



CETTE PATIENTE SOUFFRE d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Malheureusement, cette affection, autrefois considérée à tort comme très rare, est susceptible d'échapper à un diagnostic précoce. Pourtant, des questions précises sur l'existence d'idées intrusives ou de rituels permettent de démasquer le TOC et ultimement, de proposer aux patients atteints des traitements efficaces.

Comment définir le TOC ?

Le TOC se caractérise principalement par l'existence d'obsessions ou de compulsions que Kaplan¹ définit comme suit : « Une obsession se définit comme une idée qui fait irruption de façon brutale et répétitive dans la pensée d'un sujet, dont le caractère est absurde ou déplacé, mais dont la survenue est source d'angoisse ou de malaises incontrôlés. Souvent, pour tenter d'apaiser cette angoisse, le malade est contraint de réaliser une ou plusieurs séries de compulsions, actes délibérés et stéréotypés dont l'objectif est de neutraliser les idées obsédantes. »

Le contenu des obsessions est varié, et le malade les perçoit comme étranges. Il reconnaît qu'elles sont le fruit de sa propre activité mentale et qu'elles ne lui sont pas imposées de l'extérieur. De façon générale, les obsessions engendrent de l'anxiété, alors que les compulsions visent, dans l'immédiat, à la dissiper. Les compulsions peuvent être des comportements observables (lavage des mains) ou des actes mentaux (répétition mentale d'une série arbitraire de chiffres). Elles peuvent

La D^e Marie Joyal, omnipraticienne, exerce au sein de l'équipe de santé mentale du CLSC-CHSLD Sainte-Rose, à Laval.

Le trouble obsessionnel-compulsif

lever le voile

par Marie Joyal

M^{me} Ranger, 26 ans, éprouve de la difficulté à s'endormir et se sent souvent fatiguée. Elle n'arrive à finir ses journées de travail qu'au prix d'efforts considérables. L'examen et l'investigation de base ne révèlent aucune anomalie. Malgré le soutien que nous lui avons offert et son application à améliorer son hygiène du sommeil, ses symptômes s'accroissent. Elle est de plus en plus anxieuse. La revue de ses antécédents personnels, anciens et récents, nous est de peu de secours. Et puis, du bout des lèvres, elle nous dit que cela devient insupportable...

n'avoir aucune relation logique avec l'idée qu'elles sont censées neutraliser ou le danger qu'elles sont supposées prévenir, ou avoir une ampleur nettement excessive.

Revenons à M^{me} Ranger. « Cela devient insupportable », disait-elle. Après maintes hésitations, elle nous prévient que nous allons sûrement la trouver folle. D'ailleurs, elle se demande si elle n'est pas en train de perdre la raison. Elle, autrefois autonome, ne sort presque plus, si ce n'est accompagnée. Chaque fois qu'elle est au volant de sa voiture, elle craint d'avoir frappé un autre véhicule sans s'en apercevoir. Elle sait que c'est impossible, mais cette idée la tenaille sans relâche. Arrivée à destination, garer sa voiture lui prend un temps interminable. Il lui faut vérifier encore et en-

core que les voitures adjacentes n'ont pas été touchées. Parfois, elle revient chez elle sans avoir pu mener à bien l'objectif de sa sortie. Et les devoirs des enfants ? C'est une suite ininterrompue de vérifications. Ont-ils suffisamment d'argent pour leur dîner du lendemain ? Il faut le recompter. Les signatures requises ont-elles été apposées partout où c'est nécessaire ? Il faut vérifier à nouveau, quitte à se lever après s'être mise au lit pour la nuit.

Le tableau clinique que présente cette patiente est fréquemment observé dans le TOC, dont le doute est le thème central. Le tableau I présente les principales formes cliniques du TOC et leurs répercussions possibles sur le fonctionnement de la personne atteinte. Toutefois, un patient peut

Tableau 1

Principaux tableaux cliniques du TOC

Thème	Obsessions	Compulsions	Répercussions
Contamination	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inquiétude ou dégoût pour les déchets → les sécrétions corporelles, la saleté → les germes, les produits de nettoyage → les animaux ■ Peur que les contaminants le rendent malade ■ Peur de rendre les autres malades par contamination 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lavage excessif ou ritualisé des mains ou des parties du corps ■ Lavage des surfaces ou des objets ■ Précautions excessives pour éviter les contaminants 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Honte ■ Restriction des déplacements ■ Atteintes physiques (dermites irritatives)
Doute	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peur d'avoir oublié quelque chose ■ Peur d'avoir fait du mal à quelqu'un sans s'en rendre compte ■ Peur d'être responsable d'une chose terrible (feu, vol) ■ Peur de se débarrasser de quelque chose d'important 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérification des verrous, de la cuisinière, etc. ■ Vérification qu'il n'y a pas d'erreurs ■ Vérification que rien de terrible n'est survenu ■ Vérification qu'aucun mal n'est fait (à lui ou à autrui) ■ Compulsions d'accumulation et de ramassage 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sentiment de responsabilité exagéré ■ Culpabilité ■ Perte de temps considérable
Symétrie et ordre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Obsession de la symétrie ou de l'exactitude, parfois accompagnée de pensée magique (par ex. : crainte qu'une personne subisse un accident si tout n'est pas à sa place) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Compulsions d'ordre, d'arrangement méticuleux et symétriques ■ Besoin d'exécuter des gestes de façon symétrique ou ritualisée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lenteur extrême pour exécuter une tâche (comme mettre des heures à se raser ou à prendre un repas) ■ Souffrance lorsque les objets sont en désordre ou asymétriques
Autres	<ul style="list-style-type: none"> Obsessions sexuelles <ul style="list-style-type: none"> ■ Pensées, images ou impulsions perverses, défendues ou impliquant des enfants, l'homosexualité ou l'inceste Obsessions religieuses <ul style="list-style-type: none"> ■ Inquiétude se rapportant au blasphème, à la moralité 	<ul style="list-style-type: none"> Rituels de confession 	
	<ul style="list-style-type: none"> Obsessions d'agressivité <ul style="list-style-type: none"> ■ Peur de commettre un geste violent (par ex. : poignarder un ami) Obsessions somatiques <ul style="list-style-type: none"> ■ Peur d'être malade ou de contracter une maladie 	<ul style="list-style-type: none"> Rituels de vérification <ul style="list-style-type: none"> ■ Vérification qu'un geste violent n'a pas été fait ■ Vérification des parties du corps ■ Besoin d'être rassuré par un médecin 	
	<ul style="list-style-type: none"> ■ ■ ■ ■ ■ ■ 	<ul style="list-style-type: none"> Rituels mentaux <ul style="list-style-type: none"> ■ Prière ■ Répétition mentale de chiffres ou de mots dans un ordre donné ■ Calcul mental 	

Adapté de l'index des symptômes Y-BOCS de Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. *The Yale-Brown obsessive-compulsive scale*. *Gen Psychiatry* 1989; 46 : 1006-16.

présenter différentes combinaisons d'obsessions et de compulsions et, qui plus est, elles peuvent varier dans le temps. Les patients qui présentent des obsessions sans compulsions sont plutôt l'exception. Même lorsque les ob-

sessions prédominent, on arrive généralement à mettre en évidence des rituels mentaux subtils. Par exemple, un patientaux prises avec des obsessions à contenu religieux blasphématoire pourrait systématiquement pen-

ser à Jésus en croix pour les chasser. Voilà qui nous amène à préciser les éléments clés du diagnostic du TOC selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*)². Le TOC se caractérise par l'exis-

tence d'obsessions et de compulsions causant une souffrance intense, une perte de temps considérable (pl us d'une heure par jour) ou une atteinte importante du fonctionnement. Le patient doit, à un moment ou l'autre de l'évolution de sa maladie, avoir reconnu le caractère excessif ou irraisonné de ses symptômes. Le DSM-IV reconnaît ainsi une certaine variabilité de l'autocritique quant au caractère excessif des symptômes³. Enfin, le trouble ne se limite pas à un thème, comme la nourriture dans les troubles de la conduite alimentaire, la rumination de culpabilité dans un épisode dépressif majeur, ou la crainte d'avoir une maladie grave dans l'hypochondrie.

Quelle est l'importance du TOC dans la pratique générale ?

Le TOC a longtemps été considéré comme une affection très rare, jusqu'à ce que plusieurs études menées à travers le monde en établissent la prévalence à vie dans la population générale à 2 %. Ce qui le met au quatrième rang en fréquence des diagnostics psychiatriques aux États-Unis après les troubles phobiques, les troubles liés à la toxicomanie et les troubles dépressifs majeurs.

Si les premiers symptômes remontent souvent à l'adolescence et parfois à l'enfance, le trouble obsessionnel-compulsif s'installe généralement au début de l'âge adulte (en moyenne, à 19 ans chez l'homme et à 22 ans chez la femme). Cependant, 5 à 10 ans peuvent s'écouler avant que la personne consulte ou que le diagnostic soit posé. Malgré leur grande détresse, les patients, ignorant ce qui leur arrive, ont souvent tendance à cacher leurs symptômes.

Sasson propose cinq questions pour dépister le TOC⁶ :

- ➔ Nettoyez-vous ou lavez-vous, souvent et beaucoup ?
- ➔ Effectuez-vous de multiples vérifications, des objets ou des faits ?
- ➔ Avez-vous des pensées dérangeantes dont vous aimeriez vous défaire, mais en vain ?
- ➔ Vos tâches quotidiennes sont-elles particulièrement longues à accomplir ?
- ➔ Êtes-vous obsédé par l'ordre et la symétrie ?

Le TOC apparaît soit graduellement, soit brutalement, souvent en relation avec des événements marquants. Il évolue généralement vers la chronicité, et l'intensité de la maladie varie beaucoup dans le temps. Les rémissions complètes, épisodiques ou définitives, sont rares.

La complication majeure la plus fréquente du TOC est l'épisode dépressif majeur. Les deux tiers des patients en souffrent un jour ou l'autre. Quant aux troubles diagnostiques psychiatriques fréquemment associés au TOC, retenons la phobie sociale et les phobies spécifiques, les troubles liés à la toxicomanie, le trouble panique et les troubles de la conduite alimentaire.

Tout ce contexte explique que le TOC peut échapper au diagnostic. C'est pourquoi on doit systématiquement rechercher l'existence d'obsessions et de compulsions chez tout

patient présentant des symptômes d'anxiété, et l'envisager en présence de symptômes dépressifs.

Diagnostic différentiel

Les obsessions et les compulsions du TOC doivent d'abord être distinguées des superstitions, des préoccupations légèrement excessives ou des « petites manies » d'une personne normale, qui ne présente pas d'anxiété pathologique ni d'atteinte fonctionnelle. Le patient atteint d'un trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive éprouve des difficultés majeures de fonctionnement dans les diverses sphères de sa vie. Il est obsédé par l'ordre et les détails, et ses réactions sont empreintes de rigidité. Le patient souffrant d'un trouble de personnalité a des symptômes qualifiés d'« égocentriques », c'est-à-dire qu'il les trouve appropriés, non excessifs, ou les reconnaît comme faisant partie intégrante de sa personnalité, ce qui n'est manifestement pas le cas pour le patient souffrant d'un TOC. Malgré leur apparence similaire, le trouble obsessionnel-compulsif et le trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive sont deux entités très différentes, tant sur les plans diagnostique que pronostique et thérapeutique. Entre autres, l'arsenal thérapeutique utilisé contre le TOC n'a pas sa place dans le traitement du trouble de personnalité sans complication.

Le TOC peut échapper au diagnostic. C'est pourquoi on doit systématiquement rechercher l'existence d'obsessions et de compulsions chez tout patient présentant des symptômes d'anxiété, et l'envisager en présence de symptômes dépressifs.

Il existe des traitements efficaces contre le TOC, et on peut améliorer la qualité de vie de la majorité des patients. La pharmacothérapie occupe une place de choix dans le traitement de cette affection; et la thérapie cognitivo-comportementale s'est aussi avérée efficace.

Repères

Tableau II

Diagnostic différentiel des obsessions somatiques

Diagnostic	Type d'obsession
TOC → → →	Le patient est obsédé par la maladie. Il sait que ses préoccupations sont excessives, mais ne peut s'empêcher d'y penser et va parfois vérifier auprès du médecin pour soulager (temporairement) ses pensées obsessionnelles.
Hypocondrie → →	Le patient a peur d'avoir une maladie grave. Sa peur se fonde sur l'interprétation erronée de sensations physiques. Il multiplie parfois les consultations médicales.
Phobie des maladies →	Le patient a une crainte excessive de contracter une maladie d'y être exposé. Il lui arrive d'éviter des situations qu'il juge à risque.
Trouble délirant type somatique →	Le patient est fermement convaincu qu'il a une maladie. Il peut même croire qu'on complotte pour le lui cacher. Le délire concernant cette maladie peut présenter un caractère plus ou moins bizarre.

Dans l'épisode dépressif majeur, les ruminations sont principalement liées à la culpabilité. Dans les troubles phobiques, l'anxiété est déclenchée par des situations ou des objets précis et circonscrits, et les compulsions sont absentes. Des ruminations à caractère obsessionnel sont parfois présentes dans l'anxiété généralisée. Elles consistent toutefois en une exagération des préoccupations de la vie quotidienne. Dans la schizophrénie, les préoccupations sont nettement bizarres, impénétrables. Il y a souvent d'autocritique, et on retrouve les autres symptômes caractéristiques de la maladie.

Enfin, les obsessions à caractère somatique constituent à elles seules un défi diagnostique. Le tableau II en présente un aperçu.

On a tenté d'expliquer la cause du TOC à l'aide de plusieurs modèles. Une revue exhaustive de ces modèles dépasse le cadre de cet article, mais un bref survol des facteurs biologiques en cause prépare le terrain à la question

du traitement. Du point de vue des neurotransmetteurs, les études sur le traitement de la maladie ont montré l'efficacité des agents agissant sur la sérotonine, ce qui a poussé les chercheurs à explorer cette voie. Si on admet que le TOC implique un dysfonctionnement sérotoninergique on ne connaît cependant pas son rôle précis dans la pathogenèse. Du point de vue génétique, l'hypothèse selon laquelle il y aurait une forte composante biologique dans le TOC est étayée par la découverte que 35 % des parents du premier degré d'un patient connu souffrirait de TOC¹. Enfin, les résultats obtenus en imagerie cérébrale sont fascinants. On a détecté grâce à la tomographie par émissions de protons (PET scan) des zones d'hyperactivité qui, après traitement pharmacologique et même comportemental, se sont normalisées. Des études en résonance magnétique ont aussi permis de déceler certaines anomalies structurelles au niveau du lobe frontal et des noyaux caudés.

Peut-on aider M^{me} Ranger ? Autrefois, nous aurions répondu à cette question par un « oui » très mitigé, le TOC étant alors réputé pour sa faible réponse au traitement. Fort heureusement, on sait aujourd'hui qu'il existe des traitements efficaces contre le TOC et qu'on peut améliorer la qualité de vie de la plupart des patients. La pharmacothérapie occupe une place de choix dans le traitement de cette affection, et la thérapie cognitive-comportementale (TCC) s'est aussi avérée efficace.

Pharmacothérapie

Les médicaments approuvés au Canada pour le traitement du TOC sont : la clomipramine, la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine et la sertraline. Ils ont en commun d'agir sur la sérotonine.

La clomipramine a été le médicament le plus étudié. De tous les antidépresseurs tricycliques, c'est le seul qui a une forte action sur la sérotonine. Dans le cadre de l'étude la plus citée sur ce médicament⁷, l'état de 60 % des patients s'était assez ou beaucoup amélioré. La réduction de la gravité des symptômes était de 35 % avec le médicament, contre 7 % pour le placebo. Ce faible effet placebo dans le traitement du TOC a plus tard été confirmé, tant pour la clomipramine que pour les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS). En comparaison, la plupart des essais thérapeutiques sur les effets des antidépresseurs dans le traitement de la dépression révèlent un effet placebo de 30 à 40 %.

Aujourd'hui, les ISRS sont considérés par plusieurs cliniciens comme le traitement pharmacologique de

choix du TOC. Quoique leur efficacité s'apparente à celle de la clomipramine, leur profil d'effets secondaires milite en faveur de leur utilisation en première ligne. En revanche, les effets anticholinergiques de la clomipramine sont bien connus, et les contre-indications doivent être respectées. Il est déconseillé de la prescrire aux patients suicidaires en raison de sa toxicité. Le dernier né des ISRS, le citalopram, a fait l'objet d'essais prometteurs, mais limités⁸.

On a longtemps cru que de fortes doses d'antidépresseurs étaient nécessaires pour traiter cette maladie. On sait maintenant qu'il faut amorcer le traitement à la dose d'attaque recommandée pour celui de la dépression, et que la réponse n'est pas nécessairement fonction de la dose⁹. L'amélioration peut se manifester en quatre à six semaines, mais il faut attendre 10 à 12 semaines avant de conclure à une absence de réponse¹⁰. Certains patients nécessitent la dose maximale permise selon la monographie du produit, mais la posologie doit être ajustée lentement, en fonction des effets secondaires, pour réduire les risques d'abandon du traitement.

En l'absence de réponse ou d'amélioration significative, ou s'il y a des effets secondaires marqués, la stratégie préconisée est la substitution par un autre ISRS. L'étape suivante pourrait consister en un essai avec la clomipramine, qui demeure une solution de rechange valable. Quant aux stratégies de potentialisation, plusieurs sont proposées, mais peu ont fait l'objet d'études contrôlées¹.

Lorsque la réponse est amorcée, plusieurs mois peuvent s'écouler avant l'atteinte d'un plateau. Les symptômes diminuent mais, chez la grande majorité des patients, ils réapparaissent

Tableau III

Motifs d'orientation en psychiatrie

- ➔ Incertitude diagnostique
- ➔ Gravité de la maladie (atteinte fonctionnelle importante)
- ➔ Épisode dépressif majeur avec risque suicidaire important
- ➔ Maladie concomitante rendant le plan de traitement difficile
- ➔ L'absence ou le peu de réponse à un ou deux médicaments administrés à dose adéquate pour une durée de 10 semaines
- ➔ Thérapie cognitivo-comportementale (médecin ou psychologue formé en TCC)

pas complètement. Dans une étude prospective d'une durée de deux ans², seulement 10 à 12 % des sujets ont eu une rémission complète, même avec une pharmacothérapie adéquate. De ce nombre, 48 % ont rechuté pendant l'étude.

Quand faut-il arrêter le traitement médicamenteux ? Pour un grand nombre de patients, la réponse pourrait bien être jamais. Les études signalent un taux de rechute de 80 à 90 % dans les deux mois suivant l'arrêt du médicament. Un grand nombre de patients voudront néanmoins arrêter de prendre le médicament pour différentes raisons. Il est alors conseillé de repousser cette décision à au moins 12 mois après l'atteinte d'un plateau³.

Psychothérapie

La TCC est la seule qui s'est avérée efficace dans le traitement du TOC. La principale technique utilisée est la prévention de la réponse. Avec cette approche, le patient est amené à s'exposer progressivement aux situations provoquant les pensées obsessionnelles tout en s'abstenant de recourir aux compulsions qui y sont associées. Progressivement, l'anxiété provoquée par l'exposition diminue, et la nécessité d'exécuter le rituel s'estompe. L'efficacité

de cette approche est équivalente à celle de la pharmacothérapie⁴, mais on ne peut y recourir systématiquement, car elle n'est pas disponible partout et le patient doit être motivé à y adhérer.

Approche combinée

Plusieurs auteurs considèrent que le traitement de choix du TOC s'appuie sur une pharmacothérapie adéquate conjuguée à une approche comportementale.

Cette thérapie combinée aurait l'avantage de minimiser les rechutes à l'arrêt du traitement⁵. Peu d'études cependant se sont penchées sur la thérapie combinée, et la pharmacothérapie occupe encore une place majeure dans le traitement du TOC. Le traitement médicamenteux doit sans conteste être privilégié en présence d'un épisode dépressif majeur associé ou d'atteinte fonctionnelle grave. Quant aux techniques de gestion du stress et de relaxation comme unique modalité thérapeutique, on retiendra qu'elles se sont révélées inefficaces par rapport aux techniques comportementales¹⁵.

Enfin, on trouvera au tableau III les principaux motifs d'orientation en psychiatrie.

M^{ME} · RANGER · a bien répondu à une dose standard d'ISRS. Après 10 mois de traitement, elle a décidé d'arrêter de prendre le médicament. Les symptômes sont réapparus et elle a repris le traitement. Un an plus tard, à l'occasion de son examen périodique, elle nous raconte que le dernier mois n'a pas été facile. En quittant un stationnement, elle a vraiment frôlé le pare-chocs d'un autre véhicule. Quelques vérifications ont confirmé qu'il n'y a eu aucun dommage, mais de retour chez elle, elle fut enaillée par le doute et est retournée sur les lieux pour vérifier à nouveau. Les jours suivants, elle a été plus anxieuse, mais maintenant, elle va mieux. Nous avons discuté de psychothérapie (TCC évidemment); mais sa qualité de vie s'étant grandement améliorée, elle n'en ressent pas le besoin. □ ¶

Date de réception : 17 novembre 1999. ¶

Date d'acceptation : 4 mars 2000. ¶

Mots clés : obsessions, compulsions, agents sérotoninergiques, exposition et prévention de la réponse. ¶

Bibliographie ¶

1. Kaplan HI, Sa dock BJ. *Synopsis de psychiatrie, sciences du comportement. Psychiatrie clinique* 8^e éd. Paris: Masson-Williams et Wilkins France 1998. ¶
2. *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* 4^e éd. Paris: Masson, 1996. ¶
3. Foa EB, Kozak MJ. DSM-IV Field-trial: obsessive compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1995; ; 152 (1): 90-6. ¶
4. Goodman WK, Prince LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown obsessive-compulsive scale. *Arch Gen Psychiatry* 1989; ; 46: 1006-16. ¶
5. Tasmán A, Kay J, Lieberman JA. *Psychiatry* Philadelphie: WB Saunders, 1997, vol. 2. ¶
6. Sasson Y, Zohar J, Chopra M, Lurtig M, Iancu F, Hendler T. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *J Clin Psychiatry* 1997; ; 58 (Suppl 12): 7-10. ¶
7. Clomipramine Collaborative Study Group. Clomipramine in the treatment of patients

Summary

¶ **Obsessive-compulsive disorder.** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a debilitating disease characterized by the presence of two distinct phenomena: obsessions and compulsions, that clearly interfere with functioning or cause significant distress. ¶

The most common clinical patterns are: concern about contamination, pathological doubt and checking, need for symmetry and precision and finally, somatic, sexual and aggressive obsessions. Since many patients manage to keep their symptoms secret, the diagnosis may be missed or delayed. The prevalence of OCD has been found to be remarkably higher than previously thought. It is the fourth most common psychiatric illness in the USA after phobias, depression and substance abuse. ¶

Its course is generally chronic and few patients achieve true remission. Major depressive disorder is the main complication. OCD is sometimes difficult to distinguish from other disorders and comorbidity is of concern. Biological factors play an important role in its etiology. ¶

Pharmacotherapy and behavior therapy are effective in significantly reducing symptoms in a large number of patients. The efficacy of clomipramine and SSRI (fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine and sertraline) has been proven and 10 to 12 weeks are usually needed to obtain maximum response. Starting with the usual antidepressant dose is now the rule and increasing the dose is not always necessary. After improvement, long-term therapy may be needed for most patients. ¶

The principal behavioral approach in OCD is exposure and response prevention, and its main advantage may be in reducing relapse after discontinuation of medication. ¶

¶ **Key-words**: obsessions, compulsions, serotonin reuptake inhibitors, exposure and response prevention.

with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1991; ; (48): 730. ¶

8. Tan JY, Levin GM. Citalopram in the treatment of depression and other potential uses in psychiatry *Pharmacotherapy* 1999; ; 19 (6): 675-89. ¶

9. Greist J, Chouinard G, DuBoff E, Halaris A, Suck-Won K, Koran L, et al. Double-blind parallel comparison of three dosages of sertraline and placebo in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; ; 52: 289-95. ¶

10. Goodman WK. Obsessive-compulsive disorder: diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 1999; ; 60 (Suppl 8): 27-32. ¶

11. Greist JH, Jefferson JW. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1998; ; 173 (Suppl 35): 64-70. ¶

12. Eisen JL, Goodman WK, Keller MB, Warshaw MG, De Marco LM, Luce DD, et al. Patterns of remission and relapse in obsessive-compulsive disorder: a two-year prospective study. *J Clin Psychiatry* 1999; ; 60 (5): 346-51. ¶

13. Expert Consensus Guideline Series. Treatment of obsessive-compulsive disorder.

J Clin Psychiatry 1997; ; 58 (Suppl 4). ¶

14. Jindasay M, Crino R, Andrews G. Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1997; ; 171: 135-9. ¶

15. Johagen F, Winke Imann G, Rasche-Rüchle H, Hand I, König A, et al. Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. *Br J Psychiatry* 1998; ; 173 (Suppl 35): 71-8.

