



## همبودی اختلال‌های روانپزشکی در مراجعه‌کنندگان یک درمانگاه روانپزشکی

دکتر مهرداد افتخار\*، محبوبه دادفر\*\*، عیسی کریمی کیسمی\*\*\*

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی همبودی اختلال‌های روانپزشکی در بیماران سرپایی یک مرکز تخصصی روانپزشکی انجام گردیده است.

**روش:** روش پژوهش توصیفی- پس‌نگر بوده است. از میان ۴۰۰۰ مراجعه‌کننده به درمانگاه و کلینیک ویژه انسیتو روانپزشکی تهران طی سال‌های ۷۹-۱۳۷۵ تعداد ۶۴۸ بیمار سرپایی که تشخیص روانپزشکی بر پایه‌ی معیارهای تشخیصی DSM-IV داشتند به‌طور تصادفی برای پژوهش انتخاب و به‌کمک یک پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بررسی شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش‌های آمار توصیفی سیستماتیک انجام شده است.

**یافته‌ها:** نتایج نشان دادند که ۳۵/۶٪ از بیماران تشخیص هم‌زمان اختلال‌های روانپزشکی داشتند. تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محور I برحسب طبقات تشخیصی شامل اختلال‌های خلقی + اختلال‌های اضطرابی (۳۴/۶٪) و اختلال‌های خلقی + اختلال‌های وابسته به مواد (۶/۹٪)، و برحسب اختلال‌های درون هر یک از طبقه‌های تشخیصی شامل اختلال افسردگی اساسی + اختلال وسواسی- اجباری (۱۶/۰٪)، اختلال افسردگی اساسی + اختلال افسرده‌خویی (۷/۸٪)، اختلال افسردگی اساسی + اختلال وسواسی- اجباری (۵/۶٪) و اختلال وسواسی- اجباری + هراس اجتماعی (۳/۹٪) بودند. تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های شخصیت محور II در پژوهش حاضر برحسب گروه‌های A، B و C شامل گروه C+A (۰/۴٪)، و به‌طور خاص برحسب اختلال‌های درون هر یک از گروه‌های A، B و C شامل اختلال شخصیت نمایشی + اختلال شخصیت مرزی (۰/۹٪) و اختلال شخصیت پارانویید + اختلال شخصیت وسواسی- اجباری (۰/۴٪) بودند. تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محور I و II شامل اختلال‌های خلقی + اختلال‌های شخصیت به‌طور کل و در گروه B به‌طور خاص به‌ترتیب (۱۴/۷٪ و ۷/۸٪)، اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌های شخصیت به‌طور کل و در گروه C به‌طور خاص به‌ترتیب (۱۲/۶٪ و ۸/۷٪)، اختلال افسردگی اساسی + اختلال‌های شخصیت گروه B (۴/۳٪)، و اختلال وسواسی- اجباری + اختلال‌های شخصیت گروه C (۳/۹٪) بودند.

**نتیجه:** میزان همبودی در این بررسی کمتر از سایر بررسی‌ها است.

:

\* روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انسیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان (نویسنده مسئول).  
E-mail: eftexhar@iums.ac.ir

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انسیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

\*\*\* کارشناس مسئول امور پژوهشی. تهران، خیابان طالقانی، بین بهار و شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱، انسیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

اختلال‌های همبود بیشتر از افرادی که تنها دارای یک اختلال هستند، برای درمان مراجعه می‌کنند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بیشتر بیماران مبتلا به اختلال‌های روانپزشکی، دست کم یک اختلال اضافی دارند. همبودی اختلال‌های محور I در چندین پژوهش (راسموسن<sup>۱۶</sup> و تسوانگ<sup>۱۷</sup>، ۱۹۸۶؛ اینسل<sup>۱۸</sup> و آکیسکال<sup>۱۹</sup>، ۱۹۸۶؛ راسموسن و آیزن<sup>۲۰</sup>، ۱۹۸۹؛ پیگوت<sup>۲۱</sup>، لوهوروکس<sup>۲۲</sup>، دوبرت<sup>۲۳</sup>، برنشتاین<sup>۲۴</sup> و مورفی<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۴؛ هانت<sup>۲۶</sup> و اندروز<sup>۲۷</sup>، ۱۹۹۵؛ نورمن<sup>۲۸</sup>، دیویس<sup>۲۹</sup>، مالا<sup>۳۰</sup>، کرتز<sup>۳۱</sup> و نیکلسون<sup>۳۲</sup>، ۱۹۹۶؛ مک‌درمات<sup>۳۳</sup>، ماتیا<sup>۳۴</sup> و زیمرمن<sup>۳۵</sup>، ۲۰۰۱؛ هایدن<sup>۳۶</sup>، دانیل<sup>۳۷</sup> و کلاین<sup>۳۸</sup>، ۲۰۰۱؛ احمد<sup>۳۹</sup>، مفتی<sup>۴۰</sup> و فاروق<sup>۴۱</sup>، ۲۰۰۱؛ فریشر<sup>۴۲</sup> و اکرام<sup>۴۳</sup>، ۲۰۰۱؛ فتی و بوالهری، ۱۳۷۸؛ بختیاری، ۱۳۷۹؛ پرویزی‌فرد، بیرشک، عاطف‌وحید و شاکری، ۱۳۸۰) گزارش شده است.

برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که گروهی از بیماران روانپزشکی دچار دست کم دو اختلال شخصیت هم‌زمان هستند (تایرر<sup>۴۴</sup> و گاندرسون<sup>۴۵</sup>، ۱۹۹۷؛ سادوک<sup>۴۶</sup> و سادوک، ۲۰۰۰). همبودی اختلال‌های

همراه شدن گروهی از اختلال‌های روانپزشکی را در بیماران همبودی<sup>۱</sup> می‌گویند (وان پراگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۶) که در طبقه‌بندی، سبب‌شناسی، تشخیص، پیش‌آگهی و درمان بیماری‌ها، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (مریکانگاس<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). پنج تفسیر از مفهوم همبودی ارائه گردیده است که عبارتند از: (۱) فراوانی اختلال‌ها<sup>۴</sup>، (۲) ترتیب سلسله‌مراتبی<sup>۵</sup>، (۳) دستاورد یک نقاب معیوب<sup>۶</sup>، (۴) یک تنه با چندین شاخه<sup>۷</sup> و (۵) طبقه‌بندی بیماری کنار گذاشته شده<sup>۸</sup>.

در تفسیر نخست، بیماران هم‌زمان از چند اختلال ناپیوسته رنج می‌برند. در تفسیر دوم یکی از نشانگان‌های روانپزشکی، نخست در یک بیمار رخ می‌دهد و سایر نشانگان‌ها از آن ریشه می‌گیرند و ثانویه به اختلال نخستین هستند. در تفسیر سوم، ترکیب تشخیص‌های روانپزشکی محور I و آسیب‌شناسی شخصیت محور II به‌ویژه فراوان هستند (براساس DSM-IV<sup>۹</sup>). در تفسیر چهارم، اختلال‌ها- نشانگان‌ها به هم وابسته هستند، اما نه مرتبه‌ای، بلکه به‌طور افقی. در تفسیر پنجم، اختلال‌های روانی به‌جای این که به‌عنوان اختلال‌های ناپیوسته و جداگانه تلقی شوند، می‌توانند به‌عنوان الگوی واکنش به محرک‌های آزارنده، با تغییرپذیری میان‌فردی قابل ملاحظه و همسانی کم تلقی گردند. هر یک از این تفسیرها برای پژوهش‌های روانپزشکی و به‌ویژه در رشته‌ی روانپزشکی زیست‌شناختی مفاهیم گوناگونی را در بردارد (وان پراگ، ۱۹۹۶).

پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه‌ی همبودی اختلال‌های روانپزشکی (براون<sup>۱۰</sup> و بارلو<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۲)، میزان شیوع همبودی را متفاوت نشان داده‌اند که شاید به دلیل تفاوت مفاهیم همبودی، انتخاب پنجره‌ی زمانی، ابزار و روش ارزیابی، تمرکز اولیه و بررسی، طرح و تحلیل داده‌ها باشد (ویتچن<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۶a).

برکسون<sup>۱۳</sup> (۱۹۴۶)، به نقل از میسر<sup>۱۴</sup> و دینگیز<sup>۱۵</sup>، (۱۹۹۳) گزارش داد که میزان همبودی در درمانگاه‌ها بیشتر از سطح جامعه است. از این رو افراد دارای

1- comorbidity	2- Vanpraag
3- Merikangas	4- disorders abound
5- hierarchical order	
6- the offspring of a defective persona	
7- one stem, many branches	
8- nosology abandoned	
9- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 <sup>th</sup> ed.)	
10- Brown	11- Barlow
12- Wittchen	13- Berkson
14- Maser	15- Dinges
16- Rasmussen	17- Tsuang
18- Insel	19- Akiskal
20- Eisen	21- Pigott
22- L'Heureux	23- Dubbert
24- Bernstein	25- Murphy
26- Hunt	27- Andrews
28- Norman	29- Davies
30- Malla	31- Cortese
32- Nicholson	33- Mcdermut
34- Mattia	35- Zimmerman
36- Hayden	37- Daniel
38- Klein	39- Ahmad
40- Mufti	41- Farooq
42- Frischer	43- Akram
44- Tyrer	45- Gunderson
46- Sadock	

محور I با اختلال‌های محور II نیز بررسی شده است (آلنیس<sup>۱</sup> و تورگرسون<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸، ۱۹۸۹، ۱۹۹۰؛ بائر<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ بائر و جنیک<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲؛ ساندرسون<sup>۵</sup>، ورتزلر<sup>۶</sup>، بک<sup>۷</sup> و بتز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۴؛ اولدهام<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ کرینو<sup>۱۰</sup> و اندروز، ۱۹۹۶؛ اوکاشا<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۶؛ تایر و گاندرسون، ۱۹۹۷؛ لیونز<sup>۱۲</sup>، تایر، گاندرسون و توهن<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۷؛ جانسون<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ افخم‌ابراهیمی و دانش‌آموز، ۱۳۷۸؛ بختیاری، ۱۳۷۹؛ دادفر، بواله‌ری، ملکوتی و بیان‌زاده، ۱۳۸۰؛ ملکوتی، مهربابی، بواله‌ری و دادفر، ۱۳۸۰).

این پژوهش می‌تواند نمایی از قضاوت بالینی روانپزشکان و نیز یافته‌های ارزشمندی در زمینه‌ی الگوی همبودی مرضی برای تعیین مناسب‌ترین نوع درمان ارائه دهد.

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های بنیادی-کاربردی و زمینه‌ی پژوهش، علوم بالینی می‌باشد. روش پژوهش توصیفی-پس‌نگر است. نمونه‌ی پژوهش شامل ۶۴۸ بیمار سرپایی مراجعه‌کننده به درمانگاه و کلینیک ویژه‌ی انسیتیتو روانپزشکی تهران طی سال‌های ۷۹-۱۳۷۵ بود که با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی از میان ۴۰۰۰ پرونده موجود در این مرکز انتخاب شده بودند. ابزار پژوهش یک پرسش‌نامه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار، دربردارنده‌ی پرسش‌هایی در زمینه‌ی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (مانند سن، جنس، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلی و وضعیت شغلی)، سن شروع بیماری، مدت بیماری، شیوه‌ی ارجاع، نوع درمان، تشخیص روانپزشکی برپایه‌ی معیارهای تشخیصی DSM-IV و سابقه‌ی خانوادگی بود. برای اجرای پژوهش، نخست پرسش‌نامه‌ی اطلاعات مربوط به بیمار تهیه و برای تأیید به چند تن از متخصصان روانپزشکی و روانشناسی بالینی ارائه گردید. پس از تأیید ایشان، برای بررسی امکان همبودی اختلال‌های روانپزشکی، ۱۰ پرونده به صورت مقدماتی بررسی شد.

و کاستی‌های پرسش‌نامه مورد توجه قرار گرفت. آن‌گاه پرونده‌های انتخاب‌شده مورد بررسی قرار گرفتند و اطلاعات مربوط به بیمار به پرسش‌نامه‌ی یادشده منتقل گردید. شرط انتخاب پرونده به‌عنوان نمونه‌ی مورد بررسی، داشتن تشخیص روانپزشکی برپایه‌ی DSM-IV توسط روانپزشک معالج بود. در صورتی که پرونده‌ای دارای تشخیص مبهم یا بدون تشخیص بود، کنار گذاشته می‌شد و پرونده‌ی دیگری مطابق روش یادشده جایگزین آن می‌گردید. با این روش، نزدیک به ۲۰۰ پرونده از نمونه‌ی پژوهش کنار گذاشته شد. برای تحلیل داده‌ها روش‌های آمار توصیفی به کار برده شد.

از ۶۴۸ نفر افراد مورد بررسی، ۳۹۲ نفر (۶۰/۵٪) زن، ۳۴/۵٪ در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال و ۲۳/۸٪ در گروه سنی ۴۰-۳۱ سال بوده‌اند.

از نظر شیوه‌ی ارجاع، ۶۵/۴٪ خود مراجعه نموده و از نظر دفعات مراجعه، ۸۶/۷٪ بین ۵-۱ بار مراجعه نموده بودند. سن شروع اختلال روانپزشکی ۳۱/۵٪ افراد در ۳۰-۲۱ سالگی و ۲۶/۵٪ افراد در ۲۰-۱۱ سالگی بود. از نظر طول مدت بیماری، ۳۴/۸٪ زیر یک‌سال و ۳۲/۳٪، ۵-۱ سال از آغاز اختلال روانپزشکی آنها گذشته بود. ۱۹/۰٪ دارای سابقه‌ی بیماری جسمی و ۲۸/۴٪ دارای سابقه‌ی اختلال(های) روانپزشکی در خانواده بودند. توزیع اختلال‌های روانپزشکی محورهای I و II در آزمودنی‌های پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بیشترین درصد آزمودنی‌ها (۴۰/۴٪) دارای تشخیص اختلال‌های اضطرابی بوده‌اند.

1- Alnaese	2- Torgerson
3- Baer	4- Jenike
5- Sanderson	6- Wetzler
7- Beck	8- Betz
9- Oldham	10- Crino
11-Okasha	12- Lyons
13- Tohen	14- Johnson

جدول ۱- توزیع اختلال‌های روانپزشکی محورهای I و II در کل نمونه پژوهش (n=648)

اختلال‌های روانپزشکی*	فراوانی (%)
<b>محور I</b>	
اختلال‌های خلقی	۳۹۱ (۶۰/۳)
اختلال افسردگی اساسی	۲۱۸ (۳۳/۶)
اختلال دوقطبی I	۲۱ (۳/۲)
اختلال‌های اضطرابی	۲۶۲ (۴۰/۴)
اختلال‌های انطباقی	۵۶ (۸/۶)
اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک	۴۹ (۷/۶)
اختلال‌هایی که معمولاً بار اول در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی ظاهر می‌شوند.	۴۱ (۶/۳)
اختلال‌های وابسته به مواد	۲۵ (۳/۹)
اختلال‌های شبه جسمی	۲۴ (۳/۷)
اختلال‌های جنسی و هویت جنسی	۱۷ (۲/۶)
سایر اختلال‌هایی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند.	۱۳ (۲/۰)
مسایل ارتباطی	۵ (۰/۸)
اختلال‌های کنترل تکانه که به‌گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند	۵ (۰/۸)
اختلال‌های خواب	۲ (۰/۳)
اختلال‌های تجزیه‌ای	۲ (۰/۳)
<b>محور II</b>	
اختلال‌های شخصیت	۵۹ (۹/۱)
عقب‌ماندگی ذهنی	۷ (۱/۱)

\* وجود دو یا چند تشخیص جداگانه برای برخی از آزمودنی‌ها، باعث گردیده است که حاصل جمع فراوانی و درصد‌های انواع اختلال‌های روانپزشکی از تعداد کل نمونه و میزان درصد کل اختلال‌های روانپزشکی بیشتر شود.

یافته‌ها نشان دادند که ۲۳۱ نفر (۳۵/۶٪) از بیماران، تشخیص هم‌زمان اختلال‌های روانپزشکی داشتند. فراوان‌ترین تشخیص هم‌زمان اختلال‌های محور I در طبقه‌ی تشخیصی اختلال‌های خلقی شامل اختلال‌های خلقی + اختلال‌های اضطرابی، و اختلال‌های خلقی +

اختلال‌های وابسته به مواد و در طبقه‌ی تشخیصی اختلال‌های اضطرابی شامل اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌هایی که معمولاً بار اول در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی ظاهر می‌شوند، و اختلال‌های اضطرابی + اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک بود (جدول ۲).

جدول ۲- توزیع فراوانی تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محور I برحسب طبقات تشخیصی (n=231)

تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محور I*	فراوانی (%)
<b>اختلال‌های خلقی</b>	
اختلال‌های خلقی + اختلال‌های اضطرابی	۸۰ (۳۴/۶)
اختلال‌های خلقی + اختلال‌های وابسته به مواد	۱۶ (۶/۹)
اختلال‌های خلقی + اختلال‌هایی که معمولاً بار اول در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی ظاهر می‌شوند.	۱۰ (۴/۳)
اختلال‌های خلقی + اختلال‌های انطباقی	۹ (۳/۹)
اختلال‌های خلقی + اختلال‌های شبه جسمی	۹ (۳/۹)
اختلال‌های خلقی + اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک	۸ (۳/۵)
اختلال‌های خلقی + اختلال‌های کارکرد جنسی و پارافیلیاها	۵ (۲/۲)
اختلال‌های خلقی + مسایل ارتباطی	۲ (۰/۹)
اختلال‌های خلقی + سایر شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند	۲ (۰/۹)
اختلال‌های خلقی + اختلال‌های خواب و پاراسومنیها	۱ (۰/۴)
اختلال‌های خلقی + اختلال‌های کنترل تکانه که به‌گونه‌ای دیگر طبقه‌بندی نشده‌اند	۱ (۰/۴)
اختلال‌های خلقی + اختلال‌های هویت جنسی	۱ (۰/۴)
اختلال‌های خلقی + اختلال‌های تجزیه‌ای	۱ (۰/۴)
<b>اختلال‌های اضطرابی</b>	
اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌هایی که معمولاً بار اول در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی ظاهر می‌شوند.	۱۵ (۶/۵)
اختلال‌های اضطرابی + اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک	۱۱ (۴/۷۶)

وسواسی - اجباری، اختلال افسردگی اساسی + وابستگی به مواد افیونی و اختلال وسواسی - اجباری + هراس اجتماعی بود (جدول ۳). سایر تشخیص‌های هم‌زمان در ۱/۳٪ - ۰/۴٪ موارد مشاهده گردید که به دلیل طولانی شدن جدول از ذکر آنها خودداری شده است.

جدول ۳- توزیع تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محور I، به طور خاص برحسب اختلال‌های درون هر یک از طبقات تشخیصی (n=۲۳۱)

تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محور I	فراوانی (%)
اختلال افسردگی اساسی + اختلال افسرده‌خویی	۱۸ (۷/۸)
اختلال افسردگی اساسی + اختلال وسواسی - اجباری	۳۷ (۱۶/۰)
اختلال افسردگی اساسی + اختلال وحشت‌زدگی	۶ (۲/۶)
اختلال افسردگی اساسی + هراس اجتماعی	۳ (۱/۳)
اختلال افسردگی اساسی + اختلال‌های انطباقی	۷ (۳/۰)
اختلال افسردگی اساسی + اختلال هذیانی	۴ (۱/۷)
اختلال افسردگی اساسی + وابستگی به مواد افیونی	۱۰ (۴/۳)
اختلال افسردگی اساسی + اختلال تبدیلی	۳ (۱/۳)
اختلال افسرده‌خویی + اختلال وسواسی - اجباری	۱۳ (۵/۶)
اختلال افسرده‌خویی + اختلال وحشت‌زدگی	۴ (۱/۷)
اختلال افسرده‌خویی + اختلال اضطراب که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است	۳ (۱/۳)
اختلال وسواسی - اجباری + هراس اجتماعی	۹ (۳/۹)
اختلال وسواسی - اجباری + اختلال اضطراب منتشر	۷ (۳/۳)
اختلال وسواسی - اجباری + اختلال وحشت‌زدگی	۵ (۲/۲)
اختلال وسواسی - اجباری + اختلال هراس اختصاصی	۳ (۱/۳)
اختلال وسواسی - اجباری + اختلال هذیانی	۵ (۲/۲)
اختلال وسواسی - اجباری + اسکیزوفرنیا	۴ (۱/۷)
اختلال وسواسی - اجباری + اختلال‌های تیک	۵ (۲/۲)
اختلال وسواسی - اجباری + اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه	۳ (۱/۳)
اختلال اضطراب منتشر + اختلال وحشت‌زدگی	۳ (۱/۳)
اختلال هراس اجتماعی + اختلال وحشت‌زدگی	۳ (۱/۳)
اختلال انطباقی همراه با خلق افسرده + وابستگی به مواد افیونی	۳ (۱/۳)

تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محور I*	فراوانی (%)
اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌های شبه جسمی	۶ (۲/۵)
اختلال‌های اضطرابی + سایر شرایطی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند.	۳ (۱/۳)
اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌های وابسته به مواد	۲ (۰/۹)
اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌های انطباقی	۱ (۰/۴)
اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌های کارکرد جنسی	۱ (۰/۴)
اختلال‌های اضطرابی + مسایل ارتباطی	۱ (۰/۴)
<i>اختلال‌های انطباقی</i>	
اختلال‌های انطباقی + اختلال‌های وابسته به مواد	۳ (۱/۳)
اختلال‌های انطباقی + اختلال‌های شبه جسمی	۱ (۰/۴)
اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک	
اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک + اختلال‌های وابسته به مواد	۲ (۰/۹)
اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک + اختلال‌های شبه جسمی	۲ (۰/۹)
اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک + اختلال‌هایی که معمولاً بار اول در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی ظاهر می‌شوند.	۲ (۰/۹)
اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک + اختلال‌های تجزیه‌ای	۱ (۰/۴)
اختلال‌هایی که معمولاً بار اول در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی ظاهر می‌شوند	
اختلال‌هایی که معمولاً بار اول در شیرخوارگی، کودکی یا نوجوانی ظاهر می‌شوند + اختلال‌های خواب	۱ (۰/۴)
<i>اختلال‌های کارکرد جنسی</i>	
اختلال‌های کارکرد جنسی + اختلال‌های وابسته به مواد	۱ (۰/۴)

\* وجود دو یا چند تشخیص جداگانه برای برخی از مراجعان، باعث شده است که جمع فراوانی شمار کل مراجعان دارای تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محور I برحسب طبقات تشخیصی بیشتر شود.

فراوان‌ترین تشخیص هم‌زمان اختلال‌های محور I به طور خاص برحسب اختلال‌های درون هر یک از طبقات تشخیصی شامل اختلال افسردگی اساسی + اختلال وسواسی - اجباری، اختلال افسردگی اساسی + اختلال افسرده‌خویی، اختلال افسرده‌خویی + اختلال

تشخیص هم‌زمان اختلال‌های محور II برحسب دسته‌های A، B و C، صرفاً در یک بیمار و به صورت A+C وجود داشت (۰/۴٪).

جدول ۴- ادامه

تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محورهای I و II	فراوانی (%)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت گروه B بدون تعیین نوع	۳ (۱/۳)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت گروه C	۹ (۳/۹)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت وسواسی- اجباری	۶ (۲/۶)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت اجتنابی	۲ (۰/۹)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت شخصیت وابسته	۱ (۰/۴)
<i>اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌های شخصیت</i>	۲۹ (۱۲/۶)
اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌های شخصیت گروه A	۲ (۰/۹)
اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌های شخصیت گروه B	۵ (۲/۲)
اختلال‌های اضطرابی + اختلال‌های شخصیت گروه C	۲۰ (۸/۷)
اختلال‌های اضطرابی+ اختلال‌های شخصیت بدون تعیین گروه	۲ (۰/۹)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت گروه A	۲ (۰/۹)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت پارانوئید	۱ (۰/۴)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت اسکیزوئید	۱ (۰/۴)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت گروه B	۴ (۱/۷)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت مرزی	۲ (۰/۹)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت نمایشی	۱ (۰/۴)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت ضداجتماعی	۱ (۰/۴)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت گروه C	۹ (۳/۹)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت وسواسی- اجباری	۷ (۳/۰)
اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت اجتنابی	۲ (۰/۴)
اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک+ اختلال شخصیت	۵ (۲/۲)
اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک+ اختلال شخصیت گروه A	۲ (۰/۹)

تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محور II برحسب اختلال‌های درون هر یک از دسته‌های A، B و C شامل دو مورد اختلال شخصیت نمایشی+ اختلال شخصیت مرزی (۰/۹٪) و یک مورد اختلال شخصیت پارانوئید+ اختلال شخصیت وسواسی- اجباری (۰/۴٪) بود. فراوان‌ترین تشخیص هم‌زمان اختلال‌های محور I و II شامل اختلال‌های خلقی+ اختلال‌های شخصیت به‌طور کل و در گروه B؛ اختلال‌های اضطرابی+ اختلال‌های شخصیت به‌طور کل و به‌طور خاص در گروه C؛ اختلال افسردگی اساسی+ اختلال شخصیت وسواسی- اجباری و نمایشی؛ اختلال وسواسی- اجباری+ اختلال شخصیت وسواسی- اجباری؛ و اختلال‌های محور I و عقب‌ماندگی ذهنی بود (جدول ۴). سایر تشخیص‌های هم‌زمان در ۱/۳٪- ۰/۴٪ موارد دیده شد که به دلیل طولانی شدن جدول تنها به برخی از آنها اشاره شده است.

جدول ۴- توزیع تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محورهای I و II (n=۲۳۱)

تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محورهای I و II	فراوانی (%)
<i>اختلال‌های خلقی+ اختلال‌های شخصیت</i>	۳۴ (۱۴/۷)
اختلال‌های خلقی+ اختلال‌های شخصیت گروه A	۲ (۰/۹)
اختلال‌های خلقی+ اختلال‌های شخصیت گروه B	۱۸ (۷/۸)
اختلال‌های خلقی+ اختلال‌های شخصیت گروه C	۱۱ (۷/۸)
اختلال‌های خلقی+ اختلال‌های شخصیت بدون تعیین گروه	۳ (۱/۳)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت گروه A	۲ (۰/۹)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت پارانوئید	۲ (۰/۹)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت گروه B	۱۰ (۴/۳)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت نمایشی	۴ (۱/۷)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت مرزی	۲ (۰/۹)
اختلال‌های افسردگی اساسی+ اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی	۱ (۰/۴)

پژوهش حاضر نشان داد که ۳۵/۶٪ از بیماران مراجعه کننده به درمانگاه سرپایی انسیتو روانپزشکی تهران تشخیص هم‌زمان اختلال‌های روانپزشکی داشتند و ۶۴/۴٪ از بیماران دارای یک تشخیص بودند. از آنجا که وجود یک اختلال روانپزشکی همراه با سایر اختلال‌های روانپزشکی بر جنبه‌های گوناگون بالینی نظیر پیچیده‌تر شدن تابلوی بالینی و تشخیص، انتخاب درمان، پاسخ به درمان و حتی پذیرش درمان توسط بیمار تأثیر می‌گذارد، تشخیص اختلال‌های همبود از اهمیت زیادی برخوردار است. هر چند میزان همبودی ۳۵/۶٪ نیز می‌تواند قابل توجه باشد، این میزان به نسبت برخی بررسی‌های انجام شده پایین‌تر است. این تفاوت با بررسی‌های دیگر، در مورد برخی اختلال‌ها بارزتر است. برای نمونه در بررسی مک‌درمات و همکاران (۲۰۰۱) بر روی ۱۰۰۰ بیمار مراجعه‌کننده، ۳۷/۳٪ تشخیص افسردگی اساسی داشتند که از این میان، تشخیص افسردگی اساسی در ۶۵/۴٪ موارد به همراه تشخیص‌های دیگر روانپزشکی بوده است. هرچند که به‌طور کلی میزان تشخیص افسردگی در این بررسی شباهت زیادی به بررسی مک‌درمات و همکاران (۲۰۰۱) داشته است (۳۳/۶٪ در برابر ۳۷/۳٪)، تشخیص‌های همراه بسیار پایین‌تر بوده‌اند. برای نمونه ۴۰٪ از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تشخیص هم‌زمان محور I و تنها ۹/۶٪ بیماران تشخیص هم‌زمان محور II داشتند. از تشخیص‌های هم‌زمان شایع و در عین حال مهم در اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی است که گفته می‌شود در ۴۰٪ از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی وجود دارد، در حالی که در این بررسی تنها ۱۸ بیمار از ۲۱۸ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، تشخیص هم‌زمان اختلال افسرده‌خویی داشتند.

نمونه‌ی دیگر این تفاوت را در همبودی‌های اختلال وسواسی- اجباری می‌توان دید. در این بررسی از ۱۶۲ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، ۳۷ بیمار مبتلا

فراوانی (%)	تشخیص‌های هم‌زمان اختلال‌های محوره‌های I و II
۱ (۰/۴)	اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک+ اختلال شخصیت گروه B
۲ (۰/۹)	اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک+ اختلال شخصیت گروه C
۴ (۱/۷)	اختلال‌های وابسته به مواد+ اختلال‌های شخصیت
۰ (۰/۰)	اختلال‌های وابسته به مواد+ اختلال‌های شخصیت گروه A
۱ (۰/۴)	اختلال‌های وابسته به مواد+ اختلال‌های شخصیت گروه B
۲ (۰/۹)	اختلال‌های وابسته به مواد+ اختلال‌های شخصیت گروه C
۱ (۰/۴)	اختلال‌های وابسته به مواد+ اختلال‌های شخصیت بدون تعیین گروه
۴ (۱/۷)	اختلال‌های انطباقی+ اختلال‌های شخصیت
۰ (۰/۰)	اختلال‌های انطباقی+ اختلال‌های شخصیت گروه A
۱ (۰/۴)	اختلال‌های انطباقی+ اختلال‌های شخصیت گروه B
۲ (۰/۹)	اختلال‌های انطباقی+ اختلال‌های شخصیت گروه C
۱ (۰/۴)	اختلال‌های انطباقی+ اختلال‌های شخصیت بدون تعیین گروه
۵ (۲/۲)	اختلالاتی که معمولاً اول بار در شیرخوارگی، کودکی و نوجوانی ظاهر می‌شوند+ عقب‌ماندگی ذهنی
۲ (۰/۹)	اختلال بیش‌فعالی همراه با کمبود توجه + عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	اختلال دفعی+ عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	اختلال رشدی + عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	ناخن جویدن + عقب‌ماندگی ذهنی
۱۰ (۴/۳)	اختلال‌های محور I و عقب‌ماندگی ذهنی
۳ (۱/۳)	اختلال‌های خلقی+ عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	اختلال افسردگی اساسی+ عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	اختلال افسرده‌خویی+ عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	اختلال دوقطبی I+ عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	اختلال‌های اضطرابی+ عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	اختلال وسواسی- اجباری+ عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	اسکیزوفرنیا و سایر اختلال‌های پسیکوتیک+ عقب‌ماندگی ذهنی
۱ (۰/۴)	اسکیزوفرنیا + عقب‌ماندگی ذهنی

به اختلال افسردگی اساسی و ۱۳ بیمار مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بودند. همراهی سایر اختلال‌های اضطرابی در ۲۴ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری وجود داشت. در این زمینه همبودی دیده شده کمتر از بررسی‌های راسموسن و آیزن (۱۹۹۲) و فتی و بواله‌ری (۱۳۷۸) است. همبودی پایین‌تر از سطح مورد انتظار را در دیگر اختلال‌ها (مثلاً اختلال اضطراب منتشر) نیز می‌توان دید.

از آن‌جا که جامعه‌ی مورد پژوهش، بیماران مراجعه‌کننده به انستیتو روانپزشکی تهران بود، برخی از این بیماران ارجاعی بوده و یا بیماری پیچیده‌تری به نسبت بیماران مراجعه‌کننده به سایر کلینیک‌های سرپایی (و یا بیمارانی که جهت درمان مراجعه نمی‌کنند) داشته‌اند و بنابراین احتمال وجود همبودی در این بیماران بیشتر بوده است. فرضیه‌هایی ممکن است در مورد چرایی احتمال گرایش این مطالعه به سمت کم گزارش کردن همبودی‌ها مطرح شود:

۱- از آن‌جا که بررسی به صورت گذشته‌نگر بوده، در نمونه‌گیری، پرونده‌های ناقص و یا بدون تشخیص کنار گذاشته شده و یک پرونده‌ی دیگر جایگزین آن شده است. شاید بتوان گفت که نداشتن تشخیص نشانه‌ی پیچیدگی وضعیت بالینی بیمار بوده است و به بیان دیگر، پرونده‌های کنار گذاشته شده، پرونده‌هایی با همبودی بالا بوده‌اند.

تشخیص‌ها برپایه‌ی مصاحبه‌ی بالینی توسط روانپزشکان عنوان شده است. بنابراین ممکن است برپایه‌ی گرایش روانپزشکان در کار بالینی سوگیری وجود داشته باشد. نگاهی به فراوانی هرکدام از اختلال‌ها (صرف نظر از همبودی‌ها) نشان می‌دهد که هرچند درصد برخی تشخیص‌ها مانند اختلال افسردگی اساسی (۳۳/۶٪) با یافته‌های برخی بررسی‌های انجام شده در درمانگاه‌های روانپزشکی (دادفر و همکاران، ۱۳۸۰) قابل مقایسه است، به نظر می‌رسد که فراوانی برخی دیگر از اختلال‌ها مانند اختلال‌های شخصیت و اختلال‌های مصرف مواد (برای نمونه میزان وابستگی به

مواد افیونی) با میزان شیوع آنها حتی از جمعیت عمومی نیز کمتر است و در تشخیص‌ها نادیده گرفته شده‌اند. به بیان دیگر، چنان‌چه یک ابزار پایا برای تشخیص به کار برده می‌شد، یافته‌های دیگری به دست می‌آمد. از این رو شاید بتوان گفت که روانپزشکان پس از رسیدن به یک تشخیص، تشخیص‌های همراه (همبودی‌ها) را نادیده می‌گیرند.

۲- مبهم بودن ذاتی علایم (برای نمونه تفکیک ایده‌ی بیش‌بها داده شده از هذیان) و اختلال‌ها (برای نمونه تفکیک اختلال شخصیت مرزی از اختلال‌های خلقی، و اختلال دوقطبی I از دوقطبی II) از نکاتی هستند که در تشخیص اثر می‌گذارند.

۳- نکته‌ی دیگر درباره‌ی این تفاوت‌ها، ابهام‌های واقعی همبودی‌هاست. برای نمونه بیماران افسرده گزارش‌های معتبری از عملکرد پیش‌مرضی‌شان ارائه نمی‌دهند. حتی بیماران نسبتاً بهبود یافته دیدگاه‌های نادرست را در مورد خود و موقعیت‌شان هم چنان حفظ می‌کنند و یا زمانی که افسرده هستند پاتولوژی بیشتری را گزارش می‌کنند. به عبارت دیگر از آنجا که افسردگی اساسی یک بیماری جدی است، پس از پشت‌سرگذاشتن این بیماری، جنبه‌های گوناگون شخصیت تحت تأثیر قرار می‌گیرند و نمی‌توان شخصیت بیمار را پس از رخداد افسردگی ارزیابی نمود. بررسی همبودی‌ها در اعتیاد نیز به همین اندازه پیچیده است. تعیین این‌که علایم موجود در بیمار، علایم ناشی از مسمومیت و یا ترک آن هستند، تا اندازه‌ای دشوار است.

این‌که تشخیص‌ها به صورت کور و تنها برپایه‌ی اطلاعات پرونده‌ها بوده است، اعتبار تشخیصی را کاهش می‌دهد. هم‌چنین ممکن است تشخیص‌های هم‌زمان، برپایه‌ی گرایش‌های تشخیص‌گذاری روانپزشکان در کار بالینی روزمره ثبت شده باشد. چنان‌چه بتوان پژوهشی آینده‌نگر و با کمک یک ابزار تشخیصی پایا انجام داد به بسیاری از پرسش‌ها پاسخ



داده خواهد شد، گرچه مصاحبه‌های ساخت یافته توانایی تشخیص یک اختلال اولیه را از ثانویه و نیز اختلال‌های همبود مستقل را به گونه‌ای که یک متخصص بالینی می‌تواند تشخیص دهد، ندارند.

این پژوهش با بودجه قطب علمی آموزشی-پژوهشی انستیتو روانپزشکی تهران-مرکز تحقیقات بهداشت روان اجرا شده است. اجرای این پژوهش با راهنمایی‌های ارزنده‌ی دکتر سیدکاظم ملکوتی و همکاری کارشناسان محترم آقایان داود شانجانی و ابوالفضل باقری در زمینه‌ی گردآوری اطلاعات میسر گردید که به این وسیله از آنها سپاسگزاری و قدردانی می‌شود.

افخم ابراهیمی، عزیزه؛ دانش آموز، بدری (۱۳۷۸). همبودی افسردگی و اختلال‌های شخصیت. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال پنجم، شماره ۳، ۲۹-۲۲.

بختیاری، مریم (۱۳۷۹). *بررسی اختلال‌های روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن*. پایان‌نامه‌ی دوره‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف‌وحید، محمدکاظم؛ شاکری، جلال (۱۳۸۰). همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی جویای درمان و مقایسه آن با افراد بهنجار. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال هفتم، شماره ۱ و ۲، ۵۴-۴۵.

دادفر، محبوبه؛ بواله‌ری، جعفر؛ ملکوتی، سیدکاظم؛ بیان‌زاده، سیداکبر (۱۳۸۰). *بررسی همبودی اختلال‌های شخصیت در بیماران وسواسی-اجباری و مقایسه آنها با افراد بهنجار*. مقاله ارائه‌شده در ششمین کنگره پژوهش‌های روانپزشکی و روانشناسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ۱۷-۱۴ آبان.

فتی، لادن؛ بواله‌ری، جعفر (۱۳۷۸). بررسی مشخصات بالینی اختلال وسواس فکری-عملی در بیماران مراکز درمانی

منتخب شهر تهران. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، سال ششم، شماره ۲، ۱۵۲-۱۴۰.

ملکوتی، سیدکاظم؛ مهربانی، فریدون؛ بواله‌ری، جعفر؛ دادفر، محبوبه (۱۳۸۰). تأثیر اختلال‌های شخصیت بر نتیجه درمان دارویی بیماران وسواسی-اجباری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، سال ششم، شماره ۴، ۲۲-۱۳.

Ahmad,B.,Mufti,K.A.,& Farooq,S.(2001).Psychiatric comorbidity in substance abuse. *Journal of Pakistan Medicine Association*, 51, 183-186.

Alnaese,R.,& Torgerson,S.(1988).The relationship between DSM-IV symptom-disorders axis I and personality disorders axis II in an out-patient population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*,78, 485-492.

Alnaes,R., & Torgerson,S. (1989). Personality and personality disorders among patients with major depression in combination with dysthymic or cyclothymic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 363-369.

Alnaes,R., & Torgerson,S.(1990). DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 178, 693-698.

Baer,L.,Jenike,M.A.,Ricciardi,J.N.,Holland,A.D., Seymour,R.J.,Minichiello,W.E.,& Buttolph,M.L. (1990). Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 47, 826-830.

Baer,L.,& Jenike,M.S.(1992). Personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 803-812.

Brown,T.A., & Barlow,D.H.(1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treat-

- ment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Crino, R.D., & Andrews, G. (1996). Personality traits and disorder in obsessive compulsive disorder: a controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 30, 29-38.
- Frischer, M., & Akram, G. (2001). Prevalence of comorbid mental illness and drug use recorded in general practice: preliminary findings from the general practice research database. *Drugs: education, prevention, and policy*, 8, 3, 275-280.
- Hayden, E.P., Daniel, B.A., & Klein, N. (2001). Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 158, 11.
- Hunt, C., & Andrews, G. (1995). Comorbidity in the anxiety disorders: the use of a life-chart approach. *Journal of Psychiatric Research*, 29, 467-480.
- Insel, T.R., & Akiskal, H.S. (1986). Obsessive-compulsive disorders with psychotic features: A phenomenologic analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 1527-1533.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Skodol, A.E., Oldham, J.M., Kasen, S., & Brook, J.S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56, 805-811.
- Lyons, M.J., Tyrer, P., Gunderson, J., & Tohen, M. (1997). Heuristic models of comorbidity of axis I and axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 260-269.
- Maser, J.D., & Dinges, N. (1993). Comorbidity: meaning and uses in cross-cultural clinical research. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16, 4, 409-425.
- McDermut, W., Mattia, J., & Zimmerman, M. (2001). Comorbidity burden and its impact on psychosocial morbid depressed outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 65, 3, 289-295.
- Merikangas, K.R., Angst, J., Eaton, W., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Wacker, H., Wittchen, H.U., Andrade, L., Essau, C., Whitaker, A., Kraemer, H., Robins, L.N., & Kupfer, D.J. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorder and substance misuse results of an international task force. *British Journal of Psychiatry*, 168, Suppl.30, 58-68.
- 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 clinical population. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 553-566.
- Okasha, A., Omar, A.M., Lotaief, F., Ghanem, M., Seif-EL-Dawla, A., & Okasha, T. (1996). Comorbidity of axis I and axis II diagnoses in a sample of Egyptian patients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 37, 2, 95-101.
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Kelman, H.D., Hyler, S.E., Doidge, M., Rosnick, L., & Gallaher, P.E. (1995). Comorbidity of axis I and axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 152, 4, 571-578.
- Pigott, T.A., L'Heureux, F., Dubbert, B., Bernstein, S., & Murphy, D. (1994). Obsessive-compulsive disorder: comorbid conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, Suppl.10, 15-27.
- Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-

- compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 13, 317-322.
- Rasmussen,S.A.,& Eisen,J.L.(1989). Clinical feature and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Rasmussen,S.A.,& Eisen,J.L.(1992). The epidemiology and clinical feature of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 4, 743-757.
- Sadock,B.J.,& Sadock,V.A.(2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimor: Williams & Wilkins.
- Sanderson,W.C.,Wetzler,S.,Beck,A.T.,& Betz,F.(1994). Prevalence of personality disorders among patients with anxiety disorders. *Psychiatric Research*, 51, 2, 167-174.
- Tyrer,P.,& Gunderson,J.(1997). Special feature: Extent of comorbidity between mental state and Personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 11, 242-259.
- Vanpraag,H.M. (1996). Comorbidity (psycho) analysed.*British Journal of Psychiatry*,168, Suppl. 30, 129-134.
- Wittchen,H.U.(1996a). Critical issues in the evaluation of comorbidity of psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, Suppl.30,9-16.