

فراوانی اختلال وسواسی - اجباری در بیماران اسکیزوفرنیک بستری بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر DSM-IV (SCID)

چکیده

زمینه و هدف: شیوع مادام‌العمر اسکیزوفرنی در ایالات متحده ۱ تا ۱/۵ درصد برآورد شده است و مطالعات مختلف نشان داده که بین ۷/۸ تا ۴۶/۶ درصد این افراد دچار علائم وسواسی اجباری هستند. تفاوت در این آمار تا حدی به روش‌های ارزیابی و درمان‌های انجام شده بستگی دارد. این مطالعه با هدف تعیین فراوانی این اختلال در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی بستری انجام شد.

روش بررسی: در یک مطالعه مقطعی ۹۶ بیمار (۵۶ مرد و ۴۰ زن) دچار اسکیزوفرنی (بر اساس معیار تشخیصی DSM-IV) که در بیمارستان روانپزشکی ایران بستری بودند، بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به وسیله مصاحبه بالینی استاندارد (SCID) از لحاظ ابتلا به اختلال وسواسی اجباری بررسی شدند.

یافته‌ها: دامنه سنی این بیماران ۱۷ تا ۷۳ سال و میانگین سنی آنان $35/1 \pm 2/6$ بود. اکثریت بیماران (۸۸/۵ درصد) مبتلا به نوع پارانوئید اسکیزوفرنی بودند. بر اساس مصاحبه بالینی ۴۷ نفر (۴۹ درصد) دچار علائم وسواسی - اجباری بودند. متوسط سن شروع اسکیزوفرنی در کل بیماران $24/7 \pm 8/8$ و متوسط سن شروع وسواس در افراد مبتلا $20/2 \pm 6/7$ بود. در ۱۷ درصد افراد دو اختلال هم‌زمان ایجاد شده بود و در ۲۰/۸ درصد اسکیزوفرنی زودتر تظاهر یافته بود. نتیجه‌گیری: در مطالعه ما، نزدیک به نیمی از بیماران اسکیزوفرنیک بررسی شده دچار اختلال وسواسی-اجباری نیز بودند که همراهی قابل توجهی را نشان می‌دهد. با این حال بر اساس مطالعه حاضر نمی‌توان روابط علیتی را بین دو اختلال مشخص نمود.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواسی - اجباری - اسکیزوفرنیا - مصاحبه بالینی

دکتر مریم پاکروان
روانپزشک

دکتر میرفرهاد قلعه‌بندی
روانپزشک و استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر کاوه علوی
پزشک عمومی

عزیزه افخم ابراهیمی
کارشناس ارشد روانشناسی بالینی
عضو علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

نویسنده مسؤول: دکتر مریم پاکروان
پست الکترونیکی: mpakravana@yahoo.com

نشانی: تهران، کیلومتر ۶ جاده مخصوص کرج
مرکز روانپزشکی ایران
تلفن: ۰۲۱-۴۴۵۰۳۳۹۵-۹
نمابر: ۷۷۶۵۴۸۶۸

وصول مقاله: ۸۵/۵/۲
اصلاح نهایی: ۸۵/۱۱/۳
پذیرش مقاله: ۸۶/۱/۲۸

مقدمه

شیوع مادام‌العمر اسکیزوفرنیا در ایالات متحده ۱ تا ۱/۵ درصد است و سالانه حدود ۰/۲۵ تا ۰/۰۵ درصد کل جمعیت تحت درمان اسکیزوفرنیا قرار می‌گیرند (۱). علائم آن بسیار متعدد و بحث‌انگیز است و تخمین زده می‌شود که ۷/۸ درصد تا ۴۶/۶ درصد بیماران اسکیزوفرنیک دچار علائم وسواسی - اجباری هستند (۲).

تفاوت در این داده‌ها تا حدی به علت تفاوت در ملاک‌های تشخیصی، روش ارزیابی، طول مدت بیماری (یا به عبارتی وجود افراد مزمن)، وجود عوارض دارویی به شکل علائم وسواسی - اجباری (ناشی از کلوزاپین، الانزاپین، ریس‌پریدون) و اشکال در افتراق علائم وسواسی - اجباری از برخی علائم اسکیزوفرنیا است (۳).

تشخیص اختلال وسواسی - اجباری در اسکیزوفرنیا ممکن است کاربردهای نورویولوژیک، پروگنوستیک و درمانی داشته باشد. تصور می‌شود علائم وسواسی - اجباری نوعی مقابله در مقابل عدم جبران روانی (psychotic decompensation) است و زمانی نشانگر پیش‌آگهی مطلوب‌تر اسکیزوفرنیا بوده است. با این حال براساس مطالعات جدیدتر این بیماران دچار مشکلات عملکردی بیشتر، مقاومت بیشتری در درمان و انزوای اجتماعی شدیدتر در مقایسه با بیماران اسکیزوفرنیک فاقد علائم وسواسی - اجباری هستند (۲). همچنین در بیماران اسکیزوفرنیک دچار علائم وسواسی - اجباری شدت عوارض حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک بسیار بیشتر از بیماران اسکیزوفرنیک فاقد علائم وسواسی - اجباری است. بنابراین بیماران اسکیزوفرنیکی که نشانه‌های متوسط تا شدید حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک را دارند، بایستی از نظر وجود اختلال وسواسی - اجباری همراه بررسی شوند. بیمارانی که تشخیص اختلال وسواسی - اجباری به صورت همراه در آنها مسجل می‌شود، بایستی به دقت به وسیله داروهای مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین SSRIs درمان شوند (۴).

همچنین گزارش شده است که با کاستن از علائم وسواسی - اجباری در بیماران اسکیزوفرنیک می‌توان به بهبودی قابل ملاحظه بالینی در بیمارانی که قبلاً نسبت به درمان‌های دارویی مقاوم بوده‌اند، دست یافت. علاوه بر آن با توجه به این که

برخی از داروهای آنتی‌سایکوتیک (کلوزاپین، الانزاپین و ریس‌پریدون) می‌توانند عوارض دارویی به شکل علائم وسواسی - اجباری داشته باشند، به نظر می‌رسد تشخیص زودهنگام این اختلال در افراد اسکیزوفرنیک درمانگر را برای انتخاب نورولپتیک مناسب‌تر کمک می‌کند.

بیماران اسکیزوفرنیک دارای علائم وسواسی - اجباری پاسخ‌های مناسبی به درمان با داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین و کلومیپرامین می‌دهند (۵). در حالی که بررسی‌های اولیه نشان از پیش‌آگهی بهتر بیماران اسکیزوفرنیک دچار اختلال وسواسی - اجباری نسبت به بیماران فاقد این اختلال داشت (۷و۶). مطالعات جدیدتر خلاف این امر را نشان می‌دهند (۹و۸).

علائم وسواسی - اجباری ممکن است یک مکانیزم دفاعی علیه عدم جبران سایکوتیک باشد. با این حال این افراد از لحاظ بالینی آشفته‌تر، از لحاظ اجتماعی منزوی‌تر و از لحاظ درمانی مقاوم‌تر تلقی می‌شوند. بیماران اسکیزوفرنیک دچار اختلال وسواسی - اجباری بیشتر به اختلال عملکرد عقده‌های قاعده‌ای و علائم پارکینسونیسم دچار می‌شوند (۱۰).

به این ترتیب به نظر می‌رسد که یافت فراوانی این علائم در بیماران اسکیزوفرنیک به شناخت و درک صحیح از مشکلات بیمار و تصمیم‌گیری درمانی مناسب‌تر منجر خواهد شد. در این مطالعه ما بر آن شدیم تا فراوانی اختلال وسواسی - اجباری را در بیماران اسکیزوفرنیک بستری ارزیابی کنیم.

روش بررسی

این مطالعه به صورت یک بررسی مقطعی انجام شد. جامعه پژوهشی مطالعه حاضر را کلیه بیماران بستری در مرکز روانپزشکی ایران در سال ۱۳۸۲ که تشخیص اسکیزوفرنی در آنها مسجل شده بود، تشکیل می‌داد. تشخیص قطعی اسکیزوفرنی براساس معیارهای موجود در DSM-IV داده شده بود و به همین دلیل بیماران بخش اورژانس از مطالعه حذف شدند. برای افزایش هم‌ژنیتی بیماران وارد شده به مطالعه، از انتخاب بیماران بخش اطفال پرهیز شد و بیماران بخش‌های مردان ۱ و ۲ و زنان در مرکز روانپزشکی ایران ارزیابی شدند. نمونه‌گیری در تحقیق حاضر به صورت غیراحتمالی آسان بود. با توجه به مشخص نبودن فراوانی اختلال وسواسی -

شایع ترین نوع اسکیزوفرنی در بیماران تحت بررسی، نوع پارانوئید بود (۸۵ نفر، ۸۸/۵ درصد). یک نفر دچار نوع کاتاتونیک و یک نفر دچار نابسامان این اختلال بودند (هر کدام ۱/۰ درصد) و ۹ نفر باقی مانده اسکیزوفرنی نامتمایز داشتند (۹/۴ درصد). سابقه خانوادگی اختلال وسواسی - اجباری در ۱۶ نفر (۱۶/۷ درصد) مثبت بود.

بیماران تحت بررسی بین ۱ تا ۱۳ بار بستری شده بودند (میانگین ۳، نما ۲). میانگین سن شروع اسکیزوفرنی براساس بهترین اطلاعات به دست آمده 24.7 ± 8.8 سال (۱۳ تا ۶۰ سال) بود.

بر اساس SCID، ۴۷ نفر از ۹۶ فرد بررسی شده دچار اختلال وسواسی - اجباری بودند (۴۹ درصد). متوسط سن شروع این اختلال نیز 20.2 ± 6.7 (۸ تا ۳۵ سال) محاسبه شد. در ۱۹ نفر (۱۹/۸ درصد) اختلال وسواسی - اجباری زودتر از اختلال اسکیزوفرنی ایجاد شده بود (حداقل یک سال و حداکثر ۱۰ سال زودتر). در ۸ نفر (۸/۳ درصد) این دو اختلال تقریباً هم زمان (فاصله کمتر از یک سال) بروز یافته بودند و در ۲۰ نفر دیگر (۲۰/۸ درصد) اسکیزوفرنی یک تا ۱۷ سال زودتر از اختلال وسواسی - اجباری شروع شده بود.

جدول ۲: فراوانی افراد دچار اختلال وسواسی - اجباری براساس SCID در بیماران اسکیزوفرنیک

تعداد (درصد)	
۲۵ ≤ سال	۱۹ (۴۰/۴)
گروه سنی	
۲۵ < سن < ۴۶	۲۸ (۵۹/۶)
۴۶ ≥ سال	۰ (۰)
نوع اسکیزوفرنی	
پارانوئید	۴۵ (۹۵/۷)
سایر	۲ (۴/۳)
سابقه فامیلی	
دارد	۱۱ (۲۳/۴)
ندارد	۳۶ (۷۶/۶)
وضعیت تاهل	
متاهل	۱۰ (۲۱/۳)
مجرد	۳۶ (۷۶/۶)
مطلقه	۱ (۲/۱)

از ۴۷ بیمار، ۳۰ نفر (۶۴ درصد) مرد و ۱۷ نفر (۳۶ درصد) زن بودند ($\chi^2=1/145, df=1, p=0/285$). اختلال وسواسی - اجباری در بیماران گروه جوان تر (۲۵ سال به پایین) شایع تر از

اجباری در میان بیماران اسکیزوفرنیک ایرانی به منظور برآورد حجم نمونه مناسب، این شیوع را ۵۰ درصد فرض کردیم و با در نظر گرفتن $\alpha=0/05$ و دقت مطلق ۱۰ درصد براساس فرمول حجم نمونه تعداد ۹۶ بیمار را ارزیابی کردیم.

در مورد هر بیمار، سن (براساس اطلاعات درج شده در پرونده بیمار)، جنسیت، سن شروع علائم و مدت زمان وجود علائم وسواسی - اجباری و اختلال اسکیزوفرنی (برحسب اطلاعات موجود در پرونده، مصاحبه بالینی ساختار یافته با بیماران و همراهان)، میزان تحصیلات (بی سواد، زیردیپلم، دیپلم، تحصیلات دانشگاهی)، وضعیت تاهل (مجرد، متاهل، جدا شده یا بیوه)، نوع اختلال اسکیزوفرنی براساس معیارهای DSM-IV، سابقه خانوادگی و اپیزود بستری ثبت شد. سپس مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-IV (SCID) به وسیله یک روانپزشک برای یافتن علائم وسواسی - اجباری صورت پذیرفت.

داده‌های به دست آمده با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-10 تحلیل شد. برای مقایسه داده‌های کمی به علت تطابق داده‌ها با توزیع نرمال براساس آزمون یک نمونه‌ای کولموگروف - اسمیرنوف از آزمون تی استیودنت و برای داده‌های کیفی از آزمون مجذور کای استفاده شد. خطای آلفا در کلیه موارد ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

بیماران مورد مطالعه ۵۶ مرد (۵۸/۳ درصد) و ۴۰ زن (۴۱/۷ درصد) با میانگین سن 24.7 ± 8.8 معیار 24.7 ± 8.8 سال (۱۷ تا ۷۳ سال) بودند (جدول ۱)

جدول ۱: خصوصیات زمینه‌ای بیماران اسکیزوفرنیک

تعداد (درصد)	
۲۵ ≤ سال	۲۷ (۲۸/۱)
گروه سنی	
۲۵ < سن < ۴۶	۵۲ (۵۴/۲)
۴۶ ≥ سال	۱۷ (۱۷/۷)
سطح تحصیلات	
بی سواد	۴ (۴/۲)
زیر دیپلم	۵۷ (۵۹/۴)
دیپلم	۲۸ (۲۹/۲)
تحصیلات دانشگاهی	۷ (۷/۳)
وضعیت تاهل	
مجرد	۵۸ (۶۰/۴)
متاهل	۳۲ (۳۳/۳)
مطلقه	۶ (۶/۳)

دو گروه دیگر بود ($\chi^2=21/757$, $df=2$, $P<0/05$) (جدول ۲). بروز این اختلال در اسکیزوفرنی پارانویید بیشتر از سایر موارد اسکیزوفرنی (کاتاتونیک/نابسامان/نامتمایز به عنوان یک گروه) بود ($\chi^2=4/709$, $df=1$, $P<0/05$). از لحاظ سابقه فAMILI نیز اختلافی از این لحاظ وجود نداشت ($P<0/05$, $df=1$, $\chi^2=3/01$ ، ولی افراد مجرد بیشتر از سایرین دچار اختلال وسواسی - اجباری بودند ($P<0/05$, $df=2$, $\chi^2=10/509$) (جدول ۲).

بحث

بر اساس مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-IV (SCID)، در مطالعه حاضر، ۴۷ نفر از ۹۶ بیمار بررسی شده (۴۹ درصد) دچار اختلال وسواسی - اجباری بودند که در حدود یک پنجم از آنها این اختلال زودتر از اختلال اسکیزوفرنی بروز کرده بود.

اولین مورد همراهی این دو عارضه حدود ۸۰ سال قبل گزارش شد (۱۱). به دنبال ایجاد روش‌های تشخیصی جدیدتر هر دو بیماری ناشی از نابسامانی عملکرد سیستم‌های نوروترانس‌میتري مشترکی یعنی سیستم‌های دوپامینرژیک و سروتونرژیک معرفی شدند (۱۲). از سوی دیگر وجود ناهنجاری‌های اختصاصی در قشر جلو پیشانی خلفی جانبی (... dorsolateral prefrontal) در اسکیزوفرنیا و قشر حذقی پیشانی (orbito frontal) در اختلال وسواسی - اجباری وجود عارضه‌ای را که بتواند هر دو اختلال را هم‌زمان ایجاد کند، ممکن می‌سازد (۱۳). در مقایسه بیماران اسکیزوفرنیک دارای اختلال وسواسی - اجباری و فاقد اختلال وسواسی - اجباری ملاحظه شد که حدود ۱۶ درصد افراد اسکیزوفرنیک دارای اختلال وسواسی - اجباری دارای علائم حرکتی مثل کاتاتونیا هستند که این میزان بیشتر از افراد اسکیزوفرنیک بدون اختلال وسواسی - اجباری می‌باشد و به این ترتیب ارتباط بین لوب پیشانی و عقده‌های قاعده‌ای به عنوان بخشی از طرح مرتبط‌کننده دو اختلال معرفی شد (۱۴). فراوانی ۱۸ درصدی علائم حرکتی شدیدتر در بیماران اسکیزوفرنیک دارای اختلال وسواسی - اجباری نسبت به بیماران اسکیزوفرنیک فاقد این اختلال توسط Ohta و همکاران در سال ۲۰۰۳ نیز یادآوری شد. فراوانی اختلال وسواسی - اجباری در میان

بیماران اسکیزوفرنیک در مطالعات مختلف از ۷/۸ درصد تا ۴۶/۶ درصد گزارش شده است (۵)، که در مطالعه ما نیز در همین طیف قرار می‌گیرد (۴۹ درصد براساس معیارهای DSM-IV). به دلایل متعددی به نظر می‌رسد با مطالعات بعدی نیز چنین اختلافاتی دیده شود. مهم‌ترین دلایلی که چنین طیف وسیعی از فراوانی اختلال وسواسی - اجباری را در میان مبتلایان به اسکیزوفرنیا ایجاد می‌کند عبارتند از:

الف) حجم نمونه مطالعات مختلف متعدد بوده است و غالب مطالعات از ذکر فاصله اطمینان خودداری کرده‌اند.

ب) چون نمونه‌ها در غالب مطالعاتی از این دست به صورت غیر تصادفی انتخاب می‌شوند (و البته به دست آوردن نمونه تصادفی در این مطالعات بسیار مشکل و حتی غیرممکن است)، مقایسه‌های مستقیم یافته‌ها باید با رعایت احتیاط‌های کافی صورت پذیرد.

ج) تورش انتخاب بیماران در برخی مطالعات وجود دارد. به طوری که برخی مطالعات بیماران حاد و برخی بیماران مزمن را بررسی کرده‌اند. محل انتخاب بیماران نیز در این تورش موثر بوده است و از در مانگاه‌های روزانه و مطب‌های خصوصی تا بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی را شامل شده است. تعداد اپیزودهای بستری و سن بیماران نیز در این میان موثر است.

د) در مطالعات متعددی از ارزیابی‌های نیمه‌ساختار یافته (semi-structured assessments) استفاده شده است.

ه) بیماران اسکیزوفرنیا دچار اختلال در بینش هستند و علاوه بر آن طبیعت برخی از مطالعات وجود تورش یادآوری (recall bias) را به این مشکل می‌افزاید.

و) طراحی مقطعی بسیاری از مطالعات از جمله مطالعه حاضر نشان دادن وجود ارتباط را غیرقطعی می‌کند و حتی در صورت مشاهده ارتباط نحوه ایجاد آن و توجیه رابطه مشاهده شده مقدور نیست. مطالعات آینده‌نگر در این مورد بسیار کم بوده‌اند. در یکی از این مطالعات بیماران تا ۲۴ ماه ارزیابی شده بودند و همین تلاش نیز از دست رفتن بیماران طی مطالعه به دلایل مختلف از جمله تغییرات سیر طبیعی این دو اختلال و درمان‌های انجام شده و نیز امتناع بیماران از ادامه شرکت در مطالعه از اعتبار تحقیق کاسته بود (۱۴).

آن با علایم وسواسی - اجباری نیز تداخلی وجود ندارد (۱۶). اگرچه در مطالعه حاضر اختلال وسواسی - اجباری در زیرگروه پارانوئید بیماران اسکیزوفرنیا بیشتر از بقیه دیده شد، شاید علت، نادر بودن سایر زیرگروه‌ها در مطالعه حاضر باشد. در مطالعه ما بر خلاف مطالعه Poyurovsky اختلال وسواسی - اجباری در میان افراد مجرد بیشتر از افراد متأهل بود و افراد مطلقه کمتر از سایرین دچار اختلال وسواسی - اجباری شده بودند (۲).

اگرچه غیرتصادفی بودن نمونه‌ها در مطالعه حاضر و این که تمام بیماران بستری بوده‌اند، تعمیم‌پذیری یافته‌های ما را محدود می‌کند، اما بررسی حاضر نشان می‌دهد فراوانی اختلال وسواسی - اجباری در اسکیزوفرنیا آنقدر بالا هست که نیازمند توجه ویژه است. با توجه به این که برخی از پژوهشگران بیماران اسکیزوفرنیک دچار اختلال وسواسی - اجباری را یک زیرگروه ویژه از کل بیماران اسکیزوفرنیا در نظر گرفته‌اند، به نظر می‌رسد به علت تداخلات دارویی و تغییر سیر بالینی هر دو اختلال تحت تأثیر دیگری، این بیماران نیازمند توجه بیشتری باشند. لذا توصیه می‌شود پژوهش‌های آینده با توجه به مطالعه حاضر بر روی دو اصل متمرکز شود:

الف) بررسی اساس فیزیوپاتولوژیک و نورواناتومیکی بیماران اسکیزوفرن دچار اختلال وسواسی - اجباری در مقایسه با افراد سالم، افراد اسکیزوفرن بدون اختلال وسواسی - اجباری و افراد دچار اختلال وسواسی - اجباری بدون اسکیزوفرنی.

ب) کارآزمایی‌های بالینی برای ایجاد طرح درمانی بهتر با عوارض و تداخلات دارویی کمتر.

همچنین هنگام مواجهه با بیماران اسکیزوفرنیک به وجود علایم وسواسی - اجباری توجه خاصی گردد.

نتیجه‌گیری

در مطالعه ما، نزدیک به نیمی از بیماران اسکیزوفرنیک بررسی شده دچار اختلال وسواسی - اجباری نیز بودند که همراهی قابل توجهی را نشان می‌دهد. با این حال براساس مطالعه حاضر نمی‌توان روابط علیتی را بین دو اختلال مشخص نمود.

ز) درمان‌های انجام شده روی بیماران اسکیزوفرنیک بر سیر طبیعی اختلال وسواسی - اجباری و یا ایجاد آن موثر است. در این میان داروهای آنتی‌سایکوتیک آتی‌پیکال بیشتر موثر دانسته شده‌اند. Jablonska مشاهده کرد، حتی در میان دسته‌های دارویی مشابه نیز اختلافاتی دیده می‌شود. مثلاً کلوزاپین و ریس‌پریدون بیشتر از الانزاپین با اختلال وسواسی - اجباری همراهی داشته‌اند (۳).

ح) معیارهای تشخیصی این دو اختلال در طول زمان تغییر کرده است. مثلاً در DSM-III، اجبار پدیده‌ای رفتاری محسوب شده است، ولی در DSM-IV علاوه بر پدیده‌های رفتاری، اعمال ذهنی (mental act) را نیز دربر گرفته است.

مصاحبه‌های سازمان‌یافته تحت تأثیر مصاحبه‌گر و مصاحبه شونده قرار می‌گیرند و حتی مشخص نیست که آیا مصاحبه‌های سازمان‌یافته براساس DSM مثل مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته نیز در گروه‌های خاصی مثل بیماران اسکیزوفرنیک معتبر و پایا هست یا خیر؟

ط) افتراق دو اختلال در برخی موارد بسیار مشکل است. از جمله آن که فقط گاهی می‌توان مانریسم (mannerism) و وضعیت‌گیری (posturing) مشاهده شده در اسکیزوفرنیا را از اختلال یا علایم وسواسی - اجباری افتراق داد. همچنین افتراق بیماران دچار اختلال وسواسی - اجباری که بینش اندک (poor insight) دارند (بر اساس DSM-IV)، از بیماران اسکیزوفرنیک مشکل است. به طوری که گاه نمی‌توان عقاید بیش‌بهاداده شده (over valued ideas) را از هذیان‌ها افتراق داد (۱۵). سرانجام آن که بروز هم‌زمان دو اختلال شایع، خود شایع است.

با این حال بررسی‌های متعدد ضرورت یافتن ارتباط بین این دو اختلال را نشان می‌دهد. در راستای شناخت این ارتباط یافته‌های زیر وجود دارد:

در مطالعه Criag و همکاران و مطالعه حاضر همراهی دو اختلال با سن و زمان اسکیزوفرنیا بیشتر می‌شود.

همراهی دو اختلال احتمالاً تحت تأثیر عواملی مثل سن، جنس، سطح تحصیلات و سن شروع اسکیزوفرنیا قرار نمی‌گیرد (۲). احتمالاً بین نوع و شدت اسکیزوفرنیا و ارتباط

References

- 1) Sadock B, Sadock V (eds.). *Synopsis of psychiatry*. 9th Ed. Philadelphia. Lippincott. Williams & Wilkins. 2003; pp: 471-503, 616-623.
- 2) Poyurovsky M, Fuchs C, Weizman A. *Obsessive-compulsive disorder in patients with first-episode schizophrenia*. Am J Psychiatry. 1999; 156(12):1998-2000.
- 3) Rabe-Jablonska J. *Obsessive-compulsive disorders in adolescents with diagnosed schizophrenia*. Psychiatr Pol. 2001; 35(1):47-57.
- 4) Ohta M, Kokai M, Morita Y. *Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia*. Psychiatry Clin Neurosci. 2003;57(1):67-74.
- 5) Craig T, Hwang MY, Bromet EJ. *Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with first-admission psychosis*. Am J Psychiatry. 2002;159(4):592-8.
- 6) Rosen I. *The clinical significance of obsession in schizophrenia*. J Ment Sci. 1957;103(433):778-85.
- 7) Stengel E. *A study of some clinical aspects of the relationship between obsessive neurosis and psychotic reaction types*. J Ment Sci. 1945;91:166-87.
- 8) Hwang MY, Morgan JE, Losconzcy MF. *Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia: a pilot study*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000; 12(1):91-4.
- 9) Fenton WS, McGlashan TH. *The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia*. Am J Psychiatry. 1986;143(4):437-41.
- 10) Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. *Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia*. J Psychiatr Res. 2000;34(2):139-46.
- 11) Dowling FG, Pato MT, Pato CN. *Comorbidity of obsessive-compulsive and psychotic symptoms: a review*. Harv Rev Psychiatry. 1995;3(2):75-83.
- 12) Tibbo P, Kroetsch M, Chue P, Warneke L. *Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia*. J Psychiatr Res. 2000;34(2):139-46.
- 13) Abbruzzese M, Bellodi L, Ferri S, Scarone S. *Frontal lobe dysfunction in schizophrenia and obsessive-compulsive disorder: a neuropsychological study*. Brain Cogn. 1995;27(2):202-12.
- 14) Kruger S, Braunig P, Hoffler J, Shugar G, Borner I, Langkrar J. *Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms*. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2000;12(1):16-24.
- 15) Krochmalik A, Menzies RG. *Obsessive-Compulsive disorder. Theory, Research and treatment*. 1st Ed. USA. John Wiley & Sons. 2003; pp: 14-15, 248.
- 16) Fabisch K, Fabisch H, Langs G, Huber HP, Zapotoczky HG. *Incidence of obsessive-compulsive phenomena in the course of acute schizophrenia and schizoaffective disorder*. Eur Psychiatry. 2001;16(6):336-41.

Archive of SID