

Клініко-терапевтичні особливості пацієнтів із шизотиповим розладом з obsесивно-компульсивною симптоматикою

Юлія Челядин

Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика

Наталія Дзеружинська

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, кафедра психіатрії та наркології

Актуальність. Розширення obsесивно-компульсивної симптоматики в сучасних умовах підвищеної стресогенності та недостатність розгорнутих рекомендацій для цієї категорії стає актуальною даної публікації. Виникнення розвитку у молодому віці недостатньо адаптивні варіанти поведінки та ускладнює соціалізацію таких осіб. А це виникнення симптоматики в межах різних за етіологією розладів потребує розробки диференційованих діагностичних і терапевтичних підходів.

Матеріали і методи. У дослідженні прийняли участь 69 амбулаторних кабінетів з проведенням obsесивно-компульсивної симптоматики в межах шизотипового розладу (F21). Використано наступні методи: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, клініко-катамнестичний та математичної статистики. Пацієнти були обстежені за допомогою психодіагностичних методик: клінічної шкали obsесій та компульсій Йель-Брауна (Y-BOCS – Obsessive-compulsive Scale); госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); шкала оцінки якості життя (Чабан О.С., 2008); багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки («MSPSS» D. Zimet); опитувальник «Індекс життєвого стилю» («LSI» Р. Плутчика – Г. Келлермана – Х. Р. Конте), методика «Психологічна діагностика стратегії долаючої поведінки» Р. Лазаруса.

Результати. За допомогою обробки клінічної шкали obsесії та компульсій Йель-Брауна (Y-BOCS) у сім'ї з шизотиповим розладом (F21) було вивчено клінічну типологію даної симптоматики: тип уникнення, тип амбівалентності та тип накопичення. Виявлено, що ця симптоматика супроводжувалася тривогою та депресивними симптомами лише субклінічного рівня, що програв про недостатню критику до свого стану. У результаті з провідною obsесивно-компульсивною симптоматикою при шизотиповому розладі актуалізуються не зовсім зрілі варіанти захисної структури, а саме заміщення (62,3 %), вітіснення (60,9 %), регресія (58 %) та заперечення (26,1 %).). Провідні копінг-стратегії таких осіб – це самоконтроль (73,9 %) та втеча-уникнення (55,1 %), що суть є відмінним від стратегій, які частіше потребують пацієнтів з ОКС невротичного рівня.

Нами пропонується програма комплексного лікування цієї групи хворих. Пацієнти були розділені на 2 групи, перша з яких отримувала комбінований (диференційовані психофармакологічні втручання та психотерапію) варіант терапії, а друга лише диференційовану психофармакотерапію. Психотерапевтична рецептура визначалася виключно фокус-мішенями у зв'язку з типом obsесивно-компульсивної симптоматики та складалася з поєднанням техніки когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ) і гештальттерапії (ГТ). Результати катамнестичного дослідження свідчать про ефективний вплив розробленої лікувально-реабілітаційної програми на всі складові психічного стану та соціального функціонування при всіх типах obsесивно-компульсивної симптоматики субпсихотичного рівня.

Висновки. Визначено провідні типи ОКС при шизотиповому розладі та особливості психосоціального функціонування у потребі, що дозволило створити диференційований підхід до формування програми їх комплексного лікування та реабілітації. такі особи потребують обов'язкової психофармакотерапії та диференційованого психотичного втручання. Застосування програми дозволило покращити психічний стан і якість життя та досягти оптимального рівня адаптації хворих у різних життєвих сферах, збільшити періоди ремісії та запобігти рецидиву розладу.

Актуальність

На сьогодні скарги пацієнтів на obsесивно-компульсивну симптоматику (ОКС) в амбулаторній практиці лікаря-психіатра є достатньо розповсюдженими. Вона значно порушує якість життя та утруднює соціальне функціонування таких осіб. Як правило, така симптоматика існує довго і важко піддається лікуванню.

Найчастіше ОКС розглядається в межах рубрики F4 МКХ-10 «Невротичні та пов'язані зі стресом і соматоформні розлади» (F 42 Obsесивно-компульсивний розлад), іноді вона поєднується з розладами афективного і невротичного спектру та розладами, пов'язаними зі вживання психоактивними речовинами [1,2]. Однак ця симптоматика може проявлятися як «невротичний маніфест» розладів шизофренічного кола, зокрема при шизотиповому розладі (F21). Дослідники, які вивчали цю проблему, вказують на відмінності у клінічній картині таких випадків та необхідність розробки специфічних підходів для терапії obsесивно-компульсивної симптоматики в межах шизотипового розладу.

Метою даної роботи є виявлення особливостей obsесивно-компульсивної симптоматики у пацієнтів з шизотиповим розладом і створення диференційних підходів до лікування та реабілітації таких пацієнтів.

Матеріали та методи

В дослідженні прийняло участь 69 амбулаторних пацієнтів, у яких згідно з дослідницько-діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хворіб 10-го перегляду (МКХ-10) було діагностовано шизотиповий розлад (F21). Групу склали переважно жінки у віці від 18 до 48 років. Обстеження здійснювалось клініко-психопатологічним методом за допомогою психодіагностичних методик: клінічна шкала obsесій та компульсій Йель-Брауна (Y-BOCS – Obsessive-compulsive Scale); госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); шкала оцінки якості життя (Чабан О.С., 2008); багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки («MSPSS» D. Zimet); опитувальник «Індекс життєвого стилю» («LSI» Р. Плутчика – Г. Келлермана – Х. Р. Конте), методика «Психологічна діагностика стратегії долаючої поведінки» Р. Лазаруса. Використовувались також катamnестичний (для оцінки результатів проведеної комплексної програми лікування) та статистичний метод.

Результати

В попередніх роботах [3, 4, 5] було розглянуто як за допомогою факторного кореляційного аналізу при порівнянні осіб з obsесивно-компульсивною симптоматикою невротичного та шизофренічного спектру за результатами клінічної шкали obsесій та компульсій Йель-Брауна (Y-BOCS – Obsessive-compulsive Scale) було досліджено клінічну типологію такої симптоматики та виявлено 4 її типи: тип незавершеності, тип уникання, тип амбівалентності і тип накопичення. Цікавим виявилось наявність відмінностей типів ОК-симптоматики при різних патологіях. Так, при obsесивно-компульсивному розладі F42 спостерігались перші три типи, а

при шизотиповому розладі – тип незавершеності не спостерігався взагалі, зате діагностично специфічним для цих пацієнтів виявився тип накопичення, який був відсутній в групі з ОКР.

В цілому ОКС при шизотиповому розладі проявлялась нав'язливими думками, які розцінювались пацієнтами як продукт власної психіки, але вони мали характер надцінних ідей, були «Его-синтонними» (не викликали значного дистресу), однак супроводжувались зниженням критики до свого стану.

При більш детальному вивченні особливостей характеру ОКС при шизотиповому розладі в залежності від її типології виявилось, що для типу уникнення виявляв найбільш характерними були такі симптоми як компульсивні перевірки ($r=0,874$), обсесії забруднення ($r=0,692$), обсесії релігійного змісту ($r=0,514$), обсесії іпохондричного змісту ($r=0,581$) та компульсії очищення ($r=0,569$). Для Т-амбівалентності більш характерними були обсесії сексуального змісту ($r=0,721$), дисморфобічного змісту ($r=0,753$), агресивні думки ($r=0,735$) та симптоми компульсивних ексцесивностей ($r=0,534$). Для Т-накопичення найбільшу вагу мали симптоми компульсії збирання і колекціонування ($r=0,750$) та деякі інші обсесії ($r=0,797$).

При оцінці показника важкості виразності ОКС (за клінічною шкалою Y-BOCS) було виявлено, що при шизотиповому розладі до початку лікування важкість характеризувалася помірним (46,4 %) тяжким (34,8 %) та вкрай тяжким (15,9 %) ступенем виразності.

При вивченні супутньої симптоматики за допомогою шкали HADS виявилось, що в вивчаємій групі зустрічався субклінічний рівень тривоги та депресії. За нашими попередніми даними та результатами інших дослідників [6, 7] у пацієнтів з невротичним характером обсесивно-компульсивної симптоматики часто фіксувався клінічний рівень тривоги. Менший рівень тривоги та депресії у наших пацієнтів пояснюється зниженою критикою до свого стану. Такі відмінності дозволили внести корективи в лікувально-реабілітаційну програму для таких осіб.

Патопсихологічне дослідження за допомогою шкали оцінки якості життя, дозволило виявити, що більшість (55,1 %) пацієнтів групи оцінило його рівень як середній, що також свідчить про суб'єктивне сприйняття розладу, відсутність адекватної емоційної його оцінки та зниження критики до нього.

При аналізі даних за результатами багатомірної шкали сприйняття соціальної підтримки MSPSS виявилися наступні його особливості. Наші пацієнти мали достатньо вузьке коло осіб, які на їх думку могли оказати їм соціальну підтримку. Серед них в 49,3 % пацієнтів тільки коло сім'ї і в 30,4% - так звані значимі інші. Це свідчить про значні труднощі у встановленні та підтримці контактів і зв'язків з колегами по роботі та формуванні дружніх взаємин.

Дослідження механізмів психологічного захисту хворих за шкалою «Індекс життєвого стилю» дозволило оцінити профіль захисної структури у вивченій групі осіб. Так виявилось, що при шизотиповому розладі у хворих актуалізуються не зовсім зрілі варіанти захисної структури, а саме, заміщення (62,3 %), витіснення (60,9 %), регресія (58 %) та заперечення (26,1%). Тобто для них більш характерна агресивна та параноїдна диспозиція.

Дуже важливим, на наш погляд, було оцінити також які стратегії долаючої поведінки переважно вибирають такі пацієнти. За допомогою методики «Психологічна діагностика стратегії долаючої поведінки» Р. Лазаруса ми оцінили провідні копінг-стратегії осіб з обсесивно-компульсивною симптоматикою субпсихотичного регістру. Переважали такі копінг-стратегії, як самоконтроль (73,9 %) та втеча-уникнення (55,1 %). Це суттєво відрізняється від стратегій, які частіше використовують пацієнти з ОКС невротичного рівня (пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності та планування вирішення проблем) [8, 9].

Проведене дослідження клінічних особливостей пацієнтів з провідною обсесивно-компульсивною симптоматикою в структурі шизотипового розладу дозволило більш уважно

підійти до розробки стратегії надання психіатричної допомоги цим особам. Врахування клінічного типу обсесивно-компульсивної симптоматики, супутньої патології особливостей соціального функціонування дозволило сформувавши диференційований підхід до адекватної психофармакотерапії і психотерапії таких хворих.

Запропонована нами програма комплексного лікування передбачає три етапи: діагностичний, клінічний та реабілітаційний. Діагностичний етап включає вивчення особливостей обсесивно-компульсивної симптоматики в структурі шизотипового розладу, підтримуючих факторів та патернів поведінки та рівня соціального функціонування пацієнта.

Клінічний етап передбачає спостереження за хворим в процесі отримування терапевтичних заходів. Базою для формування рекомендацій до психофармакотерапії стали такі документи на основі доказової медицини, як Британський протокол щодо терапії ОКР (NICE, 2005) [11], Клінічний протокол надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на ОКР (Україна, 2007) [10], інструкція Американської асоціації психіатрів (APA, 2013) [12].

Усіх учасників дослідження було поділено на 2 підгрупи. Пацієнти першої підгрупи отримували комбіновану терапію у вигляді психотерапії та психофармакотерапії (з ОКС за типами уникнення та амбівалентності). Друга підгрупа отримувала монотерапію в якості психофармакотерапії (з ОКС за типом накопичення), тому що ці пацієнти відмовлялися від психотерапії.

На нашу думку провідними призначеннями для редукції ОКС субпсихотичного регістру повинні бути антипсихотичні засоби і тимостабілізатори з додаванням в деяких випадках антидепресантів [13, 14]. Таке додавання залежить від типу обсесивно-компульсивної симптоматики (див. табл. 1).

Таблиця 1.

Психофармакотерапія пацієнтів з шизотиповим розладом в залежності

від типу обсесивно-компульсивної симптоматики

Типи ОКС	АП (мг/д)			ТмСт (мг/д)	АД (мг/д)		
	Арипіразол	Рисперідон	Оланзапін	Ламотриджин	Есциталопрам	Пароксетин	Сертралін
Тип уникнення	5-10	-	-	50-100	10-15	20-30	50-150
Тип амбівалентності	-	1-2	10-15	50-100	-	-	50-100
Тип накопичення	15	3-4	10-20	50-100	-	-	-

Примітка. АП – атипіві антипсихотики, ТмСт – тимостабілізатори, АД – антидепресанти.

У пацієнтів з ОКС за типом уникнення було характерно урівноваження симптомокомплексу як обсесій, так і компульсій. Нав'язливі думки мали чіткий характер, обсесії були Его-синтонними, була наявна тривога, компульсії характеризувалися більшою інтенсивністю. Тому в якості базової психофармакотерапії використовувався арипіразол в дозі 5-10 мг/д (вранці або ввечері) в поєднанні з ламотриджином в дозі 50-100 мг/добу (обід і/або ввечері). Якщо ОКС зміщувалася в бік компульсій (ритуали очищення, перевірки), найбільш вдалим було призначення есциталопраму в дозі 10-15 мг/добу (вранці). Якщо в клінічній картині переважала вираженість обсесій, хороший ефект в лікуванні спостерігався при застосуванні

арипіпразолу в поєднанні з ламотриджином (в том же дозуванні) в комбінації з пароксетином в дозі 20-30 мг/добу (вранці). Якщо симптоми obsesій та компульсій проявлялися в однаковій мірі, спостерігали кращу редукцію симптоматики при додаванні до комбінації арипіпразолу з ламотриджином ще сертраліну в дозі 50-150 мг/добу вранці [15, 16, 17, 20].

Пацієнти з ОКС за типом амбівалентності проявляли зміщення вираженості симптомів в бік obsesій. Нав'язливі думки мали значно виражену інтенсивність, була наявна тривога. При даному типі ОКС ми використовували рисперідон в дозі 1-2 мг/добу (ввечері) або оланзапін 10-15 мг/добу (ввечері) в поєднанні з сертраліном в дозі 50-100 мг/добу (вранці) та ламотриджином в дозі 50-100 мг/добу (вранці та/або обід).

При ОКС типу накопичення психофармакотерапія проводилася виключно АП: арипіпразолом в дозі 15мг/добу (вранці або ввечері), або рисперідон 3-4 мг/д (вранці або ввечері), або оланзапіном 10-20мг/добу (ввечері) в поєднанні з ламотриджином в дозі 50-100мг/добу (вранці та/або обід). Психотерапія не проводилася, але в цієї підгрупі здійснювалася активна психосвітня робота з родичами хворих [15, 16, 17].

В залежності від типу ОКС визначилася потреба диференціації у психотерапевтичній рецептурі, у зв'язку з різними фокус-мішенями психотерапевтичного втручання. Ми використовували в роботі поєднання технік когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ) і гештальттерапії (ГТ). Психотерапія здійснювалася протягом шести місяців, один раз на тиждень, тривалістю одна година. Всього проведено двадцять шість (26) сесій (сеттінгів), перша і остання сесії були виключно діагностичні, двадцять чотири сесії – терапевтичні. Більш детально фокус-мішені та методики психотерапевтичного втручання у пацієнтів з ОКС різних регістрів буде викладено в наступній публікації.

Оцінка результатів запропонованого комплексу терапії проводилася у вигляді співставлення стану пацієнтів з провідною ОКС при шизотиповому розладі до та після проведеного лікування за декількома показниками [15, 18, 19].

Ступінь важкості розладу вивчалася за клінічною шкалою obsesій та компульсій Йель-Брауна з урахуванням типу ОКС. Суттєво та достовірно зменшилися показники виразності симптоматики в підгрупах з ОКС за типами уникнення та амбівалентності. Показники важкості ОКС у хворих з типом накопичення змінилися не суттєво, хоча після лікування у 11,1% пацієнтів вперше з'явився показник легкого ступеня важкості ОКС.

Вираженість супутніх тривоги та депресії у пацієнтів після лікування оцінювалася за госпітальною шкалою тривоги та депресії також з урахуванням типу ОКС [16, 19]. Вона показала, що статистично достовірних змін зі сторони жодного показника не простежувалось. На нашу думку це пояснюється тим, що оцінка свого емоційного стану у цих хворих здійснюється через призму зниженої критики. Тому ми вважаємо, що первинним етапом терапії для таких пацієнтів повинна бути психофармакотерапія, яка дозволить покращити критику і оцінку власного стану хворих. Це надасть можливість у подальшому більш ретельно визначити точки прикладання та методи психотерапевтичного втручання [15, 18].

Вивчення якості життя пацієнтів з ОКС субпсихотичного рівня також не продемонструвало статистично значимих змін. У пацієнтів з типами уникання та амбівалентності цей показник хоча б мав тенденцію до покращення, тоді як у пацієнтів з типом накопичення він практично не змінився. Вірогідно це свідчить про те, що для даної групи все ж таки потрібно рекомендувати комбінований варіант терапії з підключенням психотерапевтичних втручань на декілька пізніх строках лікування, після формування в таких пацієнтів критичного відношення до свого стану.

Після проведеного лікування у пацієнтів з провідною ОКС при шизотиповому розладі виявилися статистично достовірні зміни показників соціальної підтримки зі сторони

показника такої підтримки від громадських організацій: у пацієнтів з типом уникнення збільшилась на 28,6% ($p=0,026$), у пацієнтів з типом амбівалентності на 26,7 % ($p=0,006$).

Для хворих з типом накопичення статистично достовірних змін жодного показника не простежувалось, Залишилась важливою майже на тому же рівні підтримка сім'ї (у 50,0 % осіб) та значимих інших (у 38,9 % осіб). Тому важливим моментом в роботі з даною групою пацієнтів повинна бути роз'яснювальна робота (раціональна терапія) з членами сімейної системи. Критерієм ефективності психоосвітньої роботи є як бажання сепарації пацієнта від сім'ї, з боку хворого, так і можливість відпустити його. з боку родичів [15, 16, 17].

Досліджуючи особливості механізмів захисту пацієнтів з провідною ОКС при шизотиповому розладі спільною для усіх типів виявилась наявність заміщення (параноїдна диспозиція). Загальна напруженість захисних механізмів була досить високою у пацієнтів з ОКС за типами уникнення та амбівалентності, що піддавалося психотерапевтичному впливу. У пацієнтів з ОКС за типом уникнення статистично достовірно зменшилися показники таких механізмів захисту: витіснення на 33,3% ($p=0,030$); регресія на 33,3% ($p=0,028$); заміщення на 38,1% ($p=0,011$); реактивне утворення на 33,3% ($p=0,008$); достовірно зменшилася і загальна напруженість захисних механізмів на 28,6% ($p=0,040$).

У хворих з ОКС за типом амбівалентності достовірно зменшилися показники наступних механізмів захисту: витіснення на 33,3% ($p=0,010$); регресія на 33,3% ($p=0,010$); заміщення на 30,0% ($p=0,020$); реактивне утворення на 26,7% ($p=0,028$). Загальна напруженість захисних механізмів також достовірно зменшилася на 26,6% ($p=0,010$).

Загальна напруженість захисних механізмів у хворих з ОКС за типом накопичення була низькою і статистично не змінилася в ході терапії. У профілі захисної структури обстежуваних на початку дослідження спостерігали такі механізми захисту як заміщення (у 83,3 % пацієнтів), витіснення (у 44,4 %), регресія (у 38,9 %) та заперечення (у 38,9 %). Але після проведення лікування, що включало виключно психофармакотерапію, серед механізмів захисту достовірно змінився тільки показник заміщення - зменшився на 38,9% ($p=0,015$).

В результаті проведеної програми комплексного лікування у пацієнтів провідною ОКС при шизотиповому розладі копінг-стратегії набули іншого характеру та вираженості. Пацієнти до лікування характеризувались перевагою таких копінг-стратегій, як самоконтроль, втеча-уникнення, що являлося фокусом проведеної терапії протягом 6 місяців, в результаті чого, копінг-стратегії змінилися наступним чином.

Після проведеної комбінованої терапії для пацієнтів з ОКС за типами уникнення та амбівалентності статистично достовірно зменшився показник самоконтролю (на 33,3% при $p=0,030$ і 36,7% при $p=0,002$ відповідно) та збільшився показник прийняття відповідальності (на 33,4% при $p=0,014$) і 23,3% при $p=0,020$ відповідно).

У пацієнтів групи ОКС за типом накопичення особливих змін зі сторони вибору стратегії долаючої поведінки не виявлено, окрім статистично достовірного збільшення показника пошуку соціальної підтримки на 27,7% ($p=0,035$).

На наш погляд критерієм позитивної оцінки програми комплексного лікування стали самостійне відвідування хворим психотерапевтичних сесій та зацікавленість пацієнта подовженням психофармакотерапії, без участі та активного нагляду членів родини [15, 16, 17].

Наступним кроком програми комплексного лікування був реабілітаційний етап. Метою його є підтримка одержаних результатів терапії та тривалий психотерапевтичний супровід пацієнта. Наші пропозиції щодо на структури програми комплексного лікування викладено в наступній таблиці 2.

Таблиця 2

Структура лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів з провідною ОКС при шизотиповому розладі.

Тип ОКС	Психофармакотерапія	Психотерапія	Реабілітація
Типуникнення	СІЗЗС (середні та високі терапевтичні дози)ТмЛ (середні терапевтичні дози)АП (малі терапевтичні дози)	КБТ 20 сесійГшТ 4 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	КБТ+ГшТ 1р/тиж. або 1р/2 тиж. протягом 1-2 років
Типамбівалентності	СІЗЗС (середні та високі терапевтичні дози)ТмЛ (середні терапевтичні дози)АП (малі терапевтичні дози)	КБТ 20 сесійГшТ 4 сесій(робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	ГшТ+КБТ 1р/тиж. або р/2 тиж. протягом 1-2 років
Типнакопичення	ТмЛ (середні терапевтичні дози)АП (середні терапевтичні дози)	-	1р/2 тиж. протягом 1-2 років

Висновки

Таким чином, у ході дослідження визначено провідні типи ОКС при шизотиповому розладі: тип уникнення, тип амбівалентності та тип накопичення. Останній виявився діагностично специфічним для цього розладу.

Детальне вивчення клініко-психопатологічних особливостей ОКС та особливостей психосоціального функціонування у пацієнтів з шизотиповим розладом дозволило створити диференційований підхід до формування програми комплексного лікування та реабілітації таких пацієнтів.

Пацієнти з провідною ОКС при шизотиповому розладі потребують обов'язкової психофармакотерапії (атипові антипсихотики, тимостабілізатори, в деяких випадках антидепресанти). Серед напрямків психотерапевтичного втручання найважливішими є робота з виявленими незрілими механізмами психологічного захисту, формування більш соціально спрямованих форм долаючої поведінки і адекватного кола соціальної підтримки. Значне місце в програмі лікування та реабілітації таких хворих повинна займати психоосвітня робота з їх родичами та близьким оточенням.

Застосування запропонованої програми комплексного лікування дало можливість ефективно вплинути на всі складові психічного стану та соціального функціонування пацієнтів при всіх типах ОКС при шизотиповому розладі. Отримані позитивні результати апробації такої програми дозволили не тільки покращити психічний стан і якість життя хворого, але й виявити та активувати внутрішньоособистісний ресурс, досягти оптимального рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації, збільшити періоди ремісії та запобігти рецидивуванню епізодів розладу.

Посилання

1. Волошин ПВ, Марута НО. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. Український вісник психоневрології. 2015;23(1 (82)):5-11.
2. Мосолов СН. Клинические рекомендации по терапии обсессивно-компульсивного расстройства (проект). Терапия психических расстройств. 2006;1(1):49-58.

3. Rodriguez CI, Corcoran C, Simpson HB. Diagnosis and treatment of a patient with both psychotic and obsessive-compulsive symptoms. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):754-761. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09070997
4. Boltivets S, Gonchar T, Cheliadyn Y, Bashynskiy O, Uralova L. Age Dynamics of Deviant Behavior and Mental Pathology Among Patients with Residual-Organic Neurosis-Like Disorders. *Bahrain Medical Bulletin*. 2021;43(3):621-626.
5. Poyurovsky M. *Schizo-Obsessive Disorder*. Cambridge University Press; 2013.
6. Мироненко ОІ, Долішня НІ, Мироненко ДО. Обсесивно-компульсивний розлад, синдром і особистість. *НейроNEWS Психоневрологія і нейропсихіатрія*. 2012;2(37):17-21.
7. Boltivets S, Honchar T, Uralova L, et al. Geopsychology of central European nations harbingers of grief in the states of illusions methodology of geopsychological securitas. *Europa w dobie kryzysu migracyjnego. Monografia*, 2016:191-199
8. Кричун Ю. Оцінка взаємозв'язку важкості перебігу обсесивно-компульсивного розладу та показників упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях в умовах медико-соціальної реабілітації. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П Л Шупика*. 2016;25:417-419.
9. Челядин Ю. Оцінка взаємозв'язку показників упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях та важкості протікання обсесивно-компульсивного розладу в умовах медико-соціальної реабілітації та терапії. *Психічне здоров'я*. 2017;1(50):59-62
10. Клінічні протоколи надання медичної допомоги дорослим пацієнтам, які страждають на психічні розлади | "НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія." [neuronews.com.ua](https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-16/Klinichni-protokoli-nadannya-medichnoyi-dopomogi-doroslim-pacientam-yaki-strazhdayutna-psihichni-rozladi). Accessed September 19, 2022. <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-16/Klinichni-protokoli-nadannya-medichnoyi-dopomogi-doroslim-pacientam-yaki-strazhdayutna-psihichni-rozladi>
11. Guidance | Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment | Guidance | NICE. [www.nice.org.uk](https://www.nice.org.uk/guidance/CG31/chapter/1-Guidance#step-6-intensive-treatment-and-inpatient-services-for-people-with-ocd-or-bdd). <https://www.nice.org.uk/guidance/CG31/chapter/1-Guidance#step-6-intensive-treatment-and-inpatient-services-for-people-with-ocd-or-bdd>
12. Koran L, Simpson. GUIDELINE WATCH (MARCH 2013): PRACTICE GUIDELINE for the TREATMENT of PATIENTS with OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-watch.pdf
13. Костюченко С. Лечение пациентов с обсесивно-компульсивным расстройством. *НейроNews*. 2013;7 (52):46-51.
14. Hudak R, Dougherty DD. *Clinical Obsessive-Compulsive Disorders in Adults and Children*. Cambridge University Press ; New York; 2011:71-91
15. Boltivets S, Chelyadyn Yu, Gonchar T, Uralova L, Gonchar O. Psychotherapy of patients with hypochondriac and obsessive-compulsive disorders due to perinatal cerebrovascular lesions. *Problems of psychology in the 21st century*. 2018;12(1):8-17
16. Boltivets S, Chelyadyn Y, Gonchar T, Uralova L, Bashinskii O. Socio-psychological characteristics of patients with schizophrenia receiving compulsory inpatient and outpatient treatment and voluntary psychiatric patients. *Problems of psychology in the 21st century*. 2019;13(2):75-83
17. Челядин Ю. Сучасні патогенетичні підходи до терапії обсесивно-компульсивного розладу. *Психічне здоров'я*. 2014;4(45):39-45
18. Ястребов ДВ. Терапия обсесивных и тревожных расстройств у больных с непсихотическими формами шизофрении. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2011;13:38-47
19. Glick ID, Poyurovsky M, Ivanova O, Koran LM. Aripiprazole in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive symptoms. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:1856-1859
20. van Nimwegen L, de Haan L, van Beveren N, Laan W, van den Brink W, Linszen D. Obsessive-compulsive symptoms in a randomized, double-blind study with olanzapine or risperidone in young patients with early psychosis. *J Clin Psychopharmacol*. 2008;28(2):214-218. doi:10.1097/JCP.0b013e318166f520