



ПСИХИАТРИЧНАТА СИМПТОМАТИКА В КОНТЕКСТА НА БИОЛОГИЧНА ОБУСЛОВЕНОСТ И СОЦИОКУЛТУРНО ВЛИЯНИЕ

Габриела Гатева¹, Елеонора Минчева², Здравко Тенев³, Симона Добринова⁴

1. Психолог към Дом за пълнолетни лица с физически увреждания –гр. Габрово, psysibel@mail.bg
2. Консултант към Майндтрендс, Институт за Майндфулнес и контемплативни изследвания, mindtrends.org@gmail.com
3. Психолог към Международен младежки център –Стара Загора ,tenev_zdravko@abv.bg
4. Психолог към VII ОУ „Г.С.Раковски“-Перник, dobrinova.s@gmail.com

PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN THE CONTEXT OF BIOLOGICAL DETERMINATION AND SOCIO-CULTURAL INFLUENCE

Gabriela Gateva, Eleonora Mincheva, Zdravko Tenev, Simona Dobrinova

„Ако единственият инструмент, който имате, е чук, вие сте склонни да виждате всеки проблем като пирон.“

Ейбрахам Маслоу

Summary: The aim of the article is to present a multidisciplinary approach to the complexity of the human nature expressed through somatic and psychiatric symptoms, as well as the diagnostic dilemmas faced by mental health professionals and the construction of a therapeutic plan for a specific case. An attempt is made to illustrate the complexity of decision-making dynamics when considering the various components that build up the client (the patient), based on data scarcity.

Man is a complex system of biological, mental, and social constructs, the optimal functioning of which is realised through balance, interconnectedness, and interdependence between its various components. Any alteration in the composition and functioning of a given construct leads respectively to a change in the system and its functioning. In the presented case, some of the possible factors (biological, somatic, psychological) that led to a psychotic episode in the context of endocrine disease, migration, multiculturalism, and family context are considered. In search of the meaning of the symptoms shared by the client, various possible avenues of therapeutic work have been proposed, including psychotherapy, social support, and management of clinical symptoms with the means of psychiatry, as partnering approaches.

Резюме: Целта на статията е да се представи мултидисциплинарен подход към сложността на човешката същност, изразена чрез соматични и психиатрични симптоми, диагностичните дилеми, пред които са изправени специалистите по психично здраве, и построяването на терапевтичен план при разглеждането на конкретен случай. Направен е опит да се илюстрира сложността в динамиката на взимането на решение при отчитане на различните компоненти, изграждащи клиента, на база оскъдност на данните.



Човекът е сложна система от биологични, психични и социални конструктори, чието оптимално функциониране се осъществява посредством баланс, взаимосвързаност и взаимобусловеност между различните и съставни части. Всяко отклонение в състава и функционирането на даден конструктор води респективно до промяна на системата и нейното функциониране. В представения случай са разгледани някои от възможните фактори (биологични, соматични, психологически), довели до психотичен епизод в контекста на ендокринно заболяване, миграция, мултикултуралност и семеен контекст. В търсене на смисъл на споделяната от клиента симптоматика са предложени различни възможни посоки за работа, включващи психотерапия, социална подкрепа и овладяване на клиничните симптоми със средствата на психиатрията, като партниращи си подходи.

Ключови думи: депресивна симптоматика, психотичен епизод, миграция, мултикултуралност, семеен контекст, щитовидна жлеза

ВЪВЕДЕНИЕ

Редица соматични заболявания протичат по такъв начин, че ранните им проявления са свързани с емоционални и психични симптоми, което често води до погрешно диагностициране или до това дълго време да останат незабелязани. Типичен пример за това е нелекувано ендокринно заболяване (например – заболявания на щитовидната жлеза). Симптоматиката при дисфункция на жлезата в голяма степен се припокрива с много психични разстройства.

Ранните прояви на болестите на щитовидната жлеза включват комплекс от сигнали:

- Физически (повишено кръвно налягане, тахикардия, хипервентилация, тремор и др.)
- Психически (агорафобия, тревожност, раздразнителност, емоционална лабилност, паник атаки и др.)

Тиреоидните заболявания засягат голяма част от населението по света, независимо че не са във фокуса на общественото внимание както други социално хронични заболявания. Същите често са свързани с репродуктивни проблеми, а също така и със сърдечносъдови и нервно-психически заболявания, на които обикновено се обръща по-голямо внимание.

Най-честите причини за заболяванията на щитовидната жлеза: генетична предразположеност; автоимунни заболявания; стрес; хранителни дефицити; токсини в околната среда и др. Ролята на жлезата има сериозно влияние върху метаболизма и психичното състояние (кислородната консумация, енергийния баланс, производството на топлина).

Лечението на соматичното заболяване често води до преминаване на психотичните симптоми.



ИСТОРИЯ НА СЛУЧАЯ

Касае се за Т. В. (името е произволно избрано), жена на 45-годишна възраст, която се обръща за психологична помощ за справяне с тревожност, безсъние и нарушен апетит. Клиентката смята, че те са в резултат на лечение по повод на психотичен „епизод“ (пристъп), настъпил в средата на месец декември 2020 г.

Не съобщава за проблеми при раждането си, както и за прекарани заболявания, освен грипopodobни настинки. По данни на клиентката тя е преминала всички основни етапи в развитието си, според очакваното за съответната възраст.

Т. е отгледана в непълно семейство от самотна майка, рускиня. Няма братя и сестри. Бащата, който е от китайски произход, е напуснал рано семейството (не е уточнен периодът) по неясни причини. Майката е описана като борбена, но невротична жена. Т. е посещавала училище в родния си град. Била е добра ученичка, с отличен успех с интереси в спорта (плуване, бойни изкуства) и пиано.

Фамилната анамнеза и обща медицинска история са незабележителни според описанието на клиентката. Клиентката не съобщава за минали хронични или остри заболявания, освен проблем с щитовидната жлеза (не е сигурна дали е хипо или хиперфункция). Не дава данни за провеждани изследвания по този повод, както и за евентуална назначена терапия. Не съобщава за нездравословни навици на живот - не пуши, приема алкохол (1-2 чаши вино) на седмица, не приема ПАВ.

Т.В. е семейна с три деца – момче на 8 г., (със синдром на Даун) и двама близнаци (момчета) на 4 г., за които няма данни за проблеми в развитието или здравето. Съпругът на клиентката е англичанин. Семейна е от девет години и понастоящем живее в Шри Ланка. Клиентката не работи и е издържана от съпруга си, като тя се грижи за децата и домакинството. Има домашна прислужница. Описва начина си на живот като „с добър жизнен стандарт“. Описва себе си като „социална с необходимост от много контакти“. Прекарвала е доста време в социалните мрежи. Определя го като зависимост, поради което след настъпване на психотичния пристъп съпругът ѝ прекратява достъпа ѝ до интернет, с цел „да я предпази“. Поддържа връзка с майка си и братовчеди по телефона (веднъж до три пъти седмично). Общува предимно със съседите, тъй като нейните приятели са напуснали Шри Ланка.

Преди 6 месеца е приета по спешност в болница, по повод на това, което клиентката описва като „единичен, изолиран психотичен епизод“, за който предоставя оскъдни данни. Лекувана е за около 4 дни, след което е изписана за домашно лечение, с назначена терапия (оланзепин 10 мг и рисберидон 2 мг). Преди около месец е спряно лечението с единия медикамент (оланзепин 10 мг) от психиатър. Съобщава, че лекарят е изказал предположението, че тази терапия ще продължава от няколко месеца до година.

Преди постъпването ѝ по спешност в стационарното психиатрично заведение е ставала все по-напрегната и раздразнителна, с промени в съня и представата ѝ за реалност, поради продължителните престои в интернет. Взима хапчета за сън, без рецепта.



През последните 6 месеца клиентката е напълняла с около 12 кг, което много я тревожи. Според нея това се дължи на страничните ефекти на приеманите медикаменти и/или нарушенията във функцията на щитовидната жлеза.

Съобщава за депресия, за която не е получавала лечение. На въпроса „Как е разбрала, че всъщност страда от депресия?“, клиентката определя състоянието си като „потиснатост“, но съпругът ѝ твърдял, че е депресирана. Вероятно терминът се използва в един много широк контекст, който, както е известно, е лингвистичен еквивалент в разговорния английски език (а и в много култури) на потиснато или понижено настроение (бел.авт.). Но наличие на клинично доказана депресия не бива да се изключва.

Споделя, че престоят въкъщи не ѝ се отразява добре, „особено с Ковид затварянето. Голяма част от приятелите си заминаха“. Критична е към своята намалена функционалност („...Сутрин само правя закуска на децата и си лягам. Много съм уморена. Сутрин нямам сила. Привечер съм добре. Нямам желание за нищо, нямам интереси, влошихме отношенията със съпруга, нямам желание за секс, просто ми е празна главата. Сутрин ми е трудно да понасям шум, особено виковете на децата. Как ще се справя? Искам да се оправя. Тук никой не познавам. Лисва ми мотивация. Много съм тревожна. Трудно понасям децата, особено когато се тръшкат и плачат... Много ми е трудно да се справя. Понякога имам паник атаки и като че ли смесвам реалността – света онлайн с офлайн реалността. Чувствам се претоварена. Нямам апетит, а храната и готвенето не ми доставят радост. Тук никой не познавам. Всички са чужди и не общуваме. Само със съседите. Приятелите си заминаха. Аз основно бях онлайн, а сега съпругът ми не ми разрешава. Мога само да гледам новините относно Ковид 19 ситуацията“).

На въпроса „Какво очаква от нашата среща и евентуална съвместна работа?“ клиентката отговори: „Искам да се справя с моята тревожност и умора, искам да се справям с живота и семейството. Сега затварят в нов ‚локдаун‘ и не знам дали ще се справя. Искам да бъда силна както преди.“

До момента е проведена само една среща с пациентката. Няма данни, получени от друг член на семейството.

УПРАВЛЕНИЕ НА СЛУЧАЙ (CASE MANAGEMENT)

Дефинираните проблеми (фиг. 1) и линията на развитие на проблематиката в онтогенетичен план (фиг. 2) се основават на споделеното от клиентката в хода на сесията.



Фиг.1 Клъстър на корелация (дефинирани проблеми),(Е.Минчева,2021)

Предразположение на клиента – Био-психо-социалния модел:

- I. Предиспозиционни фактори – липсата на баща, постоянна работа, дете с диагноза, близнаци, личностна структура;
- II. Преципитираци фактори – ковид ситуацията, изолацията, социални мрежи;
- III. Поддържащи фактори – съпружеските отношения, емигрантството, маргиналност на културната среда;
- IV. Протективни фактори – консултацията с психолог, психиатър, връзка с роднини и семейство.



Фиг. 2 Линия на развитие на проблематиката и определящи моменти (по С. Димитрова, 2021)



Диагностична импресия

- Средно изразена депресия, като коморбидност вследствие потиснати или блокирани нива на невротрансмитерите (допамин, серотонин, норадреналин);
- Ендокринологични проблеми – регулация на нивата на тироксин и др. хормони (напр.патологичната нечувствителност, устойчивост на мозъчните GR рецептори и като следствие – нарушение на отрицателната обратна връзка за нивото на кортизол в кръвта, проведена през GR-рецепторите; Напоследък обаче все по-уверено е мнението, че основното, невроендокринно разстройство при депресия е именно патологичната нечувствителност, устойчивостта на мозъчните GR рецептори и, като следствие, нарушение на отрицателната обратна връзка за нивото на кортизол в кръвта, проведена през GR-рецепторите (Pariante CM, 2006; Anacker C. et al, 2011);
- Ковид изолация индуцирана тревожност;
- Други (необходимост от социални мрежи).

Терапевтичен план

На този етап, въз основа на събраната информация, са предвидени следните дейности:

- Лекарска консултация – ендокринолог, психиатър;
- Социални грижи/ подпомагане на специалните образователни нужди на голямото дете;
- Психосоциална подкрепа за изграждане и поддържане на здравословен начин на живот, нормализиране и валидизиране на състоянието. Психотерапевтична работа за и след стабилизиране на психотичния епизод;
- Образование по линия на психично здраве;
- Установяване на контрол и наблюдение над тревожността на клиентката – работа с психотерапия, релаксация и подходяща диета;
- Структуриране на ежедневието по такъв начин, че да има баланс между дейност, почивка, сън, за да се избегне преумора и натрупване на психоемоционално напрежение.

ДИСКУСИЯ

Подходът при анализа на случая се основава на механизъм на обобщаване на получената информация за различните факторите по групи, чрез който се прави заключение (inferred mechanism), като се свърже и обясни наличната информация.

Краткото психотично разстройство е преходно, понякога повтарящо се, в което симптомите продължават поне 1 ден и отшумяват за по-малко от месец със завръщане към предишното ниво на функциониране (DMS-5, 2013, online). В повечето случаи, както остри, така и хронични, стресът, неразвитите социални умения, изолацията и липсата на социална подкрепа могат да увеличат риска от появата на кратко психотично разстройство.



Ендокринно заболяване – психиатричните нарушения, които съпровождат хипертиреозидизма и хипотиреозидизма, се проявяват в някои от следните симптоми, изведени в Таблица 1. Заболяванията на щитовидната жлеза се откриват трудно поради няколко обстоятелства: всеки човек в някаква степен изпитва тревожност или напрежение; симптомите често наподобяват други заболявания; в екстремни случаи те могат да изглеждат дори шизофренни, като страдащият губи чувство за реалност до степен делириум или халюцинации.

От гледна точка на психосоматичната медицина, която изследва връзката между ендокринните заболявания и личните характеристики на човек, щитовидната жлеза е орган на емоционално възприятие и творческа изява, както и контролира степента на активност на живота.

Таблица 1. Основна симптоматика при нарушена функция на щитовидната жлеза

Хипертиреозидизъм	Хипотиреозидизъм
<ul style="list-style-type: none"> • силна тревожност и напрежение • емоционална нестабилност • нетърпение и раздразнителност • силна умора, но сякаш са навити на „пружина“ и не могат да се спрат • паникоподобни симптоми и учестено сърцебиене • засилена чувствителност към шум, променлива депресия, тъга без причина и проблеми със съня и апетита • Драстично отслабване 	<ul style="list-style-type: none"> • прогресивна загуба на интерес и инициативност • забавени психична дейност и процеси • влошена памет за скорошни събития • обща загуба на жизненост и постоянна умора • общо интелектуално влошаване и детериорация • органични психози • депресия с параноидни симптоми и евентуално, ако не бъдат взети мерки, деменция и перманентно нарушение на психиката и мозъка • Драстично напълняване

Миграцията и животът в чужбина отдавна са признати като рискови фактори за психичното здраве (Минчева, 2021) и в частност за психотичните разстройства. С оглед на установената връзка между стреса и краткото психотично разстройство не е изненадващо, че разстройството често се описва във връзка със стреса при пътуване и/или временно усядане. Предполага се, че изолирането на пътувания на дълги разстояния, злоупотребата с алкохол и вещества и безсънието могат да допринесат за появата му при някои случаи (Airrault, 2018, цитиран от Stoyanov et al, 2021). В историята на Т. поради липса на достатъчно сведения на този етап може да се предположи, че като подкрепящи фактори на страданието ѝ са нарушенията в съня, изолацията поради пандемията от Covid-19, ограничен кръг за подкрепа, основно семейството и изолацията в друга културна среда. Към това може да се прибави и смесеният брак, който е още една предпоставка по линия на културиране. Въпреки че обича да пътува и е пътувала много, тази нова културна среда е „много различна“, както сама я определя. Тези обстоятелства изглежда, че съставят ключовия фактор, в взаимодействие с нейната преморбидна личност и конкретното съзвездие от културни и други ценности, свързани с начина на живот, семейна среда и социално обкръжение.



Пристрастеност към социални мрежи – Възможен сценарий за негативните тенденции в поведението на клиентката е повишената потребност за пребиваване в социалните мрежи, което би могло да обяснява и така описания психотичен епизод.

Специалистите определят следните основни признаци на интернет зависимост (Коларова, 2010):

- **Психически:** еуфория, пренебрегват близки и приятели заради виртуални контакти и занимания, пустота и раздразнение, криене от близките, човек постепенно губи способност да поддържа отношения с реалните хора и други.
- **Физически:** главоболие, загуба на апетит, пренебрегване на личната хигиена, проблеми със съня и промяна на режима и други.

Семейна динамика. Симптомите на Т. от гледна точка на системния семеен подход биха могли да бъдат разглеждани като опит на семейната система да се адаптира към промяна в жизнения цикъл на семейството и индивида, в по-широката система на емигрантство, в ситуация на клиента вследствие на Covid-19 пандемия и други (Carr, A., 2006).

Т. е израствала в семейство с един родител, което вероятно е изправило семейството пред предизвикателството на утвърждаване на границите между майка и дете (субсистемите). Интересен за изследване в терапевтичен процес е механизмът на регулиране на близост и дистанция в отношенията на привързаност¹ между тях и как той повлиява отношенията в съпругеската двойка и децата (изнасянето на комуникацията предимно в социалните мрежи, вероятно има функцията да внесе различие вследствие на социалната изолация и времето, прекарано със семейството в пандемичната обстановка).

Съществено е да се разкрие смисълът, който влага клиентката в историята за напускането на бащата по „неясни причини“. Възможно е пътешестването по света след 20 г.в. да има връзка с тази история. Изглежда пътуването е символично изразяване на търсенето на своя произход, на бащата, на отговорите на (не)зададени въпроси (защо ни е оставил?, *защо е оставил мен?*).

След брака и раждането на трите им деца изглежда Т. не може да продължи да пътува, оставя се на грижите на съпруга си, не работи. Появата на психотичния епизод и депресивна симптоматика биха могли да се разглеждат като системен механизъм за придърпване на съпруга към съпругеската и родителската субсистема, като това ще позволи на Т. да остане в семейството (болна и нуждаеща се от грижа), без да е необходимо системата да се разпада, както би станало, ако продължи да пътува и да търси.

Очертава се необходимост от оценка на качеството на взаимоотношенията между съпрузите, степента на въвличеност на всеки от тях като родител и капацитета на семейството да удържа напрежение в ситуация на промяна. С диагностичен инструмент като Обща оценка на отношенческото функциониране (Global Assessment

1 Михова, З. 2012 (Системна семейна теория на Мъри Боуен стр.65-113)



of Relational Functioning Scale, DSM-IV, 1994, p.758) бихме могли да установим отношенческия контекст и да оценим степента на съвместното решаване на проблеми, организация и емоционалния климат, което ще допринесе за по-цялостното изграждане на терапевтичен план.

Изводи

От изложените фактори не може да се подходи категорично само от една перспектива на психиатричния аспект на обсъждания случай или само на ендокринологичния аспект, а те би следвало да бъдат разглеждани като свързани, с вероятност да се обуславят един друг. Тоест, възможно е да е налице известна коморбидност на проявите, което може да доведе до несигурност в диагностицирането.

Семейният модел също в голяма степен е определящ за позиционирането на личността – начина, по който тя взаимодейства с близките си, изградените модели за общуване, партньорство, както и ролята ѝ в тях.

Важно е да се отбележи доколко е завършен процесът на индивидуализация и реализация на личността – прекъснатото индивидуално осъществяване много често предизвиква неудовлетвореност, фрустрация и несамостоятелност – оттам и социално отдръпване, апатия, вялост и др. психични проблеми.

При наличието на множество стресови фактори от средата на живот на клиентката (болно дете, преместване, семеен климат, липса на подкрепа при грижата за децата) и разглеждайки симптоматиката на клиентката, можем да допуснем отключено ендокринно заболяване. Наблюдават се промени в теглото, липса на мотивация, повишена тревожност, депресивност и лесна уморяемост. От друга страна те биха могли да бъдат предизвикани от спецификата на личностната структура, загубата на възможност за извършване на обичайните дейности (да пътува) и ограничените ѝ социални контакти, заедно с изолацията в условията на Covid-19.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Необходимо е да разгледаме случая в контекста на семейния кръг, както и социалната му значимост, отчитайки проблемите, които възникват в живота на жената, изключителното влияние на стреса като утежняващ фактор за отключване на описаните симптоми.

Автоимунните заболявания по един особено илюстративен начин показват взаимодействието на тялото и психиката. Всички емоционални и психологически аспекти, заедно с чисто телесните симптоми, са част от цялостната клинична картина. Заболяванията на щитовидната жлеза като част от ендокринната система са сигнал и за цялостно нарушение на хормоналния баланс.

Остава основният въпрос: Дали нарушенията в хормоналния баланс причиняват психични симптоми и заболявания, или самите заболявания на щитовидната



жлеза имат някаква психологическа обусловеност? Кое е първопричината – (психична травма, конфликт, структура на личността или семеен контекст) или те са следствие от вече възникнало заболяване на соматично ниво?

Поради обвързаността на човека със средата е необходимо да се търсят комплексните причини, създаващи предпоставки за възникването на болестта и предшестващата я симптоматична картина – симптомът е сигнал за нередност в организма като система. Факторите, които оказват влияние върху функционирането на човека, могат да бъдат със социална, биологична и културна насоченост.

В известна степен съществува сегрегиран подход при изясняването на симптомите - физическите са обект на изследване от медицината, психиката разглежда психологията, а различните духовни учения поставят духа и душата във фокуса. Човекът обаче е свързващо звено на отделните компоненти – тяло, психичен апарат и духовна същност. По тази причина е нужен мултидисциплинарен подход при обследването на всеки случай, съчетаващ симптоматика от различно естество.

Библиография /Ръководство за допълнителни източници

5. Акабалиев, В., Стоянов Д., Попов, С., Масаджиева, Р., и колектив Учебник по психиатрия за студенти по медицина, София: Лакс бук, 2016
6. Арабаджиев, Зл., Лекции „Разстройства в настроението“, цикъл лекции от курс „Обща и клинична психопатология“ отдел СДК „Медицински Университет -Пловдив“, 2021
7. Байчинска, К., Бакрачева, М., Савова, С. Статуси на психосоциална и национална идентичност, ценности и психично благополучие в юношеска възраст. – София: АИ Марин Дринов, 2009
8. Бакрачева, М., Бакалова, Д., Мизова, Б. Локусът на стимулите като предиктор на щастието, удовлетвореността от живота и психичното благополучие. Сборник материали от Юбилейна научна конференция с международно участие „Здравеопазването през 21 век“, 30.09 – 02.10.2010, Плевен, 2010, т. 2, с. 592 – 596
9. Вацлавик П., Дж. Бивин, Д. Джаксън. Прагматика на човешката комуникация, С: Наука и изкуство, 2006
10. Коларова, Д. и колектив, Безопасен интернет, София: фондация „Партньори-България“, 2010
11. Михова З., Емоционални процеси в семейството и системна терапия, Варна: Стено. 2012
12. МКБ-10 Международна класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето, десета ревизия, София: ПК Д. Благоев, 1992
13. Минчева, Е., Размисли за едно пътуване: Социална промяна и изграждане на осъзнати и състрадателни общности, Бюлетин на ВКООНПББ, юни, 2021
14. Песешкиан Н., Метод на позитивната психотерапия Т.1, София: Славена, 1994
15. Попов, Г., Обща и клинична психопатология. Варна: Стено, 2010
16. Шулман Л., Изкуството да се помага на индивиди, групи и семейства, С, НЦКИЧ, 1986
17. Anacker, Ch., Zunszain, P., Carvalho, ParianteL., (2021). The glucocorticoid receptor: Pivot of depression and of antidepressant treatment, Psychoneuro endocrinology, Volume36:3, 2011, Pages 415-425, <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.03.007> [Accessed online on 3rd June 2021].
18. Boyd, D., Ellison, N., Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship, 2011 <http://jcmc.indiana.edu/vol13/issue1/boyd.ellison.html> [Accessed online on 3rd June 2021]
19. British Thyroid Foundation, undated, par. 1-14. <https://www.btf-thyroid.org/psychological-symptoms-and-thyroid-disorders> [Accessed online on 3rd June 2021]
20. Carr A., FAMILY THERAPY Concepts, Process and Practice Second Edition, University College Dublin and Clanwilliam Institute, Dublin, Ireland, 2006
21. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-4, 4th ed., VA: American Psychiatric Association, Washington, DC; 1994.
22. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.



23. Idura N. Hisham, Giles Townsend, Steve Gillard, Brishti Debnath, Jacqueline (2020). COVID-19: the perfect vector for a mental health epidemic Sin3,4 BJPsych Bulletin Page 1 of 7, doi:10.1192/bjb.2020.6.
24. Ira D. Glick, Ellen M. Berman, John F. Clarkin, Marital and Family Therapy, American Psychiatric Publishing, Inc. 2000 (Global Assessment of Relational Functioning Scale (GARF; American Psychiatric Association, 1994, 178-181)
25. Kaptein, A.A. in International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2001
26. Mayo Clinic ,undated, par, 8-13. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/thyroid-nodules/symptoms-causes/syc-20355262> [Accessed online on 3rd June 2021]
27. G Marian, AE Nica, BE Ionescu, D Ghinea, Hyperthyroidism–cause of depression and psychosis: a case report, J Med Life. 2009 Nov 15; 2 (4): 440–442. Published online 2009 Nov 25., PMID: PMC3019023 [Accessed online on 3rd June 2021] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019023/>
28. Pariante CM. The glucocorticoid receptor: part of the solution or part of the problem? J Psychopharmacol. 2006 Jul;20(4 Suppl):79-84. doi: 10.1177/1359786806066063. PMID: 16785275.
29. Stoyanov, D., Fulford, B., Stanghellini, G., Van Staden, W., & Wong, M. T. International Perspectives in Values-Based Mental Health Practice: Case Studies and Commentaries, 2020.
30. Thomas W. Heinrich, Garth Graham, Hypothyroidism Presenting as Psychosis: Myxedema Madness Revisited, Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2003; 5(6): 260–266. doi: 10.4088/pcc.v05n0603, PMID: PMC419396 [Accessed online on 3rd June 2021] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC419396/>
31. Murison, R., and A.M. Milde, A.M., in Encyclopedia of Stress (Second Edition), 2007