های رایج شامل وسواس های فکری شستشو، شک های بیمارگونه^۴، نظم و ترتیب^۵ / تقارن^۶ است (3). وسواس های فکری دیگر شامل وسواس های جنسی^۷، مشغله های ذهنی در مورد پرخاشگری^۸ یا تکانه های^۹ ترسناک

(مانند آسیب به فرد مورد علاقه خود یا زدن حرف های رکیک در یک مکان نامناسب) است. وسواس های فکری، علاوه بر ویژگی مزاحمت ذهنی، به صورت ناهمخوان با خویش^{۱۱} (برای مثال بیگانه با و خارج از کنترل خود) قلمداد می شوند. همینطور افراد مبتلا به وسواس درگیر فعالیت های ذهنی یا رفتارهای اجباری تکرار شونده ای می شوند که هدفشان مانند وسواس های فکری کاهش ناراحتی و پریشانی ناشی از وسواس های فکری است. اجبارهای رایج شامل واریسی^{۱۲}، شستشو^{۱۳}، شمارش^{۱۴}، تأیید از خود / دیگران و ذخیره سازی^{۱۵} است (3). افراد مبتلا به OCD اغلب آسیب های روانی دیگری نیز دارند. مطالعات نشان داده است شماری از بزرگسالان مبتلا به این اختلال، در طول عمر با اختلالاتی مثل اختلال وحشتزدگی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، فوبی خاص یا اختلال افسردگی یا دو قطبی به احتمال زیاد درگیر می شوند (۳) طوری که شایع ترین آن اختلال افسردگی اساسی است (۴).

در نسخه جدید راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی معیار طبقه بندی اختلال وسواس تاکید بر عواملی همچون "رفتارهای اجبارگونه" "شکست در کنترل" و "ناتوانی در بازدارندگی رفتار" و "تکرار شونده ای افکار" فارغ از محتوای آنها است و این معیارها به عنوان زیر ساخت کلیه اختلال های طیف وسواس در نظر گرفته شده است و اختلال وسواس به عنوان یک مدل یا الگوی پیش فرض نظری برای سایر اختلالات مطرح شده در طیف پیشنهاد شده است. اما باید توجه داشت ویژگی ها و حیطه های وسواس فکری و اجبارهای رفتاری در این بیماری ها، با اختلال وسواس متفاوت است (۵،۴). اگر چه وجود افکار و رفتارهای تکراری یک تشابه غیرقابل انکار در همه اختلال های این طیف است اما این سوال مطرح می شود که

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

² anxiety disorders

³ Obsessive compulsive disorder and other related disorder

³Pathological doubt

⁴Order

⁵ymmetry

⁸Sexual

⁹Aggressive

¹⁰Impulse

¹¹Ego-dystonic

¹²Checking

¹³Washing

¹⁴Counting

¹⁵Re-assurance

¹⁶Hoarding

روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. که طی آن رابطه بین اختلال وسواس فکری-عملی با اختلال‌های طیف وسواس سنجیده می‌شود لذا در این پژوهش از روش آماری همبستگی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش گروه دانشجویان دانشگاه تهران با محدوده سنی ۴۰-۱۸ می‌باشد و با توجه به اینکه حجم نمونهی غالباً در پژوهش‌های توصیفی حدوداً ۱۰۰ نفر در نظر گرفته می‌شود (۱۰) لذا حجم نمونه در این مطالعه ۲۴۵ نفر و به صورت در دسترس در نظر گرفته شده است. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه طیف مقیاس اختلال وسواس فکری-عملی برای DSM-5 (OCS) : این پرسشنامه بوسیله ریچارد لیبی در سال ۲۰۱۳ بر اساس پرسشنامه وسواس فکری-عملی فلوریدا (FOCI)^۲ استورچ^۴ (۲۰۰۷) طراحی شده است و شامل چهار حیطه: شکل‌گیری طیف وسواس (اختلال بدشکلی بدن (BDD)، اختلال ذخیره‌سازی^۵ (HD)، اختلال اسکوریشن (کندن پوست)، (SPD) و تریکوتیلومانی (کندن مو)،^۸ (TTM)، است. ویژگی بارز این آزمون، هماهنگی با تغییر و تحولات DSM-5 در چهار حیطه مذکور و تاکید روی نگاه ابعادی به اختلال‌های روانپزشکی است. سؤال‌های هر مقیاس با مقیاس‌های دیگر متفاوت است. برای مثال، در اختلال بدشکلی بدن (BDD) از درمانجو خواسته می‌شود که میزان شدت مشغله ذهنی خود را در ارتباط با شکل ظاهری و رفتارهای تکرار شونده خود مشخص کند (برای مثال واریسی آینه، سطوح

آیا تاکید صرف بر وجه "تکرار شونده" بدون توجه به محتوای افکار و سایر ابعاد روانشناختی آن، می‌تواند رویکرد درستی در مفهوم سازی این اختلال و تعیین جایگاه آن در راهنمای آماری و تشخیصی باشد؟ از طرفی این نکته قابل ذکر است که ارتباط گسترده اختلال وسواس با اختلال‌هایی همچون اختلالات خلقی و اضطرابی احتمال وجود یک اختلال با پایه و اساس هیجانی را مطرح می‌سازد. بی‌شک، نشانه‌های وسواس و اجبارها همیشه با هیجان‌هایی مانند "ترس" و "غم" شروع می‌شوند (۶). و سیمای اصلی همه اختلال‌های اضطرابی (۷) از جمله اختلال وسواس، تجربه هیجان مشترک اضطراب است که در پیوند با محرک‌های برانگیزاننده درونی و بیرونی فعال می‌شوند و موجب اصرار در گریز یا اجتناب از این محرک‌ها و یا محرک‌های مشابه به آن می‌شود.

از سویی دیگر گرچه پژوهش‌های متعدد نشان دهنده اشتراکات ساختاری بین اختلالات طیف وسواس است (۳،۹،۸) و با وجود اینکه افکار و رفتارهای تکراری یک تشابه غیرقابل انکار در همه اختلال‌های این طیف است، اما به نظر می‌رسد فهم عمیق تر چرایی قرار گرفتن اختلال وسواس در کنار سایر اختلالات طیف نیازمند بررسی همه جانبه در ابعاد شناختی، فراشناختی، هیجانی و رفتاری است و قرار گرفتن این اختلال‌ها در کنار هم نیازمند نقاط مشترکی فراتر از رفتار یا افکار تکراری است. علاوه بر حوزه‌های یاد شده، نحوه ارتباط اختلالات طیف وسواس با یکدیگر به صورت واضح مشخص نیست.

در این پژوهش سعی بر این است در درجه اول ارتباط و شباهت‌های ساختاری اختلال وسواس با سایر اختلالات موجود در طیف (بدشکلی بدنی اختلالات کندن مو، کندن پوست و اختلال ذخیره سازی) سنجیده شود، هم چنین میزان و نحوه ارتباط افکار مزاحم موجود در اختلال وسواس را با افکار مزاحم موجود در سایر اختلالات طبقه وسواس مورد پژوهش قرار دهد در این مطالعه سعی شده میزان و نحوه این ارتباط را با اختلالات طیف وسواس رامشخص سازیم (۹،۱۰).

¹ Obsessive compulsive spectrum disorder scale for DSM-5

² Richard LeBeau

³ Obsessive compulsive inventory Florida

⁴ Storch

⁵ Body dysmorphic disorder

⁶ holding disorder

⁷ Skin picking disorder

⁸ Trichotillomania disorder

کردن می‌باشد، و شدت علائم و سواس فکری-عملی را در مقیاس پنج نقطه‌ای می‌سنجد. این آزمون اولین بار توسط فوا ساخته شد. ترجمه‌ی فارسی آن توسط دکتر قاسم زاده و همکارانش انجام گرفت. پایایی کلی این آزمون در ایران ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۵ می‌باشد (۱۵).

نتایج

در این مطالعه ۲۴۵ دانشجو مورد ارزیابی قرار گرفتند، که از این تعداد ۵۵ (۱۸ درصد) پرسشنامه به علت ناقص بودن کنار گذاشته شد و داده‌های مربوط به ۲۴۵ نفر (۸۲ درصد) از آنها کامل بود. از مجموع ۲۴۵ فرد شرکت کننده در این مطالعه ۱۰۱ نفر (۴۱/۲ درصد) مرد و ۱۴۴ نفر زن (۵۸/۸ درصد) زن بودند. میانگین سن شرکت کنندگان در این طرح ۲۳/۱۷ سال بود (انحراف معیار=۴/۰۱) حداقل سن شرکت کنندگان ۱۸ سال و حداکثر آن ۴۰ سال بود.

دانشجویان مورد بررسی در رشته‌های فنی مهندسی، علوم انسانی، علوم پایه، هنر، پزشکی و پیراپزشکی بودند. که از میان در رشته‌های فنی و مهندسی تعداد ۵۳ نفر (۲۱/۶)، علوم انسانی ۸۲ نفر (۳۳/۵)، علوم پایه ۶۹ نفر (۲۸/۲) هنر ۹ نفر (۳/۷) پزشکی و پیراپزشکی ۳۲ نفر (۱۳/۱) از این تعداد ۱۳۹ نفر (۵۶/۷ درصد) دانشجویان در مقطع کارشناسی، ۳۳ نفر (۲۹/۸ درصد) در مقطع کارشناسی ارشد و ۳۳ نفر (۱۳/۵ درصد) در مقطع دکترا مشغول به تحصیل بودند.

به منظور بررسی ارتباط نشانه‌های و سواس فکری-عملی با طیف اختلال و سواس و همچنین جهت بررسی همسانی درونی سوالات دو پرسشنامه و سواس فکری-عملی و پرسشنامه اختلالات طیف و سواس در هر یک از خرده مقیاس‌های آن‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. با توجه به اینکه ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه و سواس فکری-عملی (۰/۸۸) و خرده مقیاس‌های افکار و سواسی (۰/۷۷)، و نظم و ترتیب (۰/۸۰) و ذخیره سازی (۰/۷۰) و خرده مقیاس‌های شستشو (۰/۶۶)، واریسی (۰/۶۵) و خنثی سازی (۰/۵۹) بدست آمده است، و همچنین میزان آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های بدشکلی

منعکس کننده دیگر، مقایسه شکل ظاهری شان با افراد دیگر). در ذخیره سازی (HD-D) از بیماران درباره تعیین میزان انباشت و ناتوانی در دور ریختن وسایلی می‌پرسد که نظر دیگران بیش از حد و غیر ضرور می‌رسد. برای اختلال کندن پوست و (SPD) مو (TMM)، از بیماران درباره میزان شدت درگیر شدن در رفتارهای اجبارگونه در حیطه‌های مذکور می‌پرسد. نشانه‌ها بر اساس وقوع شان در هفت روز گذشته سنجش می‌شوند. پاسخ به سؤال‌ها به صورت پنج گزینه لیکرتی بر اساس پرسشنامه و سواس فکری-عملی فلوراید طراحی شده است (۱۱).

۲-مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS): یک پرسشنامه ۲۱ گزینه‌ای است که به وسیله لوی باند در سال ۱۹۹۵ بر اساس پرسشنامه ۴۲ گزینه‌ای DASS تدوین شده است.

مقیاس فرعی (DASS Depression) و (DASS Anxiety) شامل آیتم‌های معتبر جهت سنجش افسردگی و اضطراب است (۱۲). میزان آلفای کرونباخ این آزمون در یک نمونه غیر بالینی بزرگ (n= ۲۹۱۴) برای مقیاس‌های فرعی افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۴ و ۰/۹۰ به دست آمده است. نتایج مشابهی در جهت بالینی مطالعات دیگر (۱۳) به دست آمده است. این آزمون به فارسی ترجمه شده است و در مطالعه علی صاحبی همبستگی بین زیر مقیاس‌های افسردگی DASS با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، زیرمقیاس اضطراب DASS با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و زیرمقیاس استرس DASS با آزمون استرس ادراک شده ۰/۴۹ به دست آمده است (۱۴).

۳-پرسشنامه تجدید نظر شده و سواس فکری-عملی^۱ (OCI-R): این آزمون شامل ۱۸ سوال است که براساس پرسشنامه قبلی که ۴۴ سوال دارد ساخته شده است (فوا و همکاران). این پرسشنامه شامل شش زیر مقیاس: شستشو^۲، شک و چک کردن^۳، و سواس‌های ذهنی^۴، اجبارهای ذهنی^۵، نظم و ترتیب^۶ و جمع‌آوری

^۱Obsessive Compulsive Inventory Revised (OCI-R)

^۲ Foa

^۳ washing

^۴ Checking-Doubting

^۵Obsessing

^۶Mental Neutralizing

^۷ Ordering

^۸ Hoarding

فکری- عملی و تمام خرده مقیاس-های آن و همچنین تمام خرده مقیاس های پرسشنامه اختلالات طیف وسواس (بدشکلی بدن، ذخیره سازی، کندن مو و کندن پوست) به صورت معنادار می باشد ($p < 0/001$) لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع داده ها در سطح این متغیرها نرمال نیست. لذا برای بررسی همبستگی بین این متغیرها از آزمون همبستگی رتبه ای اسپیرمن استفاده شد. نتایج مرتبط با میزان r هر یک از این متغیرها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۲- داده های مربوط به ضرایب همبستگی اسپیرمن

بین دو متغیر وسواس فکری- عملی و اختلالات طیف وسواس

متغیر	بدشکلی بدن	ذخیره سازی	کندن مو	کندن پوست
وسواس فکری- عملی	***	***	***	***
وارسی	***	***	***	***
ذخیره سازی	***	***	***	***
خنثی سازی	***	***	***	***
افکاروسواسی	***	***	***	***
نظم و ترتیب	***	***	***	***
شستشو	***	***	***	***

*** $p < 0/001$ ** $p < 0/01$ * $p < 0/05$

در راستای نتایج درج شده در جدول ۴ بررسی ارتباط بین خرده مقیاس های پرسشنامه اختلال های طیف وسواس (OCS) با پرسشنامه وسواس فکری- عملی (OCI-R) نشان داد که بین نمره خرده مقیاس بدشکلی بدن از پرسشنامه (OCS) و نمره کل وسواس فکری - عملی ($r = 0/42$, $p < 0/001$) و با خرده مقیاس های ($r = 0/32$, $p < 0/001$) ذخیره سازی ($r = 0/39$)، $p < 0/001$ ، خنثی سازی ($r = 0/24$)، افکار وسواسی

بدن ($0/65$) ذخیره سازی ($0/76$) کندن مو ($0/88$) و کندن پوست ($0/89$) در پرسشنامه (OCS) بدست آمد و از آنجایی که میزان آلفای کرونباخ بالای $0/7$ بیانگر پایایی مطلوب ابزار و بین $0/5$ تا $0/7$ بیانگر پایایی قابل قبول ابزار می باشد، لذا این پرسشنامه ها از ضریب همسانی درونی مناسبی جهت استفاده در این پژوهش برخوردار بوده اند. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۱- داده های توصیفی مربوط به پرسشنامه وسواس فکری- عملی و پرسشنامه اختلالات طیف وسواس

متغیر	فراوانی میانگین انحراف آلفای چولگی کشیدگی شاخص			
	معیار کرونباخ	شاپیرو-ویلک		
وسواس فکری- عملی	۲۴۵	۲۱/۴۳	۱۰/۹۴	۰/۸۸
۰/۹۸	۰/۵۴	۰/۰۷	***	***
وارسی	۲۴۵	۳/۲۲	۲/۵۸	۰/۶۵
۰/۹۱	۱/۱۷	۱/۹۶	***	***
خنثی سازی	۲۴۵	۳/۷۰	۲/۴۴	۰/۷۰
۰/۹۶	۰/۵۶	-۰/۱۴	***	***
ذخیره سازی	۲۴۵	۱/۸۵	۲/۱۶	۰/۵۹
۰/۸۲	۱/۴۳	۱/۹۰	***	***
افکاروسواسی	۲۴۵	۴/۹۷	۲/۷۹	۰/۷۷
۰/۹۷	۰/۳۴	-۰/۰۹	***	***
نظم و ترتیب	۲۴۵	۴/۹۰	۲/۹۶	۰/۸۰
۰/۹۷	۰/۲۳	۰/۵۰	***	***
شستشو	۲۴۵	۲/۷۶	۲/۲۷	۰/۶۶
۰/۹۲	۰/۸۴	۰/۲۸	***	***
بدشکلی بدن	۲۴۵	۵/۰۰	۴/۱۸	۰/۶۵
۰/۸۱	۱۷/۳۹	۲/۷۴	***	***
ذخیره سازی	۲۴۵	۳/۴۶	۲/۹۵	۰/۷۶
۰/۹۱	۰/۱۰	۰/۸۲	***	***
کندن مو	۲۴۵	۱/۶۹	۲/۹۱	۰/۸۸
۰/۶۹	۴/۰۷	۲/۰۹	***	***
کندن پوست	۲۴۵	۲/۰۴	۳/۲۳	۰/۸۹
۰/۶۵	۲/۲۳	۱/۷۲	***	***

*** $p < 0/001$ ** $p < 0/01$ * $p < 0/05$

هم چنین جهت بررسی توزیع داده ها در سطح هر یک از این متغیرها از شاخص شاپیرو- ویلک استفاده شد. با توجه به اینکه این شاخص برای تمامی متغیرهای نمره کل پرسشنامه وسواس

خرده مقیاس کندن پوست، نمره کل پرسشنامه وسواس فکری - عملی و همه خرده مقیاس‌های آن افزایش می‌یابد. جهت بررسی ارتباط بین نشانه‌های وسواس فکری عملی (وارسی، ذخیره سازی، خنثی سازی، افکار وسواسی، نظم و ترتیب و شستشو) با افسردگی، اضطراب، استرس میانگین و انحراف استاندارد نمره کل پرسشنامه وسواس فکری - عملی و هریک از زیرمقیاس‌های آن شامل (وارسی، ذخیره سازی، خنثی سازی، افکار وسواسی، نظم و ترتیب و شستشو) و همچنین خرده مقیاس‌های پرسشنامه (DASS) شامل (افسردگی، اضطراب، استرس) سنجیده شد و در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۳- داده‌های توصیفی مربوط به پرسشنامه وسواس فکری - عملی و پرسشنامه افسردگی اضطراب و استرس (DASS)

متغیر	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	آلفای کرونباخ
وسواس فکری - عملی	۲۴۵	۲۱/۴۳	۱۰/۹۴	۰/۸۸
وارسی	۲۴۵	۳/۲۲	۲/۵۸	۰/۶۵
ذخیره سازی	۲۴۵	۳/۷۰	۲/۴۴	۰/۷۰
خنثی سازی	۲۴۵	۱/۸۵	۲/۱۶	۰/۵۹
افکار وسواسی	۲۴۵	۴/۹۷	۲/۷۹	۰/۷۷
نظم و ترتیب	۲۴۵	۴/۹۰	۲/۹۶	۰/۸۰
شستشو	۲۴۵	۲/۷۶	۲/۲۷	۰/۶۶
افسردگی	۲۴۵	۶/۵۳	۵/۰۱	۰/۸۵
اضطراب	۲۴۵	۵/۶۰	۴/۲۴	۰/۷۵
استرس	۲۴۵	۹/۰۷	۴/۸۱	۰/۸۱

*p < ۰/۰۵ **p < ۰/۰۱ ***p < ۰/۰۰۱

($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۳۴$) نظم و ترتیب ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۲$) و شستشو ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۸$) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر با افزایش نمره خرده مقیاس بدشکلی بدن، نمره کل پرسشنامه وسواس فکری - عملی و تمام خرده مقیاس‌های آن افزایش می‌یابد. همچنین بین خرده مقیاس ذخیره سازی از پرسشنامه اختلال‌های طیف وسواس (OCS) و نمره کل وسواس فکری - عملی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۵۸$) و با خرده مقیاس‌های وارسی ($r = ۰/۴۴$)، ذخیره سازی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۵۸$) خنثی سازی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۳۳$) افکار وسواسی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۴۰$) نظم و ترتیب ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۳۹$) و شستشو ($r = ۰/۴۰$) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر با افزایش نمره خرده مقیاس ذخیره سازی، نمره کل پرسشنامه وسواس فکری - عملی و همه خرده مقیاس‌های آن افزایش می‌یابد.

بررسی ارتباط بین خرده مقیاس کندن مو از پرسشنامه اختلال‌های طیف وسواس (OCS) و نمره کل وسواس فکری - عملی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۵$) و با خرده مقیاس‌های وارسی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۱۵$)، ذخیره سازی ($r = ۰/۲۷$)، خنثی سازی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۶$) افکار وسواسی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۰$) نظم و ترتیب ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۱۵$) و شستشو ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۰$) گویای رابطه مثبت و معنادار بین این متغیرهاست، به عبارت دیگر با افزایش نمره خرده مقیاس کندن مو، نمره کل پرسشنامه وسواس فکری - عملی و همه خرده - مقیاس‌های آن افزایش می‌یابد

از سوی دیگر نتایج ضریب همبستگی اسپیرمن بین خرده مقیاس کندن پوست از پرسشنامه اختلال‌های طیف وسواس (OCS) و نمره کل وسواس فکری - عملی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۳۱$) و با خرده مقیاس‌های وارسی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۵$) ذخیره سازی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۷$) خنثی سازی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۳$) افکار وسواسی ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۵$) نظم و ترتیب ($r = ۰/۱۶$) و شستشو ($p < ۰/۰۰۱, r = ۰/۲۳$) بیانگر رابطه مثبت و معنادار بین این متغیرهاست، به عبارت دیگر با افزایش نمره

در راستای نتایج درج شده در جدول ۶ بررسی ارتباط بین خرده مقیاس‌های پرسشنامه افسردگی اضطراب و استرس (DASS) با پرسشنامه وسواس فکری- عملی نشان داد که بین نمره خرده مقیاس افسردگی از پرسشنامه داس و نمره کل وسواس فکری ($r=0/45, p<0/001$) و با خرده مقیاس‌های وارسی ($r=0/32, p<0/001$)، ذخیره سازی ($r=0/39, p<0/001$)، خنثی سازی ($r=0/25, p<0/001$)، افکار وسواسی ($r=0/52, p<0/001$)، نظم و ترتیب ($r=0/23, p<0/001$) و شستشو ($r=0/19, p<0/001$) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر با افزایش نمره خرده مقیاس افسردگی، نمره کل پرسشنامه وسواس فکری - عملی و خرده مقیاس‌های آن افزایش می‌یابد.

همچنین نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد، بین خرده مقیاس اضطراب، در پرسشنامه داس و نمره کل وسواس فکری- عملی ($r=0/54, p<0/001$) و با خرده مقیاس‌های وارسی ($r=0/39, p<0/001$)، ذخیره سازی ($r=0/49, p<0/001$)، خنثی سازی ($r=0/38, p<0/001$)، افکار وسواسی ($r=0/49, p<0/001$)، نظم و ترتیب ($r=0/31, p<0/001$) و شستشو ($r=0/27, p<0/001$) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر با افزایش نمره خرده مقیاس اضطراب، نمره کل پرسشنامه وسواس فکری - عملی و تمام خرده مقیاس‌های آن افزایش می‌یابد.

همچنین نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین خرده مقیاس استرس در پرسشنامه داس و نمره کل وسواس فکری ($r=0/59, p<0/001$) و با خرده مقیاس‌های وارسی ($r=0/46, p<0/001$)، ذخیره سازی ($r=0/47, p<0/001$)، خنثی سازی ($r=0/31, p<0/001$)، افکار وسواسی ($r=0/60, p<0/001$)، نظم و ترتیب ($r=0/34, p<0/001$) و شستشو ($r=0/34, p<0/001$) رابطه مثبت و معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر با افزایش نمره خرده مقیاس استرس، نمره کل پرسشنامه وسواس فکری - عملی و همه خرده مقیاس‌های آن افزایش می‌یابد.

هم چنین جهت بررسی توزیع داده‌ها در سطح هر یک از این متغیرها از شاخص شاپیرو- ویلک استفاده شد. با توجه به اینکه این شاخص برای تمامی متغیرهای نمره کل پرسشنامه وسواس فکری- عملی و تمام خرده مقیاس‌های آن و همچنین تمام خرده مقیاس‌های پرسشنامه داس شامل (افسردگی، اضطراب، استرس) به صورت معنادار می‌باشد ($p<0/001$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع داده‌ها در سطح این متغیرها نرمال نیست. لذا برای بررسی همبستگی بین این متغیرها از آزمون همبستگی رتبه ای اسپیرمن استفاده شد. نتایج مرتبط با میزان r هر یک از این متغیرها در جدول ۶ ارائه شد.

جدول ۴- داده‌های مربوط به ضرایب همبستگی اسپیرمن بین دو متغیر وسواس فکری- عملی و متغیرهای افسردگی اضطراب و استرس (DASS)

متغیر	افسردگی	اضطراب	استرس
وسواس	***	***	***
فکری-عملی	0/59		
وارسی	***	***	***
ذخیره سازی	0/32		0/46
خنثی سازی	0/39		0/31
افکار وسواسی	0/39		0/60
نظم و ترتیب	0/34		0/34
شستشو	0/19		0/34

*** $p<0/001$ ** $p<0/01$ * $p<0/05$

بحث و نتیجه گیری

بررسی‌های ما در این مطالعه نشان داد که بین نمره کل اختلال و سواس فکری- عملی و شش خرده مقیاس آن (وارسی، ذخیره سازی، خنثی سازی، افکار و سواسی، نظم و ترتیب و شستشو) با اختلالات طیف و سواس شامل اختلالات بدشکلی بدن، ذخیره سازی، کندن مو و کندن پوست ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد.

این یافته‌ها ممکن است حاکی از وجود زیرساخت‌های مشترک و شباهت‌های ساختاری بین این اختلالات باشد. همانگونه ذکر شد مبنای تصمیم‌گیری در خصوص پدید آیی طبقه تشخیصی اختلالات طیف و سواس شباهت‌های گسترده این اختلال‌ها در زمینه‌هایی مانند تشابه نشانه‌ای، هم‌وقوعی و هم‌ابتلائی، سیر بیماری، وابستگی‌های خانوادگی، عوامل ژنتیکی و محیطی، نشانه‌های زیستی، پیش‌زمینه‌های مزاجی، پردازش شناختی و هیجانی و در نهایت پاسخ به درمان بودند (۵،۷). نتیجه این پژوهش نیز در تایید یافته‌های پیشین بر ارتباط قوی بین این متغیرها تاکید می‌کند.

برای مثال در مورد اختلال بدشکلی بدنی بسیاری معتقدند که این بیماری از نظر ساختاری شباهت‌های زیادی با اختلال و سواس دارد. گاهی مشغله‌های ذهنی به صورت افکار مزاحم تکرار شونده همانند فرآیند افکار مزاحم در و سواس ظاهر شده و باعث اضطراب می‌شوند، به طوری که فرد را وادار به آیین‌های مندی‌ها و رفتارهای تکرار شونده می‌کند و همانند و سواس فکری، فرد جهت کاهش اضطراب‌های ناشی از این افکار تکرار شونده دست به یک سری رفتارهای خاصی می‌زند مانند مراجعه‌های متعدد به پزشک، درخواست تأیید از دیگران در مورد شکل، فرم و ظاهر خود، واری‌های متعدد خود در آینه، عمل‌های جراحی متعدد زیبایی و عدم رضایت و ناکافی دانستن این عمل‌ها (۱۶). از سوی دیگر علاوه بر تشابهات نشانه‌ای وجود فاکتورهای مشترک بین این دو اختلال همانند: الگوی همبودی بالا. سیر بیماری، وابستگی‌های خانوادگی، عوامل ژنتیکی و محیطی و پاسخ مشترک به درمان‌های دارویی و روان‌شناختی توجیح‌کننده این ارتباط قوی می‌باشد این یافته‌ها در

مطالعات فیلیپس (۱۷)، پروگی^۱ و همکاران (۱۸)، نزیروگلو، خملانی^۲ (۱۹). هولندر (۲۰) گانستد و فیلیپس^۳ (۲۱). لی وی و همکاران (۲۲) نیز تایید شده است.

در خصوص نشانگان ذخیره‌سازی می‌توان گفت ویژگی اجبار و اصرار در ذخیره‌سازی همانند تعریف اجبارها در بسیاری از خرده مقیاس‌های اختلال و سواس و طیف اختلال و سواس هم بارز است. طبق یافته‌ها نشانه ذخیره‌سازی در (۱۱٪ تا ۳۳٪) از مبتلایان به اختلال و سواس ظاهر می‌شود، علاوه بر این مستندات زیستی و ژنتیکی، مطالعات همبودی و خانوادگی، شواهد مربوط به مطالعات دارویی و روان‌شناختی نیز که در یافته‌های راجمن^۴ (۲۳) فراست^۵ و همکاران (۲۴)؛ سامویل و همکاران، (۲۵)؛ بین و نیو^۶ و همکارانش (۲۶)؛ تولین^۷؛ کیل^۸؛ ورهانسکی^۹؛ مالتابی^{۱۰} (۲۷)؛ ساکسنا و همکاران (۲۸) بدست آمده است. تحکم بخش ارتباط قوی بین این دو اختلال است.

همچنین در خصوص اختلال کندن اجباری مو و کندن پوست می‌توان گفت، گرچه ویژگی اصلی این بیماری‌ها رفتارهای تکانه‌ای است ولی همانند اختلال و سواس، عامل اجبار در رفتارهای آنها نیز بارز است و این عامل اجبار خود باعث مسیر دهی فرد در چرخه چالش با کاهش اضطراب ناشی از اجبارها می‌شود (۲۹) همچنین، احساس فزاینده برانگیختگی درونی قبل از ارتکاب و یا درگیر شدن به عمل خاصی به همراه یک تجربه هیجانی احساس لذت، رضایت یا رهایی از یک تنش درونی در زمان انجام عمل است این ویژگی‌های رفتاری به طرز آشکاری در خرده مقیاس اختلال و سواس هم ظاهر می‌شوند (۴). علاوه بر این تشابهات نشانه‌ای همانند سایر اختلالات موجود در طیف

¹ Giulio prugi

² Khemlani patel

³Gunstad and Philips

⁴ Li, Wei

⁵ Ranchman

⁶ Frost

⁷ Samuels

⁸Bienvenu

⁹Tolin

¹ Kiehl

0

¹ worhunsky

1

¹ maltaby

2

شواهدی در خصوص همبودی، الگوی زیستی مشترک، مطالعات ژنتیک و پاسخ به درمان‌های دارویی و روانشناختی عوامل توجیح‌کننده ارتباط قوی بین اختلال وسواس و این دو اختلال می‌باشد. این یافته‌ها در مطالعات گریر و کپچی^۱ (۳۰)؛ گوپتا^۲ و همکاران (۳۱)، استیکل^۳ و بلچمن^۴ (۳۲)، کالن^۵ (۳۳)، ریچتر^۶ (۳۴)، در جهت ارتباط این اختلالات در ابعاد مذکور نیز تایید شده است.

همچنین طبق یافته‌های موجود در این مطالعه بین نمره کل اختلال وسواس فکری-عملی و شش خرده‌مقیاس آن (وارسی، ذخیره‌سازی، خنثی‌سازی، افکار وسواسی، نظم و ترتیب و شستشو) با نشانه‌های افسردگی اضطراب و استرس همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد.

طبق نتایج بدست آمده ارتباط گسترده اختلال وسواس با نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس احتمال وجود یک اختلال با پایه و اساس هیجانی را مطرح می‌سازد در واقع می‌توان گفت شباهت اصلی این نشانه‌ها شامل یک اضطراب و تنش درونی است که به صورت وحشت زدگی، اجتناب‌های ترسناک، تجربه‌های افکار مزاحم ناخواسته، نگرانی‌های شدید، ناتوانی در کنترل و مهار موضوعات نگرانی‌کننده تجلی می‌یابند.

در همین راستا دنیس و همکاران (۳۵) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که احتمال شیوع همزمان اختلال افسردگی اساسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری ۱۰ برابر جمعیت عمومی است، این در حالی است که ۶۰ تا ۸۰ درصد بیمارانی که دچار اختلال وسواسی جبری هستند، دوره‌هایی از افسردگی را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند. در حوزه اختلالات اضطرابی طبق پژوهشی که فایر من^۷ و همکارانش (۳۶) انجام دادند همبودی اختلال وسواس با اختلالات اضطرابی از صفر تا ۱۲-۰ درصد و

شیوع مادام‌العمر ۱ تا ۲۱ درصد گزارش شد. به طور مشابه در پژوهشی دیگر لاسال^۸ و همکارانش طی مطالعه‌ای احتمال شیوع اختلالات خلقی^۹ در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری چهار تا پنج برابر و احتمال شیوع اختلالات اضطرابی از جمله: پانیک، آگورافوبیا، اختلال ترس اضطراب فراگیر سه تا چهار برابر جمعیت عمومی و اختلال اضطراب اجتماعی^{۱۰} دو برابر جمعیت عمومی برآورد شد.

اگرچه زمینه‌ساز شکل‌گیری طیف اختلال وسواس همبستگی قوی در حوزه‌هایی مانند سیر بیماری، هم‌ابتلایی، وابستگی‌های خانوادگی، عوامل ژنتیکی و محیطی و نورویبولوژیکی و پاسخ به درمان بین این اختلالات است اما به نظر می‌رسد از نظر نشانه‌ای، موضوعات محتوایی و وسواس‌های فکری در اختلال وسواس با اختلالات مطرح در طیف وسواس متفاوت است. بنا بر این دلایل عده‌ای معتقدند که در طبقه‌بندی اختلال وسواس در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی دیدگاهی همه‌جانبه مورد نیاز است و پیشنهاد آنها طبقه‌بندی مجزای طیف اختلال وسواس و اختلال وسواس در کنار یکدیگر و نام‌گذاری آنها با عنوان "اضطراب و طیف اختلال وسواس" است فیلیپ و همکاران (۳۷) و یافته‌های این مطالعه نیز همسو با این عقیده می‌باشد. همچنین در پژوهش دیگری که توسط بخشی پور و همکاران بر روی ۶۰ نفر بیمار مبتلا به وسواس انجام شد، نتایج حاکی از این بود که افکار مربوط به رویدادهای منفی پیش‌بینی‌کننده خوشه‌های شستشو و احتمال وقوع رویداد منفی با داشتن فکر، پیش‌بینی‌کننده نشانه‌های خوشه‌های علائم واریسی می‌باشند (۳۸).

بنابراین گرچه می‌توان گفت اگرچه زمینه‌ساز شکل‌گیری طیف اختلال وسواس همبستگی قوی در حوزه‌هایی مانند سیر بیماری، هم‌ابتلایی، وابستگی‌های خانوادگی، عوامل ژنتیکی و محیطی و نورویبولوژیکی و پاسخ به درمان بین این اختلالات است اما به

¹Greer and Capecchi

² Gupta

³Stickle

⁴Blechman

⁵ Cullen

⁶ Richter

⁷fireman

⁸ LaSalle

⁹ affective disorders

¹ social phobia 0

¹ Familiarity 1

¹ Familiarity 2

این اختلالات در این طبقه تشخیصی جدید، نیازمند یافته‌های بیشتر و مطالعات تکمیلی تر می باشد.

تقدیر و تشکر

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش حاضر که با تکمیل مقیاس‌های مرتبط با پژوهش، ما را در انجام این کار یاری رساندند، سپاسگزاری نمایند. در اجرای پژوهش ملاحظات اخلاقی مطابق با دستورالعمل کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تهران در نظر گرفته شده است، و کد اخلاق به شماره IR.TUMS.REC.1395.2727 دریافت شده است.

نظر می‌رسد از نظر نشانه‌ای، موضوعات محتوایی و سواس‌های فکری در اختلال وسواس با اختلالات مطرح در طیف وسواس متفاوت است. بنا بر این دلایل عده‌ای معتقدند که در طبقه بندی اختلال وسواس در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی دیدگاهی همه جانبه مورد نیاز است و پیشنهاد آنها طبقه بندی مجزای طیف اختلال وسواس و اختلال وسواس در کنار یکدیگر و نام گذاری آنها با عنوان "اضطراب و طیف اختلال وسواس" است فیلیپ و همکاران (۳۷) و یافته‌های این مطالعه نیز همسو با این عقیده می باشد. از سویی دیگر گرچه طبق نتایج این مطالعه فاکتورها بی از جنس هیجان همبستگی قوی و نقشی غیر قابل انکار در مفهوم سازی اختلال وسواس دارند اما شفاف سازی این ارتباط در کنار سایر ویژگی‌های منحصر به فرد

References

1. Kupfer DJ, Regier DA. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *American Journal of Psychiatry*. 2011 Jul;168(7):672-4.
2. Hollander E, Kim S, Braun A, Simeon D, Zohar J. Cross-cutting issues and future directions for the OCD spectrum. *Psychiatry research*. 2009 Nov 30;170(1):3-6.
3. Eisen JL, Rasmussen SA. Phenomenology of obsessive-compulsive disorder. In: Stein DJ, Hollander E, editors. *Textbook of anxiety disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 173-89.
4. Shams, Giti, (2014) *Obsessive-Compulsive Disorder: Recent Developments in the Semiotics of Obsessive-Compulsive Disorder* (Persian).
5. Schieber K, Kollei I, de Zwaan M, Martin A. Classification of body dysmorphic disorder—What is the advantage of the new DSM-5 criteria?. *Journal of psychosomatic research*. 2015 Mar 31;78(3):223-7.
6. Bolton D, Perrin S. Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2008 Mar 31;39(1):11-22.
7. Marks IM. *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. Oxford University Press on Demand; 1987.
8. McElroy SL, Phillips KA, Keck Jr PE. Obsessive compulsive spectrum disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994 Oct;55:33-51
9. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. John Wiley & Sons; 2002 Sep 27
10. Ali Akbar, Delavar (2007) *Statistics and Applied Probability in Educational Sciences and Psychology*. Tehran: Roshd Publications (Persian).
11. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, Geffken GR, Lehmkuhl HD, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK. Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2008 May 31;47(5):583-92.
12. Richter MA, Summerfeldt LJ, Antony MM, Swinson RP. Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depression and anxiety*. 2003 Nov 1;18(3):118-27.
13. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*. 1989 Nov 1;46(11):1006-11.
14. Sahib Ali, Asghari Mohammad Javad, Salari Raziieh Sadat, 2005, Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21), for an Iranian Population, Summer 2005/4 issues / first year - *Iranian Psychology Quarterly* (Persian).

15. Qasemzadeh, H. (1382). Cognitive-Behavioral Model of Obsession, with Emphasis on Dream and Emotional Processing, The One Hundred and Eighteenth Basic Cognitive Neuroscience Seminar. Shohada Medical Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences(Persian).
16. McElroy SL, Phillips KA, Keck Jr PE. Obsessive compulsive spectrum disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 1994 Oct;55:33-51.
17. Phillips KA, Menard W, Fay C, Weisberg R. Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*. 2005 Aug 31;46(4):317-25
18. Perugi, G., Giannotti, D., Frare, F., Vaio, S.D., Valori, E., Maggi, L., Cassano, G.B. and Akiskal, H.S., 1997. Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1(2), pp.77-82.
19. Neziroglu F, Khemlani-Patel S. A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS spectrums*. 2002 Jun 1;7(06):464-71.
20. Hollander E, Aronowitz BR. Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. *The Journal of clinical psychiatry*. 1999 Sep 1;60(suppl 9):27-31.
21. Gunstad J, Phillips KA. Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2003 Aug 31;44(4):270-6.
22. Li W, Arienzo D, Feusner JD. Body dysmorphic disorder: neurobiological features and an updated model. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2013 Sep 6.
23. Rachman S, Marks IM, Hodgson R. The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in vivo. *Behaviour Research and Therapy*. 1973 Nov 1;11(4):463-71.
24. Frost RO, Krause MS, Steketee G. Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*. 1996 Jan 1;20(1):116-32.
25. Samuels J, Bienvenu III OJ, Riddle MA, Cullen BA, Grados MA, Liang KY, Hoehn-Saric R, Nestadt G. Hoarding in obsessive compulsive disorder: results from a case-control study. *Behaviour research and therapy*. 2002 May 31;40(5):517-28.
26. Bienvenu OJ, Samuels JF, Riddle MA, Hoehn-Saric R, Liang KY, Cullen BA, Grados MA, Nestadt G. The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological psychiatry*. 2000 Aug 15;48(4):287-93.
27. Tolin DF, Kiehl KA, Worhunsky P, Book GA, Maltby N. An exploratory study of the neural mechanisms of decision making in compulsive hoarding. *Psychological Medicine*. 2009 Feb 1;39(02):325-36.
28. Saxena S. Is compulsive hoarding a genetically and neurobiologically discrete syndrome? Implications for diagnostic classification. *American Journal of Psychiatry*. 2007 Mar 1.
29. Hollander E, Wong CM. Body dysmorphic disorder, pathological gambling, and sexual compulsions. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1995.
30. Greer JM, Capecchi MR. Hoxb8 is required for normal grooming behavior in mice. *Neuron*. 2002 Jan 3;33(1):23-34.
31. Gupta MA, Gupta AK, Haberman HF. Neurotic excoriations: a review and some new perspectives. *Comprehensive Psychiatry*. 1986 Jul 1;27(4):381-6.
32. Stickle TR, Blechman EA. Aggression and fire: Antisocial behavior in firesetting and nonfiresetting juvenile offenders. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2002 Sep 1;24(3):177-93.
33. Cullen BA, Samuels JF, Bienvenu OJ, Grados M, Hoehn-Saric R, Hahn J, Liang KY, Wellen D, Dees M, Riddle MA, Nestadt G. The relationship of pathologic skin picking to obsessive-compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*. 2001 Mar 1;189(3):193-5
34. Richter MA, Summerfeldt LJ, Antony MM, Swinson RP. Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depression and anxiety*. 2003 Nov 1;18(3):118-27.
35. Denys D, Tenney N, van Megen HJ, de Geus F, Westenberg HG. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2004 Jun 30;80(2):155-62.
36. Fireman B, Koran LM, Leventhal JL, Jacobson A. The prevalence of clinically recognized obsessive-compulsive disorder in a large health maintenance organization. *American Journal of Psychiatry*. 2001 Nov 1;158(11):1904-10.
37. Phillips KA, Friedman MJ, Stein DJ, Craske M. Special DSM-V issues on anxiety, obsessive-compulsive spectrum, posttraumatic, and dissociative disorders. *Depression and anxiety*. 2010 Feb 1;27(2):91-2.
38. Bakhshipour, Abbas, Faraji, Rabab, Narimani, Mohammad, Sadeghi, Fariba, (2012). Evaluation of the relationship between the content of thought-action disorder in clusters of symptoms of practical obsessive-compulsive disorder in obsessive-compulsive patients, *Journal of Behavioral Research Sciences*, Volume 9

Original Article

Relationship between symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCS) and the spectrum of obsessive-compulsive disorder (OCSD) and depression Anxiety and stress

Received: 16/09/2021 - Accepted: 24/11/2021

Mahsa Golestani ^{1*}

Atefe Nezamolslami ²

¹ Master of Clinical Psychology, Tehran University of Medical Sciences Roozbeh Psychiatric Hospital, Department of Psychology, Tehran Iran

² Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Psychiatric Hospital, Tehran, Iran

Email: mahsagolestani2021@gmail.com

Abstract

Introduction: In the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the ground for the separation of obsessive-compulsive disorder from the category of anxiety disorders and the formation of a concept called obsessive spectrum was provided. The aim of this study was to investigate the relationship between obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive disorder and anxiety and stress depression to evaluate this new diagnostic category.

Method: The present research design is descriptive-analytical. The statistical population of this study included 245 students of Tehran universities who were selected by non-random sampling and available according to the inclusion criteria. Research tools included questionnaires (OCI-R), (OCSD), (DASS). Data were analyzed using SPSS software version 22 and nonparametric test and Spearman correlation test.

Results: According to the findings of this study, there is a positive and significant relationship between the total score of obsessive-compulsive disorder and its subscales ($p < 0.001$). Also, a significant positive correlation was found between the total score of obsessive-compulsive disorder and its subscales and obsessive-compulsive disorder disorders as well as with the variables of anxiety, depression and stress.

Conclusion: Obsessive-compulsive disorder, while related to peer disorders in the new diagnostic class of obsessive-compulsive disorder, in another dimension was closely related to emotional dimensions and variables such as anxiety symptoms, depression and stress.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Obsessive Compulsive Disorder, DSM-5

conflict of interest: There is no conflict of interest.