

مقایسه آزمون وسواسی- اجباری مادزلی و مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر DSM-IV برای تشخیص اختلال وسواسی- اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

دکتر مریم پاکروان*، دکتر میرفرهاد قلعه‌بندی**، دکتر کاوه علوی***، عزیزه افخم ابراهیمی****

چکیده

هدف: این بررسی با هدف تعیین ویژگی‌های تشخیصی و تعیین بهترین نقطه برش آزمون وسواسی- اجباری مادزلی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام شده است.

روش: در یک بررسی مقطعی ۹۶ بیمار (۵۶ مرد و ۴۰ زن) مبتلا به اسکیزوفرنیا (بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV) که در بیمارستان روانپزشکی ایران (تهران) بستری بودند، با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و توسط مصاحبه بالینی استاندارد (SCID) و آزمون مادزلی از نظر ابتلا به اختلال وسواسی- اجباری بررسی شدند.

یافته‌ها: بر پایه مصاحبه بالینی ۴۷ نفر (۴۹٪) دچار علائم وسواسی- اجباری بودند و در آزمون مادزلی ۲۸ نفر (۴۰٪) نمره بالاتر از نقطه برش (نمره ۹) به دست آوردند. حساسیت و ویژگی آزمون مادزلی به ترتیب ۷۴/۵٪ و ۹۳/۹٪ در این نقطه بود.

نتیجه‌گیری: با وجود ویژگی بالای آزمون مادزلی، مصاحبه بالینی از نظر حساسیت و تشخیص مثبت‌های واقعی به آزمون مادزلی برتری دارد.

کلیدواژه: اختلال وسواسی- اجباری، اسکیزوفرنیا، مصاحبه بالینی، آزمون مادزلی

مقدمه

مبتلا به اسکیزوفرنیا دچار علائم وسواسی- اجباری^۱ (OC) هستند (پروفسکی^۲، فوکس^۳ و وایزمن^۴، ۱۹۹۹). تفاوت در این داده‌ها تا اندازه‌ای به علت تفاوت در ملاک‌های تشخیصی، روش ارزیابی، طول مدت بیماری (به بیان دیگر وجود موارد مزمن)، وجود عوارض دارویی به

شیوع همه‌عمر اسکیزوفرنیا در ایالات متحده آمریکا ۱ تا ۱/۵٪ است و سالانه نزدیک به ۰/۰۲۵ تا ۰/۰۵٪ کل جمعیت برای درمان اسکیزوفرنیا مراجعه می‌کنند (سادوک^۱ و سادوک^۲، ۲۰۰۳). برآورد می‌شود که ۷/۸٪ تا ۴۶/۶٪ بیماران

* روانپزشک، تهران، خیابان بهار شمالی، بیمارستان امام سجاد ناجا، درمانگاه روانپزشکی. دورنگار: ۷۷۶۵۴۸۶۸-۰۲۱ (نویسنده مسئول).

E-mail: mpakravana@yahoo.com

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان.

*** پزشک، مرکز تحقیقات دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

**** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مربی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران. مرکز تحقیقات بهداشت روان.

1- Sadock

2- obsessive-compulsive

3- Poyurovsky

4- Fuchs

5- Weizman

است. بنابراین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که نشانه‌های متوسط تا شدید حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک دارند، باید از نظر وجود OCD همراه بررسی شوند. بیمارانی که در آنها این تشخیص به صورت همراه تأیید می‌شود باید به دقت به کمک داروهای مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین درمان شوند.

نورمن^{۱۲}، دیویس^{۱۳}، مالا^{۱۴}، کورتیس^{۱۵} و نیکلسون^{۱۶} (۱۹۹۶) رابطه میان نشانه‌های وسواسی-اجباری با اضطراب و اسکیزوتیپی را در ۱۱۷ نفر از بیماران سرپایی روانپزشکی بررسی کردند. نتایج، ارتباط بیشتری میان OCD و اسکیزوتیپی در مقایسه با سایر علل اضطرابی نشان دادند. این بررسی نشان داد که افراد اسکیزوتیپال، افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا و مبتلایان به OCD در داشتن نارسایی در مهار شناختی^{۱۷} مشترک هستند و در سایر اختلال‌های اضطرابی اختلال آشکاری مشاهده نمی‌شود.

هوانگ^{۱۸} و مورگان^{۱۹} (۲۰۰۰) به مشکل همراهی OCD در اسکیزوفرنیا اشاره می‌کنند. شیوع این پدیده کاملاً بالا و نیازمند بررسی دقیق است؛ به ویژه هنگامی که نشانه‌های وسواسی با پدیده‌های هذیانی همراه باشد و سیمایه بالینی پیچیده‌ای را در پی داشته باشد. نویسندگان یادشده بر شروع هر دو پدیده (وسواسی و هذیانی) متمرکز شدند و سه نوع همراهی بیماری اسکیزوفرنیا با OCD را طبقه‌بندی کردند:

۱- آنهایی که نشانه‌های OCD را پیش از آغاز اسکیزوفرنیا دارند، ۲- افرادی که هم‌زمان با آغاز اسکیزوفرنیا دچار OCD می‌شوند، ۳- افرادی که نشانه‌های OC آنها پس از آغاز اسکیزوفرنیا پدیدار می‌شود.

هر چند این سه گروه در سیر بالینی تفاوت دارند، اما به‌طور کلی پیش‌آگهی نهایی آنها بدتر از بیمارانی است که اسکیزوفرنیا بدون OCD دارند.

آزمون‌های غربالگری- تشخیصی کمک می‌کنند تا ضمن صرفه‌جویی در وقت به‌طور ساختاریافته، نشانه‌ها، عوارض یا شدت اختلال‌های گوناگون در جمعیت‌های ویژه بررسی

شکل علائم OC (ناشی از کلوزاپین، الانزاپین، ریسپریدون) و اشکال در افتراق علائم وسواسی-اجباری از برخی علائم اسکیزوفرنیا است (ژابلونسکا^۱، ۲۰۰۲).

متون اولیه پزشکی هیچ تمایزی بین اختلال وسواسی-اجباری^۲ (OCD) و اسکیزوفرنیا قایل نبودند. در سده ۱۹ پیشنهاد شده بود که OCD نوعی اسکیزوفرنیا است و در آن زمان در گستره سایکوزها مطرح گردید.

کروکمالیک^۳ و منزیس^۴ (۲۰۰۳) بر این باور بودند که OCD و اسکیزوفرنیا در بسیاری موارد از جمله سن شروع، کاهش میزان ازدواج و باروری، افزایش بروز بیماری‌های دیگر و پاسخ ضعیف به درمان‌های دارویی و روانشناختی مشترک هستند. اما با گذشت زمان همان‌گونه که بیان شد OCD به‌عنوان یک اختلال نوروتیک طبقه‌بندی گردید.

مطرح شدن OCD همراه با بینش ضعیف به‌عنوان یک زیرگروه در DSM-IV^۵ کمابیش از تمایز بین OCD و سایکوز می‌کاهد. کروکمالیک و منزیس (۲۰۰۳) باور دارند که گروه کوچکی از بیماران OCD که دارای عقاید بیش‌بها داده‌شده و افکار هذیانی هستند، در نهایت می‌پذیرند که این افکار اشتباهند. این دو دریافتند که، اگرچه برخی افراد دارای OCD که دارای بینش ضعیف هستند تشابه‌هایی با افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا دارند، اما می‌توان آنها را به‌علت نداشتن توهم، عاطفه سطحی یا نامتناسب و کاشت فکر متمایز کرد. افزون بر آن گاهی می‌توان هر دو تشخیص OCD و اسکیزوفرنیا را هم‌زمان مطرح کرد.

به‌نظر می‌رسد علائم OC نوعی رویارویی در برابر فروپاشی سایکوتیک^۶ است و زمانی نشان‌گر پیش‌آگهی مطلوب‌تر اسکیزوفرنیا بوده است. با این حال بر پایه بررسی‌های جدیدتر این بیماران دچار مشکلات عملکردی بیشتر، کناره‌گیری اجتماعی شدیدتر و مقاومت بیشتری در درمان در مقایسه با بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا که دارای علائم OC نیستند (پروفسکی و همکاران، ۱۹۹۹) می‌باشند. انزایت^۷ و بیچ^۸ (۱۹۹۰) نیز وجود علائم OC در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا را با پیش‌آگهی بدتر همراه می‌دانند. آنها هم‌چنین نشان دادند که بیماران دچار OCD نسبت به مبتلایان سایر اختلال‌های اضطرابی تظاهرات بیشتری از علائم شبه‌اسکیزوفرنیا (اسکیزوتیپال) را نشان می‌دهند.

هم‌چنین اوها^۹، کوکای^{۱۰} و موریتا^{۱۱} (۲۰۰۳) بیان داشتند که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دچار علائم وسواسی-اجباری، شدت عوارض حرکتی ناشی از داروهای نورولپتیک بسیار بیشتر از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا بدون این علائم

1- Jablonska

2- obsessive-compulsive disorder

3- Krochmalik

4- Menzies

5- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)

6- psychotic decompensation 7- Enright

8- Beech

9- Ohta

10- Kokai

11- Morita

12- Norman

13- Davies

14- Malla

15- Cortese

16- Nicholson

17- cognitive inhibition

18- Hwang

19- Morgan

کودکان پرهیز شد و بیماران بخش‌های مردان ۱ و ۲ و زنان در مرکز روانپزشکی ایران ارزیابی شدند.

نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. با توجه به مشخص نبودن فراوانی OCD در میان بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا برای برآورد حجم نمونه، میزان شیوع آن ۵۰٪ در نظر گرفته شد و به کمک فرمول برآورد حجم نمونه شمار نمونه ۹۶ نفر برآورد شد.

در مورد هر بیمار، سن، جنسیت، سن شروع علائم و مدت زمان وجود علائم وسواسی-اجباری و اختلال اسکیزوفرنیا (بر حسب اطلاعات موجود در پرونده و مصاحبه بالینی ساختاریافته با بیماران و همراهان)، میزان تحصیل، وضعیت تأهل، نوع اختلال اسکیزوفرنیا بر پایه معیارهای DSM-IV، سابقه خانوادگی و شمار بستری‌های گذشته ثبت شد. سپس مصاحبه بالینی ساختاریافته بر پایه DSM-IV (SCID)^۱ (شریفی و همکاران، ۱۳۸۳) برای یافتن علائم وسواسی-اجباری توسط یک روانپزشک که از تشخیص اسکیزوفرنیا آگاه بود ولی از وجود OCD آگاهی نداشت، انجام شد. آزمون به کار برده شده به فارسی ترجمه شد و پایایی آن پس از نهایی شدن ترجمه در یک بررسی بر روی ۶۵ نفر، مطلوب بود.

شریفی و همکاران (۱۳۸۳) در بررسی پایایی این پرسش‌نامه بر روی ۱۰۴ نفر به روش بازآزمایی با فاصله سه تا هفت روز، میزان توافق تشخیصی را برای تشخیص اختلال دوقطبی، ۸۴/۶٪، اختلال افسردگی اساسی ۸۲/۶٪ و اسکیزوفرنیا ۸۶/۹٪ گزارش نمودند.

هم‌چنین از پرسش‌نامه علائم وسواسی اجباری مادزلی (MOCI) (توماس و همکاران، ۲۰۰۰) نیز بهره گرفته شد. این پرسش‌نامه دارای ۳۰ پرسش بسته دو گزینه‌ای (بله/خیر) است. آزمون افزون بر یک نمره کلی چندین نمره جداگانه برای کنترل کردن، شستشو، کندی/تکرار و شک/تردید دارد. تمرکز اصلی این آزمون روی علائم OC می‌باشد و به‌ویژه برای ارزیابی اثرات درمان روی این علائم مناسب است (استکتی^۱، ۱۹۹۳). بیشترین نمره کلی آزمون ۳۰ می‌باشد و بیشترین نمره در چهار زیرمجموعه کنترل کردن، شستشو،

شود. پرسش‌نامه وسواسی-اجباری مادزلی^۱ (MOCI) (توماس^۲، تورکهایمر^۳ و اولتمنز^۴، ۲۰۰۰) یکی از پرسش‌نامه‌هایی است که در چهار دسته (کنترل کردن، شستشو، کندی/تکرار و شک/تردید) نشانه‌های وسواسی-اجباری را جستجو می‌کند. اگرچه اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه نشان داده شده (راچمن^۵ و هاجسون^۶، ۱۹۷۷) و حتی در گروهی از بیماران روانپزشکی کشور ما نیز به کار رفته است (قاسم زاده و همکاران، ۲۰۰۲)، اعتبار و پایایی آن در زیرگروه‌های اسکیزوفرنیا کمتر بررسی شده است.

افزون بر آن با توجه به اینکه برخی از داروهای ضدسایکوز (کلوزاپین، الانزاپین و ریسپریدون) می‌توانند عوارض دارویی به شکل علائم OC داشته باشند، به‌نظر می‌رسد تشخیص زود هنگام OCD در افراد مبتلا به اسکیزوفرنیا برای انتخاب نورولپتیک مناسب‌تر به درمان‌گر کمک می‌کند.

هم‌چنین از آن‌جا که بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا و دارای علائم وسواسی-اجباری، پاسخ‌های مناسبی به درمان با داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین و کلومیپرامین می‌دهند (کریاژ^۷، هوانگ و برومه^۸، ۲۰۰۲)، شناسایی این علائم در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، می‌تواند به شناخت و درک درست‌تر مشکلات بیماران و تصمیم‌گیری درمانی مناسب‌تر بیانجامد.

در این بررسی، ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون وسواسی-اجباری مادزلی، بهترین نقطه برش آن، میزان توافق آن با مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر DSM-IV، و نقطه برش و اعتبار هم‌زمان آن از نظر بود یا نبود OCD تعیین گردید تا در صورت مناسب بودن این پرسش‌نامه بتوان از آن در کنار مصاحبه بالینی برای تشخیص OCD هم‌زمان بیماران بهره گرفت.

روش

در این بررسی مقطعی، جامعه پژوهش را بیماران بستری در مرکز روانپزشکی ایران (تهران) در سال ۱۳۸۲ تشکیل دادند که تشخیص اسکیزوفرنیا در آنها تأیید شده بود. تشخیص اسکیزوفرنیا بر پایه معیارهای DSM-IV توسط روانپزشک بود. بیماران بخش اورژانس به‌علت نداشتن تشخیص قطعی از بررسی کنار گذاشته شدند. برای افزایش همگونی بیماران وارد شده به بررسی، از انتخاب بیماران بخش

1- Maudsely Obsessive Compulsive Inventory
2- Thomas
3- Turkheimer
4- Oltmanns
5- Rachman
6- Hodgson
7- Criag
8- Bromet
9- Structured Clinical Interview for DSM-IV
10- Steketee

جدول ۲ - نمره‌های خام آزمون مادزلی بر حسب زیرگروه علائم و در کل پرسش‌نامه

زیرگروه	شمار پرسش‌ها	میانگین (انحراف معیار)	محدوده
کنترل کردن	۹	۲/۹ (۲/۱)	۰-۸
شستشو	۱۱	۲/۸ (۲/۵)	۰-۱۱
کندی/تکرار	۷	۲/۳ (۱/۲)	۰-۶
شک/ تردید	۷	۲/۸ (۱/۷)	۰-۶
کل	۳۰	۸/۸ (۵/۵)	۱-۲۲

شایع‌ترین نوع اسکیزوفرنیا در بیماران مورد بررسی، نوع پارانوئید بود (۸۵ نفر، ۸۸/۵٪). یک نفر دچار نوع کاتاتونیک و یک نفر دچار نوع ناسامان این اختلال بودند (هر کدام ۱٪). و ۹ نفر باقی‌مانده اسکیزوفرنیای نامتمایز شناخته شدند (۹/۴٪). سابقه خانوادگی OCD در ۱۶ نفر (۱۶/۷٪) مثبت بود. بیماران مورد بررسی بین ۱ تا ۱۳ بار بستری شده بودند (میانگین ۳، نما ۲). میانگین سن شروع اسکیزوفرنیا بر پایه بهترین اطلاعات به دست آمده ۲۴/۷ سال (انحراف معیار ۸/۸، دامنه ۱۳ تا ۶۰ سال) بود.

بر پایه مصاحبه بالینی ۴۷ نفر (۳۰ مرد، ۵۳/۶٪ مردان و ۱۷ زن، ۴۲/۵٪ زنان) دچار OCD بودند. در جدول ۲ نمره‌های خام به دست آمده از آزمون مادزلی بر حسب زیرگروه پرسش‌ها نشان داده شده است.

نمره‌های خام به دست آمده در سه زیرگروه کنترل کردن، شست‌وشو و کندی/تکرار بین مردان و زنان تفاوتی نداشت ولی نمره کل مردان و نمره زیرگروه شک/ تردید در همین جنسیت بالاتر بود (جدول ۳).

در جدول ۴ هماهنگی نمرات کلی آزمون مادزلی و نتایج مصاحبه ساختاریافته بالینی در نقطه‌های برش ۸ تا ۲۰ از نمرات کسب شده کلی در آزمون مادزلی بررسی شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بر پایه آماره کاپا، بالاترین هماهنگی بین دو روش در نقطه برش ۹ دیده می‌شود. بیشترین حساسیت و ویژگی آزمون نیز در مقایسه با نتایج مصاحبه ساختاریافته بالینی به ترتیب در نقاط برش ۸ و ۱۴ (به بعد) دیده می‌شود.

بر پایه منحنی راک^۵ ROC (شکل ۱) بهترین نقطه برش در این بیماران نمره ۹ است. هم‌چنین سطح زیر منحنی ۰/۵۳۰۱ است و منحنی مناسب بر پایه فرمول $y = 0/45 \ln(x) + 0/97$ ترسیم شد.

کندی/تکرار و شک/ تردید به ترتیب ۹، ۱۱، ۷ و ۷ است. برخی از پرسش‌ها به بیش از یک زیرمجموعه تعلق دارند و بنابراین نمره کلی آزمون کمتر از جمع نمرات زیرمجموعه‌ها می‌باشد (فینبرگ^۱، مارازیتی^۲ و استین^۳، ۲۰۰۱). این پرسش‌نامه پس از ترجمه به فارسی و مطابقت با فرم انگلیسی آن، توسط دو روانپزشک تأیید شد. گفتنی است که اعتبار و پایایی پرسش‌نامه در جوامع مختلف نشان داده شده است (راچمن و هاکسون، ۱۹۸۰). استکتی (۱۳۷۶) پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۰/۸۵ و دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی-اجباری ییل-پراون ۰/۸۷ گزارش نمودند. این پرسش‌نامه را خود بیمار تکمیل می‌کرد و اگر نمی‌توانست این کار را انجام دهد یک روانشناس باتجربه، پرسش‌ها را به گونه‌ای که هدایت‌کننده نباشد برای فرد می‌خواند.

حساسیت و ویژگی آزمون مادزلی در برابر مصاحبه بالینی (به عنوان استاندارد طلایی) به کمک آزمون مک‌نمار^۴ و آماره کاپا به دست آمد.

یافته‌ها

بیماران مورد بررسی را ۵۶ مرد و ۴۰ زن (به ترتیب ۵۸/۳٪ و ۴۱/۷٪) با میانگین سنی ۳۵/۱ سال (انحراف معیار ۱۲/۶، دامنه ۱۷ تا ۷۳ سال) تشکیل دادند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

متغیر	فراوانی (%)
سن (سال)	
کمتر از ۲۵	۲۷ (۲۸/۱)
۲۵ تا ۴۵	۵۲ (۵۴/۲)
۴۶ و بالاتر	۱۷ (۱۷/۷)
میزان تحصیل	
بی‌سواد	۴ (۴/۲)
زیردیپلم	۵۷ (۵۹/۴)
دیپلم	۲۸ (۲۹/۲)
تحصیلات دانشگاهی	۷ (۷/۳)
وضعیت تأهل	
مجرد	۵۸ (۶۰/۴)
متاهل	۳۲ (۳۳/۳)
جدا شده	۶ (۶/۳)

1- Fineberg
2- Marazziti
3- Stein
4- McNemar test
5- receiver operating characteristic curve

جدول ۳ - نمره‌های خام آزمون مادزلی برحسب زیرگروه علایم و جنسیت افراد و مقایسه آماری

زیرگروه پرسش‌ها	مردان (n=۵۶)		زنان (n=۴۰)		آزمون t
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	t	معنی داری	سطح
کنترل کردن	۳/۲ (۲/۲)	۲/۶ (۱/۸)	۱/۵۹۴	۰/۱۱۴	
شستشو	۳/۲ (۲/۸)	۲/۳ (۲/۰)	۱/۶۳۶	۰/۱۰۵	
کندی/تکرار	۲/۴ (۱/۳)	۲/۱ (۱/۱)	۱/۱۳۶	۰/۲۵۹	
شک/تردید	۳/۱ (۱/۷)	۲/۳ (۱/۵)	۲/۵۶۵	۰/۰۱۲	
کل	۱۰/۰ (۵/۹)	۷/۱ (۴/۵)	۲/۷۵۲	۰/۰۰۷	

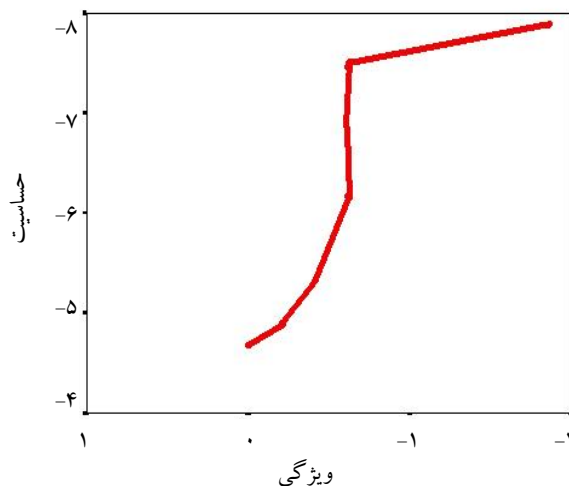
جدول ۴ - مقایسه تطابق نتایج آزمون مادزلی و مصاحبه بالینی در تشخیص اختلال وسواسی - اجباری در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا

نقطه برش*	هر دو (دارد)	مصاحبه: دارد آزمون: ندارد	مصاحبه: ندارد آزمون: دارد	هر دو (ندارد)	حساسیت	ویژگی	ارزش اخباری مثبت**	ارزش اخباری منفی***	کاپا
۸	۳۷	۱۰	۹	۴۰	۷۸/۷	۸۱/۶	۸۰/۴	۸۰/۰	۰/۶۰۴ p<۰/۰۰۱
۹	۳۵	۱۲	۳	۴۶	۷۴/۵	۹۳/۹	۹۲/۱	۷۹/۳	۰/۶۸۶ p<۰/۰۰۱
۱۰	۳۲	۱۵	۳	۴۶	۶۸/۱	۹۳/۹	۹۱/۴	۷۵/۴	۰/۶۲۳ p<۰/۰۰۱
۱۱	۲۹	۱۸	۳	۴۶	۶۱/۷	۹۳/۹	۹۰/۶	۷۱/۹	۰/۵۵۹ p<۰/۰۰۱
۱۲	۲۵	۲۲	۲	۴۷	۵۳/۲	۹۵/۹	۹۲/۶	۶۸/۱	۰/۴۹۵ p<۰/۰۰۱
۱۳	۲۳	۲۴	۱	۴۸	۴۸/۹	۹۸	۹۵/۸	۶۶/۷	۰/۴۷۴ p<۰/۰۰۱
۱۴	۲۲	۲۵	۰	۴۹	۴۶/۸	۱۰۰	۱۰۰	۶۶/۲	۰/۴۷۳ p<۰/۰۰۱

*نمره کسب شده از آزمون مادزلی (MOCI)؛ **نمره پیش‌بین مثبت؛ ***نمره پیش‌بین منفی

بحث

بررسی حاضر نشان داد با توجه به شکل منحنی ROC و سطح زیر منحنی، پرسش‌نامه مادزلی پرسش‌نامه مناسبی برای تعیین علایم وسواسی-اجباری نیست ولی بیشترین کاپا (۰/۶۸۶) در نقطه برش ۹ دیده می‌شود که بر اساس نظریه فلیس^۱ (۱۹۸۱) متوسط تا خوب و بر اساس نظر لاندیس^۲ و کوخ^۳ (۱۹۷۷) قابل توجه تلقی می‌شود. هم‌چنین بر پایه منحنی راک نقطه برش ۹ مناسب‌ترین نقطه برش به‌شمار می‌رود. گفتنی است که تادایی^۴، ناکومورا^۵، اوکازاکی^۶ و ناکاجیما^۷ (۱۹۹۵) این پرسش‌نامه را در دانش آموزان ژاپنی به کار بردند و



شکل ۱- منحنی ROC برای تعیین نقطه برش در آزمون مادزلی

- | | |
|-------------|------------|
| 1- Fleiss | 2- Landis |
| 3- Koch | 4- Tadai |
| 5- Nakamura | 6- Okazaki |
| 7- Nakajima | |

نیست که آیا مصاحبه‌های ساختاریافته بر پایه DSM-IV در گروه‌های خاص بیماران، مانند بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا هم معتبر و پایا هست یا خیر.

هم چنین افتراق دو اختلال در برخی موارد بسیار دشوار است. از جمله آن که تنها گاهی می‌توان مانرسم^۳ و وضعیت‌گیری^۴ دیده‌شده در اسکیزوفرنیا را از اختلال یا علایم وسواسی- اجباری افتراق داد. از طرفی، افتراق بیماران دچار OCD که بینش کمی^۵ دارند (بر پایه DSM-IV) از بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دشوار است، تا آن‌جا که گاه نمی‌توان باورهای بیش‌بهاداده‌شده^۶ را از هذیان‌ها افتراق داد (کروکمالیک و منزیس، ۲۰۰۳).

به‌طور کلی این بررسی نشان داد که پرسش‌نامه مادزلی، پرسش‌نامه مناسبی دست کم برای تشخیص اختلال وسواسی- اجباری در زیرگروه بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا نیست. هم چنین نداشتن بینش در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا سبب محدودیت بهره‌گیری از آزمون‌های کمک‌تشخیصی می‌شود و این موضوع در تفسیر یافته‌های آزمون باید در نظر گرفته شود.

بهره‌گیری از پرسش‌نامه‌هایی مانند پرسش‌نامه مادزلی بالقوه در تعیین شدت علایم و تعیین زیرگروه‌های علایم و در نتیجه مداخلات درمانی سودمند خواهند بود (تاینس^۷ و وینستد^۸، ۱۹۹۹؛ اوربیک^۹، شرور^{۱۰}، ورمتن^{۱۱} و گریز^{۱۲}، ۲۰۰۲). ارزیابی این پرسش‌نامه در بررسی‌های آینده در سایر زیرگروه‌های بیماران (مانند بیماران افسرده و مضطرب) و نیز در افراد عادی جامعه کمک می‌کند تا دریابیم آیا این پرسش‌نامه تنها برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا مناسب نیست یا این که در سایر موارد نیز کارایی کافی ندارد.

به این ترتیب پیشنهاد می‌شود تا دستیابی به اطلاعات گسترده‌تر، یافته‌های آزمون مادزلی در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا با احتیاط تفسیر شود. هم چنین با توجه به کمی بودن یافته‌های آزمون مادزلی می‌توان آن را برای پایش بیماران پس از آغاز درمان به کار برد.

بر خلاف یافته‌های بررسی حاضر، این پرسش‌نامه را با نقطه برش ۱۲ در مقایسه با مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-III-R دارای حساسیت ۱۰۰٪ و ویژگی ۹۶٪ گزارش نمودند. بنابراین این پرسش‌نامه احتمالاً در جمعیت‌های مختلف دارای حساسیت و ویژگی متفاوتی است.

این موضوع مورد توجه توماس و همکاران (۲۰۰۰) نیز بوده است. آنها نشان دادند برای تشخیص اختلال وسواسی- اجباری، پرسش‌نامه مادزلی نسبت به مصاحبه بالینی در سفید پوستان آمریکا بیش از جمعیت سیاه‌پوستان اعتبار پیش‌گویی^۱ دارد.

قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۲) علایم وسواسی- اجباری را در گروهی از بیماران ایرانی بررسی کردند. آنها میانگین نمره کل جمعیت ایرانی را ۱۵/۷ (انحراف معیار ۵/۶) محاسبه کردند. نمره‌های آزمودنی‌های بررسی حاضر در کلیه زیرگروه‌های پرسش‌ها و نیز در کل مجموعه نمره‌های بیماران کمتر از نمره‌های به‌دست آمده در بررسی بیماران قاسم‌زاده و همکاران (همان‌جا) بود. در هیچ‌یک از دو بررسی، نمره به‌دست آمده از پرسش‌های کنترل کردن و کندی/تکرار بین مردان و زنان متفاوت نبوده است.

در بررسی حاضر بر خلاف بررسی‌های یاد شده (توماس و همکاران، ۲۰۰۰؛ قاسم‌زاده و همکاران، ۲۰۰۲) نمره شست‌وشوی دو گروه جنسی تفاوت آماری معنی‌داری نداشت در حالی که در آن بررسی نمره‌های زنان به‌طور معنی‌داری بیشتر از نمره‌های مردان بود. نمره شک/ تردید نیز در بررسی پیشین تفاوتی را بین دو گروه نشان نداد ولی در این بررسی نمره‌های مردان به‌طور معنی‌داری بالاتر از زنان بود.

چنین تفاوتی در نمره کلی آزمون در دو بررسی نیز دیده می‌شود. به نظر می‌رسد چند عامل در تفاوت دیده‌شده بین نمره‌های آزمودنی‌های دو بررسی وجود داشته باشد. یکی از این عوامل، نسبت بیماران مرد به زن است. زیرا در چند زیرگروه در یکی از دو بررسی نمره‌های مردان و زنان متفاوت بوده است. دوم معیار ورود افراد است که در بررسی حاضر تنها شامل بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا شده ولی در بررسی قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۲) این طیف بسیار گسترده‌تر بوده است. هم چنین بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا دچار اختلال در بینش هستند و این امر افزون بر تورش یادآوری^۲، اعتبار پرسش‌نامه‌ها را با پرسش‌های جدی روبه‌رو می‌کند. افزون بر آن، بسیاری از پرسش‌نامه‌ها چندان حساس و اختصاصی نیستند؛ ضمن آن که مصاحبه‌های ساختاریافته نیز تحت تأثیر مصاحبه‌گر و مصاحبه‌شونده قرار می‌گیرند و حتی مشخص

دریافت مقاله: ۱۳۸۵/۲/۲۴؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۵/۴/۱۹

پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۵/۴

- | | |
|------------------------|---------------------|
| 1- predictive validity | 2- recall bias |
| 3- mannerism | 4- posturing |
| 5- poor insight | 6- overvalued ideas |
| 7- Tynes | 8- Winstead |
| 9- Overbeek | 10- Schruers |
| 11- Vermetten | 12- Griez |

منابع

- Landis, J. R., & Koch, C. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, *33*, 159-174.
- Norman, R. M., Davies, F., Malla, A. K., Cortese, L., & Nicholson, I. R. (1996). Relationship of obsessive-compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*, 553-566.
- Ohta, M., Kokai, M., & Morita, Y. (2003). Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *57*, 67-74.
- Overbeek, T., Schruers, K., Vermetten, E., & Griez, F. (2002). Comorbidity of obsessive compulsive disorder and depression: Prevalence, symptom severity and treatment effect. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 1106-1112.
- Poyurovsky, M., Fuchs, C., & Weizman, A. (1999). Obsessive-compulsive disorder in patients with first episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1998-2000.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1977). Obsessive compulsive complains. *Behavior Research and Therapy*, *15*, 389-395.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry*, (9th. ed.) (pp. 471-503). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder* (1st. ed.) (pp. 88-89). New York: Guilford Press.
- Tadai, T., Nakamura, M., Okazaki, S., & Nakajima, T. (1995). The prevalence of obsessive-compulsive disorder in Japan: A study of students using MOCI and DSM-III-R. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *49*, 39-41.
- Thomas, J., Turkheimer, F., & Oltmanns, T. F. (2000). Psychometric analysis of racial differences on the Maudsely Obsessive Compulsive Inventory. *Assessment*, *7*, 247-258.
- Tynes, L. L., & Winstead, D. K. (1999). Subtyping obsessive compulsive patients by depressive symptoms: A retrospective pilot study. *Psychiatry Quarterly*, *70*, 53-61.
- استکنی، گیل (۱۳۷۶). *درمان رفتاری وسواس*. ترجمه: عباس بخشی پور رودسری، مجید محمودعلیلو. تبریز: روان پویا.
- دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). *بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی - جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار*. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- شرفی، ونداد؛ اسعدی، محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزینا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا؛ جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای (SCID) DSM-IV. *فصلنامه تازه های علوم شناختی*، سال ششم، شماره ۱ و ۲، ۲۲-۱۰.
- Criag, T., Hwang, M., & Bromet, E. J. (2002). Obsessive-compulsive and panic symptoms in patients with admission psychosis. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 592-598.
- Enright, S. J., & Beech, A. R. (1990). Obsessional states: Anxiety disorders or schizotypes? An information processing and personality assessment. *Psychological Medicine*, *20*, 621-627.
- Fineberg, N., Marazziti, D., & Stein, D. (2001). *Obsessive compulsive disorder: A practical guide*, (1st. ed.). London: Martin Dunitz.
- Fleiss, J. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2nd. ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabei, R., Khamseh, A., Ebrahimkhani, N., Issazadegan, A. A., & Saif-Nobakht, Z. (2002). Symptoms of obsessive-compulsive disorders in a sample of Iranian patients. *International Journal of Social Psychiatry*, *48*, 20-28.
- Hwang, M. Y., & Morgan, G. E. (2000). Clinical and neuropsychological profiles of obsessive-compulsive schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, *12*, 91-94.
- Jablonska, R. A. (2002). Obsessive-compulsive disorder in adolescents with diagnosed schizophrenia. *Psychiatry Poland*, *159*, 592-598.
- Krochmalik, A., & Menzies, R. G. (2003). *Obsessive-compulsive disorder, theory, research and treatment*, (1st. ed.) (pp. 14-15). New York: John Wiley & Sons.