

Clinical and therapeutic characteristics of patients with a schizotypal disorder with obsessive-compulsive symptoms

Yuliya Chelyadyn
Natalia Dzeruzhinskaya

Shupyk National Healthcare University of Ukraine
Bogomolets National Medical University, Department of
Psychiatry and Narcology

Introduction. The prevalence of obsessive-compulsive symptoms in modern conditions of high stress and the lack of detailed recommendations for this category of patients determine the relevance of this publication. The emergence of suffering at a young age forms insufficiently adaptive behaviors and complicates the socialization of such persons. And the emergence of these symptoms within different etiological disorders requires the development of differentiated diagnostic and therapeutic approaches.

Materials and methods. The study involved 69 outpatients with leading obsessive-compulsive disorder within schizotypal disorder (F21). The following methods were used: clinical-psychopathological, psychodiagnostic, clinical-follow-up and mathematical statistics. Patients were examined using psychodiagnostic techniques: clinical scale of obsessions and Yel-Brown compulsions (Y-BOCS - Obsessive-compulsive Scale); hospital anxiety and depression scale (HADS); quality of life scale (Chaban OS, 2008); multidimensional scale of perception of social support ("MSPSS" D. Zimet); questionnaire "Lifestyle Index" ("LSI" by R. Plutchik - G. Kellerman - H. R. Conte), method "Psychological diagnosis of coping behavior strategy" by R. Lazarus.

Results. The clinical typology of these symptoms: type of avoidance, type of ambivalence and type of accumulation was studied by processing the clinical scale of obsessions and Yel-Brown compulsions (Y-BOCS) in patients with schizotypal disorder (F21). It was found that these symptoms were accompanied by anxiety and depressive symptoms only at the subclinical level, which indicates a lack of criticism of one's condition. In patients with the leading obsessive-compulsive symptoms in schizotypal disorder, not quite mature variants of the protective structure are actualized, namely, substitution (62.3%), displacement (60.9%), regression (58%) and denial (26.1%). The leading coping strategies of such individuals are self-control (73.9%) and escape-avoidance (55.1%), which differs significantly from the strategies more often used by patients with ACS at the neurotic level.

We have proposed a program of comprehensive treatment of this group of patients. Patients were divided into 2 groups, the first of which received a combined (differentiated psychopharmacological interventions and psychotherapy) option of therapy, and the second – only differentiated psychopharmacotherapy. The psychotherapeutic formulation was determined by different focus targets depending on the type of obsessive-compulsive symptoms and consisted of a combination of techniques of cognitive-behavioral therapy (CBT) and gestalt therapy (GT). The results of the follow-up study indicate the effective impact of the developed treatment and rehabilitation program on all components of the mental state and social functioning of patients with all types of obsessive-compulsive symptoms of subpsychotic level.

Conclusions. The leading types of ACS in schizotypal disorder and features of psychosocial functioning in patients have been identified, which allowed to create a differentiated approach to the formation of a program of their comprehensive treatment and rehabilitation. Such persons need mandatory psychopharmacotherapy and differentiated psychotherapeutic intervention. The application of the program made it possible to improve the mental state and quality of life and achieve the optimal level of adaptation of patients in various spheres of life, increase periods of remission and prevent recurrence of the disorder.

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 катамнестичний (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 ($r=0,874$), obsесії 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 ($r=0,721$), дисморфофобічного змісту ($r=0,753$), агресивні думки ($r=0,735$) та симптоми компульсивних ексцоріацій ($r=0,534$). 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 стратегій 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 с 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 патологією особливостей соціального функціонування дозволило сформувати 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 отримання 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 обсессивно-компульсивної симптоматики (див. табл. 1).

Таблиця 1.

Психофармакотерапія пацієнтів з шизотиповим розладом в залежності

від типу обсессивно-компульсивної симптоматики

Типи ОКС	АП (мг/д)			ТмСт (мг/д)	АД (мг/д)		
	Арипіпразол	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 – атипові антипсихотики, ТмСт – тимостабілізатори, АД – антидепресанти.

У пацієнтів з ОКС за типом уникнення було характерно урівноваження симптомокомплексу як обсессій, так і компульсій. Нав'язливі думки мали чіткий характер, обсессії були Его-синтонними, була наявна тривога, компульсії характеризувалися більшою інтенсивністю. Тому в якості базової психофармакотерапії використовувався арипіпразол 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 обсессій, 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 обсессій 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 обсессій. 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 рисперидоном 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 обсецій 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.

References

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. Обсессивно-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 dobre kryzysu migracyjnego. Monografia, 2016:191-199
8. Кричун Ю. Оцінка взаємозв'язку важкості перебігу обсессивно- 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 обсессивно- 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. Accessed September 19, 2022. <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-16/Klinichni-protokoli-nadannya-medichnoyi-dopomogi-doroslim-paciiientam-yaki-strazhdayutna-psihichni-rozradi>
 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>
 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 обсессивно-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 обсессивно-компульсивного розладу. Психічне здоров'я. 2014;4(45):39-45
 18. Ястребов ДВ. Терапия обсессивных 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