

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ (К ПРОБЛЕМЕ СОМАТОРЕАКТИВНОЙ ЦИКЛОТИМИИ¹)

М.А. Самушия², В.В. Баринов³

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова,
ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

Представлены результаты исследования особого варианта биполярного расстройства — соматореактивной циклотимии, сопряженной (манifestация, дальнейшее течение) со злокачественным новообразованием (26 пациенток с онкологическими заболеваниями органов женской репродуктивной системы). Аффективное заболевание выступает в качестве акцептора ритма развития соматической патологии. Дебют и последующие эскалации аффективных расстройств совпадают с ключевыми моментами в течение онкологического заболевания.

Ключевые слова: биполярное расстройство, соматореактивная циклотимия, рак органов женской репродуктивной системы, психосоматические корреляции.

AFFECTIVE DISORDERS AT PATIENTS WITH FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM CANCER (TO THE PROBLEM OF SOMATOREACTIVE CYCLOTHYMIA)

M.A. Samushiya, V.V. Barinov

First Moscow State Medical University I.M. Sechenov
Russian Oncological Scientific Center N. N. Blokhin RAMS

In the article results of research of specific subtype of bipolar disorder — a somatoreactive cyclothymia manifesting in association with cancer (26 patients with female reproductive system cancer) — are presented. The affective disorder presents itself as an acceptor of the clinical rhythm of oncology disease: the first and recurrent affective episodes coincide with the key stages (diagnosis, remission, progression, metastases) of cancer.

Key words: bipolar disorder, somatoreactive cyclothymia, female reproductive system cancer, psychosomatic correlation.

Введение

Настоящая работа посвящена проблеме аффективных расстройств, манифестирующих вслед за соматической патологией и заимствующих ритм коморбидного онкологического заболевания. История изучения аффективных расстройств, сопряженных с соматической патологией, насчитывает не одно десятилетие. Сведения о том, что соматические заболевания могут провоцировать эскалацию и влиять на клиническую картину аффективных нарушений, встречаются уже в публикациях конца XIX — начала XX века. В работе Marcus (1890) [16] представлены случаи соматически спровоцированной меланхолической дистимии.

Boissier (1894) [9] указывает на возможность манифестации меланхолической депрессии на этапе, непосредственно предшествующем развернутой клинической картине хронических интоксикаций, Базедовой болезни, очаговых заболеваний, диатезов и др. Pierre-Kahn в монографии, посвященной циклотимии («La Cyclothymie») (1909) [17], обсуждая клинические наблюдения, касающиеся формирования аффективных расстройств у пациенток с соматической патологией, уже не ограничивается простой констатацией совместной манифестации соматического и психического заболевания, а предпринимает попытку более глубокого анализа их взаимодействия. По мнению автора, соматическая патология (сахарный диабет,

¹ Определение «соматореактивная циклотимия» — производное от термина «эндореактивная дистимия» было предложено А.Б. Смулевичем (2012) для обозначения особого варианта биполярного расстройства, в манифестации и формировании ритма которого участвует психогенный фактор.

² Доцент кафедры психиатрии и психосоматики ФППОВ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

³ Профессор, ведущий научный сотрудник отделения гинекологии ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

ревматоидный артрит, дерматозы, онкологическая патология, болезни печени и почек и т.д.) приводит к стойким изменениям, которые интегрируются с конституциональным предрасположением к биполярным аффективным фазам, формируя «соматический диатез». Соучастие этого фактора ведет к повышенной склонности к аффективным расстройствам, видоизменениям клинических проявлений аффективной патологии, что, как указывает автор, вызывает значительные затруднения в дифференциальной диагностике подобных, возникающих на соматически подготовленной почве, аффективных расстройств с проявлениями классической циклотимии как сугубо эндогенной психической патологии.

В работе Д.Д. Плетнева «К вопросу о «соматической» циклотимии» (1923) [2] на примере двух клинических наблюдений поднимается вопрос о значимой роли соматических заболеваний, в частности нейроэндокринных нарушений при заболеваниях органов женской репродуктивной системы (в одном случае — хирургическое удаление кисты яичника, в другом — аменорея с последующей успешной терапией женскими половыми гормонами), в патогенезе соматически спровоцированных периодических аффективных фаз. Однако в отличие от Pierre-Kahn Д.Д. Плетнев квалифицирует психопатологические нарушения в рамках эндогенного расстройства — собственно циклотимии, ограничивая соучастие соматической патологии ролью триггера, запускающего очередную эндогенную фазу. При этом автор указывает на полиморфные и ведущие в клинической картине аффективных расстройств соматические симптомы, в связи с чем рассматривает изученные случаи как особый вариант течения циклотимии и вводит для его обозначения понятие «цикломии», подчеркивая доминирование соматизированных и соматоформных расстройств над собственно аффективной симптоматикой.

В последующих исследованиях получены дополнительные доказательства соучастия соматической патологии в манифестации/экзацербации и клинической картине аффективных расстройств. В работе Г.Н. Миронычева (1997) [1] представлены случаи одновременной манифестации биполярного аффективного расстройства и язвы 12-перстной кишки с указанием факта прямой зависимости между выраженностью аффективных нарушений и усугублением течения соматической патологии. E.S. Brown et al. (2000) [10] и R. Goodwin et al. (2003) [12] приводят данные о коморбидности биполярных аффективных расстройств и бронхиальной астмы (БА), отмечая возможность влияния течения БА на динамику маниакальных и депрессивных состояний.

Учитывая столь очевидное влияние соматической патологии на аффективные нарушения, А.Б. Смулевич

с соавт. (2008) [5] выдвигают концепцию заимствованного у соматического заболевания ритма депрессивных расстройств. Анализируя закономерности формирования и течения депрессивных состояний у пациенток с атопическим дерматитом (АД, n=92), гипертонической болезнью (ГБ, n=115) и ишемической болезнью сердца (ИБС, n=56), авторы приходят к выводу, что рецидивирование депрессивных фаз обеспечивается стереотипом течения соматического заболевания, т.е. соматическая патология выступает здесь в качестве самостоятельного фактора, задающего ритм аффективных расстройств.

Сходные данные о подчиненности динамики депрессивных расстройств закономерностям течения сердечно-сосудистой патологии получены в исследовании Е.А. Степановой (2011) [7]. В результате обследования 106 пациенток с ИБС и коморбидными депрессивными состояниями автором показано, что в большинстве случаев (86,8%) депрессии развиваются под влиянием психогенных и соматогенных преципитирующих факторов, связанных с ИБС, в соответствии с заимствованным ритмом, зависящим от осциллятора, определяющегося динамикой сердечно-сосудистого заболевания, в противоположность эндогенным депрессиям с аутохтонным ритмом экзацербаций, выявленным в 13,2% наблюдений.

В этих исследованиях в качестве ведущей особенности рассматриваемых депрессий выделяются явления психосоматического параллелизма: манифестация и обратное развитие аффективных нарушений совпадают с обострением и периодом стабилизации соматического заболевания. Более того, изменения психического состояния в течение суток также положительно коррелируют с динамикой соматического статуса. Например, в случаях ИБС нарастание подавленности во второй половине дня и явления инсомнии в связи с вечерними и ночными приступами стенокардии; напротив — утреннее улучшение при нормализации основных гемодинамических показателей (стабилизация АД и сердечного ритма после пробуждения).

Наряду с представленными закономерностями динамики в цитированных исследованиях показана клиническая гетерогенность депрессивных расстройств, подчиняющихся ритму соматической патологии. При этом помимо нозогенных и соматогенных депрессивных расстройств, сопряженность которых с соматической патологией очевидна, выделяется подгруппа эндоформных состояний, представляющаяся наиболее сложной в контексте нозологической квалификации, на что указывал еще Pierre-Kahn в представленной выше работе (1909).

Фактически в современной литературе прослеживается тенденция к выделению особых типов аффективных нарушений по целому ряду клинических

параметров, занимающих промежуточное положение между экзогенно обусловленными нозогенными/соматогенными расстройствами, с одной стороны, и классическими эндогенными аффективными фазами — с другой. Речь идет об аффективных расстройствах, которые манифестируют по механизму нозогенных реакций (т.е. в связи с диагностикой злокачественного новообразования), но в динамике приобретают клинические свойства эндогенных аффективных нарушений, не утрачивая, однако, участия нозогенного фактора (соответствие денотата и колебаний тяжести психопатологических нарушений изменениям обстоятельств соматической патологии) [4].

Причем, как следует из опубликованных данных, подобные типы депрессивных расстройств далеко не казуистика и относительно часто (хотя, возможно, с варибельной встречаемостью при разных соматических заболеваниях) диагностируются в общей медицине. Так, в работе А.Б. Смулевича с соавт. (2008) доля эндоформных депрессий от всех подчиненных ритму соматической патологии депрессивных состояний составляет 15,6%, 16,2% и 8,9% при атопическом дерматите, ишемической болезни сердца и гипертонической болезни соответственно. По данным Е.А. Степановой, (2011) эндоформные депрессии встречаются у 17,9% пациенток с ИБС, обнаруживающих депрессивные состояния с заимствованным ритмом.

Однако эндоформная аффективная патология, подчиняющаяся в динамике ритму соматического заболевания, по всей видимости, не исчерпывается депрессивными состояниями. Так, в исследованиях Д.С. Скрыбина (2009) [4] и М.А. Самушия, И.В. Зубовой (2009) [3] представлены клинические характеристики эндоформных гипоманиакальных нозогенных реакций у пациенток со злокачественной опухолью поджелудочной железы и раком молочной железы. Хотя в этих работах случаи эндоформных гипоманий ограничиваются начальным — диагностическим — этапом онкологического заболевания, нельзя исключить возможности их формирования в последующем по аналогии с повторными депрессивными фазами, развивающимися в динамике разных соматических заболеваний в исследованиях А.Б. Смулевича с соавт. (2008) [5] и Е.А. Степановой (2011) [7].

Таким образом, на основании опубликованных в литературе данных можно считать доказанным факт существования аффективных расстройств, подчиняющихся ритму соматического заболевания. При этом наиболее спорными в нозологическом и клиническом понимании представляются случаи манифестации аффективной патологии обоих полюсов (депрессивных и гипоманиакальных), относящейся по ряду клинических показателей к эндоген-

ным фазам, однако заимствующих ритм (обострения, ремиссии) соматического заболевания. Насколько можно судить по доступным на сегодня публикациям, систематических исследований подобных состояний не проводилось.

Настоящая публикация содержит предварительные результаты исследования биполярных расстройств при раке органов женской репродуктивной системы (РОЖРС).

Материалы и методы

Исследование выполнено при совместном участии сотрудников отделения соматогенной психической патологии (руководитель — профессор, доктор медицинских наук С.В. Иванов), Отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств (руководитель — академик РАМН, профессор А.Б. Смулевич) РАМН и сотрудников отделения химиотерапии (заведующий отделением, профессор, доктор медицинских наук В.А. Горбунова), гинекологического отделения (заведующий отделением, профессор, доктор медицинских наук В.В. Кузнецов) ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

Исключались пациентки, состояние которых не позволяло выполнить психопатологическое обследование в необходимом объеме: умственная отсталость (F71-F79), грубое органическое поражение ЦНС (F00-F09), прогрессивная шизофрения с выраженными изменениями личности (F20-F29), злоупотребление психоактивными веществами (F10-F19).

Исследование проводилось клинико-катамнестическим методом. Выборку исследования составили 26 пациенток женского пола в возрасте от 41 до 64 лет (в среднем $51,38 \pm 5,2$ лет), находящихся на амбулаторном или стационарном лечении в отделении хирургии и химиотерапии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина РАМН с диагнозом — «рак органов женской репродуктивной системы», с сопутствующими аффективными расстройствами (БАР), непосредственно связанными с течением онкологического заболевания и заимствующими ритм соматической патологии. Длительность катамнеза злокачественного новообразования (от даты выявления онкологической патологии) на момент обследования составила $9,2 \pm 4,2$ лет. Все пациентки изученной выборки с онкологическими заболеваниями молочной железы, гинекологических органов на момент обследования получали лечение по поводу рецидива или прогрессирования онкологического заболевания, т.е. проходили очередной курс химио-/лучевой терапии или находились в пред- или послеоперационном периоде хирургического лечения рецидивов злокачественных новообразований.

Междисциплинарные вопросы

72,7% пациенток проживали в браке, преобладали лица с высшим образованием (63,6%).

В соответствии с критериями МКБ-10 аффективные нарушения в изученной группе квалифицируются в рамках биполярного аффективного расстройства II типа по DSM-IV (соответствует в МКБ-10 подрубрике F31.8, пациентки с наличием гипоманиакальных состояний, не требующих госпитализации, и больших депрессивных эпизодов Dunner D.L. et al., 1977 [11]). Для оценки гипомании использовались жесткие Цюрихские критерии гипомании [8].

Результаты

Во всех 26 случаях дебют аффективного заболевания был представлен психопатологическими расстройствами, соответствовавшими нозогенной депрессивной реакции, которая протекает с аффектом отчаяния, беспомощности, с идеями собственной несостоятельности, неспособностью анализировать возможные решения и самоустранением от информации о состоянии здоровья. Однако в процессе динамики нозогенная депрессивная реакция, не утрачивая полностью связи с соматической патологией (доминирование ситуации онкологического заболевания, провокация тревожных расстройств обстоятельствами соматической патологии — ожидание операции, неблагоприятных результатов обследований и т.п.), приобретает клинические свойства циркулярной меланхолии. На первый план выступают соматовегетативные проявления с витализацией депрессивного аффекта (тоска с предсердной локализацией). Состояние пациенток характеризуется необычайно тягостным, не сопоставимым с обыденным опытом, тоскливым настроением с угнетением витальных функций и побуждений к деятельности, формированием патологического циркадианного ритма.

В последующем у всех пациенток выявляются повторные аутохтонные или манифестирующие вслед за обострением (рецидивы, прогрессирование опухолевого процесса) депрессии и гипомании.

Длительность первой депрессивной фазы у пациенток представленной выборки варьировала от двух до 15 месяцев (в среднем $7,67 \pm 2,42$ мес.), в девяти случаях смена аффекта на полярный происходила без интермиссии. В 17 случаях средняя длительность ремиссии составила $4,28 \pm 3,76$ месяцев. Во всех 26 наблюдениях первая депрессивная фаза на фоне стабилизации соматического состояния сменялась гипоманией, длительность гипоманиакальной фазы в среднем составила $5,65 \pm 3,2$ мес. В десяти случаях развивались аутохтонные депрессивные фазы длительностью от 3 до 7 мес., в шести случаях — аутохтонные гипоманиакальные. В большинстве наблюдений (в 16 случаях) в процессе диагностики и последующего течения онкологической патологии выявлены четыре аффективные фазы (одна гипоманиакальная и три депрессивные); в шести случаях — две гипоманиакальные, одна депрессивная фаза; в четырех случаях — три депрессивные и две гипоманиакальные фазы. Средняя длительность аффективного заболевания на момент обследования составила $10,8 \pm 4,9$ лет.

Инверсия аффекта с развитием гипомании сопряжена с существенными позитивными изменениями обстоятельств, связанных с течением онкологического заболевания: объявление врачами достижения стойкой ремиссии, информация о благоприятном прогнозе, редукция соматических симптомов, в первую очередь болей, явлений астении с улучшением общего самочувствия. В рамках гипоманиакального эпизода выявляется относительно равномерное стабильное ускорение ассоциативных и психомоторных процессов с общим повышением витального тонуса

Таблица 1

Распределение больных со злокачественными новообразованиями в зависимости от применения комбинированных методов лечения на момент обследования (n=26)

Онкологический диагноз	Число	Комбинированное лечение						
		Хирург. лечение	Химиотерапия				Гормонотерапия	Лучевая терапия
			Карбоплатин, таксол	Таксол	Таксотер + доксирубицин + лейкостим	CAF		
Рак молочной железы	13	10	—	—	4	2	3	7
Рак яичников	11	11	1	1	—	—	—	—
Рак тела матки	2	2	—	—	—	—	—	—

(«витальная эйфория» К. Leongard, 2010) [15] — прилив сил, ощущение омоложения, гиперактивность, не ограничивающаяся деятельностью, необходимой в ситуации онкологического заболевания, но реализующейся в пределах конвенциональных норм. Во всех представленных наблюдениях в периоде гипомании в когнитивной сфере преобладают явления «анастрофического» мышления: «переоценка» жизненных ценностей с фиксацией на положительных событиях, игнорированием мелких бытовых неурядиц и проблем.

В клинической картине гипомании сохраняется стойкий психогенный комплекс, связанный с ситуацией онкологического заболевания, связь с онкологическим заболеванием, определяющая направленность активности пациентов на борьбу с болезнью (профилактические мероприятия, оздоровительные процедуры, снижающие риск прогрессирования опухоли). Названные явления «анастрофического» мышления представлены формирующимся у пациенток отношением к онкологическому заболеванию как к фактору, определившему «прозрение» и обращение к «истинным ценностям».

В плане коморбидности с соматической патологией могут быть рассмотрены также признаки атипичности течения биполярного расстройства. Так, на протяжении всей длительности аффективного заболевания (средняя длительность на момент обследования составила $10,8 \pm 4,9$ лет) не наблюдается свойственных биполярному расстройству закономерностей динамики. Не выявляется учащения рецидивирования с течением времени, т.е. тенденции к континуальному или быстроциклическому течению (*rapid cycling*), наряду с этим не отмечается ни сокращение длительности ремиссий, ни признаков утяжеления психопатологической симптоматики в структуре последующих депрессивных и гипоманиакальных эпизодов.

На протяжении формирующихся между фазами ремиссий, несмотря на редукцию аффективных расстройств и восстановление свойственной пациенту активности (в отсутствие ограничений, накладываемых соматическим заболеванием), полного выздоровления не отмечается. Во всех наблюдениях в межфазные периоды сохраняются латентные анксиозные расстройства, обостряющиеся перед очередными обследованиями и редуцирующиеся при благоприятных результатах диагностических процедур.

Как обозначено выше, дебют и последующие эскалации аффективных фаз чаще всего совпадают с ключевыми моментами в течение онкологического заболевания — диагностикой, хирургическим

вмешательством, началом химиотерапии, прогрессированием, рецидивов или становлением ремиссии онкологического заболевания и т.д., однако в ряде случаев наблюдается аутохтонное развитие одного из аффективных эпизодов. Подобный механизм «раскачивания» биполярного расстройства соответствует положениям концепции «киндлинга» (*kindling*, заимствованное R.M.Post, S.R. Weiss (1989)) [18]⁴.

В ряду характерологических аномалий преобладают ($n=17$, 61,5%) расстройства личности (РЛ) аффективного спектра, в рамках гипертимического РЛ, с акцентуациями тревожного круга. В девяти случаях выявлены личностные расстройства шизоидного спектра (сенситивные шизоиды, по E. Kretschmer [14]; $n=4$) и шизотипическое РЛ ($n=5$) (с акцентуацией по аффективному типу, по E.Kahn [13] гипертимные, стеничные чудаки с монотонно приподнятым аффектом).

В клиническом плане для квалификации аффективных расстройств, определяющихся симптоматикой циркулярного круга, наиболее адекватна предложенная А.Б. Смулевичем (2012) модель соматореактивной циклотимии, рассматриваемой в рамках особого варианта биполярного расстройства [6]. Представленные в контексте модели соматореактивной циклотимии данные свидетельствуют о сложной структуре психосоматических соотношений, не позволяющей рассматривать феномен заимствования ритма соматического заболевания в прямой связи с воздействием соматически измененной почвы. В отличие от аффективных расстройств, атипичность которых обусловлена соматически измененной почвой, проявления представленных аффективных фаз лишены клинических свойств, связанных с соматической патологией (например, выраженной астенической симптоматикой, отчетливых когнитивных изменениях, свойственных соматогенным расстройствам).

В порядке интерпретации возможных механизмов коморбидных связей рассматриваемого варианта биполярного расстройства и соматического заболевания в порядке рабочей гипотезы [6] было выдвинуто предположение о существовании коннектора — третьей составляющей, опосредующей взаимодействие психопатологических расстройств и патологии внутренних органов. В представленных наблюдениях в качестве коннектора выступает психопатологический ряд тревожных расстройств. Как представлено выше, тревога, реализующаяся в качестве акцентуации РЛ, в большинстве представленных случаев (61,5%) приобретает в процессе онкологического заболевания форму стойкого психопатологического

⁴ Концепция *kindling* наряду с ролью нейрональных повреждений большое значение отводит наличию триггерных механизмов (резкие физиологические сдвиги, стрессовые факторы), которые могут при определенном предрасположении стать пусковым фактором для формирования биполярной аффективной патологии с последующим аутохтонным развитием аффективных приступов.

образования (health anxiety), выраженность которого колеблется в зависимости от степени активности онкологического процесса. Вместе с тем, тревога, превращаясь из облигатного в стойкий паттерн, провоцирует аффективную лабильность и, как следствие, приводит к манифестации фазового течения аффективной патологии.

Заключение

Определение «Соматореактивная циклотимия» — производное от термина «Эндореактивная дистимия» (Weitbrecht H., 1952) [19], подчеркивает соучастие психогенного воздействия в манифестации эндогенного аффективного заболевания. В наших наблюдениях в качестве механизма, способствующего манифестации биполярного расстройства, также выступают явления реактивной лабильности. Однако при этом есть и существенные отличия от аффективных расстройств, определяемых в рамках эндореактивной дистимии.

Соматореактивная циклотимия манифестирует при воздействии более сложного патогенного ком-

плекса, включающего не только психогенные/нозогенные, но и соматогенные воздействия, и подчиняется в своем развитии не аутохтонным механизмам, но ритму соматического (онкологического) заболевания. Если в наблюдениях Weitbrecht H. функции провоцирующих (психогенных) воздействий ограничены рамками запускающего фактора с последующим развитием, соответствующим ритму эндогенного заболевания, то влияние соматической патологии (нозогенное/соматогенное) при соматореактивной циклотимии реализуется не только в дебюте, но и в динамике, определяя траекторию биполярного аффективного расстройства на всем его протяжении. При этом клинические эффекты онкологического заболевания не только соучаствуют в манифестации фаз, но и провоцируют на разных этапах динамики соматического заболевания (установление диагноза, обследование, метастазирование — депрессии; благоприятный исход оперативного вмешательства, становление ремиссии — гипомании) манифестацию полярных по знаку аффекта психопатологических проявлений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миронычев Г.Н., Логинов А.Ф., Калинин А.В. Психосоматические аспекты язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1996; 3:35–40.
2. Плетнев Д.Д. К вопросу о соматической циклотимии // Рус. клиника. 1927; 7(36): 496–500.
3. Самушия М.А., Зубова И.В. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 1. С. 24–29.
4. Скрябин Д.С. Нозогенные реакции при раке поджелудочной железы // Психические расстройства в общей медицине. 2009. № 4. С. 9–16.
5. Смуглевич А.Б., Медведев В.Э., Фролова В.И. Ритмы депрессии при соматических (дермато- и кардиологических) заболеваниях // Психические расстройства в общей медицине. 2008. № 1. С. 22–25.
6. Смуглевич А.Б., Иванов С.В., Самушия М.А. К проблеме биполярных расстройств, заимствующих ритм соматического заболевания // Психические расстройства в общей медицине. 2012. № 2. С. 4–11.
7. Степанова Е.А. Депрессии при ишемической болезни сердца // Автореф. ... канд. мед. наук. М., 2011.
8. Angst J. The bipolar spectrum. Br.J. Psychiatry. 2007; 190 (3); 189–191.
9. Boissier. Essai sur la neurasthenie et la melancholie depressives considerees dans leur rapports reciproques. Paris, 1894.
10. Brown E.S., Bauet M.S., Suppes T. et al. Comparison of the internal state scale to clinical-administered scales in asthma patients receiving corticosteroid therapy // Gen. Hosp. Psychiatry. 2000; 22(3): 180–3.
11. Dunner D.L, Patrick V. Fieve R. Rapid cycling manic-depressive patients. Comprehensive Psychiatry. 1977; 18(6); 561–566.
12. Goodwin R.D., Jacobi F., Thefeld W. Mental Disorders and Asthma in the Community // Arch. Gen. Psychiatry. 2003; 60(11):1125–30.
13. Kahn E. Die Psychopathischen Persönlichkeiten. In: Handbuch der Geisteskrankheiten. O.Bumke., Berlin, 1928; 5, Spez. T. I, 427–478.
14. Kretschmer E. (Кречмер Э.) Строение тела и характер: Пер. с нем. М.-Л. 1930.
15. Leonhard K. Aufteilung der endogenen psychosen und ihre differenzierte aetiologie // New York, 2003.
16. Marcus. Ueber einige Besonderheiten in Erscheinungen und Verlauf der melancholie bei Neurasthenischen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1890. Bd. XLVI.
17. Pierre-Kahn. La Cyclothymie. De la Constitution Cyclothymique et de ses Manifestations. Paris: Steinheil, 1909.
18. Post R.M., Weiss S.R. Sensitization, kindling and anticonvulsant in mania //
19. Weitbrecht H. Zur Typologie depressiver psychosen. // Fortschritte der Neurologie Psychiatrie und ihren Grenzgebiete. 1952. 6. S. 247–269.