

اختلال وسواسی- جبری در مراجعان به درمانگاههای پوست اصفهان

دکتر ویکتوریا عمرانی فرد^۱ - دکتر غلامرضا خیر آبادی^۲ - دکتر سید مهدی موحد ابطحی^۳
دکتر مریم کمالی دولت آبادی^۴

چکیده

زمینه و هدف: انگیزه اصلی انجام این پژوهش گزارشهای مربوط به شیوع بالای اختلال وسواسی- جبری تشخیص داده نشده در مراجعین به کلینیکهای پوست بوده است. **روش تحقیق:** ۱۴۰ نفر از مراجعین به کلینیکهای پوست به روش نمونه گیری متوالی (تصادفی ساده) با بهره-گیری از مقیاس وسواس- جبری یل براون و مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-IV مورد بررسی از نظر ابتلا به وسواس قرار گرفتند. شدت وسواس بر اساس مقیاس وسواس- جبری یل براون تعیین گردیده و همه مراجعین از نظر الگوی علائم وسواس و شکایات پوستی مورد بررسی قرار گرفتند. **یافته ها:** ۳۱ نفر (۲۲/۱٪) از مراجعین مبتلا به وسواس بر اساس معیارهای DSM-IV بودند که هیچکدام از آنها قبلاً تشخیص داده نشده بودند. نوع و پراکندگی علائم وسواس تفاوت قابل ملاحظه ای با وضعیت بالینی معمولی نداشت. ۳۳ نفر (۲۳/۶٪) از بیماران بیش از یک علامت وسواسی داشتند و در میان مبتلایان به وسواس شایعترین علامت، وسواس شستشوی افراطی بود. ۳۹/۷٪ از افراد مبتلا به وسواس، نمره ۱۶ و بیشتر را داشتند. علائم پوستی بسیار متنوع بوده و رابطه مستقیمی با وسواس نداشت. **نتیجه گیری:** نتایج بیانگر شیوع بالای علائم بالینی وسواس در مراجعین به کلینیکهای پوست می باشد. لذا شایسته است توجه بیشتری به تشخیص و درمان افرادی شود که دچار وسواس هستند و به درمانگاههای پوست مراجعه نمی کنند.

کلید واژه ها: اختلال؛ وسواس اجبار؛ کلینیک های پوست

افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (دوره ۱۳؛ شماره ۲؛ تابستان سال ۱۳۸۶)

دریافت: ۱۳۸۵/۱۱/۱۷ اصلاح نهایی: ۱۳۸۶/۸/۱۰ پذیرش: ۸۶/۹/۱۱

^۱ نویسنده مسؤول: استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

آدرس: اصفهان - خیابان استانداری - بیمارستان نور مرکز تحقیقات علوم رفتاری

تلفن: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵ نمابر: ۰۳۱۱-۲۲۲۲۱۳۵ پست الکترونیکی: v_omranifard@med.mui.ac.ir

^۲ استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۳ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

^۴ پزشک عمومی

مقدمه

اختلال وسواس اجبار (OCD)* شامل افکار تصاویر یا تکانه‌های مقاوم و تکراری است که برای فرد مزاحم و ناراحت کننده بوده و باعث اضطراب و ناراحتی می شود (وسواس) و شخص در پاسخ به یک وسواس، رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی خاصی را انجام می‌دهد (اجبار)، شخص مبتلا ممکن است ماه‌ها یا سال‌ها درگیر بیماری بوده ولی از مراجعه به پزشک امتناع ورزد و شیوع این اختلال در حال حاضر ۳-۲٪ در جامعه تخمین زده می شود که در زنان و مردان از شیوع یکسانی برخوردار بوده و به دلیل شیوع نسبتاً بالای اختلال و تأخیر آنان در مراجعه به پزشک درصد بسیاری از آنان به متخصصین غیر روانپزشک مراجعه می نمایند (۱).

مطالعات نشان می دهد درصد بالایی از بیماران با اختلال و علائم وسواس- اجبار به دلیل علائم و نشانه های پوستی به مراکز درمان سرپایی پوست مراجعه می نمایند. هم چنین مطالعات نشان داده ۲۰ تا ۴۰ درصد مراجعان به درمانگاه های پوست مشکلات روانپزشکی نیز داشته اند (۴و۳و۲) که از جمله آنها اختلال وسواس- اجبار (OCD) است که در مطالعه دمت و همکارانش در ۲۴/۷٪ و در مطالعه فنبرگ و همکارانش در ۲۰٪ از مراجعان به کلینیک های پوست تشخیص داده شده است. ابتلای این افراد به اختلال وسواس- اجبار در ۱۴ تا ۹۹٪ موارد تشخیص داده نشده و اقدام درمانی خاصی نیز انجام نشده است (۶-۵).

همراهی تظاهرات پوستی با اختلال وسواس- اجبار در بعضی مطالعات تحت عنوان Dermo-OCD نام برده شده و به دو گروه تظاهرات وسواسی و تظاهرات جبری تقسیم گردیده است که طبق این تقسیم بندی شکایاتی مانند ریزش مو، زشتی، فکر ابتلا به بیماری های جنسی بدخیم، عفونتهای قارچی، AIDS مثال هایی از وسواس بوده و تظاهراتی از قبیل کندن مو (trichotillomania)، خارشهای عصبی (Neurotic Excoriation)، کندن ناخن، لیسیدن لب، تحریکات و التهابات پوستی ایجاد شده به دلیل شستشوی مکرر دستها مثال هایی از اجبار (compulsion) می باشد (۹-۷).

مطالعه حاضر با هدف تعیین فراوانی و شدت اختلال وسواسی- جبری و تعیین ارتباط احتمالی بین وسواس و پاره ای از متغیرهای دموگرافیک در مراجعه کنندگان به کلینیک های سرپایی پوست دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شده است.

روش تحقیق

این مطالعه به روش توصیفی و بر روی ۱۴۰ نفر از مراجعه کنندگان به کلینیک های پوست وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد. بیماران به روش تصادفی ساده انتخاب گردیدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت از داشتن سن ۶۵-۱۸ سال و رضایت به شرکت در مطالعه بودند. ابزار مورد استفاده در مطالعه جهت غربالگری ابتلای به وسواس و تعیین شدت آن مقیاس و چک لیست Yale-Brown بود که توسط گودمن و دیگران در سال ۱۹۸۶ ابداع شده (۱۰) و روایی و پایایی آن در مطالعات داخلی مورد تأیید قرار گرفته است (۱۱). این مقیاس شامل ۳ جزء مصاحبه گر، فهرست علائم و مقیاس نمره دهی است و از صفر تا ۴۰ نمره دهی می گردد. حساسیت و ویژگی این ابزار در مطالعات مختلف ارزیابی و مورد تأیید قرار گرفته و در مطالعات داخلی بارها مورد استفاده قرار گرفته است. در این مقیاس شدت وسواس بر حسب نمره کسب شده تعیین می گردد به نحوی که نمره ۸ تا ۱۵ بیانگر فرم خفیف، ۱۶ تا ۲۳ متوسط، ۲۴ تا ۳۱ شدید و ۳۲ تا ۴۰ بسیار شدید می باشد و افراد با نمره صفر تا ۷ بدون ابتلاء به اختلال وسواس اجبار محسوب می شوند (۱۱). جهت ثبت اطلاعات دموگرافیک بیماران، پرسشنامه ای تهیه و توسط مصاحبه گر تکمیل گردید. پژوهشگران پس از جلب رضایت بیماران و توجیه آنان جهت شرکت در مطالعه و پرسش از بیمار به تکمیل پرسشنامه ها اقدام میکردند. چک لیست Yale-Brown به منظور غربالگری از نظر علائم وسواس و شدت وسواس توسط کارورز پزشکی آموزش دیده همکار طرح و به صورت مصاحبه رودر تکمیل گردید. جهت تأیید تشخیص ابتلا به OCD بیمارانی که نمره ۸ به بالا داشتند مصاحبه بالینی ساختار یافته طبق معیارهای DSM-IV توسط روانپزشک انجام شد که تشخیص همگی آنها مورد تأیید قرار گرفت. اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار SPSS و آزمون های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

نمونه های مورد مطالعه شامل ۱۴۰ بیمار مراجعه کننده به کلینیک- های سرپایی پوست وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان بودند که ویژگی های دموگرافیک آنها در جدول ۱ نشان داده شده است. از این تعداد ۱۰۸ نفر زن و ۳۲ نفر مرد و ۴۵ نفر مجرد و ۸۷ نفر متأهل و ۸ نفر مطلقه بودند.

* (obsessive-compulsive disorder)

جدول ۱: برخی ویژگی های دموگرافیک کل نمونه های مورد مطالعه

P value	غیر مبتلا به OCD		مبتلا به OCD		تعداد کل		نام متغیر	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۵۸	۷۷/۷	۸۴	۲۲/۲	۲۴	۷۷/۱	۱۰۸	جنس	زن
	۷۸/۱	۲۵	۲۱/۹	۷	۲۲/۸	۳۲		مرد
۰/۵۱	۷۹/۶	۴۳	۲۰/۳	۱۱	۳۸/۶	۵۴	تحصیلات	دانشگاهی
	۷۵	۵۷	۲۵	۱۹	۵۴/۳	۷۶		دبیرستانی
	۹۰	۹	۱۰	۱	۷/۱	۱۰		دبستانی
۰/۰۵	۸۶/۶	۳۹	۱۳/۳	۶	۳۲/۱	۴۵	تاهل	مجرد
	۷۵/۸	۶۶	۲۴/۱	۲۱	۶۲/۱	۸۷		متاهل
	۵۰	۴	۵۰	۴	۵/۷	۸		مطلقه
۰/۲۹	۷۶/۱	۳۵	۲۳/۹	۱۱	۳۲/۸	۴۶	شغل	اداری
	۶۹/۷	۳۰	۳۰/۲	۱۳	۳۰/۷	۴۳		خانه دار
	۸۳/۳	۵	۱۶/۶	۱	۴/۳	۶		کارگر
	۸۴/۶	۲۲	۱۵/۳	۴	۱۸/۵	۲۶		محصل
	۱۰۰	۱۲	۰	۰	۸/۶	۱۲		آزاد
	۷۱/۴	۵	۲۸/۵	۲	۱/۵	۷		بیکار

از مجموع ۱۴۰ نفر، ۳۱ نفر (۲۲/۱٪) تشخیص OCD گرفتند؛ بدین معنی که نمره مقیاس Yale-Brown آنان بین ۴۰-۸ بوده و مصاحبه بالینی توسط روانپزشک نیز آنرا تأیید کرد و ۳۳ نفر از کل نمونه ها (۲۳/۶٪) حداقل یک علامت OCD داشتند. به این معنی که نمره مقیاس آنان زیر ۸ بود. هیچ یک از موارد مبتلا به OCD قبلاً تشخیص داده نشده و تحت درمان نبودند. در این مطالعه فراوانی نسبی OCD بین زنان و مردان تفاوت معنی داری نداشت (جدول ۲).

جدول ۲: توزیع فراوانی اختلال وسواس - اجبار در افراد مورد مطالعه به تفکیک جنس

P- value	زنان	مردان	مجموع نمونه ها	افراد مورد مطالعه	ردیف
.۹۱	۲۲/۲ (۲۴)٪	۲۱/۹ (۷)٪	۲۲/۱ (۳۱)٪	دارای اختلال وسواس	۱
	۲۵ (۲۷)٪	۱۸/۷ (۶)٪	۲۳/۶ (۳۳)٪	دارای علامت وسواس	۲
	۵۲/۸ (۵۷)٪	۵۹/۴ (۱۹)٪	۵۴/۳ (۷۶)٪	بدون وسواس	۳

نواحی مختلف بدن بود که این تفاوتها از نظر آماری معنی دار نبوده است ($P > 0.05$).

بحث

در مطالعه حاضر ۲۲/۱٪ از مراجعین به درمانگاههای پوست طبق مقیاس Yale-Brown تشخیص اختلال وسواس - اجبار (OCD) گرفتند که تمام آنان توسط روانپزشک طبق ملاکهای DSM-IV از طریق مصاحبه ساختار یافته مورد بررسی قرار گرفتند که تشخیص OCD آنها تأیید گردید. شیوع ۲۲/۱ درصد OCD در این مراجعین با مطالعه Demet و همکاران که این رقم

توزیع فراوانی نسبی شدت وسواس در بین ۳۱ نفر مبتلا به OCD به صورت ۱۹ نفر (۶۱/۳٪) در حد خفیف، ۱۰ نفر (۳۲/۳٪) در حد متوسط و ۲ نفر در حد شدید و بسیار شدید بود. در مبتلایان به OCD شایعترین علامت وسواس - اجبار در هر دو جنس وسواس آلودگی و شستشو و کمترین علامت وسواس فکری در مورد مسایل جنسی بود. همچنین شایعترین شکایات پوستی در هر دو گروه مبتلا و غیر مبتلا به وسواس اجبار، شکایتهای مربوط به مو (ریزش، فرم، ...) بود که در زنان مبتلا به وسواس اجبار شایعترین شکایت پوستی شکایت مربوط به مو و در مردان مبتلا به وسواس اجبار شایعترین شکایت پوستی شکایت مربوط به خارش

در مطالعات همه گیرشناسی وسواس، شیوع این اختلال در افراد مجرد بیشتر از متأهل گزارش شده و عامل مهم مجرد ماندن آنان را بیماری وسواس که در ارتباطات بین فردی آنها اختلال ایجاد می کند، ذکر نموده اند (۱). اما در این مطالعه با این که درصد متأهلین بالاتر بوده، اما تفاوت آنان در مبتلایان و غیر مبتلایان به وسواس معنی دار نشده که شاید مربوط به تعداد کم نمونه ها در این مطالعه بوده و یا ناشی از تفاوت های همه گیری شناسی در کشور ما باشد.

در مطالعه حاضر وسواس آلودگی و شستشو شایعترین شکایات وسواس بیماران مبتلا به OCD بود که با مطالعه Demet و همکاران که وسواس آلودگی و شستشو را بیشترین علامت گزارش کردند همخوان بود (۵).

در مطالعه دیگری چک کردن، شستشو و نظم و ترتیب افراطی شایعترین علائم گزارش شده است (۶) که با توجه به محدود بودن نمونه ها در این مطالعات نمی توان در مورد شایعترین علامت وسواس-اجبار در بین مراجعین به کلینیک های پوست به راحتی اظهار نظر نمود.

از نظر نوع شکایات پوستی، شایعترین شکایات پوستی در کل مراجعین شکایتهای مربوط به موی سر (شامل ریزش، فرم و...) بود. از نظر نوع شکایات پوستی و وجود وسواس تنها بین شکایتهای مربوط به ناخن (شکستگی، رشد کم، زواید اضافی کنار ناخن، التهاب بستر ناخن) با وسواس ارتباط معنی دار دیده شد که شاید شستشوی زیاد ناشی از وسواس آلودگی در این مورد بی تاثیر نباشد ($p < 0.01$). که این مسئله با مطالعه Fineberg و همکاران که بین تشخیص های درماتولوژی و OCD ارتباطی گزارش نکرده اند همخوان نمی باشد (۶) و در حالی که در مطالعه دیگری بین OCD و آکنه Excoriate ارتباط و همراهی دیده شده است (۱۳).

محققین در یک مطالعه دیگر چنین نتیجه گرفته اند که بیشتر OCD-هایی که در بیماران درماتولوژی دیده می شود، OCD علت بیماری یا شکایات پوستی آنها نبوده است بلکه همراه آن بوده است (۱۴) و سایکوپاتولوژی این ارتباط قطعی نشده است. برخی از محققین اظهار داشته اند وسواس می تواند ناشی از فشار روانی بیماری پوستی باشد (۴) و برخی از محققین عقیده دارند این ارتباط بین بیماری پوستی و OCD بسیار پیچیده است، به نحوی که اولاً ممکن است اختلال پوستی، مشکلی اولیه بوده است که می تواند در سیر و درمان OCD تداخل نماید؛ ثانیاً بعضی از ضایعات پوستی و تظاهرات آنها ممکن است هم پوشانی (Co-morbidity) با وسواس و اجبار داشته باشند (۹) و برخی شکایتهای پوستی را عارضه ثانویه وسواس دانسته و عنوان کرده اند که لمس ناکافی اشیای پیرامون به دلیل حساسیت وسواسی ممکن است به

را ۲۴٪ و Fineberg و همکاران که آنرا ۲۰٪ گزارش کرده اند، همخوانی دارد (۵-۶). اگر چه سه مطالعه فوق الذکر در جوامع مختلف انجام گرفته است ولی بالا بودن شیوع وسواس در هر سه آنها نشان از وجود OCD به عنوان یک اختلال شایع روانپزشکی در کلینیک های سرپایی پوست می باشد. این در حالی است که مطالعات اپیدمیولوژیک، شیوع وسواس را در جمعیت عمومی ۳-۲ درصد گزارش نموده (۱) و مطالعات بومی کشورمان آنرا ۶٪ در تهران و ۴٪ در اصفهان گزارش نموده اند (۱۲) که نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر، از شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بسیار بالاتر می باشد. به علاوه مقایسه نمودن این رقم با درصد شیوع OCD در کلینیک-های روانپزشکی سرپایی که در مطالعات غربی ۱۰٪ گزارش شده (۱) باز نشانی از شیوع بسیار بالای این اختلال در بین مراجعین به کلینیک های پوست می باشد. در خصوص علت شیوع بالای وسواس در مراجعین به درمانگاه های پوست حتی در مقایسه با مراجعین به درمانگاه های روانپزشکی فرصیه قابل طرح اینست که همانند بسیاری از اختلالات روانپزشکی دیگر تظاهرات بالینی وسواس نیز در مراحل اولیه بیماری به صورت شکایات جسمی و مراجعه به مراکز درمانی غیر روانپزشکی می باشد چرا که در مطالعه حاضر نیز اکثریت بیماران مبتلا به وسواس خفیف و متوسط بودند و فرض دوم قابل طرح اینست که افراد وسواسی دقت بیشتری به مسایل مربوط به سلامتی خود داشته و بیشتر از دیگران به پزشک مراجعه می کنند.

در این مطالعه هیچیک از موارد مبتلا به OCD تشخیص قبلی این اختلال را نگرفته بودند که با مطالعات دیگر از این جهت همخوان میباشند. چنانچه در مطالعه Demet و همکاران این رقم را ۸۵٪ و Fineberg و همکاران ۹۴٪ گزارش نموده اند (۵-۶). این یافته ناشی از اینست که مبتلایان به OCD بویژه در مراحل اولیه بیماری معمولاً سالهای متمادی را بدون مراجعه به روانپزشک سپری کرده و با عوارض بیماری به سایر سرویسهای درمانی مراجعه می کنند که این موضوع به همراه عدم تشخیص و ارجاع باعث مزمن شدن بیماری و مقاومت به درمان می شود (۱).

در مطالعه حاضر فراوانی نسبی OCD بین زنان و مردان تفاوت معنی داری نداشت ($P\text{-value} = 0.91$)، گرچه در کل مراجعین گروه زنان بیشتر از مردان بودند (۳۲ مرد، ۱۰۸ زن). بنابراین معنی دار نشدن تفاوت آنان از نظر ابتلا به وسواس ممکن است ناشی از این امر باشد که شیوع وسواس در جمعیت عمومی نیز بین دو جنس به یک میزان دیده می شود.

در این مطالعه بین تأهل و ابتلا به OCD در مراجعین به کلینیک های پوست تفاوت معنی داری دیده نشد (جدول ۱).

نتیجه گیری

اختلال وسواس- اجبار در درصد بالایی از مراجعین به کلینیک های سرپایی پوست شیوع دارد و به دلیل تأثیر علایم روانپزشکی در سیر و درمان اختلالات پوستی ضروری به نظر می رسد که متخصصین پوست جهت شناسایی و اداره این بیماران و در صورت لزوم ارجاع مناسب آنان به روانپزشک مورد آموزش قرار گیرند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاری مرکز تحقیقات علوم رفتاری اصفهان که در انجام این مطالعه ما را یاری دادند قدردانی می نمایم.

اشکال و ضعف در تصور از جسم فرد (body-Image) منجر شده و به دنبال آن فرد به طور وسواس گونه ای اشتغال ذهنی با نقایص جسمی بدن خود پیدا کرده و با شکایتهای پوستی به متخصصین پوست مراجعه می کند (۱۵). به هر حال گرچه مطالعات زیادی در مورد شیوع بالای اختلالات روانپزشکی به ویژه OCD در بین بیماران با مشکلات پوستی انجام شده است؛ اما هنوز اعلام نظر در مورد علت این ارتباط، بسیار ناقص می باشد. شاید در آینده مطالعات مبتنی بر ژنتیک در مورد این مسئله کمک کننده باشد.

منابع:

- 1- Sadock BJ, Sadock,VA. Obsessive-Compulsive Disorder : Synopsis of Psychiatry. New York lippincott. Wilkins. 9th ed. 2003: 619-622.
- 2- Gupta MA, Gupta AK, Ellis CN, Koblenzer CS. Psychiatric evaluation of the dermatology patient. Dermatol Clin. 2005; 23(4): 591-9.
- 3- Gupta MA, Gupta AK. Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: Epidemiology and management. Am J Clin Dermatol 2003; 4(12): 833-42.
- ۴- رادمش محمد. شفیع صدیقه. بیماریهای روان- تنی و جایگاه آنها در پوست پزشکی. فصلنامه بیماریهای پوست ۱۳۷۷ (۳ و ۴): ۳۷-۳۴.
- 5-Demet MM, Deveci A, Taskin EO, Ermertcan AT, Yurtsever F, Deniz F, et all. Obsessive-Compulsive Disorder in a dermatology outpatient clinic. Gen Hosp Psychiatry 2005; 27(6): 426-30.
- 6- Fineberg NA, O'Doherty C, Rajagopal S, Reddy K, Banks A, Gale TM. How common is obsessive-compulsive disorder in a dermatology outpatient clinic. J Clin Psychiatry 2003; 64(2): 152-5.
- 7- Hatch ML, Paradis C, Friedman S, Popkin M, Shalita AR. Obsessive-Compulsive Disorder in patients with chronic pruritic conditions: case studies and discussion. J Am Acad Dermatol 1992; 26(4): 549-51.
- 8- Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. J Am Acad Dermatol 1992; 27(6 Pt 1): 1033-5.
- 9- koblenzer C. psychiatric syndromes of interest to dermatologist ,int Dermatol 1992; 32: 82-88.
- 10-Good man W, Price L, Rasmussen S, Mazureg, Leishman R, Hill e, Heminger G, eharney D. the yale-Brown obsessive-compulsive scale (y-Boes) part 1 in development use and reliability Arch Gen Psychiatry 1989, 100-110.
- ۱۱- دادفر محبوبه. بررسی همبودی اختلالات وسواسی- جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار. [پایان نامه]. تهران: انستیتو روانپزشکی، ۱۳۷۴.
- ۱۲- عظیمی اکبر، شکیبایی فرشته، موحد ابطحی سید محمد مهدی. اختلال وسواسی-جبری در مراجعان به درمانگاه روانپزشکی بیمارستان نور اصفهان. مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۳۸۳ (۳۲): ۷۹-۷۳.
- 13-Monti M, Sambvani N, Sacrini F. Obsessive-compulsive disorders in dermatology. J Eur Acad Dermatol Venereol 1998 Sep; 11(2): 103-8.
- 14- Gupta M and Gupta A, Psycho dermatology an update. I am Acad dermatology 3, 1996; 1030-1040.

Obsessive compulsive disorder among outpatient referrals to dermatologic clinics of Isfahan

V. Omranifard⁶, GhR. Kheirabadi⁷, SMM. Abtahi⁸, M. Kamali⁹

Abstract

Background and Aim: This study was prompted by reports suggesting a high prevalence of unrecognized obsessive-compulsive disorder (OCD) in the dermatology clinics.

Materials and Methods: 140 consecutive dermatology referrals were screened for DSM-IV OCD using the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS). Illness severity was rated on the Y-BOCS, and symptom profiles and dermatologic symptom were established for all cases.

Results: 31 patients (22.1%) qualified for a DSM-IV diagnosis of OCD, all of them were previously undiagnosed. The range and type of OCD symptoms covered the normal clinical spectrum. 33 (23.6%) of patients had more than 1 symptom, and among OCD symptoms over washing was the most common. 39.7% of the positive cases scored 16 or higher. Dermatologic symptoms were various and did not seem to bear a direct relationship with OCD.

Conclusion: These results suggest that there is a high prevalence of clinically relevant OCD in the dermatology clinics. This is an area that merits attention with regard to better recognition and treatment for OCD sufferers.

Key Words: Obsessive compulsive disorder; Dermatologic clinics

Ofogh-e-Danesh. GMUHS Journal. 2007; Vol. 13, No.2

⁶ Corresponding Author; Assistant professor, Psychiatric department. Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan, Iran
Noor hospital. Ostandari street, Isfahan, Iran v_omranifard@med.mui.ac.ir

⁷ Assistant professor, Behavioral sciences research center. Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan, Iran

⁸ General physician. Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan, Iran

⁹ General physician