

В.Э. Медведев

Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии
факультета непрерывного медицинского образования медицинского
института Российского университета дружбы народов, Москва, Россия



ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СНИЖЕНИЯ ИЛИ НАРУШЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

V.E. Medvedev

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology, Faculty of Continuing Medical
Education, Medical Institute, Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Ministry of Education
and Science of Russia, Moscow, Russia

Psychosomatic Complications of Decreased or Impaired Generative Function in General Medical Patients (Review)

Резюме

Помимо целого ряда соматических недугов у 49-100 % пациенток с бесплодием верифицируются психические расстройства: 35-56 % — депрессии разной степени тяжести, 25-76 % — тревожные и психосексуальные расстройства, 40 % — тревожно-депрессивные расстройства, 50 % — расстройства адаптации, к 9,5 % — суицидальные мысли и попытки. У 75 % женщин, обращающихся за медицинской помощью в период менопаузы, также выявляются расстройства тревожного, депрессивного, дисморфического и психотического спектров.

Психофармакотерапия у пациенток проводится с использованием современных антидепрессантов, анксиолитиков, антипсихотиков с акцентом на хорошую переносимость, совместимость с гормональной терапией, удобство дозирования.

Психотерапия, психологическое сопровождение и психокоррекционная работа позволяют уменьшить выраженность тревожно-депрессивной симптоматики и существенно повысить успешность лечебных процедур

Ключевые слова: психические расстройства, бесплодие, менопауза, климакс, депрессия, тревога, дисморфическое расстройство, психоз, инволюция, лечение, терапия

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов

Источники финансирования

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования

Статья получена 23.11.2021 г.

Принята к публикации 09.02.2022 г.

Для цитирования: Медведев В.Э. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СНИЖЕНИЯ ИЛИ НАРУШЕНИЯ ГЕНЕРАТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОК ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ). Архивъ внутренней медицины. 2022; 12(3): 187-194. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-3-187-194. EDN: KJMNHJ

Abstract

In 35-56 % of patients depression of varying severity was diagnosed, in 25-76 % — anxiety and psychosexual disorders, in 40 % — anxiety and depressive disorders, in 50 % — adjustment disorders, to 9.5 % — suicidal thoughts and attempts. Anxiety, depressive, dysmorphic and psychotic spectrum disorders are identified in 75 % of women seeking medical care during the menopause.

*Контакты: Владимир Эрнстович Медведев, e-mail: melkorcord@mail.ru

*Contacts: Vladimir E. Medvedev, e-mail: melkorcord@mail.ru

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>

Psychopharmacotherapy in female patients includes modern antidepressants, anxiolytics, and antipsychotics, with an emphasis on good tolerability, compatibility with hormone therapy, and easy dosing.

Psychotherapy, psychological support and psychocorrective work can reduce the severity of anxiety and depressive symptoms and significantly increase the success of treatment procedures

Key words: *mental disorders, infertility, menopause, depression, anxiety, dysmorphic disorder, psychosis, involution, treatment, therapy*

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interests

Sources of funding

The authors declare no funding for this study

Article received on 23.11.2021

Accepted for publication on 09.02.2022

For citation: Medvedev V.E. Psychosomatic Complications of Decreased or Impaired Generative Function in General Medical Patients (Review). The Russian Archives of Internal Medicine. 2022; 12(3): 187-194. DOI: 10.20514/2226-6704-2022-12-3-187-194. EDN: KJMNHJ

Современные данные литературы свидетельствуют о том, что резкие и циклические колебания эстрогенов, изменение распространенности рецепторов к эстрогену в структурах головного мозга (в т.ч. в миндалине, гиппокампе, гипоталамусе), а также подавление прогестероном активности ГАМК-ергических нейронов, снижение секреции гонадолиберина, мелатонина, стимулирующего влияния тиреолиберина на секрецию ТТГ, кортиколиберина на АКТГ, вазопрессина на кортизол [1-2] приводят не только к развитию бесплодия или раннему наступлению перименопаузального периода, но и к существенному ухудшению соматического и психического здоровья пациенток, обращающихся в общемедицинскую сеть.

Целью настоящего обзора являлось проведение анализа результатов основных научных исследований, касающихся психосоматические осложнения снижения или нарушения генеративной функции у пациенток общесоматической сети.

По ключевым словам «психические расстройства, бесплодие, менопауза, климакс, депрессия, тревога, дисморфическое расстройство, психоз, инволюция, лечение, терапия» проведен поиск в базах данных статей отечественных и зарубежных авторов (PubMed, eLibrary, Scopus и ResearchGate), опубликованных за последние 25 лет. Извлеченный материал был трех типов — обзоры, книги и оригинальные исследовательские статьи. Для анализа отобраны отечественные и зарубежные источники, которые раскрывали характер изучаемой совокупности и были доступны авторам публикации.

Негативное влияние нарушения (при бесплодии) фертильности сопровождается ухудшением семейной и трудовой адаптации, снижением регулярности (50,4%) и удовлетворенности (62,2%) половой жизнью, большой длительностью и клинической тяжестью пременопаузальных симптомов [3], по поводу которых пациентки в первую очередь обращаются к врачам-терапевтам.

Следует заметить, что среди гетерогенных причин бесплодия¹ выделяют такие соматогенные факторы как

хронические иммунологические и эндокринные нарушения, урогенитальные инфекции, аномалии и патологии матки и маточных труб, злоупотребление ПАВ, а также психосексуальные расстройства [6, 7].

В свою очередь, к осложнениям бесплодия наряду с увеличением частоты заболеваний внутренних органов (эндокринной, сердечно-сосудистой, половой систем) относятся развитие психогенных психических расстройств [3, 6, 8, 9], объединенных понятием «биопсихосоциальный криз» [10].

В общемедицинской практике типичными для женщин проявлениями «биопсихосоциального криза» на фоне бесплодия являются такие расстройства поведения, как конфликтность, обвинения врачей в некомпетентности, подчинение своей жизни навязчивой (вплоть до одержимости) идее забеременеть с кардинальным изменением образа жизни, отказом от употребления определенных продуктов, изнурение себя физическими упражнениями, диетами, разработка особого графика сна и т.д. [11], а также диссимуляция проблем с телесным здоровьем с целью казаться «здоровее, чем есть на самом деле» [12].

В эмоциональном плане для пациенток характерны неустойчивость настроения, тревожность, инфантильность, зависимость, потеря контроля над происходящими жизненными событиями, нестабильная или низкая самооценка, негативное отношение к себе, чувство стыда, препятствующие их эмпатии с окружающими, отсутствие целостной когнитивной концепции болезни и господство мистических представлений о материнской несостоятельности [13-14].

Становление на фоне «биопсихосоциального криза» клинически очерченных форм психических расстройств верифицируется у 49-100% пациенток [1, 8, 15, 16]: у 35-56% — депрессии разной степени тяжести (ДР) [17, 18], у 25-76% — тревожные и психосексуальные (ТПСР) [16, 18], у 40% — тревожно-депрессивные расстройства (ТДР), у 50% — расстройства адаптации (РА) [18]. У 9,5% больных отмечаются суицидальные мысли и попытки [6, 19] (Рисунок 1).

¹ Бесплодие — это неспособность сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться наступления беременности в течение года [4]. В клинических исследованиях и медицинской практике бесплодие — болезнь репродуктивной системы, которая выражается в отсутствии клинической беременности после 12 и более мес. регулярной половой жизни без предохранения от беременности [5].

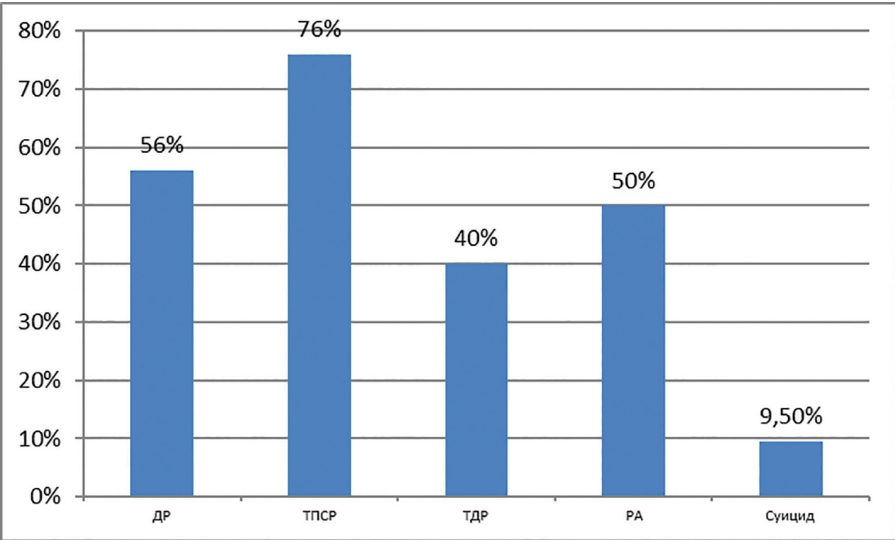


Рисунок 1. Частота психических расстройств на фоне бесплодия

Примечание:
ДР — депрессивные расстройства,
ТПСР — посттравматическое стрессовое расстройство, ТДР — тревожно-депрессивные расстройства

Figure 1: Frequency of mental disorders in infertility

Note: ДР — Depression,
ТПСР — Posttraumatic Stress Disorder,
ТДР — Anxiety & Depression Disorders,
Suicide

Необходимо подчеркнуть, что при депрессии на фоне бесплодия нередко наблюдаются жалобы на гиперсомнию, гиперфагию, соматизированные (истералгии) расстройства, становящиеся поводом для обращения к врачу общей медицинской сети и требующие дифференциальной диагностики с привлечением лабораторных и инструментальных методов обследования.

В аспекте облегчения и ускорения выставления правильного диагноза терапевтом можно рекомендовать проведение дополнительного опроса пациенток в т.ч. с привлечением психометрических шкал, позволяющих установить повышенный уровень астено-апатической, тревожно-фобической симптоматики, дисфории, заторможенности, а также лабильности настроения.

Иными эндокринологическими изменениями характеризуется период снижения и угасания фертильности (пременопаузальный период, менопауза, климакс). Физиологически весь менопаузальный период характеризуется снижением репродуктивной функции с постепенным повышением порога чувствительности гипоталамо-гипофизарного комплекса к гомеостатической регуляции эстрогенами по типу обратной связи, снижением уровня рецепторов к пептидным и стероидным гормонам в гипоталамусе, увеличением концентрации гипофизарного ФСГ, нарушением выработки мелатонина [21, 22].

Продолжительность пременопаузы варьирует от 2 лет до 15 лет. Менопауза — последняя самостоятельная менструация. Возраст менопаузы устанавливается ретроспективно — через 12 месяцев отсутствия менструации. Ранняя менопауза — прекращение менструаций до 45 лет, поздняя менопауза — прекращение менструаций после 55 лет. Перименопаузальный период включает пременопаузу и два года после последней самостоятельной менструации. Постменопаузальный период длится от менопаузы до почти полного прекращения функции яичников [20].

С терапевтической точки зрения существенно, что у 35-80 % женщин климактерический синдром (N95.1 по МКБ-10, патологическая «климактерическая коморбидность» [23]), в первую очередь реализуется сочетанием собственно менопаузальных симптомов (вазомоторные: приливы, ночная потливость; урогенитальные с метаболическими, соматизированными, когнитивными и, наконец, тревожно-депрессивными (Табл.1) [1, 21, 24, 25].

На терапевтическом приеме особенностью клинической картины таких пациенток является вербализация высказываний, свидетельствующих о наличии одного или нескольких патопсихологических симптомокомплексов: «кризис второй половины жизни», «пенсионное банкротство», «феномен одиночества» [26], «закат

Таблица 1. Симптомы патологической «климактерической коморбидности»
Table 1. Symptoms of pathological «menopausal comorbidity»

Группа симптомов/ Symptom group	Симптом/ Symptom
Урогенитальные/ Urogenital	Сухость влагалища, диспареуния, снижение сексуальной активности/ Vaginal dryness, dyspareunia, decreased sexual activity
Метаболические/ Metabolic	Замедление метаболизма и снижение уровня энергии/ Slower metabolism and lower energy level
Соматизированные/ Somatized	Болевые симптомы различной локализации, недомогание, трудности дыхания/ Pain symptoms of various localizations, distress, breathing difficulties
Когнитивные/ Cognitive	Снижение внимания и памяти/ Impaired attention and memory
Тревножно-депрессивные/ Anxiety-depressive	Снижение настроения, раздражительность, нарушения сна/ Depression, irritability, sleep disturbances

жизни», «синдром опустевшего гнезда» [27], синдром «утраты женской привлекательности» (body image, physical self-concept, self-image [28]), «конфликт поколений» и «синдром сэндвича» (необходимость решения субъективно равнозначной дилеммы между требованиями разных поколений семьи: проблемы детей (поступление в ВУЗ, оформление брака) и стареющими соматически родителями [29]) и др.

Кроме того, у 75 % женщин, обращающихся за медицинской помощью в период менопаузы, основными жалобами являются снижение настроение и нарушения сна [50, 56-62]. Депрессии диагностируются у 15,8-20 % женщин [24].

Предикторами развития депрессии в перименопаузальный период являются манифест соматических заболеваний, низкие физические нагрузки, раннее начало менопаузы, изменения роли в семье, социальном функционировании, материальном статусе, стрессовые ситуации, психические расстройства, имевшие место в послеродовом периоде [2].

Выявление врачом-терапевтом любой специализации депрессивных состояний у пациенток в инволюции имеет важное прогностическое и социальное значение.

Во-первых, инволюционные депрессии характеризуются, высоким уровнем раздражительности, тревоги, страхами («грядущей старости», одиночества, материальной неустроенности, потери внешней привлекательности), множественными астеническими, соматовегетативными проявлениями (конверсионные, соматизированные, вегетативные: приливы жара в теле или озноб, повышенная потливость, непереносимость духоты, чувство нехватки воздуха, ощущение «жжения» в теле, «перебоев» в работе сердца, алгии, диспепсия, «сжимания» в сердце, дрожь в теле, псевдообморочные состояния, головокружение, «спазмы» в горле) и ипохондрическими фобиями (истерофобии, навязчивые опасения тяжелого недуга) с активным обращением к врачам общей медицинской практики, «вымоганием заботы», демонстративностью, театральным «гореванием», суицидальным шантажом. Все эти симптомы в значительной степени затрудняют диагностики реальных соматических страданий и удлиняют период подбора адекватной фармакотерапии, а также приводят к отсрочке направления/обращения больной к психиатру или психотерапевту.

Во-вторых, несвоевременное привлечение специалиста в области психического здоровья к совместному ведению больных в климактерии зачастую может приводить к резкому утяжелению психического (Таблица 2), а также соматического состояния пациенток.

Так, **инволюционная меланхолия** наблюдается у 82 % женщины, 10-46 % пациенток врача общей медицинской практики [24]. Среди причин выделяют соматогенные (генетическая предрасположенность, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма), эндокринные (гипоэстрогения, нарушения гормонального фона в репродуктивной системе вследствие миомы матки, эндометриоза, гистеро-, овариэктомия) и психогенные

(хронические или субъективно тяжелые конфликты, смерть близкого, утрата или смена работы, места жительства, материальные затруднения и пр.) [30-31].

Для **инволюционного психоза** [32] типичны иллюзорное восприятие окружающего, ажитация, симптом нарушения адаптации Шарпантье (при смене места нахождения, при переводе в другую палату или стационар беспокойство больных усиливается), синдром Котара (пациентки причитают, заламывают руки, уверены, что их «организм сгнил, разложился», что «погибли дети, родные», иногда высказываются идеи гибели мира), симптом Клейста (женщина длительно причитает, просит помощи; если же врач пытается беседовать с ней, сразу умолкает, отказывается от разговора, стоит врачу отойти — снова начинает причитать), аутоагрессивные и суицидальные тенденции (Таблица 2) [33-36].

При **ипохондрическом бреде** пациентки стремятся нормализовать/восстановить утраченные, с их точки зрения, функции внутренних органов (дыхательной, пищеварительной, сердечно-сосудистой систем). Нелепость содержания бреда (искривление носовой перегородки «влияет на поступление кислорода в разные половины легких», форма скул ответственна за развитие обстипации и т.п.) сочетается с высокой степенью систематизации, детальной проработанностью, основанной на данных, полученных из специализированных литературных источников. Отсутствие ожидаемых от лечения результатов интерпретируется больными как признак «недолеченности», необходимости продолжить тот или иной вид лечения до полного восстановления здоровья (Таблица 2) [37-40].

Инволюционный паранойд начинается постепенно с развития стойких бредовых идей. Больные убеждены, что соседи или родственники по ночам либо в их отсутствие с помощью специально изготовленных ключей заходят в квартиру, воруют вещи, отравляют пищу, напускают вредный газ, подсыпают ядовитые порошки (бред малого размера), совещаются по ночам, устраивают сборища подозрительных людей, «громкие голоса которых слышатся сквозь стену». Поведение пациенток характеризуется подозрительностью, недоверчивостью, склонностью к различным житейским ссорам и дразгам. Они обращаются с жалобами в различные инстанции (в милицию, товарищеские суды, прокуратуру), требуют наказать людей, нанесших им материальный ущерб, все, что можно, запирают — ящики, шкафы и даже кастрюли. Состояние сопровождается появлением вербальных и обонятельных галлюцинаций. При этом перемена места жительства не способствует устранению болезненных переживаний (Таблица 2) [33-36].

При **инволюционной кататонии** отмечается этапность формирования симптоматики в виде депрессии, ипохондрических фобий, немотивированной тревоги с присоединением бредовых идей преследования, самообвинения, развитием синдрома Котара, ступорозным состоянием с полной обездвиженностью и мутизмом. Завершается психоз становлением пресенильного слабоумия.

При злокачественной форме инволюционной кататонии — **пресенильном психозе** тревожно-депрессивное состояние, бессвязность речи, растерянность с массивным психомоторным возбуждением сменяются торможением с расстройствами сознания по онейроидному типу с иллюзорно-бредовыми переживаниями, синдромом Котара. Больным кажется, что они участвуют в собственных похоронах или на похоронах родственников, знакомых, видят различные события и расценивают их как «гибель Земли, катастрофу Вселенной». Пациентки отказываются от еды, фиксируется кахексия. Смерть в таких случаях может наступить от присоединившегося/обострившегося соматического заболевания (Таблица 2) [33-36].

При **дисморфическом бреде** (дисморфомания, «качоты», «уродства», «носа», «веса», «внешнего вида» и т.д.) в сознании больных доминируют ошибочные некорректируемые и определяющие поведение представления об «уродстве», «аномалиях строения» или «деформации» определенных частей тела. Переоценка и восторженное самолюбование внешними данными окружающих сочетаются с безапелляционностью,

множественностью и неустойчивостью претензий к собственному внешнему виду, активным, назойливым обращением сразу к нескольким специалистам для коррекции «физического недостатка», требованиями всё новых методов обследований и терапии, при неспособности выполнять врачебные рекомендации, дожидаться эффекта, а также сутяжными реакциями с недовольством результатами операции, требованиями материальной компенсации (паранойи борьбы, 24,1 %) [41, 42]. Также поведение пациенток характеризует использование охранительного камуфляжа мнимых дефектов с помощью особых маскирующих причесок или наложения макияжа, ношение экстравагантной одежды или бросающихся в глаза драгоценностей, затемненные очки, шляпы, одежда особого покроя, закрывающая «уродливые» части тела.

Типичны аутоагрессия с целенаправленным стремлением к самостоятельному удалению (иногда с помощью бритвы, ножа, раскаленных предметов) «пигментных пятен» и других «уродующих» участков кожи или исправлению «дефекта» (сбривание и выдергивание волос, подрезание носа, подпиливание зубов)

Таблица 2. Основные клинические проявления инволюционных психозов

Table 2. Main clinical symptoms of involutional psychoses

Инволюционный психоз/ Involutional psychosis [32-36]	Иллюзорное восприятие/Illusory perception Ажитация/Agitation Симптом Шарпантье/Charpentier's symptom Синдром Котара/Cotard syndrome Симптом Клейста/Kleist symptom Аутоагрессивные и суицидальные тенденции/Autoaggressive and suicidal tendencies
Инволюционный параноид/ Involutional paranoid [33-36]	Подозрительность, недоверчивость/Suspiciousness, mistrustfulness Бред ущерба/Delusion of detriment Вербальные и обонятельные галлюцинации/Verbal and olfactory hallucinations Кверулянтство/Querulousness Сутяжничество/Suffocation
Ипохондрический бред/ Hypochondriacal delusion [37-40]	Нелепость содержания систематизированного бреда/ Absurd systematized delusion Некорректируемое стремление нормализовать/восстановить «утраченные» функции внутренних органов/ Uncorrected desire to normalize/restore «lost» internal organ functions
Инволюционная кататония/ Involutional catatonia	Депрессия/Depression Немотивированная тревога/Unmotivated anxiety Бред преследования, самообвинения Синдром Котара/ Delusion of persecution, self-blame Cotard syndrome Ступор/Stupor Мутизм/Mutism Пресенильное слабоумие/Presenile dementia
Пресенильный психоз/ Presenile psychosis [33-36]	Инволюционная кататония/Involutionary catatonia Онейроид/Oneiroid Манихейский бред/Manichean delirium Расстройства пищевого поведения/Eating disorders
Дисморфический бред/ Dysmorphic delusion [37-42]	Ошибочные некорректируемые и определяющие поведение представления об «уродстве», «аномалиях строения» или «деформации» определенных частей тела/ Uncorrected and behavior-defining ideas of «ugliness», «structural abnormalities», or «deformities» of certain body parts Охранительный камуфляж/Protective camouflage Аутоагрессия/Autoaggression Требованиями всё новых методов обследований и терапии/ The demands of ever-new examination and therapy methods Сутяжные реакции/Sutile reactions
Эротоманический бред/ Erotomania [37-42].	Неадекватный соматическому и социальному положению запрос на коррекцию внешности для достижения эротической привлекательности для партнера/ Inconsistent with somatic and social status demand for correction of appearance to achieve erotic attractiveness for a partner

с последующим обращением к косметологу или пластическому хирургу за коррекцией результатов вмешательств (Таблица 2) [37-42].

При инволюционном *эротоманическом бреде* больные настойчиво обращаются к специалистам эстетической медицины с целью коррекции внешности для достижение эротической привлекательности для партнера. При этом запросы носят неадекватный возрасту и/или соматическому состоянию характер: переоцениваются собственные физические возможности, не учитывается разница в возрасте, социальном положении. Больные убеждены в том, что, пройдя косметологическое или хирургическое лечение, «безусловно» приобретут «неотразимую» в глазах объекта экзотической привязанности внешность, добьются взаимных чувств, вступят в брак или интимные отношения. Не добившись искомого, больные возвращаются к специалистам эстетической медицины с жалобами на плохо проведенное лечение, требуют повторных и дополнительных операций. У 6,9% пациенток отмечается включение врача в систему эротического бреда, преследование со стороны пациента (Таблица 2) [37-42].

Таким образом, психические расстройства, развивающиеся на фоне нарушения, снижения и утраты фертильности, гетерогенны. Их влияние на соматическое состояние больных и клинико-динамическое разнообразие обуславливает необходимость своевременной диагностики уже на этапе обращения в общетерапевтическую сеть и совместное с психиатрами ведение лечения.

Обсуждая вопрос лечения психосоматических осложнений нарушения, снижение генеративного цикла у женщин в общей медицинской сети, следует подчеркнуть обязательность совместного ведения с психиатром пациенток с психотическими состояниями и факультативность консультации при тревожно-депрессивных расстройствах, в связи с вероятностью манифестации/экзацации этих расстройств как независимых от соматического статуса больной, так и провоцируемыми изменениями сомато-эндокринологического статуса.

Психофармакотерапия у пациенток с бесплодием проводится с использованием современных антидепрессантов, анксиолитиков, антипсихотиков с акцентом на хорошую переносимость, совместимость с гормональной терапией, удобство дозирования. При выборе средств помимо соблюдения стандартных рекомендаций требуется учитывать факторы риска (наследственность, коморбидные расстройства, возраст и др.) развития нежелательных явлений (НЯ), спектр соматотропных и эндокринных побочных эффектов, характерных для каждого препарата, баланс эффективности и безопасности, возможность межлекарственных взаимодействий с терапевтическими препаратами.

Психотерапия, психологическое сопровождение и психокоррекционная работа также позволяют уменьшить выраженность тревожно-депрессивной симптоматики и повысить успешность лечебных процедур (например, при ЭКО — с 29,8% до 42,1%) [43].

На наш взгляд, при психических расстройствах пре- и менопаузального периодов эффективность гормонзаместительной терапии (ГЗТ, в том числе с «общеукрепляющими» препаратами, витаминами, БАДами, физиотерапией) не очевидна. В некоторых исследованиях указывается, что эстрогензамещающая терапия умеренно эффективна для предупреждения и лечения депрессий менопаузы [44]. В других — утверждается, что у женщин, получающих ГЗТ в перименопаузе, уровень депрессии выше, чем у не получающих [45], применение гормональных препаратов малоэффективно, и даже может провоцировать обострение психопатологической симптоматики и утяжеление состояния [46].

В последние годы обсуждается возможность использования эстрогена и мелатонина для аугментации психофармакотерапии [40].

Среди антидепрессантов предпочтение отдается СИОЗС (флувоксамин, циталопрам), СИОЗСН (дулоксетин) и агомелатину [47].

В тоже время на фоне длительного приема всех антидепрессантов возможны снижение минеральной плотности костей, увеличение массы тела, метаболический синдром [21].

По результатам пострегистрационных исследований в качестве препаратов с анксиолитическим эффектом в перименопаузальном периоде рекомендуются небензодиазепиновые фабомазисол [48], 4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазабицикло-(3,3,0)-октандион-3,7 [49] и ноотроп D-,L-гопантеновая кислота [50].

Психотерапия направлена на построение конструктивной психологической защиты (в частности, самоконтроль и ответственность) и адаптивных поведенческих копинг-стратегий (реатрибуция со снижением угрожающего смысла соматизированной симптоматики, формированием убежденности в отсутствии опасной для жизни телесной болезни, адекватной оценкой реальной ситуации и отказом от манипуляций) [30].

Список литературы/ References:

1. Васильева А.В. Проблемы женского психического здоровья — междисциплинарный ракурс. РМЖ. Медицинское обозрение. 2018; 2(10): 51-56.
Vasil'eva AV. Problems of women's mental health — an interdisciplinary perspective. breast cancer. Medical review. 2018; 2(10): 51-56 [In Russian].
2. Мазо Г.Э., Незнанов Н.Г. Депрессивное расстройство. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019; 112 с.
Maso GE, Neznanov NG. Depressive disorder. Moscow: GEOTAR-Media, 2019; 112 p. [In Russian].
3. Тювина Н.А., Воронина Е.О., Балабанова В.В., Гончарова Е.М. Взаимосвязь и взаимовлияние менструально-генеративной функции и депрессивных расстройств у женщин. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018; 10(2): 45-51
DOI: 10.14412/2074-2711-2018-2-45-51
Tjuvina NA, Voronina EO, Balabanova VV, Goncharova EM. Interrelation and mutual influence of menstrual-generative function and depressive disorders in women. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2018; 10(2): 45-51. [In Russian].
DOI: 10.14412/2074-2711-2018-2-45-51

4. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance. Leicester (UK): British Psychological Society; 2007. [Electronic resource]. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678630/> (date of the application: 09.03.2022).
5. Zegers-Hochschild F., Adamson G.D., de Mouzon J., et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology. *Fertility and Sterility*. 2009; 92(5): 15-282. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.009
6. Тювина Н.А., Николаевская А.О. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019; 11(4): 117-124. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-4-117-124>
Tjuvina NA, Nikolaevskaja AO. Infertility and mental disorders in women. Message 1. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2019;11(4):117-124. [In Russian]. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-4-117-124>
7. Леваков С.А., Павлова С.А., Бугрова Т.И., и др. Современный взгляд на бесплодный брак. Клиническая практика. 2010; 1(3): 92-97. DOI: <https://doi.org/10.17816/clinpract1392-97>
Levakov SA, Pavlova SA, Bugrova TI, et al. A modern view of infertile marriage. *Clinical practice*. 2010;1(3):92-97. [In Russian]. DOI: <https://doi.org/10.17816/clinpract1392-97>
8. Гарданова Ж.Р., Брессо Т.И., Есаулов В.И. и др. Особенности формирования материнской доминанты у молодых девушек. Наука, техника и образование. 2017; 11(41): 70-74.
Gardanova ZhR, Bresso TI, Esaulov VI et al. Features of the formation of the maternal dominant in young girls. *Science, technology and education*. 2017; 41(11): 70-74. [In Russian].
9. Тювина Н.А., Коробкова И.Г. Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016; 8(1): 22-28. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-22-28>
Tjuvina NA, Korobkova IG. Comparative characteristics of clinical features of depression in bipolar affective disorder type I and II. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2016;8(1):22-28. [In Russian]. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-22-28>
10. Van den Broeck U., Emery M., Wischmann T., et al. Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns*. 2010 Dec; 81(3): 422-428. doi: 10.1016/j.pec.2010.10.009.
11. Karimzadeh M., Rostami M., Teymouri R., et al. The association between parental mental health and behavioral disorders in pre-school children. *Electron Physician*. 2017 Jun 25; 9(6): 4497-4502. doi: 10.19082/4497.
12. Rooney K.L., Domar A.D. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar; 20(1): 41-47. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/krooney.
13. Деметьева Н.О., Бочаров В.В. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии», Вестник СПбГУ. Сер. 12, 2010, вып. 1.
Dementieva N.O., Bocharov V.V. Psychological aspects of the study of female infertility of "unclear etiology", *Bulletin of St. Petersburg State University*. Ser. 12, 2010, vy'p. 1. [In Russian].
14. Agarwal A., Gupta S., Sharma R.K. Role of oxidative stress in female reproduction. *Reprod Biol Endocrinol*. 2005 Jul 14; 3: 28. doi: 10.1186/1477-7827-3-28.
15. Насырова Р.Ф. Современное состояние проблемы изучения психического здоровья женщин с патологией репродуктивной системы. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2010;1 (58): 52-55.
Nasyrova RF. The current state of the problem of studying the mental health of women with pathology of the reproductive system. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2010;1 (58): 52-55. [In Russian].
16. Volgsten H., Skoog Svanberg A., Ekselius L., Lundkvist O., Sundström Poromaa I. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*. 2010 Mar 1; 93(4): 1088-1096. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.11.008.
17. Holley S.R., Pasch L.A., Bleil M.E., et al. Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertil Steril*. 2015 May; 103(5): 1332-1339. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.02.018.
18. Peterson B.D., Sejbaek C.S., Pirritano M., et al. Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Hum Reprod*. 2014 Jan; 29(1): 76-82. doi: 10.1093/humrep/det412
19. Shani C., Yelena S., Reut B.K., et al. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res*. 2016 Jun 30; 240: 53-59. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.003.
20. Harlow S.D., Gass M., Hall J.E., et al. STRAW + 10 Collaborative Group. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Apr; 97(4): 1159-1168. doi: 10.1210/jc.2011-3362.
21. Мазо Г.Э., Ганзенко М.А. Депрессии у женщин в период менопаузального перехода. Психиатрия и психофармакотерапия. 2016; 18 (6): 30–36.
Mazo GJe, Ganzenko MA. Depression in women during the menopausal transition. *J Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2016; 18(6): 30–36. [In Russian].
22. Hale G.E., Robertson D.M., Burger H.G. The perimenopausal woman: endocrinology and management. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2014 Jul; 142: 121-131. doi: 10.1016/j.jsbmb.2013.08.015.
23. Bezerra A.G., Andersen M.L., Tufik S., et al. Approach towards mild depression: shortest way to treat climacteric syndrome? *Maturitas*. 2013 Jan; 74(1): 105. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.10.009.
24. Мазо Г.Э., Горобец Л.Н. Предменструальный синдром: взгляд психиатра. Психические расстройства в общей медицине. 2017; 3–4: 31–36.
Mazo GJe, Gorobec LN. Premenstrual syndrome: a psychiatrist's view. *J Mental disorders in general medicine*. 2017; 3–4: 31–36. [In Russian].
25. Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глезер Г.А. и др. Климактерический синдром. М., 1988; 286 с.
Smetnik VP, Tumilovich LG, Glezer GA et al. Climacteric syndrome. М., 2006. 1988; 286 p. [In Russian].
26. Полищук Ю.И., Баранская И.В., Голубцова Л.И., с соавт. Основные факторы, определяющие развитие состояний одиночества с депрессивными расстройствами в позднем возрасте. Социальная и клиническая психиатрия. 2000; S1: 164-165.
Polishhuk Yul, Baranskaya IV, Golubczova LI, et al. The main factors determining the development of loneliness with depressive disorders in late life. *J Social and clinical psychiatry*. 2000;S1: 164-165. [In Russian].
27. Schmidt P.J., Murphy J.H., Haq N., Rubinow D.R., Danaceau M.A. Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Arch Womens Ment Health*. 2004 Feb; 7(1): 19-26. doi: 10.1007/s00737-003-0036-2.

28. Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas*. 2002 Jan 30; 41(1): 61-68. doi: 10.1016/s0378-5122(01)00252-3.
29. Helson R., Soto C.J. Up and down in middle age: monotonic and nonmonotonic changes in roles, status, and personality. *J Pers Soc Psychol*. 2005 Aug; 89(2): 194-204. doi: 10.1037/0022-3514.89.2.194.
30. Медведев В.Э. Психопатологические аспекты инволюционной истерии. *Consillium medica [женское здоровье]*. 2012; 6: 26-9. Medvedev VE. Psychopathological aspects of involutinal hysteria. *Consillium medica [Women's health]*. 2012; 6: 26-9. [In Russian].
31. Воэль Б.А., Яньшина Т.П. Инволюционная истерия в рамках динамики расстройств личности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2005; 105(8): 18-23 Volel BA, Yanshina TP. Involutional hysteria within the dynamics of personality disorders. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2005; 8 (105): 18-23 [In Russian].
32. Kraepelin E. Zur Entartungsfrage. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, Jg. 31, Neue Folge Bd. 19, 1908, S. 745-751. Kraepelin E. On the degeneracy question. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, Jg. 31, New Episode Vol. 19, 1908, S. 745-751.
33. Воэль Б.А., Яньшина Т.П. Инволюционная истерия в рамках динамики расстройств личности. *Журн. невр. и психиатр. им. С.С. Корсакова*. 2004; 11: 47-54. — более 10 лет!! Volel' BA, Jan'shina TP. Involutional hysteria within the dynamics of personality disorders. *Journal of Neurology and Psychiatry named S.S. Korsakov*. 2004; 11: 47-54. [In Russian].
34. Гиляровский В.А. Психиатрия. М: Медгиз 1954. Gilyarovskij VA. Psychiatry. M: Medgiz. 1954. [In Russian].
35. Гейер Т.А. К постановке вопроса об «инволюционной истерии». *Тр. психиатр. клин. I Моск. ун-та*. 1927; 2: 45-51. Gejer TA. To raise the question of "involutional hysteria". *Tr. psychiatrist. wedge. I Moscow. un-ty*. 1927; 2: 45-51. [In Russian].
36. Bumke O. *Lehrbuch des Geisteskrankheiten* 1924; 438-456.
37. Медведев В.Э., Фролова В.И., Авдошенко К.Е., с соавт. Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога. *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*. 2012; 3:60-64. Medvedev VE, Frolova VI, Avdoshenko KE, et al. Pathoharacterological and pathopsychological disorders in patients of plastic surgeon and cosmetologist. *Experimental and clinical dermatocosmetology*. 2012; 3:60-64. [In Russian].
38. Медведев В.Э., Фролова В.И., Гушанская Е.В., с соавт. Депрессии с расстройствами пищевого поведения: клиника и терапия. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020; 12(4): 49-56. DOI: 10.14412/2074-2711-2020-449-56 Medvedev VE, Frolova VI, Gushanskaya EV, et al. Depression with eating disorders: clinic and therapy. *J Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2020; 12(4): 49-56. [In Russian]. DOI: 10.14412/2074-2711-2020-4-49-56
39. Медведев В.Э., Фролова В.И., Мартынов С.Е., с соавт. Психические расстройства с необоснованным недовольством собственной внешностью у пациентов пластического хирурга и косметолога. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2016; 6: 49-54. Medvedev VE, Frolova VI, Marty'nov SE et al. Mental disorders with unreasonable dissatisfaction with their own appearance in patients of a plastic surgeon and cosmetologist. *J Psychiatry and psychopharmacotherapy*. 2016; 6: 49-54 [In Russian].
40. Фофанова Ю.С., Медведев В.Э., Фролова В.И. Психосоматические аспекты атипичных прозопагий. *Психическое здоровье*. 2015; 9: 43-49. Fofanova JuS., Medvedev VE, Frolova VI. Psychosomatic aspects of atypical prosopalgia. *J Mental health*. 2015; 9: 43-49. [In Russian].
41. Медведев В.Э. Диморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность. *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика*. 2016; 1: 49-55. Medvedev VE. Dysmorphic disorders: clinical and nosological heterogeneity. *Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*. 2016; (8)1: 49-55. [In Russian].
42. Медведев В.Э., Фролова В.И., Мартынов С.Е., с соавт. Диморфическое расстройство в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга и косметолога. *Психическое здоровье*. 2017; 2: 48-55. Medvedev VE, Frolova VI, Martynov SE, et al. Dysmorphic disorder in the structure of mental disorders of plastic surgeon and cosmetologist patients. *J Mental health*. 2017; 2: 48-55. [In Russian].
43. Van Batenburg-Eddes T., Brion M.J., Henrichs J., et al. Parental depressive and anxiety symptoms during pregnancy and attention problems in children: a cross-cohort consistency study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013 May; 54(5): 591-600. doi: 10.1111/jcpp.12023.
44. Дубницкая Э.Б. Непсихотические депрессии, связанные с репродуктивным старением женщин (лекция). *Психические расстройства в общей медицине*. 2010; 4: 18-21. Dubnickaja JeB. Non-psychotic depressions associated with reproductive aging of women (lecture). *J Mental disorders in general medicine*. 2010; 4: 18-21. [In Russian].
45. Palinkas L.A., Barrett-Connor E. Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 1992 Jul; 80(1): 30-36.
46. Юренева С.В., Ильина Л.М., Якушевская О.В. Менопаузальная гормональная терапия в постменопаузе: качество жизни сегодня и в долгосрочной перспективе. *Гинекология*. 2016; 18(1): 24-29. Yureneva SV, Il'ina LM, Yakushevskaya OV. Menopausal hormone therapy in postmenopause: quality of life today and in the long term. *Gynecology*. 2016; (18): 24-29. [In Russian].
47. Медведев В.Э. Терапия непсихотических депрессий в рамках инволюционной истерии (опыт применения Вальдоксана). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2011; 4: 14-18. Medvedev V. Treatment of non-psychotic depressions in the framework of involutinal hysteria (experience of Valdoxan use). *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2011; 42: 14-18. [In Russian].
48. Соловьева И.К. Афобазол в терапевтической практике. *РМЖ*. 2006; 29: 2075. Solov'eva IK. Afobazole in therapeutic practice. *RMJ*. 2006; 29: 2075. [In Russian].
49. Мкртчян В.Р. Терапевтические возможности адаптола в лечении вегетативных нарушений у женщин. Киев, 2012. Mkrtchyan VR. Therapeutic possibilities of adaptol in the treatment of vegetative disorders in women. Kiev, 2012. [In Russian].
50. Шишкова В.Н., Зотова Л.И. Применение D-, L-гопантеновой кислоты в терапии когнитивных и тревожных расстройств у женщин с хронической ишемией головного мозга и климактерическим синдромом. *РМЖ*. 2015; 24: 1470-1475. Shishkova VN., Zotova LI. The use of D-, L-hopanthenic acid in the treatment of cognitive and anxiety disorders in women with chronic cerebral ischemia and menopausal syndrome. *RMJ*. 2015; 24: 1470-1475. [In Russian].