

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: БАР(МДП) и специфика его проявления

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "БАР(МДП) и специфика его проявления" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Содержание

1. Определение МДП
2. Исторический аспект
3. Этиология и последствия возникновения МДП
4. МДП и специфика его проявления
5. Различия в частоте заболевания у мужчин и женщин
6. Статистика
7. Особенности лечения МДП
8. Профилактика
9. Список литературы

1. Определение МДП

Маниакально–депрессивный психоз – эндогенное психическое заболевание, которое протекает в виде приступов и фаз с аффективными расстройствами и светлыми промежутками (ремиссиями).

Впервые как самостоятельное заболевание МДП был описан в 1854 году почти одновременно двумя французскими исследователями Ж. П. Фальре, под названием «циркулярный психоз», и Ж. Г. Ф. Байярже, под названием «помешательство в двух формах». Однако в течение почти полувека существование этого расстройства не признавалось психиатрией того времени и своим окончательным выделением в отдельную нозологическую единицу обязано Э. Крепелину (1896). Крепелин ввёл для него наименование маниакально-депрессивный психоз (МДП), которое длительное время было общепринятым, но со вступлением в действие в 1993 году классификатора МКБ-10 (Международная конференция по Десятому пересмотру) его принято считать не вполне корректным, поскольку данное заболевание отнюдь не всегда сопровождается психотическими нарушениями, и не всегда при нём наблюдаются оба типа фаз (и мании, и депрессии). Кроме того, термин «маниакально-депрессивный психоз» является в определенной степени стигматизирующим по отношению к больным. В настоящее время для данного заболевания принято в США и рекомендовано ВОЗ более научно и политически корректное наименование «биполярное аффективное расстройство», сокращенно БАР. Данное наименование тоже не вполне корректно и приводит, например, к такой терминологии, как «монополярная форма биполярного расстройства».

2. Исторический аспект

До настоящего времени в психиатрии нет единого определения и понимания границ данного расстройства, что связано с его клинической, патогенетической, и даже нозологической гетерогенностью.

Установлена большая, можно сказать, решающая роль генетических факторов в происхождении маниакально-депрессивного психоза. Часто заболевание передается из поколения в поколение, причем обычно по материнской линии (так называемый доминантный тип передачи наследственного предрасположения). Существует мнение, что маниакально-депрессивный психоз — это группа заболеваний, каждое из которых имеет разную генетическую детерминацию (монополярные и биполярные формы). Кроме лиц, страдающих маниакально-депрессивным психозом, среди родственников больных встречаются так называемые циклоидные личности — люди, у которых в течение жизни отмечается склонность к немотивированным колебаниям настроения, нередко сезонным. В состояниях подъема настроения они отличаются повышенной творческой активностью, продуктивностью в работе, совершают множество дел. В периоды спада настроения творческая активность и продуктивность снижаются. Часто у этих лиц отмечается склонность к полноте. Считается, что указанные особенности отражают не полностью проявившиеся наследственные задатки заболевания.

Исследования патогенеза маниакально-депрессивного психоза показали, что основные нарушения происходят в подкорковых образованиях головного мозга, в которых расположены высшие эмоциональные центры. Процессы возбуждения или торможения распространяются из этих образований на кору головного мозга, что приводит к развитию описанной выше клинической картины болезни. Характерны признаки симпатикотонического синдрома: некоторое повышение АД, тахикардия, запоры, сухость слизистых оболочек, снижение массы тела. Усиливается

энергетический обмен. С наступлением ремиссии или светлого промежутка указанные нарушения проходят, сглаживаются.

3. Этиология и последствия возникновения МДП

Генетические факторы.

Опасность заболевания депрессией существует в семьях, в истории которых уже отмечена такая болезнь, а это может явиться признаком унаследованной биологической уязвимости. Для больных биполярным расстройством такая опасность несколько выше, однако не каждый с такого рода семейной историей заболевает этой болезнью. Большой депрессией могут заболеть и те, у кого ничего подобного в семейной истории не наблюдалось. Это говорит о том, что возникновение депрессии связано с дополнительными факторами - возможно, с биохимическими, с вызывающей стресс окружающей средой и с другими психосоциальными факторами.

Биохимические факторы.

Факты свидетельствуют, что биохимия мозга является значительным фактором в заболевании депрессивными расстройствами. Известно, к примеру, что у людей, страдающих большой депрессией, обычно наблюдаются нарушения в функционировании определенных химикалий мозга, называемых нейротрансмиттерами, а особенности сна, на который воздействуют биохимические процессы, у людей с депрессивными расстройствами чаще всего необычны. Депрессия может вызываться или смягчаться при употреблении определенных лекарств, при этом некоторые гормоны обладают свойствами, способствующими изменению настроения. Что еще не известно, это являются ли при заболевании депрессией <биохимические нарушения> результатом унаследованных генов или они вызваны стрессом, травмой, физической болезнью или какими-либо другими факторами окружающей среды.

Окружающая среда и другие стресс-факторы.

Существенная утрата, сложные взаимоотношения, денежные проблемы или значительное изменение образа жизни - на всё это ссылаются, когда речь заходит о том, что способствует заболеванию депрессией. Иногда начало депрессии связывается с острым или хроническим физическим заболеванием. Кроме того, примерно у одной трети людей, страдающих депрессивным расстройством, наблюдается злоупотребление алкоголем и наркотиками в той или иной форме.

Другие психологические и социальные факторы.

Люди с особыми свойствами характера - пессимисты, те, кто потерял самоуважение, те, кому кажется, что они не в состоянии должным образом контролировать свою жизнь или те, кто слишком много переживает по тому или иному поводу, - больше других подвержены заболеванию депрессией. Все эти свойства характера могут усилить воздействие вызывающих эмоциональный стресс событий либо могут послужить помехой действиям, направленным на то, чтобы справиться с трудностями или привести себя в норму. К этому можно добавить воспитание, а также ожидания, связанные с тем, какую роль в жизни играет тот или иной пол. По-видимому, способность мыслить негативно обычно начинает складываться в детстве или в юношестве. Некоторые эксперты полагают, что традиционное воспитание девочек благоприятствует развитию этих характерных черт и может быть причиной более высокого уровня депрессивных расстройств у женщин.

Некоторые личностные особенности связаны с повышенным риском заболеть биполярным расстройством. К ним относятся, например, меланхолический тип личности и статотимический тип, которые определяются прежде всего подчёркнутой ориентацией на упорядоченность, постоянство, ответственность. Другие авторитетные специалисты также отмечали, что повышенная добросовестность и психастенические черты личности в период до болезни чаще отмечаются при монополярном депрессивном варианте МДП.

4. Маниакально-депрессивный психоз и специфика его проявления

Течение маниакальной фазы

Маниакальная фаза представлена триадой основных [симптомов](#):

- повышенное настроение ([гипертимия](#))
- двигательное возбуждение
- идеаторно-психическое возбуждение ([тахипсихия](#))

В течении «полной» маниакальной фазы выделяют пять стадий.

1. [Гипоманиакальная стадия](#) характеризуется повышенным настроением, появлением чувства духовного подъёма, физической и психической бодрости. Речь многословная, ускоренная, падает количество смысловых ассоциаций с нарастанием механических ассоциаций (по сходству и созвучию в пространстве и времени). Характерно умеренно выраженное двигательное возбуждение. Внимание характеризуется повышенной отвлекаемостью. Характерна [гипермнезия](#). Умеренно снижается продолжительность сна и повышается аппетит.

2. Стадия выраженной мании характеризуется дальнейшим нарастанием выраженности основных симптомов фазы. Больные непрерывно шутят, смеются, на фоне чего возможны кратковременные вспышки гнева. Речевое возбуждение выраженное, достигает степени скачки идей. Выраженное двигательное возбуждение, выраженная отвлекаемость приводят к невозможности вести с больным последовательную беседу. На фоне переоценки собственной личности появляются [бредовые](#) идеи величия. На работе больные строят радужные перспективы, вкладывают деньги в бесперспективные проекты, проектируют безумные конструкции. Длительность сна снижается до 3—4 часов в сутки.

3. Стадия маниакального неистовства характеризуется максимальной выраженностью основных симптомов. Резко двигательное возбуждение носит беспорядочный характер, речь внешне бессвязна (при анализе удаётся установить механически ассоциативные связи между

компонентами речи), состоит из отрывков фраз, отдельных слов или даже слогов.

4. Стадия двигательного успокоения характеризуется редукцией двигательного возбуждения на фоне сохраняющегося повышенного настроения и речевого возбуждения. Интенсивность двух последних симптомов также постепенно снижается.

5. Реактивная стадия характеризуется возвращением всех составляющих симптомов мании к норме и даже некоторым снижением по сравнению с нормой настроения, лёгкой моторной и идеаторной заторможенностью, астенией. Некоторые эпизоды стадии выраженной мании и стадия маниакального неистовства у больных могут [амнезироваться](#).

Течение депрессивной фазы

Депрессивная фаза представлена противоположной маниакальной стадии триадой симптомов:

- подавленным настроением ([гипотимия](#))
- замедленным мышлением ([брадипсихия](#))
- двигательной заторможенностью.

В целом БАР чаще проявляется депрессивными, нежели маниакальными состояниями. Для всех стадий течения депрессивной фазы характерны суточные колебания, с улучшением настроения и общего самочувствия в вечерние часы.

У больных исчезает аппетит, пища кажется безвкусной («как трава»), больные теряют в весе, иногда значительно (до 15 кг). У женщин на период депрессии исчезают менструации (аменорея). При неглубокой депрессии отмечаются характерные для БАР суточные колебания настроения: самочувствие хуже с утра (просыпаются рано с чувством тоски и тревоги, бездеятельны, безразличны), к вечеру несколько повышается настроение, активность. С возрастом в клинической картине депрессии все большее место занимает тревога (немотивированное беспокойство, предчувствие, что «что-то должно случиться», «внутреннее волнение»).

В течении депрессивной фазы выделяют четыре стадии:

1. Начальная стадия депрессии проявляется нерезким ослаблением общего психического тонуса, снижением настроения, умственной и физической работоспособности. Характерно появление умеренных расстройств сна в виде трудности засыпания и его поверхностности.

2. Стадия нарастающей депрессии характеризуется уже явным снижением настроения с появлением тревожного компонента, резким снижением физической и психической работоспособности, двигательной заторможенностью. Речь медленная, немногословная, тихая. Нарушения сна выливаются в бессонницу. Характерно заметное снижение аппетита.

3. Стадия выраженной депрессии — все симптомы достигают максимального развития. Характерны тяжёлые [психотические](#) аффекты тоски и тревоги, мучительно переживаемые больными. Пиком аффекта тоски является так называемый «взрыв тоски («*raptus melancholicus*»)). Речь резко замедленная, тихая или шёпотная, ответы на вопросы односложные, с большой задержкой. Больные подолгу могут сидеть или лежать в одной позе («депрессивный [ступор](#)»). Характерна [анорексия](#). На этой стадии появляются депрессивные [бредовые](#) идеи (самообвинения, самоуничуждения, собственной аморальности). Также характерно появление [суицидальных](#) мыслей, действий и попыток. Суицидальные попытки наиболее часты и опасны в начале стадии и на выходе из неё, когда на фоне резкой гипотимии (крайне подавленного настроения) отсутствует выраженная двигательная заторможенность. [Иллюзии](#) и [галлюцинации](#) редки, однако они могут быть (главным образом слуховые), чаще в виде голосов, сообщающих о безнадёжности состояния, бессмысленности бытия, recommending покончить с собой.

4. Реактивная стадия характеризуется постепенной редукцией всех симптомов, некоторое время сохраняется астения, но иногда, наоборот, отмечается некоторая гипертимия, говорливость, повышенная двигательная активность.

Варианты течения депрессивной фазы.

- простая депрессия — триада депрессивного синдрома без бреда;
- ипохондрическая депрессия — депрессия с аффективным ипохондрическим бредом;
- бредовая депрессия (см. «синдром Котара»);
- ажитированная депрессия характеризуется отсутствием или слабой выраженностью двигательной заторможенности;
- анестетическая депрессия характеризуется наличием явления болезненной психической нечувствительности (лат. *anaesthesia psychica dolorosa*), когда больной утверждает, что совершенно утратил способность любить близких, природу, музыку, утратил вообще все человеческие чувства, стал абсолютно бесчувственным, причём эта утрата глубоко переживается как острая душевная боль.

5. Различия в частоте заболевания у мужчин и женщин

Воздействие большой депрессии и дистимии на женщин в два раза выше, чем на мужчин. Такое соотношение один к двум существует независимо от расовой и этнической принадлежности или от экономического положения, и данные о таком же соотношении были опубликованы в десяти других странах в разных концах мира. Уровень заболевания биполярным расстройством, или маниакально-депрессивным психозом, у мужчин и женщин примерно одинаков, хотя у женщин течение болезни обычно больше связано с депрессией и в меньшей степени с манией, а что касается биполярного расстройства, то у большего числа женщин периодичность заболевания является более частой, и болезнь может быть менее восприимчивой к стандартным формам лечения.

Разнообразные особенности, свойственные только женщинам, играют, вполне возможно, свою роль в развитии депрессии. Исследователи уделяют особое внимание осмыслению всего этого, в том числе следующих факторов: репродуктивного, гормонального, генетического и других биологических

факторов; дурного обращения и притеснения; межличностных взаимоотношений и некоторых психологических и личных качеств. Тем не менее специфические причины того, что вызывает депрессию у женщин, всё еще не установлены, и у многих женщин, подвергшихся воздействию вышеуказанных факторов, не было обнаружено депрессии. Что очевидно, это то, что, независимо от факторов, способствующих возникновению депрессии, болезнь эта вполне излечима.

Женщины болеют МДП в 3—4 раза чаще, чем мужчины. Облегченная, как бы смягченная форма маниакально-депрессивного психоза носит название циклотимии и встречается чаще.

Некоторые больные циклотимией обычно не попадают в психиатрические больницы и иногда вообще остаются вне поля зрения психиатров, так как внешние проявления болезни выглядят как обычные колебания настроения и физического тонуса.

По Крепелину, количество женщин, болеющих МДП, составляет около 70% всех случаев. По последним исчислениям Рюдина на 100 мужчин приходится 148 женщин.

Многолетние статистические исследования, осуществленные Крепелином на материале больных его клиники, позволили ему обнаружить некоторые небезынтересные количественные соотношения. Представим их в обобщенном виде. Среди заболевших в возрасте 20—25 лет преобладали женщины (60 % против 40 % мужчин); среди заболевших в возрасте 30—40 лет преобладали мужчины (60 % против 40 % женщин); среди пятидесятилетних и старше представители обоего пола распределялись приблизительно поровну, тогда как среди тех, кто заболел в более преклонном возрасте, женщин опять оказалось больше (согласно Крепелину, это объясняется их более высокой продолжительностью жизни). Пациенты с алкоголизмом, прогрессивным параличом и эпилепсией — преимущественно мужчины, тогда как пациенты с маниакально-депрессивным психозом — преимущественно женщины; но мания более обычна у мужчин, тогда как

депрессия — у женщин. Что касается шизофрении, то оба пола, судя по всему, подвержены ей в одинаковой степени. Крепелин обращает внимание на то, что в женских отделениях состояния возбуждения встречаются существенно чаще и бывают выражены сильнее (оценка осуществляется исходя из количества израсходованного скополамина, из количества времени, потраченного на прием успокоительных ванн); кроме того, женщины чаще отказываются от пищи, и поэтому их чаще приходится принудительно кормить. Среди женщин относительно низок процент самоубийств и уголовных преступлений. Для них более обычны истерические состояния, реактивные и нервные проявления.

6. Статистика

Накопление данных о заболеваемости в семьях больных позволили установить количественное взаимоотношение генетических и средовых факторов в развитии биполярного расстройства. Исследования показали, что вклад генетических факторов составлял 70 %, а средовых — 30 %. При этом вклад случайных средовых факторов был равен 8 %, а общесемейных — 22 %. В более поздних (1989) зарубежных исследованиях вклад генетических факторов оценен порядком 80 %, а случайных средовых — 7 %, что достаточно близко соответствует предшествовавшим данным.

Трудности в точной оценке распространённости биполярного расстройства связаны не только с разнообразием критериев (при «широком» подходе доля людей, страдающих им, составляет до 8%, а при «консервативном» — менее 0,05 %), но и с неизбежной субъективностью диагностики в психиатрии.

Вероятность в течение жизни заболеть «классическим» биполярным расстройством (по крайней мере с одним маниакальным эпизодом) оценивается в 2 %, а без учёта формы расстройства — 4 %. Точных данных о заболеваемости в детском возрасте нет, поскольку применимость критериев,

предназначенных для диагностики у взрослых, ограничена. Общая распространенность депрессии (всех разновидностей) в юношеском возрасте составляет от 15 до 40 %. Во многих работах подчёркивается, что большей распространённости аффективных расстройств в юношеском возрасте соответствует и бóльшая частота суицидов.

Распределение дебюта заболевания по возрасту показывает, что в возрасте от 25 до 44 лет заболевают 46,5 %, то есть около половины всех больных БАР. При этом биполярные формы развиваются в более молодом возрасте, до 25 лет, а униполярные — после 30 лет.

Хотя по данным Крепелина у женщин было диагностировано две трети случаев МДП, по более современным данным биполярными формами аффективных расстройств чаще страдают мужчины, а монополярные в три раза чаще развиваются у женщин. Аффективный психоз часто развивается у женщин в период менструаций, после родов, в инволюции, что подтверждает участие эндокринного фактора в его патогенезе.

7. Особенности лечения

Депрессивная фаза

Решающее значение для лечения депрессивной фазы БАР имеет понимание структуры депрессии, типа течения БАР в целом и состояние здоровья больного.

В отличие от лечения монополярной депрессии, при лечении биполярной депрессии антидепрессантами необходимо учитывать риск инверсии фазы, то есть перехода больного из депрессивного состояния в маниакальное или в смешанное, что может ухудшить состояние пациента и, что более важно, смешанные состояния очень опасны в плане суицида. Так, при монополярной депрессии трициклические антидепрессанты вызывают гипоманию или манию менее чем у 0,5 % больных. При биполярной депрессии, а особенно в структуре БАР типа инверсия фазы (переход в

маниакальную фазу) в случае лечения имипрамином наступает приблизительно в 25 % случаев. Нужно отметить, что чаще всего манию вызывают необратимые ингибиторы МАО и трициклические антидепрессанты, а селективные ингибиторы обратного захвата серотонина вызывают инверсию фазы намного реже.

Антидепрессанты подбираются с учётом особенностей депрессии. При наличии симптомов классической меланхолической депрессии, при которой на первый план выходит тоска, целесообразно назначение сбалансированных антидепрессантов, занимающих промежуточное положение между стимулирующими и седативными, например таких, как пароксетин, циталопрам, венлафаксин, флувоксамин и подобные им препараты. При их неэффективности в качестве препаратов второго ряда могут быть использованы кломипрамин и имипрамин.

Если на первый план выступает тревога и беспокойство, то предпочтительны антидепрессанты седативного действия: миртазапин, миансерин, тразодон, амитриптилин. Хотя антихолинергические эффекты (лекарства блокируют передачу информации ацетилхолина) трициклических антидепрессантов часто рассматривают как нежелательные, а у амитриптилина они особенно выражены, многие исследователи утверждают, что м-холинолитический эффект способствует быстрой редукции тревоги и нарушений сна. Особую группу депрессий составляют те разновидности, при которых одновременно присутствуют тревога и заторможенность: наилучший результат в лечении показал сертралин — он быстро купирует как тревожно-фобический компонент, так и тоску, хотя в самом начале терапии может усилить проявления тревоги, что иногда требует назначения транквилизаторов. При адинамической депрессии, когда на первый план выходят идеаторная и моторная заторможенность предпочтительны стимулирующие антидепрессанты: ингибиторы МАО, имипрамин, флуоксетин, моклобемид, милнаципран. Очень хорошие результаты при этом типе депрессии даёт циталопрам, хотя его эффекты сбалансированные, а не

стимулирующие. При депрессии с бредом оланзапин показал эффективность, сравнимую с комбинацией галоперидола и амитриптилина, причём даже несколько превосходил по числу чувствительных к терапии, а переносимость была куда выше.

Лечение антидепрессантами необходимо сочетать со стабилизаторами настроения — нормотимиками или атипичными антипсихотиками. Наиболее прогрессивным является сочетание антидепрессантов с такими атипичными антипсихотиками, как оланзапин или кветиапин, поскольку эти препараты не только предотвращают инверсию фазы, но и сами обладают антидепрессивным действием. Кроме того, показано, что оланзапин позволяет преодолеть резистентность к серотонинергическим антидепрессантам: сейчас выпускается комбинированный препарат — оланзапин+флуоксетин — Symbyax. Хотя арипипразол нередко используется при биполярной депрессии, данные относительно возможности его применения в депрессивной фазе, как показывает систематизированный обзор, опубликованный в *Annals of General Psychiatry* в 2009 году, неоднозначны, по причине отмечавшейся в исследованиях плохой переносимости

Маниакальная фаза

Основную роль в лечении маниакальной фазы играют нормотимики (препараты лития, карбамазепин, вальпроевая кислота). Ламотриджин, применяющийся в депрессивной фазе заболевания, не считается эффективным при лечении маниакального эпизода). Однако для быстрого устранения симптомов в некоторых случаях возникает необходимость в антипсихотиках, причём приоритет отдаётся атипичным: с применением классических антипсихотиков связан значительно больший риск не только депрессии и нейролептик-индуцированного дефицитарного синдрома, но и экстрапирамидных нарушений, к которым больные БАР особенно предрасположены — в особенности к поздней дискинезии, необратимому нарушению, приводящему к инвалидизации. Отмечается существенный риск

возникновения экстрапирамидных расстройств и при использовании некоторых атипичных антипсихотиков в маниакальной фазе: зипрасидона, рисперидона и арипипразола, (а также при использовании кветиапина и арипипразола в депрессивной фазе — с применением последнего у пациентов, страдающих биполярным расстройством, связан риск преимущественно акатизии).

Помимо медикаментозного лечения существует ряд других способов избавиться от МДП, например, психотерапия, электрошоковая терапия, не помешает также проводить какое-то время с другими людьми и заниматься чем-то, что улучшит ваше самочувствие, например, физическими упражнениями или йогой.

8. Профилактика

С целью профилактики применяют нормотимики — стабилизаторы настроения. К ним относятся препараты лития, карбамазепин (финлепсин), вальпроаты. Стоит отметить ламотриджин (Ламиктал, Ламолеп), который особенно показан при быстро циклическом течении с преобладанием депрессивных фаз. Очень перспективны в этом отношении атипичные антипсихотики. Еще для профилактики приступов маниакально-депрессивного психоза в настоящее время с успехом и широко используется карбонат лития. При длительном применении этого препарата наблюдается уменьшение глубины и частоты аффективных приступов вплоть до полного их исчезновения. Лечение проводится под контролем уровня лития в крови.

Умение распознавать признаки депрессии - это первый шаг к тому, чтобы лечение пошло на пользу. Следующий шаг - оценка вашего состояния, сделанная квалифицированным профессионалом. Хотя лечащие врачи сами могут поставить диагноз, а затем и лечить депрессию, зачастую они направляют пациента к психиатру, к психологу, к лицензированному социальному работнику или к другим специалистам в области лечения

психических заболеваний. Лечение является сотрудничеством между пациентом и медицинским работником. Информированный пациент знает, какие виды лечения имеются в его распоряжении, и когда у него возникают те или иные проблемы, он обсуждает их с поставщиками медицинских услуг.

Если после двух-трех месяцев лечение не принесло результатов или если симптомы ухудшаются, обсудите с обслуживающим вас специалистом другой курс лечения. Не помешает также получить заключение другого профессионала.

Список литературы:

1. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия.
2. Малкина-Пых. Психосоматика.
3. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. / Л.В. Кузнецова, Л.И. Переслени, Л.И. Солнцева и др.; 2012.
4. Психология эмоций. Тексты. М.: 2010. С.
5. Хомская Е.Д. Нейропсихология: 4-е издание. — СПб.: 2015
6. Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. Психосоциальная аддиктология. Новосибирск, 2010.