

مقاله‌ی پژوهشی

هم‌ابتلائی افسردگی با زیرگروه‌های اختلال وسواسی جبری در نمونه‌های غیربالینی

خلاصه

مقدمه: افسردگی از شایع‌ترین اختلالات همراه با اختلال وسواسی جبری است. پژوهش حاضر به منظور بررسی همراهی این دو اختلال با توجه به انواع فرعی اختلال وسواسی جبری در نمونه‌های غیربالینی انجام شد.

روش کار: در این پژوهش همبستگی، ۴۰۹ نفر (۱۸۲ مرد و ۲۲۷ زن) از دانشجویان دانشگاه‌های پیام‌نور تبریز، سراب و اردبیل در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و مقیاس وسواس پادوا پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه و رگرسیون چندمتغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: وسواس‌های عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی ($F=162/27$)، نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی ($P<0/0001$)، و آلودگی ($F=116/01$) و آلودگی ($P<0/0001$)، بیشترین همراهی را با افسردگی داشتند، در حالی که میزان افسردگی در نوع واریسی کمتر از سایر انواع وسواس بود.

نتیجه‌گیری: وسواس‌های فکری بیشتری با اختلال افسردگی داشته و شاید به همین دلیل در مقایسه با وسواس‌های عملی بهره‌ی کمتری از درمان‌های موجود می‌برند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، اختلال وسواسی جبری

*علی محمدزاده

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور استان آذربایجان شرقی

حسن یعقوبی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم استان آذربایجان شرقی

عسی جعفری

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور استان گیلان

*مؤلف مسئول:

ایران، تبریز، دانشگاه پیام‌نور استان آذربایجان شرقی، دانشکده‌ی روان‌شناسی

تلفن: ۰۴۳۱۲۲۳۷۶۳۳

ali.mohammadzadeh@gmail.com

تاریخ وصول: ۸۸/۱۰/۲۳

تاریخ تایید: ۸۹/۳/۳۱

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده‌ی روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور استان آذربایجان شرقی و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از دانشجویان

Original Article

Comorbidity of depression and obsessive compulsive disorder subtypes in non-clinical samples

Abstract

Introduction: One of the most common comorbidities of obsessive compulsive disorder is depression. The present study was planned to clarify the comorbidity of depression and subtypes of obsessive compulsive disorder in non-clinical samples.

Materials and Methods: In this correlational study 409 students (182 males and 227 females) studying in Payam-e-Nour university, branches of Tabriz, Sarab and Ardabil cities, north western part of Iran in 2008, were randomly selected and full filled Beck Depression and Padua Inventories. Data were analyzed by ANOVA and multi-variation regression tests.

Results: Uncontrollable mental activities ($P<0.0001$, $F=162.27$), uncontrollable motor behaviors ($P<0.0001$, $F=116.21$), and contamination ($P<0.0001$, $F=89.61$), subtypes were most related with depression, while checking subtype had the least relationship with depression.

Conclusion: OCD patients with dominant obsessive thoughts are more suffering from depression, perhaps this truth leads them to less benefit from available treatments, comparing with patients who have dominant compulsions.

Keywords: Depression, Obsessive-compulsive disorder

**Ali Mohammadzadeh*

Assistant professor of psychology, Payam-e-Nour University of East Azarbaijan province

Hassan Yaghubi

Assistant professor of psychology, Tarbiat Moallem University of East Azarbaijan province

Isa Jafari

Assistant professor of psychology, Payam-e-Nour University of Gilan province

***Corresponding Author:**

Faculty of psychology, Payam-e-Nour University of East Azarbaijan province, Tabriz, Iran

Tel: +984312237633

ali.mohammadzadeh@gmail.com

Received: Jan. 13, 2009

Accepted: Jun. 21, 2010

Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of faculty of psychology of Payam-e-Nour University of East Azarbaijan province. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

ALI MOHAMMADZADEH, HASSAN YAGHUBI, ISA JAFARI. Comorbidity of depression and obsessive compulsive disorder subtypes in non-clinical samples. *JFMH*; 12(2): 502-9.

مقدمه

براساس بیشتر مطالعات صورت گرفته بر روی اختلال وسواسی جبری، این اختلال با بسیاری از اختلال‌های روانی دیگر رابطه دارد. تاکنون پژوهش‌ها، رابطه‌ی بین اختلال وسواسی جبری با اختلال‌های افسردگی اساسی^۱، اضطراب منتشر^۲، دوقطبی^۳، تیک^۴، بیش‌فعالی تکانش‌گری^۵، خوردن^۶، اوتیسم^۷، اسکیزوفرنی^۸ و اسکیزوتایپی^۹ را نشان داده‌اند (۹-۱). هم‌ابتلائی‌های روان‌پزشکی می‌تواند سبب وخیم‌تر شدن سیر اختلال گردد، افسردگی از جمله شایع‌ترین اختلال‌هایی است که با اختلال وسواسی جبری هم‌پوشی دارد (۱۰). از نظر تاریخی نیز افکار و اعمال وسواسی که نخستین بار در منابع پزشکی اوایل قرن نوزدهم توصیف شدند، تظاهر غیرعادی ملانکولی^{۱۱} تصور می‌شدند (۱۱). بنا بر این، این افراد بیش از دیگران گرایش به افسردگی دارند و طبق تحقیق‌های صورت گرفته، خلق افسرده نه تنها به ازدیاد و تشدید افکار ناخواسته منتهی می‌شود، بلکه سبب افزایش ناراحتی ناشی از این افکار نیز می‌گردد (۱۲). تقریباً دو سوم مبتلایان به وسواس از علایم افسردگی نیز رنج می‌برند (۱۳). اکثر محققان معتقدند از نظر علایم، بین این دو به‌ویژه از نظر احساس گناه، اضطراب، تردید درباره‌ی خویشتن و پایین بودن عزت‌نفس هم‌پوشانی‌هایی وجود دارد. برخی نیز از احساس مسئولیت شدید و کمال‌گرایی در وسواس بحث می‌کنند که از ویژگی‌های افسردگی نیز به‌شمار می‌آید. هم‌چنین نشان داده شده است که بعضی از ناکارآمدی‌های اجرایی^{۱۱} که هنگام اجرای آزمون‌ها در بیماران وسواسی دیده می‌شود، حاصل هم‌زمانی نشانه‌های افسردگی با این اختلال است (۱۴، ۱۵). اخیراً محققین پیشنهاد کرده‌اند اختلال وسواسی جبری ماهیت ناهمگن دارد و می‌تواند به انواع فرعی همگن تقسیم شود. اساس طبقه‌بندی، برگرفته از

دیدگاه نشانه‌شناسی با استفاده از تحلیل عاملی و نیز تا حدودی هم براساس یافته‌های عصب روان‌شناختی می‌باشد و بررسی میزان پاسخ به درمان یکی از انگیزه‌های اصلی در شناسایی انواع فرعی این اختلال بوده است (۴). یکی از ابزارهای استفاده شده برای شناسایی عامل‌های فرعی موجود در اختلال وسواسی جبری توسط ساناوو^{۱۲} تحت عنوان پرسش‌نامه‌ی پادوا^{۱۳} ساخته شده است. این مقیاس اختلال وسواسی جبری را براساس چهار عامل به چهار گروه فرعی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی تقسیم می‌کند. انواع فرعی مذکور عبارت‌اند از: عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی^{۱۴}، وارسی^{۱۵}، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی^{۱۶} و آلودگی^{۱۷} (۱۶).

در واقع در سطح بیماری‌شناختی، مبتلایان به اختلال وسواسی جبری از نظر افسردگی نمرات بالایی دارند (۱۷، ۱۸). استفاده از نمونه‌های بالینی با این که می‌تواند منجر به دانش‌افزایی در سطح بیماری‌شناختی گردد، ولی اعتبار نتایج حاصل از آن‌ها با مشکلاتی نیز همراه است.

مزیت استفاده از نمونه‌های غیربالینی اجتناب از ابهام‌های بالقوه‌ای است که در کار با بیماران بالینی وجود دارد (مانند اثرات ناشی از دارو و موسسه‌ای شدن). بر این اساس، پژوهش حاضر بر آن است تا کیفیت این رابطه را در نمونه‌های غیربالینی و براساس انواع فرعی ویژگی‌های وسواسی جبری مورد پژوهش قرار دهد. دست‌یابی به اهداف پژوهش می‌تواند به‌طور مستقیم وضوح بیشتری به رابطه‌ی احتمالی افسردگی و اختلال وسواسی جبری با در نظر گرفتن انواع فرعی آن ببخشد.

روش کار

این پژوهش در یک زمینه‌ی علی مقایسه‌ای و همبستگی انجام شده است و جلسه‌ی آماری آن شامل دانشجویان دختر و پسر مشغول به تحصیل در دوره‌های کارشناسی دانشگاه‌های پیام‌نور

¹²Sanavio¹³Padua Inventory¹⁴Impaired Control Over mental Activities¹⁵Checking¹⁶Urges and Worries of Losing Control Over motor¹Major Depression Disorder²Generalized Anxiety Disorder³Bipolar Disorder⁴Tic Disorder⁵Attention Deficit Hyperactivity Disorder⁶Eating Disorder⁷Autism Disorder⁸Schizophrenia Disorder⁹Schizotypy Disorder

۱۳ سئوالی، فقط تفاوت مختصری در ترجمه وجود دارد که به نظر نمی‌رسد در روایی تاثیر بگذارد و به همین دلیل قضاوت در مورد روایی ۱۳ سئوال مذکور را به داده‌های حجت، شاپور و مهریار، استناد داده است. روایی ۸ سئوال باقی مانده از طریق همبستگی بین این ۱۳ سئوال با ۸ سئوال مذکور به دست آمد و برابر با ۰/۷۴ گزارش شد (۲۰).

پرسش‌نامه‌ی پادوا: پرسش‌نامه‌ی پادوا تنها ابزار خودگزارشی وسواس است که ابعاد وسواس‌های فکری را از وسواس‌های عملی به‌طور جداگانه می‌سنجد و یکی از پرکاربردترین ابزارها در مطالعه‌های مربوط به وسواس در نمونه‌های بالینی و غیربالینی به‌شمار می‌آید (۲۲، ۲۱). این پرسش‌نامه توسط سنانویو در ایتالیا ساخته شده و شامل ۶۰ پرسش با پنج درجه‌بندی از صفر تا ۴ می‌باشد که صفر معادل اصلا و ۴ معادل خیلی زیاد است.

پرسش‌نامه‌ی پادوا قادر به اندازه‌گیری تعداد و شدت علائم اختلال وسواسی جبری، در افراد بهنجار و بیماران بالینی می‌باشد. پرسش‌نامه‌ی مذکور، دارای چهار زیرمقیاس با عناوین عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، وارسی، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی و آلودگی می‌باشد. پایایی این پرسش‌نامه در فرهنگ اصلی، از طریق محاسبه‌ی ضریب محاسبه‌ی نمره‌ی کل پرسش‌نامه‌ی پادوا با پرسش‌نامه‌ی وسواس فکری عملی مادزلی و پرسش‌نامه‌ی وسواس فکری لیتون در دامنه‌ی ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ گزارش شده است (۱۶).

پایایی و روایی این پرسش‌نامه در ایران، توسط گودرزی و فیروزآبادی، مورد بررسی قرار گرفته و ضریب همسانی درونی آن ۰/۹۵، ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی ۳۰ روز در ۴ عامل ذکر شده به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۱، ۰/۶۵ و ۰/۶۰ و در کل مقیاس ۰/۷۹ گزارش شده است. محاسبه‌ی روایی افتراقی این پرسش‌نامه، حاکی از این است که نمره‌های پادوا، قادر به تمایز بین بیماران وسواسی و افراد بهنجار هستند (۲۱).

نتایج

آزمودنی‌ها متشکل از ۱۸۲ مرد با میانگین سنی ۲۶/۷۳ سال و

تبریز، سراب و اردبیل در سال تحصیلی ۸۸-۱۳۸۷ بود. از این جامعه‌ی آماری ۴۰۹ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای براساس جدول نمونه‌گیری مورگان انتخاب و مورد آزمون قرار گرفتند. پس از انتخاب نمونه‌ها پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک^۱ و پادوا در اختیار آن‌ها قرار داده شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، به‌صورت شفاهی (قبل از اجرا) و کتبی (بالای پرسش‌نامه) خاطرنشان گردید که اطلاعات درخواستی در این پرسش‌نامه‌ها، صرفاً به‌منظور اهداف پژوهشی است و نیازی به ذکر نام و نام‌خانوادگی و دیگر مشخصات خصوصی به‌جز سن، جنسیت و وضعیت تاهل نمی‌باشد. معیارهای ورود به مطالعه شامل شرکت داوطلبانه و دانشجو بودن می‌شد و معیارهای خروج نیز شامل سابقه‌ی بستری در مراکز روان‌پزشکی و یا مراجعه به روان‌پزشک به‌دلیل اختلالات روانی بود.

داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه و رگرسیون چندمتغیری گام‌به‌گام و در نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۵ تحلیل شدند. ابزارهای اندازه‌گیری عبارت بودند از:

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک: این پرسش‌نامه، یک پرسش‌نامه‌ی خودگزارشی شامل ۲۱ عبارت است که به‌منظور اندازه‌گیری شدت افسردگی توسط بک ساخته شده است و هر عبارت، بازتاب یکی از علائم افسردگی است که براساس ۴ پاسخ درجه‌بندی شده است. دامنه‌ی نمرات از ۰ تا ۶۳ متغیر می‌باشد و نمرات بالاتر نشانه‌ی افسردگی شدیدتر هستند. در فرهنگ سازنده‌ی آزمون، روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه، ۰/۷۹ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ گزارش شده است (۱۹). در ایران پایایی این پرسش‌نامه، از طریق محاسبه‌ی ضریب همسانی درونی برحسب آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ و ضریب همبستگی با استفاده از روش تنصیف (براساس سئوال‌های زوج و فرد) $r=0.70$ گزارش شده است (۲۰).

گودرزی روایی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک را همان روایی به‌دست آمده توسط حجت، شاپور و مهریار در فرم ۱۳ سئوالی می‌داند. وی معتقد است که بین ساختار ترجمه‌ی ۱۳ سئوال مشابه در پرسش‌نامه‌ی ۲۱ سئوالی با سئوال‌های پرسش‌نامه‌ی

(به عنوان گروه‌های چهارگانه‌ی وسواسی جبری) انتخاب و با پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک مورد آزمون قرار گرفتند. به این منظور از روش تحلیل واریانس یک‌طرفه استفاده شد. جدول (۱) نتایج مقایسه‌ی سه گروه را براساس نمره‌هایی که در مقیاس افسردگی به دست آورده‌اند، نشان می‌دهد.

انحراف معیار ۵/۷۸ بودند. از نظر وضعیت تاهل ۲۴۷ نفر از ایشان مجرد و ۱۶۲ نفر متأهل بودند.

به منظور بررسی میزان افسردگی در انواع فرعی وسواس از بین نمونه‌ی ۴۰۹ نفری، ۱۲۰ نفر که نمره‌ی وسواس آن‌ها براساس عامل‌های چهارگانه‌ی مقیاس پادوا بیشتر از همه بود

جدول ۱- تحلیل واریانس یک‌طرفه نمره‌های افسردگی در انواع فرعی وسواسی جبری

منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری
درون گروهی	۳۸۶۹/۷۵	۳	۱۲۸۹/۹۱		
بین گروهی	۱۵۱۶۳/۵۷	۱۱۶	۱۳۰/۷۲	۹/۸۶	۰/۰۵
کل	۱۹۰۳۳/۳۳	۱۱۹			

وسواس در تبیین افسردگی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره‌ی گام‌به‌گام استفاده شد.

جدول ۲- ضرایب همبستگی پیرسون بین انواع فرعی

وسواسی جبری و افسردگی

مولفه‌ها	عامل ۱	عامل ۲	عامل ۳	عامل ۴
افسردگی	۰/۵۳*	۰/۴۷*	۰/۵۲*	۰/۳۶*

* همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است

عامل ۱- عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، عامل ۲- واری، عامل ۳- تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی، عامل ۴- آلودگی

در این مرحله، عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، واری، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی و آلودگی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و افسردگی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله‌ی رگرسیون شدند که جدول (۳) نتیجه‌ی این تحلیل را نشان می‌دهد.

اطلاعات جدول فوق گویای آن است که تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها معنی‌دار است ($P < 0.05$, $F = 9.86$). به منظور تعیین معنی‌داری تفاوت بین میانگین‌های گروه‌های چهارگانه از نظر نمره‌های کسب شده در مقیاس افسردگی، از آزمون مقایسه‌های چندگانه‌ی توکی استفاده شد. نتایج حاصل بیانگر این نکته بود که تفاوت میانگین تغییرات نمره‌ها در عامل واری با عامل‌های فرعی دیگر وسواس معنی‌دار است و میزان افسردگی در عامل واری پایین‌تر از عامل‌های دیگر می‌باشد.

به منظور بررسی رابطه‌ی افسردگی و انواع فرعی وسواسی جبری، ضرایب همبستگی آن‌ها با یکدیگر محاسبه گردید. این نتایج در جدول (۲) خلاصه شده و گویای آن است که افسردگی با انواع وسواس همبستگی دارد. به منظور تعیین دقیق‌تر رابطه و تشخیص سهم هر کدام از انواع فرعی

جدول ۳- تحلیل واریانس و رگرسیون افسردگی بر انواع فرعی وسواسی جبری

گام	متغیر وارد شده به معادله	منابع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معنی‌داری
۱	عامل ۱	رگرسیون	۱۲۳۹۷/۲۳	۱	۱۲۳۹۷/۲۳	۱۶۲/۲۷	۰/۰۰۰
		باقی‌مانده	۳۰۷۸۸/۶۸	۴۰۳	۷۶/۳۹		
		کل	۴۳۱۸۵/۹۲	۴۰۴			
۲	عامل ۱	رگرسیون	۱۵۸۰۴/۳۴	۲	۹۷۰۲/۱۶	۱۱۶/۰۱	۰/۰۰۰
	عامل ۳	باقی‌مانده	۲۷۳۸۱/۵۸	۴۰۲	۶۸/۱۱		
		کل	۴۳۱۸۵/۹۲	۴۰۴			
۳	عامل ۱	رگرسیون	۱۷۳۳۲/۸۴	۳	۵۷۷۷/۶۱	۸۹/۶۱	۰/۰۰۰
	عامل ۳	باقی‌مانده	۲۵۸۵۳/۰۸	۴۰۱	۶۴/۴۷		
	عامل ۴	کل	۴۳۱۸۵/۹۲	۴۰۴			

عامل ۱- عدم کنترل بر فعال

نسبت معنی‌داری F در جدول (۳) نشانگر ارتباط معنی‌داری بین متغیر پیش‌بین و ملاک می‌باشد. مطابق اطلاعات جدول فوق، به‌جز عامل واریسی بقیه‌ی عامل‌های فرعی و سواسی‌جبری توان لازم برای ورود به

معادله‌های رگرسیونی جهت تبیین افسردگی را دارند. اطلاعات مربوط به ضرایب تعیین، خطای معیار برآورد و ضرایب تحلیل رگرسیون فوق در جدول (۴) آمده است. ضرایب حاصل از نتایج تحلیل رگرسیونی حاکی از آن است

جدول ۴- اطلاعات مربوط به ضرایب تحلیل رگرسیون افسردگی بر انواع فرعی و سواسی‌جبری

گام	متغیر وارد شده به معادله	ضریب b	ضریب بتا	نسبت t	سطح معنی‌داری t	ضریب تعیین
۱	عامل ۱	۰/۵۰	۰/۵۶	۱۲/۷۳	۰/۰۰۰	۰/۲۸
۲	عامل ۱	۰/۳۴	۰/۳۶	۷/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۳۶
	عامل ۳	۰/۵۸	۰/۳۳	۷/۰۷	۰/۰۰۰	
۳	عامل ۱	۰/۲۴	۰/۲۶	۵/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۴۰
	عامل ۳	۰/۶۳	۰/۳۵	۷/۷۹	۰/۰۰۰	
	عامل ۴	۰/۲۷	۰/۲۰	۴/۸۶	۰/۰۰۰	

عامل ۱- عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، عامل ۳- تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی، ۴- آلودگی

افسردگی در نوع فرعی واریسی کمتر از انواع دیگر و سواس است و به عبارتی و سواس‌های مرتبط با عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی و نیز آلودگی بیشترین میزان افسردگی را دارا هستند. ضرایب حاصل از نتایج تحلیل رگرسیونی حاکی از آن بود که عوامل عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی، تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی و آلودگی، توان پیش‌بینی درصد قابل ملاحظه‌ای از تغییرات افسردگی را دارند. از زاویه‌ای دیگر، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میزان افسردگی در و سواس‌های فکری بیشتر از و سواس‌های عملی است که از این نظر با نتایج پژوهش اوربیک^۱ و همکاران هم‌سو می‌باشد (۱).

بررسی پیشینه‌ی تحقیق نشان می‌دهد که در زمینه‌ی رابطه‌ی بین افسردگی با انواع فرعی و سواس در سطح غیربالینی پژوهشی انجام نگرفته است. در همین راستا، پژوهش حاضر نشان داد که در سطح غیربالینی نیز بین افسردگی و ویژگی‌های و سواسی‌جبری رابطه وجود دارد.

دو تبیین احتمالی را می‌توان در جهت این یافته مطرح نمود. یکی این که رابطه‌ی موجود ممکن است مصنوعی و محصول علایم مشترکی باشد که در هر دو اختلال موجود هستند

که در گام اول، ورود متغیر عدم کنترل بر فعالیت‌های ذهنی به تنهایی می‌تواند ۲۸ درصد تغییرات افسردگی را پیش‌بینی کند. در گام دوم، ورود متغیر تمایل و نگرانی در مورد از دست دادن کنترل رفتارهای حرکتی می‌تواند این مقدار را به ۳۶ درصد افزایش دهد و در گام سوم نیز اضافه شدن متغیر آلودگی درصد تغییرات متغیر ملاک را به ۴۰ درصد ارتقا می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

بین افسردگی و اختلال و سواسی‌جبری رابطه‌ای آشکار در سطح بالینی وجود دارد به‌طوری‌که رابطه‌ی آن دو بیشتر به‌عنوان یک امر متداول مطرح است. پژوهش حاضر به بررسی رابطه‌ی افسردگی و ویژگی‌های و سواسی‌جبری با در نظر گرفتن انواع فرعی آن در جمعیت غیربالینی مطابق پرسش‌نامه‌ی پادوا پرداخت. اگر چه علایم و سواس در نمونه‌های غیربالینی از نظر شدت علایم، افت کارکرد و رنج ناشی از آن‌ها در حد تشخیص اختلال و سواس نیستند، اما در هر حال پدیده‌های و سواسی به‌شمار می‌آیند. حدود ۸۰-۹۹ درصد جمعیت غیربالینی، افکار و تصورات ناخواسته و مزاحم یا اجبارهایی را که از نظر محتوا شبیه به اجبارهای افراد مبتلا به اختلال و سواسی‌جبری است، تجربه می‌کنند (۲۳). نتایج پژوهش حاضر با استفاده از تحلیل واریانس، نشان داد که میزان

حضور افکار وسواسی بدون اعمال وسواسی پیامد درمانی را تضعیف می‌کند هماهنگ است (۲۷، ۲۶، ۱۰).

در جمع‌بندی، یافته‌های حاصل از این پژوهش در درجه‌ی اول می‌تواند گامی در راه گسترش دانش پایه در زمینه‌ی انواع فرعی اختلال وسواسی جبری و ارتباط آن با افسردگی بردارد. هم‌چنین، پرداختن به بحث رابطه‌ی فوق می‌تواند متخصصان و صاحب‌نظران مربوط را نسبت به وضعیت این دسته از بیماران آگاه‌تر نموده تا آن‌ها بتوانند با ذهنی روشن‌تر با این اختلال برخورد کنند.

ذکر این نکته ضروری است که محدودیت پژوهش حاضر در بخش نمونه‌گیری می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را تحت تاثیر قرار دهد. به خاطر ماهیت دانشگاه پیام‌نور (جامعه‌ی تحقیقی) که در آن حضور در کلاس برای دانشجویان اجباری نمی‌باشد، نمونه از بین دانشجویانی انتخاب شد که در زمان تحقیق در دانشگاه حضور داشتند و بنابراین، انتخاب تصادفی واقعی در پژوهش حاضر به دلیل ماهیت جامعه میسر نشد.

(مانند احساس گناه، اضطراب، تردید درباره‌ی خویشتن، پایین بودن عزت‌نفس، احساس مسؤولیت شدید و کمال‌گرایی). دیگر این که همان گونه که شانکمن و کلین^۱ در بحث رابطه‌ی افسردگی و اضطراب عنوان می‌دارند، افسردگی و ویژگی‌های وسواسی جبری می‌توانند از یک بعد عمومی آشفتگی ناشی شوند و بنابراین، مبنای سبب‌شناختی واحدی داشته باشند (۲۴). به نظر می‌رسد این بخش، مستلزم تحقیقات بیشتری است.

درک چگونگی ارتباط بین انواع فرعی اختلال وسواسی جبری و افسردگی از نظر درمانی نیز می‌تواند مفید واقع گردد. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که تمام وسواس‌های فکری با افسردگی رابطه دارند وسواس‌های عملی (آلودگی) با افسردگی مرتبط هستند. این بخش از یافته‌ها نیز با یافته‌های ریکیاردی و مک‌نالی^۲ که نشان داده‌اند خلق افسرده بیشتر با افکار وسواسی رابطه دارد هماهنگ است (۲۵). هم‌چنین، از آنجایی که گزارش شده است افسردگی با پیامد درمانی ضعیف در اختلال وسواسی جبری رابطه دارد، این یافته تا حدودی با دیگر تحقیقاتی که گزارش کرده‌اند

¹Shankman, Klei

²Ricciardi, McNally

References

1. Overbeek T, Schruers K, Vermetten E, Griez E. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression prevalence, symptom severity, and treatment effect. *J Clin Psychiatry* 2002; 63(12): 1106-12.
2. Tolin DF, Worhunsky P, Maltby N. Are "obsessive" beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behav Res Ther* 2006; 44(4): 469-80.
3. Pashinian A, Faragian S, Levi A, Yeghiyan M, Gasparyan K, Weizman R, et al. Obsessive-compulsive disorder in bipolar disorder patients with first manic episode. *J Affect Disord* 2006; 94(1): 151-6.
4. McKay D, Abramowitz JS, Calamari JE, Kyrios M, Radosky A, Sookman D, et al. A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 283-313.
5. Pauc R. Comorbidity of dyslexia, dyspraxia, attention deficit disorder (ADD), attention deficit hyperactive disorder (ADHD), obsessive compulsive disorder (OCD) and Tourette's syndrome in children: A prospective epidemiological study. *Clin Chiroprac* 2005; 8(4): 189-98.
6. Mathis MA, Rosario MC, Diniz JB, Torres AR, Shavitt RG, Ferrao YR, et al. Obsessive-compulsive disorder: Influence of age at onset on comorbidity patterns. *Eur Psychiatry* 2008; 23(3): 187-94.
7. Bejerot S, Nylander L, Lindstorm E. Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry* 2001; 55: 169-76.

8. Poyurovsky M, Bergman J, Weizman R. Obsessive-compulsive disorder in elderly schizophrenia patients. *J Psychiatr Res* 2006; 40: 189-91.
9. Poyurovsky M, Faragian S, Pashinian A, Heidrach L, Fuchs C, Weizman R, et al. Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res* 2008; 59: 254-8.
10. Keeley ML, Storch EA, Merlo LJ, Geffken GR. Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 118-30.
11. Pourafkari N. [Obsessive-compulsive disorder]. 1st ed. Tabriz: Islamic Azad University; 2005: 25-40. (Persian)
12. Dadsetan P. [Developmental psychopathology, from infancy to adulthood]. 7th ed. Tehran: Samt; 1999: 147-77. (Persian)
13. Ghassemzadeh H, Karamghadiri N, Sharifi V, Norouzian M, Mojtabai R, Ebrahimkhani N. [Cognitive, neuropsychologic and neurological function in obsessive-compulsive disorder with and without depression symptoms]. *Cognitive sciences novelties* 2006; 7(3): 1-13. (Persian)
14. Arntz A, Voncken M, Goosen A. Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behav Res Ther* 2007; 45(3): 425-35.
15. Aycicegi A, Dinn WK, Harris CL, Erkmén H. Neuropsychological function in obsessive-compulsive disorder: Effects of comorbid conditions on task performance. *Eur Psychiatry* 2003; 18(5): 241-8.
16. Sanavio E. Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behav Res Ther* 1980; 26: 169-77.
17. Yaryura-Tobias JA, Grunes MS, Todaro J, McKay D, Neziroglu FA, Stockman R. Nosological insertion of axis I disorders in the etiology of obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 19-30.
18. Naomi A, Fineberg NA, Fourie H, Gale TM, Sivakumaran T. Comorbid depression in obsessive compulsive disorder (OCD): Symptomatic differences to major depressive disorder. *J Affect Disord* 2005; 87(2-3): 327-30.
19. Beck AT, Clark DA. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Res* 1988; 1: 23-36.
20. Goodarzi MA. [Validity and reliability of the Beck hopelessness scale in a sample of Shiraz University students]. *Shiraz University journal of humanistic and social sciences* 2001; 32(17): 1-12. (Persian)
21. Goodarzi MA, Firoozabadi A. Reliability and validity of the Padua inventory in an Iranian population. *Behav Res Ther* 2005; 43(1): 43-54.
22. Steketee G. Behavioral assessment and treatment planning with obsessive-compulsive disorder: A review emphasizing clinical application. *Behav Ther* 1994; 25: 613-33.
23. Julien D, O'Connor KP, Aardema F, Todorov C. The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Pers Individ Dif* 2006; 41(7): 1205-16.
24. Shankman SA, Klein DN. The relation between depression and anxiety: An evaluation of the tripartite, approach-withdrawal and valence-arousal models. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 605-37.
25. Ricciardi JN, McNally RJ. Depressed mood is related to obsessions, but not to compulsions, in obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord* 1995; 9(3): 249-56.
26. Abramowitz JS. Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid depression. *J Clin Psychol* 2004; 60: 1133-41.
27. Alonso P, Menchon JM, Pifarre J, Mataix-Cols D, Torres L, Salgado P, et al. Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 535-40.