

## اختلال وسواسی - جبری در مراجعان به درمانگاه روان پزشکی بیمارستان نور اصفهان

دکتر اکبر عظیمی\* دکتر فرشته شکیبایی\*\* دکتر سید محمد مهدی موحد ابطی\*

### The obsessive - compulsive disorder: prevalence and therapy in psychiatric clinic clients at Nour hospital of Isfahan (1995-1997)

A.Azimi F.Shakibaei SM.Movahed Abtahi

#### \*Abstract

**Background:** The obsessive-compulsive disorder (OCD), is a common psychiatric disease and in spite of long-term treatment, its failure to therapy, discontinuing, relapse and side effects are high.

**Objective:** This study was done to assess the patterns of OCD, prevalence, therapies and comorbidity in Nour psychiatric clinic clients.

**Methods:** Within 3515 psychiatric consultation during 4 years, 166 cases of OCD were recognized. The time of initial and complete drug effects considered 3 and 6 weeks respectively. The response to therapy (after 6 weeks) was: 1) Good: symptoms remove, 2) Medium: symptoms relief, 3) Poor: no symptoms control.

**Findings:** The prevalence of OCD were 4.72%, mainly women, married and adult with 20-40 years old. The most pattern of OCD was washing, thinking and checking, respectively. The most used drug was clomipramine (66.87%) then fluoxetine (19.27%), with dosage 61-100 and 20 (mg/d) respectively. In group 1, the mean dose of clomipramine and fluoxetine was 69 and 60 (mg/d). Only 30.1% of cases had been followed up, and 13.2% of them had good response to therapy. The comorbidity was in 68.08% of cases, and in 80.64% of them, the response to therapy was mild. The most psychiatric comorbidity was major depression disease (44.57%).

**Conclusion:** The prevalence of OCD is high. The most used drug (insufficient and not enough), was clomipramine then fluoxetine. The psychiatric comorbidity (specially major depression disease) had raised failure rate.

**Key words:** Compulsive Behavior, Psychiatry, Drug Therapy, Depression, Patients

#### \*چکیده

**زمینه :** اختلال وسواسی- جبری (OCD) یک بیماری شایع روان پزشکی است که درمان طولانی، موارد شکست، ترک درمان، عود بیماری و عوارض دارویی آن از جمله مشکلات بیماران مبتلاست.

**هدف :** مطالعه به منظور تعیین فراوانی الگوهای اختلال وسواسی- جبری و بیماری های همراه انجام شد.

**مواد و روش ها :** این مطالعه گذشته نگر توصیفی با بررسی ۳۵۱۵ پرونده مراجعین به درمانگاه روان پزشکی بیمارستان نور اصفهان طی ۴سال انجام و ۱۶۶ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی، جبری شناسایی شدند. زمان شروع اثر دارو و بروز اثر کامل آن ۳و۶ هفته در نظر گرفته شد. میزان پاسخ به درمان (پس از شش هفته) به صورت برطرف شدن علائم (خوب)، کاهش علائم (متوسط) و عدم تخفیف علائم (ضعیف) تعیین شد.

**یافته ها :** فراوانی نسبی اختلال وسواسی- جبری ۴/۷۲٪ بود. بیش تر بیماران زن، متأهل و بالغین ۲۰ تا ۴۰ ساله بودند. بیش ترین الگوی وسواس به ترتیب شستشو، فکرکردن و وارسی کردن بود. بیش ترین داروی مصرفی کلومیپرامین (۶۶/۸۷٪) و فلوکستین (۱۹/۲۷٪) بود که دوز مصرفی آنها به ترتیب ۶۱ تا ۱۰۰ و ۲۰ میلی گرم در روز بود. در گروه پاسخ به درمان خوب، میانگین دوز کلومیپرامین ۶۹ و فلوکستین ۶۰ میلی گرم در روز بود. فقط ۳۰/۱٪ بیماران پیگیری شده بودند که در ۱۳/۲٪ موارد، پاسخ به درمان خوب بود. در ۶۸/۰۸٪ موارد بیماری روان پزشکی همراه وجود داشت که در ۸۰/۶۴٪ موارد، پاسخ به درمان ضعیف بود. بیش ترین بیماری همراه، افسردگی اساسی (۴۴/۵۷٪) بود.

**نتیجه گیری :** فراوانی نسبی اختلال وسواسی- جبری بالاست و در بیش تر بیماران درمان ناقص و ناکافی است. وجود بیماری روان پزشکی همراه به خصوص افسردگی اساسی، پاسخ به درمان را کم می کند.

**کلید واژه ها :** رفتار اضطرابی، روان پزشکی، دارودرمانی، افسردگی، بیماران

**\* مقدمه :**

وجود یا عدم وجود افسردگی، تأثیری بر نتیجه درمان وسواس ندارد، ولی در بیماران افسرده ای که اختلال وسواسی-جبری دارند فلوکستین داروی برتر است.<sup>(۱۰۹)</sup> این اختلال سیر مواج داشته و تا ۶ هفته پس از شروع درمان ممکن است بهبودی به تأخیر بیافتد. حداکثر نیمی از بیماران به درمان پاسخ می‌دهند و در صورت قطع درمان، خطرعود بیماری وجود دارد.<sup>(۷)</sup> این مطالعه با هدف تعیین فراوانی الگوهای اختلال وسواسی جبری و بیماری همراه آن انجام شد.

**\* مواد و روش ها :**

این مطالعه گذشته نگر توصیفی با مراجعه به پرونده های مراجعه کنندگان به درمانگاه روان پزشکی بیمارستان نور اصفهان طی سال های ۱۳۷۳ تا ۱۳۷۶ انجام و مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری شناسایی شدند. از میان ۳۵۱۵ پرونده، ۱۶۶ پرونده بیمار اختلال وسواسی-جبری وجود داشت. اطلاعات مربوط به سن، جنس، تأهل، الگوی وسواس، درمان ها، دوز داروها، پاسخ به درمان و بیماری روان پزشکی همراه، با فهرست واریسی استخراج شد. برای شروع اثر دارو، ۳ هفته و برای بروز اثرات کامل دارو ۶ هفته زمان در نظر گرفته شد.<sup>(۱۱)</sup> پاسخ به درمان به صورت ضعیف (عدم تخفیف علائم پس از ۶ هفته)، متوسط (کاهش علائم پس از ۶ هفته) و خوب (برطرف شدن علائم پس از ۶ هفته) در نظر گرفته شد.<sup>(۱۱)</sup>

**\* یافته ها :**

از میان ۳۵۱۵ مراجعه کننده، ۱۶۶ نفر (۴/۷۲ درصد) اختلال وسواسی-جبری داشتند که ۹۶ نفر آنها (۵۷/۸۳ درصد) زن و ۱۰۱ نفر (۶۰/۸۴ درصد) متأهل بودند. ۱۰۲

اختلال وسواسی-جبری، از اختلال های شایع روان پزشکی است که افکار یا رفتارهای وسواسی عودکننده، عملکرد فردی و اجتماعی بیمار را کاهش می دهد. این اختلال بیش تر در سنین جوانی (۱۸ تا ۲۴ سالگی) شروع می شود. در هر دو جنس تا حدودی برابر و پس از بلوغ در مردان بیش تر است. افراد مطلقه، بیوه و بیکار در میان مبتلایان بیش تر هستند.<sup>(۱)</sup> شایع ترین الگوی آن، وسواس شستن و سپس واریسی کردن است که به ترتیب در زنان و مردان شایع تر است که شروع آن در سنین پایین تر، بیش تر به شکل واریسی کردن و در سنین بالاتر به شکل شستن است.<sup>(۱۶ و ۲)</sup> علائم در زنان در سنین بالاتر تظاهر می یابد.<sup>(۴)</sup> بعضی مطالعه ها نشان داده اند افراد دچار وسواس واریسی کردن، حافظه کمتری دارند<sup>(۱)</sup> و اغلب مردان مجردی هستند که در سنین پایین تری دچار وسواس شده اند.<sup>(۵ و ۴)</sup> بیش تر زنان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری افسردگی و بیش تر مردان مبتلا اضطراب دارند.<sup>(۳)</sup> بعضی ها رفتار درمانی را اساس درمان می دانند ولی مطالعه های موجود برای ارزیابی نتایج روان درمانی این بیماران، ناکافی است. کلومیپرامین و فلوکستین رایج ترین داروهای مصرفی هستند.<sup>(۱۸ و ۱)</sup> بهترین پاسخ درمانی کلومیپرامین در دوزهای ۲۰۰ تا ۲۵۰ و فلوکستین در دوز ۶۰ میلی گرم در روز به دست می آید. در مطالعه های جدیدتر، فلوکستین و کلومیپرامین نسبت به دیگر داروها ارزش درمانی بیش تری داشته ولی بر یکدیگر برتری نداشته اند. اما فلوکستین به مدت بیش تری تحمل شده است.<sup>(۶)</sup> بیش ترین پاسخ درمانی با اضافه کردن هالوپریدول، پیموزاید یا رسپریدون به فلوکستین به دست آمده است.<sup>(۷)</sup> مطالعه های دیگر بهترین درمان را، فلوکستین همراه رفتار درمانی می دانند.<sup>(۸)</sup>

کلومیپیرامین با دوز ۶۱ تا ۱۰۰ میلی گرم در روز تجویز شده بود، ۳۱ نفر (۲۶/۲۷ درصد) کمتر از ۶۰، ۱۵ نفر (۱۲/۷۱ درصد) بین ۱۰۰ تا ۱۵۰ و ۶ نفر (۵ درصد) بیش از ۱۵۰ میلی گرم در روز دریافت می کردند. ۲۱ نفر (۵۳/۸ درصد) فلوکستین با دوز ۲۰ میلی گرم در روز، ۱۲ نفر (۳۰/۷۶ درصد) ۴۰ میلی گرم، ۴ نفر (۱۰/۲۵ درصد) ۶۰ میلی گرم و ۲ نفر (۵/۱ درصد) ۸۰ میلی گرم در روز دریافت می کردند. طی ۴ سال، پاسخ به درمان دارویی ۵۳ بیمار (۳۰/۱ درصد) پی گیری شده بود که پاسخ ضعیف در ۳۱ نفر (۵۸/۵ درصد)، پاسخ متوسط در ۱۵ نفر (۲۸/۳ درصد) و پاسخ به درمان خوب در ۷ نفر (۱۳/۲ درصد) مشاهده شد (جدول شماره ۳).

### جدول ۳- فراوانی بیماران مصرف کننده کلومیپیرامین و فلوکستین بر حسب پاسخ به درمان

جمع	ضعیف	متوسط	خوب	پاسخ به داروی مصرفی
۴۲	۲۵	۱۲	۵	کلومیپیرامین
۱۱	۶	۳	۲	فلوکستین

در گروه های پاسخ به درمان خوب، متوسط و ضعیف، میانگین دوز کلومیپیرامین به ترتیب ۶۹، ۱۰۴/۱، ۱۲۳/۱ میلی گرم در روز و میانگین دوز فلوکستین به ترتیب ۶۰، ۵۳/۳ و ۴۰ میلی گرم در روز بود. افسردگی اساسی در ۷۴ نفر (۴۴/۵۷ درصد) دیده شد. ۵۳ نفر (۳۱/۹۲ درصد) همراه اختلال وسواسی-جبری، بیماری روان پزشکی دیگری نداشتند و ۳۹ نفر (۲۳/۵۱ درصد) اختلال دوقطبی، اضطراب منتشر، اسکیزوفرنی یا اختلال های دیگر داشتند. در گروه پاسخ به درمان خوب، متوسط و ضعیف به ترتیب ۴ (۵۷/۱۴ درصد)، ۹ (۶۰ درصد) و ۲۵ نفر (۸۰/۶۴ درصد) اختلال روان پزشکی همراه اختلال وسواسی-جبری داشتند.

نفر (۶۱/۴۵ درصد) در گروه سنی ۲۱ تا ۴۰، ۳۷ نفر (۲۲/۳ درصد) ۲۰ تا ۲۴ و ۲۴ نفر (۱۴/۴۵ درصد) ۴۱ تا ۶۵ ساله بودند (جدول های شماره ۱ و ۲).

### جدول ۱- فراوانی الگوی وسواس بر حسب سن و جنس

الگوی وسواس	زن		مرد	
	میانسال**	جوان*	میانسال**	میانسال**
شستشو	۲۷ ۵۴%	۳۹ ۷۳/۵۸%	۷ ۱۷/۰۷%	۳ ۱۲/۵%
وارسی کردن	۷ ۱۴%	۳ ۵/۶۶%	۱۷ ۴۱/۴۶%	۵ ۲۰/۸۴%
وسواس فکری	۱۱ ۲۲%	۸ ۱۵/۰۹%	۹ ۲۱/۹۵%	۸ ۳۳/۳۳%
غیره	۵ ۱۰%	۳ ۵/۶۶%	۸ ۱۹/۵۱%	۸ ۳۳/۳۳%
جمع	۴۷	۴۳	۳۸	۲۱

\* ده نفر دوالگوی وسواس دارند \*\* سه نفر دوالگوی وسواس دارند  
میانسال: ۳۰ تا ۶۵ سالگی  
جوان: ۱۸ تا ۲۹ سالگی

### جدول ۲- فراوانی الگوی وسواس بر حسب جنس و تأهل

الگوی وسواس	زن		مرد	
	متأهل	مجرد	متأهل	مجرد
شستشو	۴۷ ۵۵/۹۵%	۱۴ ۱۶/۶۶%	۷ ۸/۳۳%	۴ ۴/۷۶%
وارسی کردن	۶ ۲۴%	۰	۱۲ ۴۸%	۷ ۲۸%
وسواس فکری	۱۸ ۳۸%	۴ ۸%	۱ ۴۰%	۲۰ ۴۰%
غیره	۴ ۱۶%	۴ ۱۶%	۹ ۳۶%	۸ ۳۲%

۲ نفر (۲۰ درصد) هیچ گونه درمانی نمی گرفتند. در ۱۴ نفر (۹/۴۴ درصد) داروهای غیر از داروهای ضد وسواس یا روان درمانی تجویز شده بود. ۱۱۱ نفر (۶۶/۸۷ درصد) کلومیپیرامین، ۳۲ نفر (۱۹/۲۷ درصد) فلوکستین و ۷ نفر (۲۲/۴ درصد) نیز ابتدا کلومیپیرامین و سپس فلوکستین استفاده می کردند. ۶۶ نفر (۶۶/۰۲ درصد)

## \* بحث و نتیجه گیری :

فراوانی بیماری وسواسی-جبری در این مطالعه ۴/۷۲ درصد بود که مشابه مطالعه انجام شده در تهران (۶ درصد) و متفاوت با کتب مرجع (۹ تا ۱۰ درصد) است.<sup>(۱۲)</sup> این اختلاف می تواند ناشی از دقت ناکافی پزشک در تشخیص بیماری ها (در پرونده بیماران)، مراجعه کمتر بیماران یا عدم پذیرش اختلال وسواسی-جبری در نزد بیماران به عنوان یک بیماری باشد. به نظر می رسد فراوانی واقعی اختلال وسواسی-جبری در جامعه ما از آمارهای موجود بیش تر است.<sup>(۴)</sup> زنان مبتلا، ۱/۳ برابر مردان بودند که مشابه نتایج مطالعه تهران (۱/۶ برابر) بود، ولی کتب مرجع فراوانی اختلال وسواسی-جبری را در زنان و مردان یکسان می دانند.<sup>(۱۲)</sup> اُفت عملکردی زودرس در زنان وسواسی نسبت به مردان وسواسی می تواند علت این تفاوت باشد. همانند کتب مرجع، بیش ترین محدوده سنی بیماران در بین ۲۱ تا ۴۰ سالگی بود.<sup>(۸)</sup> بیش تر بیماران متأهل بودند که بازتابی از مسائل جامعه ماست، جدایی همسران در کشور ما به راحتی جوامع غربی نیست؛ متأهلان، مشکل اقتصادی و اضطراب بیش تری دارند که می تواند در بروز اختلال وسواسی-جبری نقش داشته باشند.<sup>(۵)</sup> در بعضی بررسی ها، فرهنگ یک جامعه در فراوانی الگوی وسواس نقش دارد.<sup>(۱۳)</sup> در این مطالعه، زنان بیش تر وسواس شستشو و مردان بیش تر وسواس واری کردن داشتند که الگوی وسواس بر حسب جنس در این مطالعه بر خلاف بعضی مطالعه های دیگر است.<sup>(۹)</sup> مشکلات اقتصادی و اشتغال، شرایط فرهنگی و مذهبی جامعه، خانه داری زنان و نگرانی نسبت به آینده می تواند در توزیع الگوی وسواس نقش داشته باشند.<sup>(۴)</sup>

اختلال روان پزشکی همراه اختلال وسواسی-جبری بیش تر به صورت افسردگی بود. در مطالعه های

دیگر، افسردگی در زنان و اضطراب در مردان بیش تر بوده است.<sup>(۱۲)</sup> با توجه به این که بیش تر بیماران با پاسخ ضعیف به درمان، اختلال روان پزشکی همراه داشتند، درمان آن اهمیت دارد.<sup>(۱۴)</sup>

رفتار درمانی بسیار محدود بود. در حالی که بررسی ها نشان داده اند رفتار درمانی شانس عود را در صورت قطع دارو کاهش می دهد و مصرف همزمان مهارکننده های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRI)، بهبودی کوتاه مدت و بلند مدت را به دنبال دارد و پاسخ به درمان را تسریع می کند.<sup>(۱۵)</sup> در سه چهارم بیماران که دارو درمانی و رفتار درمانی همزمان انجام می شود، بهبودی مداوم در علائم بیماری دیده می شود، ولی رفتار درمانی به تنهایی توصیه نمی شود.<sup>(۱۵)</sup> علت کم توجهی به رفتار درمانی، گرایش بیش تر روان پزشکان به تجویز دارو، اتلاف وقت کمتر و عدم نیاز به روان شناس بالینی یا ارجاع به وی است.<sup>(۱۶)</sup> اگرچه بیمار باید زمان، انرژی و پول هنگفتی برای رفتار درمانی بپردازد، ولی دارو درمانی میزان پذیرش و موفقیت رفتار درمانی را می افزاید.<sup>(۱۵)</sup>

در این مطالعه بیش ترین داروی تجویز شده کلومیپرامین بود، ولی به دلیل عوارض جانبی آن، خط دوم درمان اختلال وسواسی-جبری محسوب می شود.<sup>(۶)</sup> بیش ترین دوز مصرفی ۶۰ تا ۱۰۰ میلی گرم در روز بود که کمتر از میانگین دوز درمانی (۲۰۰ تا ۲۵۰ میلی گرم در روز) است.<sup>(۱۴)</sup> بیماران که با دوز کمتر، پاسخ به درمان ضعیف داشتند، دوز های بالاتری دریافت کرده بودند، ولی در موارد مقاوم، اضافه کردن دوز کلومیپرامین تأثیری بر بهبود علائم ندارد. در بعضی مطالعه ها تجویز طولانی مدت کلومیپرامین با دوز کمتر (۱۵۰ میلی گرم در روز) اثر بخشی مناسبی داشته و خطر عود بیماری را کاهش داده است.<sup>(۱۷)</sup>

به نظر می رسد پرهیز روان پزشکان از عوارض جانبی کلومیپرامین (که وابسته به دوز

است) و عدم تحمل بیمار، از علل کمبود دوز و عدم پاسخ درمانی باشد.<sup>(۱۶)</sup>

فلوکستین به دلیل عوارض کمتر، تحمل طولانی مدت و اثر بخشی مشابه با کلومیپرامین، خط اول درمان است و با دوز ۶۰ میلی گرم در روز بهترین اثر درمانی آن به دست می‌آید، ولی در این مطالعه موارد تجویز فلوکستین بسیار کم و بیش ترین دوز تجویز شده ۲۰ میلی گرم در روز بوده است.<sup>(۱۰۶)</sup> بررسی ها نشان داده اند فلوکستین با دوزهای کمتر از ۴۰ میلی گرم در روز در طی ۵ هفته اول اثربخشی واضحی ندارد، ولی پس از آن اثرات واضح آن حتی در دوزهای ۲۰ میلی گرم در روز نیز وجود دارد.<sup>(۹)</sup> اگرچه با افزایش دوز عوارض فلوکستین بیش تر می شود. ولی تحمل دارویی نسبت به فلوکستین در این بیماران بیش از سایر بیماران روان پزشکی بوده و اختلال وسواسی-جبری کمتر از افسردگی اساسی به فلوکستین پاسخ می دهد.<sup>(۱۰۲)</sup> در مجموع به نظر می رسد روان پزشکان نسبت به کاربرد فلوکستین در اختلال وسواسی-جبری آگاهی کافی ندارند.<sup>(۱۶)</sup>

در تعداد بسیار کمی از بیماران، پس از شکست درمان با کلومیپرامین، فلوکستین تجویز شده که تأثیری بر میزان پاسخ به درمان نیز نداشته است. در مورد برتری اثربخشی این دو دارو بر یکدیگر اختلاف نظر وجود دارد.<sup>(۱۰۳ و ۱۶)</sup> برخی مطالعه ها نشان داده اند که فلوکستین به اندازه کلومیپرامین اثربخشی دارد، ولی در صورت قطع، بیماری عود کرده و افسردگی نیز بروز می کند.<sup>(۱۸ و ۱۷)</sup> در بیمارانی که عوارض کلومیپرامین را نشان می دهند اضافه کردن فلوکستین عوارض کلومیپرامین را کاهش و میزان بهبودی را افزایش می دهد، به دوز کمتری از کلومیپرامین و فلوکستین نیاز است و تداوم تجویز آن دو با دوز کمتر از معمول، مانع از عود بیماری می شود.<sup>(۱۱ و ۱۷ و ۱۹)</sup> به

همین دلیل در موارد مقاوم، درمان ترکیبی توصیه می شود.<sup>(۱۰۶ و ۲۰)</sup>

در ۸۰ درصد بیمارانی که اختلال روان پزشکی همراه اختلال وسواسی-جبری داشتند پاسخ به درمان ضعیف بود و تغییری در علائم بیماران به وجود نیامد.<sup>(۱۰۶ و ۲۰)</sup> بیش ترین اختلال همراه، افسردگی بود. به نظر می رسد بیماری همراه در شکست درمان نقش داشته باشد. اگرچه بعضی بررسی ها وجود بیماری همراه را موجب شکست درمان نمی دانند، ولی بررسی های متعددی پیشنهاد می کنند در صورت همراهی افسردگی با اختلال وسواسی-جبری، فلوکستین تجویز شود و در صورت همراهی بیماری خلقی یا اضطرابی یا اسکیزوافکتیو، درمان ترکیبی به ترتیب با تجویز لیتیموم، بوسپیرون یا کلونازپام و نورولپتیک ها همراه باشد.<sup>(۱۰۶ و ۲۱)</sup>

در ۴۱/۵ درصد موارد پاسخ به درمان خوب یا متوسط بود که دور از انتظار نیست.<sup>(۲۳)</sup> در بزرگ ترین کارآزمایی بالینی دوسوکور میزان پاسخ به درمان ۶۰ درصد بوده است.<sup>(۲۶ و ۲۲)</sup> در این مطالعه فقط ۳۰ درصد بیماران پی گیری شده بودند که می تواند از عدم پذیرش بیمار، تعویض پزشک معالج و آموزشی بودن درمانگاه ناشی شده باشد که با توجه به سیر طولانی درمان، موارد شکست درمان را افزایش داده است.<sup>(۱۶)</sup>

به نظر می رسد شکست درمان اختلال وسواسی-جبری به علت درمان ناکافی و ناقص با کلومیپرامین و فلوکستین، استفاده نکردن از رفتار درمانی در کنار دارو درمانی و عدم پی گیری مناسب باشد.

#### \* سپاسگزاری :

از همکاری دکتر ذبیح ... احمدیان و دکتر امیر میرعبدالعظیمی تشکر و قدردانی می شود.

**\* مراجع :**

1. Pine DS. Anxiety disorders:clinical features. in: Kaplan and Saddock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, Lipincott William and wilkins, 2000, 1476
2. Khanna O et al. Checker and washer: valid subtype of obsessive-compulsive disorder. *Psychopathol* 1992; 25(5): 283-8
3. Lopez Ibor J et al. Duoble-blind comparison of fluoxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 1996; 6(2):111-8
۴. احمدیان ذبیح الله. بررسی توزیع فراوانی مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری و شکل اختلال بر حسب خصوصیات دموگرافیک در مراجعه کنندگان به درمانگاه روان پزشکی نور در سالهای ۷۶-۷۳. پایان نامه دکترای پزشکی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۷۷
5. Hadgson RJ, Rachman S. Obsessive-compulsive complaints. *Behave Research Therap* 1997; 15: 389-95
6. Placentini J, Bergman L. Obsessive-compulsive disorder in children.in: Kaplan and Shaddock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, Lipincott William and wilkins, 2000, 2758
7. Pigott TA et al. Controlled comparisons of clomipramine and fluoxetine in the treatment of obsessive - compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47(10): 926-32
8. Magoub OM et all. Pattern of OCD in Eastern Soudi Arabia. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 840-2
9. Montomery SA et al.A double-blind,placebo-controlled study of fluoxetine in patients with DSM-111-R OCD. *Eur NeuroPsychopharmacol* 1993; 3: 143
10. Kelsey JE, Nemeroff CB. Fluoxetine in: Kaplan and Saddock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia, Lipincott William and wilkins, 2000, 2438
11. Gelder GM et al. Obsessive-compulsive disorder. in: Oxford's textbook of psychiatry. NewYork Oxford university press. 1999, 181
۱۲. یا الله محمدرضا. بررسی خصوصیات دموگرافیک بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مراجعه کنندگان به درمانگاه مرکز پزشکی روزبه در سال ۱۳۷۵. پایان نامه دکترای پزشکی عمومی، دانشگاه تهران، ۱۳۷۶
13. Dowson JH. The Phenomenology of severeobsessive - compulsive news. *Br J Psychiatry* 1997; 131: 75-8
14. Yap HI. Management of obsessive-compulsive disorder. *Singapore Med J* 1995; 36(1): 77-9
15. Welkowitz LA. Anxiety disorders: psychological treatment. in: Kaplan and Saddock's textbook of psychiatry. Philadelphia, Lipincott William and wilkins, 2000, 1498
۱۶. میرعبدالعظیمی امیر. بررسی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بر حسب نوع و دوز داروهای تجویز شده و میزان پاسخ به درمان در مراجعین به درمانگاه روان پزشکی بیمارستان نور در سالهای ۷۶-۷۳. پایان نامه دکترای پزشکی عمومی. دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ۱۳۷۷
17. Ravizza L et al. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder:long term trial with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychopharmacol Bull* 1996; 32: 167-73

18. Jenike MA et al. Clomipramine versus Fluoxetine in obsessive-compulsive disorder: a retrospective comparison of side effects and efficacy. *J Clin Psychopharmacol* 1990;10(2):122-4
19. Simeon JG et al. Treatment of adolescent obsessive-compulsive disorder with a clomipramine-fluoxetine combination. *Psychopharmacol Bull* 1990; 26 : 2285-90
20. Milanfranchi A et al. A double blind study of Fluvoxamine and Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1997;12(3):131-6
21. Den Boer JA. Psychopharmacology of comorbid obsessive-compulsive disorder and depression. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (8):17-9
22. Piccinelle M et al. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry* 1995;166 (4): 424-43











