



بررسی علل زیربنایی و فرهنگی همبودی اختلال افسردگی عمده و وسواس فکری در بیماران مراجعه کننده به کلینیک و مراکز درمانی روانشناسی و روانپزشکی شهر تهران

نویسندگان: غلامعلی نیکپور^۱، احمد برجعلی^۲، علی دلاور^۳، حسین اسکندری^۴، مهران ضرغامی^۵

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران

تلفن تماس: ۰۹۱۱۲۲۵۸۳۶ Email: nikpoorg@yahoo.com

۲. دانشیار روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۳. استاد گروه سنجش و اندازه گیری، دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۴. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران

۵. استاد گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

چکیده

مقدمه: تشخیص یک بیماری از بیماری دیگر برای بیمار و گروه درمانگر بسیار مهم است و این امر در فرآیند تشخیص اتفاق می افتد. وقتی بیماری پیش از یک اختلال تشخیص آماری اختلال روانپزشکی دارد با تشخیص چند گانه یا همبودی مواجه است. بنابراین هدف این پژوهش بررسی عوامل زیر بنایی مشترک در اختلال همبودی وسواس فکری و افسردگی عمده و نقش عوامل فرهنگی تجلی ساز در بروز عوامل زیربنایی این اختلال می باشد.

روش بررسی: ۳۰۰ بیمار به روش نمونه گیری هدف دار از میان بیماران مراکز درمانی روانشناختی تهران انتخاب شدند، و به پرسشنامه محقق ساخته علل فرهنگی همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده، و آزمون منش و خلق و خو کلینجر پاسخ دادند. نتایج به وسیله رگرسیون لجستیک تک متغیره و چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد متغیر باورهای غلط همراه عدم انعطاف پذیری، کمال جویی مفرط والدین و اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی، بدون بررسی تعامل این متغیرها با متغیرهای دیگر، در بروز همبودی این اختلال تأثیر دارند. در بخش عوامل فرهنگی ابعاد (اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی) و (انعطاف ناپذیری و خشونت والدین)، در بخش منش و سرشت، پشتکار، کمال جویی والدین و در بخش کل متغیرها، به وسیله مدل رگرسیون پیش بینی شدند.

نتیجه گیری: این مطالعه مشخص کرد که در بروز همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده دو عامل فرهنگی، اهمیت افراطی و نظافت و تمیزی و کمال جویی والدین در تعامل با یک زمینه ساز پشتکار منجر به بروز همبودی این اختلال می گردد.

واژه های کلیدی: همبودی، علل زیر بنایی، علل فرهنگی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال پانزدهم

شماره: چهارم

مهر و آبان ۱۳۹۵

شماره مسلسل: ۵۸

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۱/۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۶/۲۲

**مقدمه**

تشخیص یک بیماری از بیماری دیگر برای بیمار و گروه درمانگر بسیار مهم است و این امر در فرآیند تشخیص اتفاق می افتد. وقتی بیماری بیش از یک اختلال بر اساس طبقه بندی تشخیصی آماری (۵- DSM) دارد با تشخیص چندگانه یا همبودی مواجه است تشخیص یک بیماری از بیماری دیگر برای بیمار و گروه درمانگر بسیار مهم است و این امر در فرایند تشخیص اتفاق می افتد. تشخیص خوب، فرایندهای طولانی و پیچیده‌ای را می طلبد و حاصل آن تشخیص دقیق است. اگر چه بررسی فرآیند تشخیص ساده و روشن است، اما معمولاً به این سادگی نیست. در بسیاری از موارد مطمئن نیستیم تشخیص که داده‌ایم درست یا غلط است و نیست به تشخیص داده شده تردید و ابهام داریم برای رفع این ابهام باید از نقشه مسیر تشخیص استفاده کنیم (۱). بنابراین در فرآیند تشخیص و سطوح مختلف آن با اصطلاحی همچون همبودی مواجه هستیم، این اصطلاح یعنی همبودی و علت زیربنایی آن یکی از موضوعات اساسی در تشخیص اختلالات روانی به نظر می رسد چون اولاً داشتن کاملترین تصویر ممکن در اختلال یک بیمار خشنود کننده است و ثانیاً تشخیص همبودی کار را سفارشی می کند. براساس مدل کاهنیان، همبودی به بیماری هایی اشاره دارد که به دفعات متفاوت با یکدیگر رخ می دهد، بصورتی که این رخداد همزمان را نمی توان ناشی از تصادف و شانس در نظر گرفت، چرا که وجود چند عامل مشخص در بروز همبودی اختلال فوق نقش اساسی دارد و در نتیجه حضور این عوامل فرضیه بروز همبودی را ناشی از تصادف و شانس را رد می کند، (۲). در مجموع به پنج دلیل دنبال همبودی می گردیم که عبارتند از: الف- همبودی

کمک می کند تا طرح نهایی درمان تعیین شود بدیهی است که اگر قسمتی از تصویر تشخیص نادیده گرفته شود قسمتی از درمان از دست خواهد رفت ب- همبودی موضوع کلی پیش آگهی را مطرح می کند ج- پیش بینی بیماری دوم می تواند از مشکلات بعدی جلوگیری کند د- در برخی موارد وجود همبودی محدودیتهای درمانی ایجاد می کند مثلاً ممکن است درمان یکی از دو اختلال، دیگری را بدتر کند. ه- بعضی از محققین معتقدند همبودی نشان دهنده آسیب شناسی روانی و زیر بنایی مشترک در اختلالات چندگانه است که اگر داده‌های تحقیقات آتی این موضوع را ثابت کند، باید بجای تاکید بر تشخیص چندگانه به دنبال هسته زیربنایی اختلال باشیم. موضوع این پژوهش براساس همین فرض بنیان گذاری شده است. فرض بر این است در همبودی، آسیب شناسی روانی زیربنایی مشترک وجود دارد و براساس این فرض عوامل آسیب ساز مشترک زیربنایی که در تعامل با عوامل فرهنگی خاص همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی را بوجود می آورند مورد بررسی و تحقیق قرار می گیرند. به منظور بررسی همه جانبه و اینکه عوامل مختلف چگونه با هم تعامل می نمایند تا همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده به ظهور برسد نیاز است تا عوامل زیربنایی و پایدار (سرشتی) و عوامل نیمه پایدار- تامل محیط با ژن(منشی) و عوامل ناپایدار (فرهنگی) مورد مطالعه قرار گیرد. بر همین اساس به نظر می رسد همبودی اختلالات روانی محصول تعامل پیچیده عوامل وراثتی، ژنتیکی و سرشتی (پایدار) و عوامل منشی نشات گرفته از تعامل ژن و محیط (نیمه پایدار) و عوامل فرهنگی و محیطی (ناپایدار) باشد. بررسی تحقیقات انجام شده تعامل بین عوامل پایدار، نیمه پایدار و ناپایدار (فرهنگی) را



بسیار متنوع تر از آن است که هر یک از پارادایمهای موجود به تنهایی بتوانند آن را بطور مناسب تبیین کنند. دانش ما بسیار کمتر از آن است که درباره برتری مطلق هر کدام از پارادایمها تصمیم قاطع بگیرد، همچنین فرض کردن علت چندگانه معمولاً روش معقولی برای بررسی داده‌هاست، اغلب اختلالهایی که با آن مواجه هستیم. بخصوص اختلالات همبودی احتمالاً از طریق تعامل نقایص عصبی-زیستی و عوامل محیطی بوجود می‌آید پارادایم، بیماری پذیری- فشار روانی، پارادایمی تلفیقی است که عوامل عصبی-زیستی، روانشناختی و محیطی را به هم پیوند می‌دهد. این پارادایم محدود به یک مکتب فکری خاص مانند، شناختی رفتاری، ژنتیکی، یا روان تحلیلی نیست و بنابراین این پارادایم فرضیه عوامل مشترک در همبودی اختلال افسردگی عمده و وسواس را حمایت می‌کند (۹).

با این پشتوانه نظری چند سؤال اساسی برای محقق وجود دارد که آیا در اختلال همبودی (افسردگی و وسواس) عوامل زمینه ساز مشترک وجود دارد؟ و اگر دارد نحوه تعامل آن با عوامل نیمه پایدار و فرهنگی چگونه است؟ چگونه است افراد مبتلا به وسواس فکری تبدیل به همبودی اختلال وسواس فکری-افسردگی می‌شوند؟ همچنین چگونه است که افراد مبتلا به افسردگی اساسی تبدیل به همبودی اختلال افسردگی-وسواس فکری می‌شوند؟ آیا بین عوامل فرهنگی زیربنایی در گروهای مختلف تفاوت معنی داری وجود دارد؟ و در نهایت اینکه همبودی، وسواس فکری و افسردگی اساسی را چگونه توجیه می‌کند؟ با طرح این سؤالات، محقق در صدد است عوامل زیربنایی (سرشتی) و عوامل نیمه پایدار (منشی) را بوسیله آزمون TCI ساخته و پرداخته پرفسور کلونینجر، مورد بررسی قرار دهد.

تایید می‌نماید کارلسون و همکاران (۳)، نشان دادند که وسواس فکری عملی و افسردگی همراه است با فقر کارکرد اجتماعی و کارکرد ذهنی (ژنتیکی) نارایانا و همکاران (۴)، نشان دادند که بین عوامل بیولوژیکی و فرهنگی با وسواس فکری و عملی ارتباط وجود دارد. همچنین در تحقیق دیگری نشان داده شد بین عوامل خانوادگی و ژنتیکی همراه بود با همبودی وسواس فکری فکری- عملی و شخصیت‌سواسیوهمچنین با افسردگی (۵)، ایساو، سیلیا، ۲۰۰۶، به نقل از دادستان کمال جویی والدین توأم با مضطرب بودن آنها وانعطاف پذیری کم در آرمانگرایی‌های خود که منجر به کاهش تقویت‌های مثبت و در نتیجه افزایش تجارب ناخوشایند می‌شود.

در تاثیر عوامل محیطی بر اثرگذاری عوامل نیمه پایدار (منشی) نشان داده شده است که عوامل تنش زای اولیه، تغییرات زیست شناختی ماندگار یا پر دوامی را در نسوج مغز بوجود می‌آورند و فرد را برای پذیرش دوره‌های افسردگی آینده آماده می‌سازد، (۷). وجود این جنبه اشتراکی و عوامل مشترکی که در اختلال افسردگی عمده و وسواس وجود دارد سوال عمده این تحقیق را به این سمت هدایت می‌کند که عوامل زمینه ساز مشترکی در همبودی اختلال افسردگی و وسواس وجود دارد که در اثر تعامل با عوامل تجلی ساز فرهنگی منجر به بروز همبودی این اختلال می‌گردد. پشتوانه نظری این فرضیه، پارادایم، بیماری پذیری- فشار روانی است (۸). همانگونه که می‌دانیم برای تبیین آسیب روانی، پارادایمهای مختلفی از قبیل پارادایم ژنتیکی، پارادایم علوم اعصاب، پارادایم روان تحلیلی، پارادایم شناختی رفتاری، مطرح گردیده است، اینکه روانشناسان درباره بهترین پارادایم توافق ندارند، احتمالاً سودمند است چون آسیب روانی



هیأت علمی دانشگاه ها در قالب پرسشنامه ای با چهار سوال باز در مورد علل فرهنگی و محیطی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده نظرخواهی شد (۱۴). سپس جواب های پرسشنامه دسته بندی و نهایتاً ۱۴ شاخص که ۶ شاخص فرهنگی و وسواس فکری و ۸ شاخص فرهنگی افسردگی عمده از آن استخراج گردید و ترکیب این دو دسته بندی شاخص ها به عنوان علایم همبودی تلقی می گردند.

سپس برای هر یک از این شاخص ها، چند سؤال طرح گردید که در مجموع این سؤالات طرح شده، پرسشنامه ۸۴ سؤالی اولیه تدوین شد و سپس به منظور برآورد روایی و اعتبار، این پرسشنامه بر روی ۳۰۰ نمونه بیمار اجرا گردید و براساس تحلیل عاملی اکتشافی (۱۵) تعداد ۱۱ عامل یا شاخص که ۶ عامل یا شاخص متعلق به افسردگی عمده و ۵ شاخص یا عامل متعلق به وسواس فکری انتخاب شدند و تعدادی از شاخص و سؤالات به علت پائین بودن ضریب استاندارد T و الفای پایین، حذف گردیدند. و به این ترتیب پرسشنامه با ۱۱ شاخص اصلی که تعداد ۶ شاخص افسردگی عمده که معرفهای آن عبارتند از: تلاش صادقانه و عدم رسیدن به نتیجه همراه با عدم امنیت، غم و اندوه خانواده و تاکید آنها بر سکوت، تاکید مفرط بر ایده آل ها، باورهای غلط، هنجارهای نامنعطف خانواده، افراط در وجدان اخلاقی، و تعداد ۵ شاخص و وسواس فکری که معرفهای آنها عبارتند از: انعطاف ناپذیری و خشونت والدین، باورها ی غلط همراه با عدم انعطاف پذیری، تاکید مفرط بر فرایض دینی و مطرح شدن افراطی مقوله گناه، افزودن احساس گناه فرد، اهمیت به نظافت و تمیز بودن افراطی و با ۷۹ سؤال تأیید گردید، بنابراین پرسشنامه شامل ۷۹ آیتم است که در قالب

همچنین به منظور بررسی عوامل تجلی ساز و تعامل آن با عوامل منشی و سرشتی، آزمون محقق ساخته فرهنگی را که شاخص های آن براساس عوامل فرهنگی تجلی ساز همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده که توسط محقق ساخته و پرداخته شده است را مورد مطالعه قرار دهد.

روش بررسی

پژوهش حاضر بر اساس هدف آن، از نوع علی مقایسه ای است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده و بیماران وسواس فکری و همچنین بیماران افسردگی عمده مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز درمانی روانشناسی و روانپزشکی شهر تهران را تشکیل می دهند، (۱۰) که براساس تشخیص روانپزشکی موجود در پرونده های پزشکی بیماران، مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر DSM-5 (۱۱)، توسط روانشناس و نیز طبق ملاک های از پیش تعیین شده ی ورود و خروج، ۳۰۰ بیمار مبتلا به همبودی اختلال افسردگی عمده و وسواس فکری، افسردگی عمده و همچنین اختلال وسواس فکری جداگانه (۱۰۰ بیمار همبودی اختلال افسردگی عمده و وسواس فکری، ۱۰۰ بیمار افسردگی عمده و ۱۰۰ بیمار وسواس فکری) به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

ابزار این پژوهش شامل دو دسته ابزار تحقیقی می شود: الف - آزمون محقق ساخته، تشخیص علل فرهنگی همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده در جامعه ایرانی. ب- آزمون TCI کلینجر (۱۲). آزمون محقق ساخته (۱۳): ساخت و هنجاریابی این آزمون در همین تحقیق انجام گرفته است که برای ساخت آن ابتدا از ۱۰ نفر روانپزشک و روانشناس عضو



از سئوالات یک نمره تعلق می‌گیرد و نمره هر یک از ابعاد، از مجموع نمرات زیر مقیاس‌های آن به دست می‌آید.

برای برآورد اعتبار و روایی آزمون نخست، دو منبع مستقل TCI را ترجمه کردند، دو نسخه ترجمه شده، توسط دو روان‌شناس بالینی مسلط به زبان انگلیسی و فارسی بازخوانی شد و نظرات (پسخوراند) آنها گرفته شد.

سپس دو نسخه ترجمه توسط مترجمان اولیه مقابله گردید و با توجه به پس‌خوراند دو بازخوان، تغییرات جدید به پرسشنامه وارد شد.

در این مرحله جنبه‌های مربوط به تفاوت‌های فرهنگی در شیوه بیان عبارات پرسشنامه مورد تأکید قرار گرفت در انتها برای اطمینان از درستی متن به لحاظ فن ترجمه یک استاد زبان انگلیسی (دکتر) عبارات ترجمه شده را به جملات متن اصلی مقایسه کرد. متن نهایی با توجه به نکات فنی ترجمه بدست آمد. نمونه‌گیری در دو شهر تهران (۱۱۲ نفر) و شیراز (۱۲۷ نفر) بر روی جمعیت جوان (دختر و پسر دانشجو) انجام شد.

شرکت کنندگان در این تحقیق از بین دانشجویان رشته‌های علوم انسانی و پزشکی به صورت در دسترس برگزیده شدند برای محاسبه ضریب پایایی پرسشنامه TCI و مقیاس‌های منش و سرشت از ۲۰ نفر از آزمودنی‌ها پس از گذشت حدود دو ماه آزمون مجدد به عمل آمد. پس از انجام آزمون، برای تجزیه و تحلیل از SPSS نسخه ۱۷ برای کاوش در ضریب پایایی پرسشنامه از روش آزمون بازآزمون سود برده شد. ضرایب همبستگی بین نمرات به دست آمده از آزمون و نمرات باز آزمون ۲۰ نفر از آزمودنی‌ها به این شرح است: نوجویی ۰/۹۶،

پاسخ‌های دو نقطه ایی (بلی،خیر) پاسخ داده می‌شود. این ابزار علل فرهنگی همبودی اختلال و سواس فکری و افسردگی عمده در جامعه ایرانی با ۱۱ شاخص یا عامل و با ۷۹ سؤال را می‌سنجد(۱۳).

آزمون TCI:

این ابزار «پرسشنامه سرشت و منش (Temperament and character Inventory) بر اساس نظریه کلونینجر (۱۹۸۷) و توسط ایشان ساخته شد. بر اساس نظریه او سامانه‌های سرشتی در مغز دارای سازمان یافتگی کارکردی (Functionally organized) متشکل از سامانه‌های متفاوت و مستقل از یکدیگر برای فعال سازی، تداوم و بازداری رفتار در پاسخگویی به گروه‌های معینی از محرک‌هاست پرسشنامه سرشت و منش (TCI) دارای چهار مقیاس سرشت (نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش و پشتکار) و سه مقیاس منش (همکاری، خود-راهبری و خود-فراروی است) (۱۶) در نظریه کلونینجر سرشت به پاسخ‌های هیجانی خودکار باز می‌گردد. تا حدودی جنبه وراثتی دارد و در سراسر زندگی استوار می‌ماند. به همین دلیل از مقیاس آن بمنظور پی بردن به عوامل زیربنایی استفاده شده است. در مقابل منش به خود پنداره‌ها و تفاوت‌های فردی و اهداف، ارزشها و انتخاب‌های فرد و معنای تجربه او در زندگی بر می‌گردد. منش تا حدودی متأثر از یادگیری اجتماعی- فرهنگی است و در طول زندگی رشد می‌کند. به همین دلیل از این آزمون برای پی بردن به عوامل نیمه پایدار استفاده می‌شود. روش نمره‌گذاری: نحوه نمره‌گذاری پرسشنامه سرشت و منش واضح و راحت است. هر یک از زیر مقیاس‌ها دارای سئوالاتی است. به هر کدام



افراطی به نظافت و تمیزی» می‌باشد. تاثیر این متغیر مثبت است. یعنی با افزایش یک واحد در نمره «اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی»، احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال افسردگی ۷۸/۴ درصد بیش تر می‌شود. پشتکار، متغیر دومی است که وارد معادله شده است. تاثیر پشتکار بر احتمال اختلال همبودی مثبت می‌باشد. به طوری که به ازای افزایش یک واحد به نمره پشتکار، احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال افسردگی ۴۷/۹ درصد افزایش می‌یابد. متغیر سوم وارد شده به معادله، کمال‌جویی والدین است که اثر این متغیر مثبت است به طوری که به ازای افزایش یک واحد به نمره کمال‌جویی والدین، احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال افسردگی ۴۸/۵ درصد افزایش می‌یابد. بنابراین همه‌ی متغیرهای مستقلی که تاثیر معناداری از نظر آماری بر متغیر وابسته دارند، به صورت مستقیم و مثبت قادر به پیش‌بینی تغییرات متغیر وابسته هستند. یعنی مقادیر بالاتر این متغیرها احتمال اختلال همبودی را افزایش می‌دهند. به طور خلاصه، احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال افسردگی، زمانی بیش تر است که:

۱- پشتکار بالاتر باشد. کمال‌جویی والدین بالاتر باشد. هم‌چنین بر اساس نتایج این جدول می‌توانیم مدل رگرسیونی لجستیک را بر اساس گام سوم به صورت زیر نشان دهیم: $۰/۳۹۶ + ۳۹۶$ (پشتکار) $۰/۳۹۱ +$ (اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی) $۰/۵۷۹ + ۳/۱۲۵$ = مدل رگرسیونی (کمال‌جویی والدین)

۲- $۰/۳۹۶ +$ (پشتکار) $۰/۳۹۱ +$ (اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی) $۰/۵۷۹ + ۳/۱۲۵ -$ = مدل رگرسیونی (کمال‌جویی والدین) جدول ۳ آماره اختصاری مدل پیش‌بینی را نشان می‌دهد. آماره‌ی صحت پیش‌بینی مدل نشان می‌دهد که این مدل تحلیلی

آسیب‌پرهیزی ۰/۹۱، پاداش- وابسته ۰/۶۱، پشتکار ۰/۷۶، همکاری ۰/۹۵، خود راهبری ۰/۸۵، خود فراروی ۰/۸۸ (۱۲).

یافته‌ها

از ۳۰۰ بیمار انتخاب شده (۱۰۰ نفر همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده، ۱۰۰ نفر وسواس فکری و ۱۰۰ نفر افسردگی عمده)، ابتدا میانگین متغیرهای پژوهش شامل ۱۱ عامل فرهنگی و ۷ عامل سرشت و منش استخراج گردید (جدول ۱).

سپس تحلیل رگرسیون لجستیک تأثیر هر یک از متغیرهای فوق به صورت جداگانه در همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده و اختلال وسواس فکری و اختلال افسردگی عمده به طور جداگانه مورد تحلیل آماری قرار گرفت و تأیید یا عدم تأیید آن ارائه گردید، (۱۷). سپس تحلیل رگرسیون لجستیک چند متغیره به شرح ذیل انجام گرفت.

نتایج تحلیل رگرسیونی لجستیک چند متغیره‌ای در جدول ۲ نشان می‌دهد که در آن متغیرهای اصلی در سه بخش عوامل فرهنگی، ابعاد منش و سرشت و کل متغیرهای پژوهش شانس ورود به مدل را داشتند. تکنیک اجرایی تحلیل، روش گام به گام پیش‌رونده بوده است و همان‌طور که ملاحظه می‌شود در بخش عوامل فرهنگی ابعاد «اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی» و «انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین»، در بخش منش و سرشت، پشتکار و در بخش کل متغیرها، طی سه گام، سه متغیر شانس ورود به مدل پیش‌بینی را یافته‌اند. متغیرهای وارد شده به گام سوم عبارتند از: اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی، پشتکار و کمال‌جویی والدین. اولین متغیری که تاثیر معناداری بر احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال افسردگی می‌گذارد، «اهمیت



متغیر آسیب‌پرهیزی و در بخش کل متغیرها، متغیر کمال‌جویی والدین شانس ورود به مدل پیش‌بینی را یافته‌اند.

متغیرهای وارد شده در بین کل عوامل عبارت است از: کمال‌جویی والدین. تنها متغیری که تاثیر معناداری بر احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال وسواس می‌گذارد، کمال‌جویی والدین می‌باشد.

تاثیر این متغیر مثبت است. یعنی با افزایش یک واحد در نمره ی کمال‌جویی والدین، احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال وسواس ۵۶/۲ درصد بیش‌تر می‌شود.

جدول ۱: میانگین متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

چندمتغیره، ۶۷ درصد موارد مربوط به وضعیت متغیر وابسته را به درستی پیش‌بینی می‌کند. آماره ی R^2 نیز نشان می‌دهد که قدرت تبیینی مدل بین ۰/۱۷۳ تا ۰/۲۳۱ است. نتایج تحلیل رگرسیونی لجستیک چندمتغیره‌ای در جدول ۴ نشان می‌دهد که در آن متغیرهای اصلی در سه بخش عوامل فرهنگی، ابعاد منش و سرشت و کل متغیرهای پژوهش شانس ورود به مدل را داشتند. تکنیک اجرایی تحلیل، روش گام به گام پیش‌رونده بوده است و همان‌طور که ملاحظه می‌شود در بخش عوامل فرهنگی متغیر کمال‌جویی والدین، در بخش منش و سرشت،

متغیر	افسرده	وسواس	هم‌بودی	کل
تلاش‌های صادقانه فرد وعدم رسیدن به نتیجه همراه با عدم امنیت	۹/۶۹	۳۴/۸	۵۱/۱۰	۵۱/۹
تاکید مفرط فرایض دینی ومطرح شدن افراطی مقوله گناه	۵۹/۳	۴۲/۴	۰۸/۵	۳۶/۴
انعطاف‌ناپذیری وخشونت والدین	۵۸/۳	۰۸/۴	۹۹/۴	۲۲/۴
غم واندوه خانواده وتاکید آن‌ها بر سکوت	۴۲/۳	۶۵/۳	۱۳/۴	۷۳/۳
باورهای غلط همراه با عدم انعطاف‌پذیری	۴۵/۲	۴۴/۲	۸۷/۲	۵۹/۲
تاکید مفرط برآیده‌آل‌ها	۵۰/۵	۵۰/۵	۸۶/۵	۶۲/۵
واقعیت‌هاوباورهای غلط زمینه‌ساز	۱۴/۳	۱۷/۳	۳۰/۳	۲۰/۳
هنجارهای نامنعطف خانواده	۲۴/۲	۲۷/۲	۵۸/۲	۳۶/۲
افراط دروجدان اخلاقی	۰۰/۳	۳۴/۳	۶۳/۳	۳۲/۳
کمال‌جویی والدین	۵۱/۱	۵۲/۱	۰۰/۲	۶۸/۱
اهمیت افراطی به نظافت وتمیزی	۶۹/۱	۰۰/۲	۳۰/۲	۰۰/۲
نوجویی	۶۰/۹	۳۳/۹	۵۰/۹	۴۸/۹
آسیب‌پرهیزی	۲۴/۱۲	۱۵/۱۰	۴۲/۱۱	۲۷/۱۱
پاداش وابستگی	۲۱/۸	۹۵/۷	۷۹/۷	۹۸/۷
پشتکار	۷۸/۲	۱۵/۳	۵۵/۳	۱۶/۳
همکاری	۱۲/۱۴	۷۷/۱۳	۷۵/۱۳	۸۸/۱۳
خودراهبردی	۸۵/۹	۰۷/۱۱	۶۸/۹	۲۰/۱۰
خوددفراری	۷۷/۷	۹۹/۸	۱۹/۹	۶۵/۸



جدول ۲: نتایج تحلیل رگرسیونی لجستیک چندمتغیره (احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال افسردگی)

عوامل	متغیر مستقل	ضریب B	S.E	Wald	d.f	Sig	نسبت بخت‌ها Odd Ratios
عوامل فرهنگی	اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی	۰/۷۱۳	۰/۱۷۱	۱۷/۲۹۲	۱	۰/۰۰۰	۲/۰۳۹
	انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین	۰/۱۴۹	۰/۰۵۲	۸/۳۸۸	۱	۰/۰۰۴	۱/۱۶۱
	مقدار ثابت	۲/-۰۷۵	۰/۴۴۷	۲۱/۵۴۴	۱	۰/۰۰۰	۰/۱۲۶
منش و سرشت	پشتکار	۰/۴۲۱	۰/۱۱۲	۱۴/۱۵۷	۱	۰/۰۰۰	۱/۵۲۳
	مقدار ثابت	۱/-۳۴۲	۰/۳۹۰	۱۱/۸۳۱	۱	۰/۰۰۱	۰/۲۶۱
کل متغیرها	اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی	۰/۵۷۹	۰/۱۷۸	۱۰/۵۶۵	۱	۰/۰۰۱	۱/۷۸۴
	پشتکار	۰/۳۹۱	۰/۱۲۳	۱۰/۱۸۰	۱	۰/۰۰۱	۱/۴۷۹
	کمال‌جویی والدین	۰/۳۹۶	۰/۱۵۲	۶/۷۸۲	۱	۰/۰۰۹	۱/۴۸۵
	مقدار ثابت	۳/-۱۲۵	۰/۶۱۸	۲۵/۵۵۱	۱	۰/۰۰۰	۰/۰۴۴

جدول ۳: آماره‌های اختصاری مدل پیش‌بینی

گام	آماره X^2	درجه آزادی	معناداری (Sig)	آماره‌ی صحت پیش‌بینی	R^2 Nagelkerke	R^2 Cox&Snell	-2log Likelihood
سوم	۳۸/۰۸۶	۳	۰/۰۰۰	۶۷	۰/۲۳۱	۰/۱۷۳	۲۳۹/۱۷۳

جدول ۴: نتایج تحلیل رگرسیونی لجستیک چند متغیره (احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال وسواس)

عوامل	متغیر مستقل	ضریب B	S.E	Wald	d.f	Sig	نسبت بخت‌ها Odd Ratios
عوامل فرهنگی	کمال‌جویی والدین	۰/۴۴۶	۰/۱۴۱	۱۰/۰۱۹	۱	۰/۰۰۲	۱/۵۶۲
	مقدار ثابت	۰/-۷۸۷	۰/۲۸۹	۷/۴۰۹	۱	۰/۰۰۶	۰/۴۵۵
منش و سرشت	آسیب‌پرهیزی	۰/۰۹۳	۰/۰۳۹	۵/۶۲۵	۱	۰/۰۱۸	۱/۰۹۸
	مقدار ثابت	۱/-۰۰۸	۰/۴۴۹	۵/۰۳۳	۱	۰/۰۲۵	۰/۳۶۵
کل عوامل	کمال‌جویی والدین	۰/۴۴۶	۰/۱۴۱	۱۰/۰۱۹	۱	۰/۰۰۲	۱/۵۶۲
	مقدار ثابت	۰/-۷۸۷	۰/۲۸۹	۷/۴۰۹	۱	۰/۰۰۰	۰/۴۵۵



$$\text{مدل رگرسیونی} = -0/787 + 0/446$$

جدول ۵ آماره‌های اختصاری مدل پیش‌بینی را نشان می‌دهد. آماره‌ی صحت پیش‌بینی مدل نشان می‌دهد که این مدل تحلیلی چندمتغیره، ۶۱/۵ درصد موارد مربوط به وضعیت متغیر وابسته را به درستی پیش‌بینی می‌کند. آماره‌ی R^2 نیز نشان می‌دهد که قدرت تبیینی مدل بین ۰/۰۵۱ تا ۰/۰۶۸ است.

به طور خلاصه، احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال وسواس، زمانی بیش‌تر است که:

۱- کمال‌جویی والدین بالاتر باشد.

هم‌چنین بر اساس نتایج این جدول می‌توانیم مدل رگرسیونی لجستیک را بر اساس گام یکم به صورت زیر نشان دهیم

(کمال‌جویی والدین)

جدول ۵: آماره‌های اختصاری مدل پیش‌بینی

گام	آماره X^2	درجه آزادی	معناداری (Sig)	آماره‌ی صحت پیش‌بینی	R^2 Nagelkerke	R^2 Cox&Snell	-2log Likelihood
یکم	۱۰/۵۲۶	۱	۰/۰۰۱	۶۱/۵	۰/۰۶۸	۰/۰۵۱	۲۶۶/۷۳۳

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس تحلیل آماری بدست آمده متوجه می‌شویم که شاخص یا عامل انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین، در همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده نقش داشته است، یعنی هم در بروز افسردگی عمده به تنهایی و هم در بروز وسواس فکری نیز به تنهایی نقش داشته است که در این فرایند همزمانی بروز این اختلال بعنوان همبودی تلقی می‌گردد. چرایی این حالت، تا حدودی به نتایج تحقیقات، کور و آدامز (۱۸)، مبنی بر نامنعطف بودن والدین این گونه افراد، همخوانی دارد. نامنعطف بودن منجر به بروز خشم در فرد می‌گردد و از آنجایی که فرد می‌بیند این خشم متوجه والدین اوست، لذا احساس گناه می‌کند که در نتیجه این وضعیت دو حالت بوجود می‌آورد: الف- خشم را فرو می‌خورد، که فرو خوردن خشم یکی از علل عمده بروز افسردگی در این دسته از بیماران است و از سوی دیگر ب- چون از بروز این خشم احساس گناه می‌کند،

لذا قدرت من بیشتر از کشاننده‌ها می‌شود و در نتیجه آن را سرکوب می‌کند و بازداری بیش از حد آن منجر بدور ماندن از سطح هوشیاری می‌شود و گاه بی‌گناه در سطح هوشیاری بروز می‌کند و این بروز منجر به پدیده وسواس فکری در فرد می‌شود. بنابراین این عامل یا شاخص یعنی انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین، عاملی است که در بروز همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده نقش اساسی دارد و مهمتر اینکه بیانگر پدیده همبودی می‌باشد که با نتایج تحقیق ماژ به نقل از ضرغامی (۱۹) و موریسون (۱) همخوانی دارد. بر اساس نتایج این تحقیق، کمال‌جویی والدین بعنوان شاخص یا عاملی دیگر که هم در بروز افسردگی عمده نقش دارد و هم در وسواس فکری که این یافته هم با یافته کانر (۲۰) مبنی بر مؤثر بودن کمال‌جویی والدین در بروز وسواس فکری، همخوانی دارد و هم با نتایج تحقیقات جورج، و همکاران (۵)، مبنی بر اینکه در بروز وسواس فکری و عملی همراه با افسردگی عوامل



این عوامل فرضیه بروز همبودی را ناشی از تصادف و شانس رد می‌کند، همچنین در این مطالعه مشخص گردید که عوامل فرهنگی خاصی در جامعه ما وجود دارد که منجر به تجلی سازی بروز همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده می‌شود، این مطلب با نتیجه تحقیقات (۵) مبنی بر اینکه یک فرد ممکن است عوامل زمینه ساز یعنی عوامل وراثتی و ژنتیکی بیماری داشته باشد، ولی در اثر عوامل فرهنگی و محیطی نامتناسب است که منجر به تجلی سازی بیماری می‌شود، همخوانی دارد. بررسی نتایج این تحقیق همچنین نشان داده است که عوامل زیربنایی در بروز اختلالات همبودی می‌تواند نقش ایفا کند. این یافته تحقیق با فرضیه اساسی موریسون (۱) مبنی بر اینکه ممکن است در بروز همبودی اختلالها عوامل زیربنایی مشترک وجود داشته باشد همخوانی دارد و آن را تایید می‌نماید. این عامل زیر بنائی عامل آسیب پرهیزی میباشد که از علائم عمده آن، محتاط، محافظه کار، برانگیخته، عصبی، شکاک، پیش بینی کننده خطر، دارا بودن برنامه های منظم و دقیق، پرتنش می باشد. که این علایم در بروز بیماری وسواس فکری نیز مؤثر بوده است. این یافته تحقیق با نتایج تحقیق آدامز (۲۰)، مبنی بر اینکه این دسته از بیماران والدینی نامتعطف، قراردادی و واجد دوسوگرائی در ارتباط با فرزندانسان هستند همخوانی دارد که منجر به پرورش فرزندان با ویژگیهای شاخص آسیب پرهیزی می شوند. نتایج تحلیل رگرسیونی لجستیک چند متغیری همچنین نشان می‌دهد که در آن متغیرهای اصلی در سه بخش عوامل فرهنگی، ابعاد منش و سرشت و کل متغیرهای پژوهش شانس ورود به مدل را داشتند. تکنیک اجرایی تحلیل، روش گام به گام پیشی رونده بوده است و

خانوادگی نقش اساسی دارد. از آنجایی که در این قسمت تحلیل به بحث و نتیجه گیری تک متغیره پرداختیم، مشخص نیست که آیا این متغیرها بصورت انفرادی و مجزا در بروز همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده نقش دارند یا اینکه در تعامل متغیرها یا عامل‌های دیگر، بخصوص عامل فرهنگی، باورهای غلط همراه با عدم انعطاف‌پذیری، اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی و کمال‌جویی والدین. از دیدگاه دیگر کمال‌جویی والدین و اصرار آنها بر این عامل شاید متناسب با ظرفیت توانایی کودک نباشد و در نتیجه کودک علیرغم تلاشهای وافر نتواند خواسته‌های کمال‌گرایانه خانواده خود را برآورده نماید، در نتیجه مواجهه با بسته شدن تمام راهها برای جلب نظر والدین شود و باعنایت بر دیدگاه شناختی مبنی بر اینکه بسته شدن راههای مختلف منجر به تغییر شناخت موجود و در نتیجه عدم فعالیت ارگانسیم می‌شود که خود یکی از علل عمده بروز افسردگی می‌باشد. با بررسی عوامل فرهنگی در بروز همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده مشخص گردید که سه عامل اصلی فرهنگی یعنی انعطاف‌ناپذیری و خشونت والدین، باورهای غلط همراه با عدم انعطاف‌پذیری، کمال‌جویی مفرط والدین و اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی در بروز همبودی اختلال فوق نقش اساسی دارد. این یافته با مدل کاهنیان، آرگونا (۲۰)، مبنی بر اینکه همبودی به بیماری‌هایی اشاره دارد که به دفعات متفاوت با یکدیگر رخ می‌دهد، بصورتی که این رخداد همزمان را نمی‌توان ناشی از تصادف و شانس در نظر گرفت، همخوانی دارد. (ارگونا، ۲۰۰۹، به نقل از ضرغامی)، (۱۹)، چرا که وجود چند عامل مشخص، در بروز و شیوع همبودی اختلال فوق نقش اساسی دارد و در نتیجه حضور



شوند. بر اساس این تحلیل همه متغیرهای مستقلی که تأثیر معناداری از نظر آماری بر متغیر وابسته دارند، بصورت مستقیم و مثبت قادر به پیش بینی تغییرات متغیر وابسته هستند. بطور خلاصه، احتمال همبودی نسبت به اختلال افسردگی، زمانی بیشتر است که:

۱- اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی بالاتر باشد.

۲- پشتکار بالاتر باشد.

۳- کمال جویی والدین نیز بالاتر باشد.

اما احتمال اختلال همبودی نسبت به اختلال وسواس زمانی بیشتر است که کمال جویی والدین بالاتر باشد. چرایی نتایج فوق شاید به این علت باشد، که با هم آمدن نظافت و تمیزی افراطی با پشتکاری و کمال جویی، دامنه وسیعی از عوامل نامناسب را در بر می گیرد که در این صورت بروز اختلال از حوزه افسردگی فراتر می رود و شامل حوزه علایم و وسواس فکری نیز می شود و در نتیجه چون شامل حوزه وسیع افسردگی و وسواس می شود در نتیجه همبودی این اختلال را نیز مهیا می کند. همچنین کمال جویی والدین ضمن اینکه به اعمال محدودیت در من یا ایگو فرد می نماید، منجر به بالا رفتن سوپرایگو فرد نیز می شود و این موضوع یعنی علاوه بر شامل شدن علایم و وسواس، علایم افسردگی را نیز در بر می گیرد و در نتیجه قدرتی برای بروز وسواس فکری به تنهایی نیست، بلکه نیروی گسترده آن همراه با وسواس، علایم افسردگی را نیز با خود حمل می کند و در نتیجه بروز همزمان این دو اختلال (همبودی) را مهیا می نماید. در پایان، این تحقیق همانند هر تحقیق دیگری دارای محدودیتهایی علمی و عملی بود که پرداختن به آن می تواند بسیاری از هزینه های تحقیقات اتی را کاهش دهد. یکی از مهم ترین

همانطور که ملاحظه می شود در بخش عوامل فرهنگی، اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی و انعطاف ناپذیری و خشونت والدین و در بخش منش و سرشت پشتکار و در بخش کل متغیرهای طریقه سبک زندگی، سه متغیر شانس ورود به مدل پیش بینی را یافته اند. متغیرهای وارد شده به گام سوم عبارتند از: اهمیت افراطی به نظافت و تمیزی، پشتکار و کمال جویی والدین. بر اساس نتایج بدست آمده بنظر می رسد در اولین گام هر سه متغیر پایدار، نیمه پایدار و فرهنگی وارد مدل شده اند، یعنی برای بروز اختلال همبودی تعامل این سطح از متغیرها نیاز است تا در تعامل با همدیگر زمینه بروز همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده را فراهم سازند که این یافته با تئوری استرس- دیاتز که در قسمت پیشینه تحقیق آمده است و مبنی بر این که اختلال روانی ممکن است ریشه زیربنایی داشته باشد، ولی در تعامل با عوامل محیطی و فرهنگی بروز آن امکان پذیر می شود، همخوانی دارد. در این مدل ابتدا عوامل زمینه ساز سرشتی یعنی رگه پایداری وارد مدل می شود. یعنی فرد در تصمیمات خود سرسخت است و کوشش بیش از حد می کند و حاضر است خودش را نسبت به هدفش قربانی کند و در نتیجه چنین فردی وقتی با توصیه هایی از قبیل، دستور رعایت افراطی نظافت و همچنین انعطاف ناپذیری و خشونت والدین مواجه شود منجر به بروز همبودی اختلال وسواس فکری و افسردگی عمده می شود و در تحلیل گام سوم و یا تحلیل نهایی می بینیم که عوامل سرشتی پایدار در ترکیب عوامل رعایت نظافت افراطی با کمال جویی والدین ترکیب می شود، یعنی زمانی این اختلال بروز می کند که عوامل سرشتی پایداری یا پشتکاری همراه با عامل محیطی، نظافت افراطی و کمال جویی والدین وارد مدل



محدودیت‌های این تحقیق، عدم تفکیک متغیر جنسیت بوده است که بنظر می‌رسد می‌تواند بر نتایج تحقیق اثر گذار باشد بنابراین پیشنهاد می‌گردد تحقیقات آتی در این زمینه باتفکیک جنسیتی صورت پذیرد.

همچنین چون این تحقیق برای بار اول انجام گرفته است لذا پیشنهاد می‌گردد تحقیق فوق یا مشابه آن توسط محققین دیگری نیز انجام گیرد تا عوامل زمینه ساز و محیطی همبودی اختلال‌های مختلف نیز مشخص گردد.

References

- 1-Morrison JR. Diagnosis made easier . principles and techniques for mental health clinicians. New York, NY: Guilford Press; 2007;316
- 2-Aragona M. The concept of mental disorder and the. Tehran, NY: Roshd DSM-V: 2009:320
- 3-Klenfeldt IF, Karlsson B, Sigström R, Bäckman K, Waern M, Östling S, et al. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in relation to depression and cognition in an elderly population. The American Journal of Geriatric Psychiatry 2014;22:8-301.
- 4-Cherian AV, Narayanaswamy JC, Viswanath B ,Guru N, George CM, Math SB, et al. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: Findings from a large Indian sample. Asian journal of psychiatry 2014;21-9:17
- 5-Garyfallos G, Katsigiannopoulos K, Adamopoulou A, Papazisis G, Karastergiou A, Bozikas VP. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder with obsessive-compulsive personality disorder: Does it imply a specific subtype of obsessive-compulsive disorder? Psychiatry research. 2010;177:60-15
- 6-Dadsetan P. psychopathology from infancy through adulthood, Tehran: Samt; 2011:132
- 7-Davidian H. An overall view of depressions in iran, Medical Council of Iran, 1992;11:23-15
- 8-Halgin RP, Whitbourne SK. Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders: McGraw-Hill New York; 2003:432
- 9-Kring AM. Abnormal psychology, Ann M. Kring . [et al.]. 10th ed. Hoboken, NJ: J. Wiley; 2007:186
- 10-Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh 2001:105
- 11-Ganji M. Abnormal psychology: Based on DSM-^o: Savalan; 2014:95
- 12-Kaviani H. Biological theories of personality. Press the Senate - Institute of Cognitive Sciences; 2008:85
- 13-Nikpour G. Construction and validation cultural reasons of comorbidity of obsession and major depression disorders in Iranian society, Mazandaran University of Medical Sciences; 2015:130
- 14-Karami A. introduction to test construction and psychological tests. Tehran: Ravan Sanji; 2011:115
- 15-Hooman H. statistical Inference in Behaviorial Research: SAMT; 2004:85



- 16-Haghshenas H. Personality Psychology: Shiraz University of Medical Sciences;2011:73
- 17-Kalantari K. Processing and analysis of data on socio-economic research,Tehran: Sharif; 2006:100
- 18-Adams PL. Family characteristics of obsessive children. American Journal of Psychiatry;1972;128:7-1414
- 19-Zarghami. Study of applying network data analysis in investigations,Alame tabatabaee univercity: Andazehgiri tarbiati.2014:19-15
- 20-Kanner L. Child psychiatry. 3rd ed. Springfield, IL,England: Charles C Thomas; 1948:50



Received: 2015/3/29

Accepted: 2015/9/14

Investigation the Basic and Cultural Causes of Comorbidity of Major Depression and Obsession in Patient Referring to Clinics and Medical Centers in Tehran

Nikpour GH(MS.c)¹, Borjali A(Ph.D)², Delavar A(Ph.D)³, Eskandari H (Ph.D)⁴, Zarghami M(Ph.D)⁵

1. PhD Student of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran
2. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychometry, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
4. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
5. Professor, Department of Psychiatry, Mazandaran University of Medical Sciences, Āmol, Mazandaran, Iran

Abstract

Introduction: The diagnosis of the disease from another disease for the patient and the therapist is very important and it happens in the diagnostic process. When the disease has more than one disorder axis, we face with multiple diagnose or comorbidity. So, the research investigated underlying factors of comorbidity of OCD and major depression and cultural factors resulting the incidence of comorbidity of OCD and major depression.

Methods: 300 patients were selected by targeted sampling from the patients referred to clinics and medical centers of psychology and psychiatry in Tehran, and responded to the questionnaire made by researcher for diagnosis of cultural factors of comorbidity of OCD and major depression, and Klinjer's TCI test that measures natural elements and secretary personality. The data were analyzed by univariate and multivariate logistic regression.

Results: The results showed that the lack of flexibility, perfection-seeking of parents and giving extreme importance to cleanliness have impact on the incidence of comorbidity of these disorders without interaction of these variables with other variables. Also, in part of cultural factors (extreme importance to hygiene and cleanliness) and (intransigence and violence of the parents), and in the part of character and nature (persistence and perfection-seeking of parents) were predicted by regression model.

Conclusion: This study suggests that in the incidence of comorbidity of OCD and major depression, two cultural factors including the extreme importance of hygiene and cleanliness and perfection-seeking of parents interacting with an underlying of persistence leads to the comorbidity of this disorder.

Keywords: comorbidity, underlying causes, cultural causes.

This Paper Should be Cited as:

Nikpour GH (MSc), Borjali A (Ph.D), Delavar A (Ph.D), Eskandari H (Ph.D), Zarghami M(Ph.D)
Investigation the Basic and Cultural Causes of Comorbidity..... Journal Toloobehdasht Sci