

Психические расстройства репродуктивного цикла у женщин

Владимир Эрнстович Медведев

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Владимир Эрнстович Медведев, Medvedev_ve@pfur.ru

Резюме

Обоснование: психические расстройства, связанные с генеративным циклом женщины (предменструальный период, беременность, лактация, бесплодие, перименопауза), являются клинической реальностью на протяжении всей истории изучения факторов психосоматического здоровья женщины. В новейшей классификации МКБ-11 выделяется самостоятельная категория 6E20–6E21 «Психические расстройства, ассоциированные с репродуктивным циклом». Клинико-этиологическое разнообразие психических расстройств репродуктивного цикла у женщин обуславливает необходимость комплексного подхода к диагностике и выбору методов лечения. **Цель:** провести анализ результатов основных научных исследований, касающихся патогенетических и клинико-динамических характеристик психических расстройств репродуктивного цикла у женщин. **Материал и методы:** по ключевым словам «психические расстройства, предменструальный синдром, беременность, бесплодие, лактация, перименопауза, инволюция» проведен поиск в базах данных статей отечественных и зарубежных авторов (PubMed, eLibrary, Scopus и ResearchGate), опубликованных за последние 25 лет. **Заключение:** в представленном обзоре проанализированы результаты исследований, в которых показано, что разнообразные психоэмоциональные стрессы и эндокринологические отклонения на разных этапах генеративного цикла женщин являются факторами риска развития психических расстройств. Клинические описания психических расстройств включают гетерогенные и полиморфные тревожные, аффективные, дисморфические и психотические симптомокомплексы. При этом отсутствие ясного понимания их патогенеза приводит к сохранению разногласий по вопросу: являются ли эти расстройства (послеродовой психоз, инволюционная меланхолия/истерия и др.) независимыми психическими расстройствами или провоцируемыми экзacerbациями других психических заболеваний у женщин, имеющих предрасположенность. Представленный обзор позволяет расширить знания о клинических вариантах психических расстройств репродуктивного цикла у женщин, факторах риска их развития, что имеет важное практическое значение в диагностике и выборе методов лечения.

Ключевые слова: женщины, репродуктивный цикл, психические расстройства, предменструальный синдром, беременность, бесплодие, лактация, перименопауза, инволюция, дисморфия

Для цитирования: Медведев В.Э. Психические расстройства репродуктивного цикла у женщин. *Психиатрия*. 2022;20(2):85–96. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-85-96>

REVIEW

UDC 616.89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-85-96>

Mental Disorders of the Female Reproductive Cycle

Vladimir E. Medvedev

Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia

Corresponding author: Vladimir E. Medvedev, medvedev_ve@rudn.ru

Summary

Background: Mental disorders associated with the female reproductive cycle (premenstrual period, pregnancy, lactation, infertility, perimenopause) have been a clinical reality throughout the history of the study of psychosomatic health factors in women. The most recent ICD-11 classification distinguishes an independent categories, "Mental or behavioral disorders associated with pregnancy, childbirth and the puerperium, with/without psychotic symptoms". The clinical and etiological variety of mental disorders associated with female reproductive cycle (MDFRC) requires an integrated approach to diagnostics and choice of treatment methods. **Objective:** to analyze the results of the main scientific studies concerning pathogenetic and clinical characteristics of MDFRC. **Material and methods:** the key words "mental disorders, premenstrual syndrome, pregnancy, infertility, lactation, perimenopause, involution" were used to search the databases of articles of domestic and foreign authors (PubMed, eLibrary, Scopus and ResearchGate) published over the past 25 years. **Conclusion:** The presented review analyzed the results of

studies showing that a variety of psychoemotional stresses and endocrinological abnormalities at different stages of the female generative cycle are risk factors for the development of psychiatric disorders. MDFRC include heterogeneous and polymorphous anxiety, affective, dysmorphic, and psychotic symptom complexes. However, the lack of a clear understanding of their pathogenesis leads to persistent disagreement as to whether MDFRC (postpartum psychosis, involutionary melancholia/hysteria, etc.) are independent psychiatric disorders or provoked exacerbations of other psychiatric diseases in predisposed women. The presented review allows to improve understanding of MDFRC, their risk factors and clinical variants, which has important practical value in diagnostics and choice of treatment methods.

Keywords: female, reproductive cycle, mental disorders, premenstrual syndrome, pregnancy, infertility, lactation, perimenopause, involution, dysmorphia

For citation: Medvedev V.E. Mental Disorders of the Female Reproductive Cycle. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(2):85–96. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-85-96>

ВВЕДЕНИЕ

Психические расстройства, связанные с репродуктивным циклом (предменструальный период, беременность, лактация, бесплодие, перименопауза), являются клинической реальностью на протяжении всей истории изучения факторов психосоматического здоровья женщины. Например, только депрессивные состояния отмечаются у 5–41% беременных, у 13–22% в послеродовой и у 15,8–78% женщин в менопаузальный периоды [1–3]. Депрессивные симптомы наблюдаются при предменструальном синдроме (ПМС) у 27% женщин, клинически очерченное предменструальное дисфорическое расстройство (ПДР) — у 7%, депрессии — у 8% беременных, у 12% после родов, в пре- и постменопаузальный периоды (климактерический невроз, инволюционная истерия и т.п.) — у 57% [4–7]. Частота манифестации психотических состояний у женщин достигает пика в послеродовой период и составляет 1–2 случая на 1 тыс. При этом около половины всех случаев приходится на женщин без психопатологического анамнеза [8–9].

Выделение в классификации МКБ-11 самостоятельной рубрики 6E20–6E21 «Психические и поведенческие расстройства, связанные с беременностью, родами или послеродовым периодом» обуславливает необходимость анализа накопленного массива данных о клинко-этиологическом разнообразии психических расстройств репродуктивного цикла у женщин (ПРРЦЖ) в аспекте разработки комплексного подхода к диагностике и выбору методов их лечения.

Целью настоящего исследования было проведение анализа результатов основных научных исследований, касающихся патогенетических и клинко-динамических характеристик ПРРЦЖ.

Материал и методы: по ключевым словам «психические расстройства, предменструальный синдром, беременность, бесплодие, лактация, перименопауза, инволюция» 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 автору.

РЕЗУЛЬТАТЫ

История изучения психического и психосоматического здоровья женщины восходит к временам Гипократа, который считал, что «матка блуждает по организму, сдавливая различные органы, что приводит к развитию многообразных и изменчивых симптомов» [10]. Подобные предположения сохраняются и в XI в. н.э. «Если матка слишком влажная, то мозг заполняется водой, и влага подходит к глазам, приводя к невольному плачу», — считал Т. Ruggier. В XVIII в. французский гинеколог L. Berger полагал, что такие симптомы, как головная боль или ступор в послеродовой период, развиваются вследствие раздражающего воздействия грудного молока на мозг роженицы [11].

В XIX в. приобретает популярность психоаналитическая концепция, согласно которой «истерический невроз» основан на внутреннем противоречии между потребностью во внимании окружающих и неадекватной оценкой своих возможностей [12].

В конце XX — начале XXI вв. литература, посвященная патофизиологии ПРРЦЖ, крайне противоречива: часть исследователей полагает, что психопатологическая симптоматика ассоциирована с повышенным уровнем эстрогена. Другие, напротив, в этих случаях указывают на снижение уровня эстрогена. Данные последних лет позволяют предполагать, что биологическим фактором ПРРЦЖ является не уровень эстрогена как таковой, а его резкие и циклические колебания, а также изменение плотности рецепторов к эстрогену в структурах головного мозга (в том числе в миндалине, гиппокампе, гипоталамусе), регулирующих аффект, и подавление активности ГАМКергических (тормозных) нейронов прогестероном [13–14].

Среди других возможных причин ПРРЦЖ называют снижение секреции гонадолиберина, мелатонина, стимулирующего влияния тиреолиберина на секрецию ТТГ и кортиколиберина на секрецию АКТГ, вазопрессина на кортизол [12–14].

Очевидно, что отсутствие точных представлений о патогенезе приводит к сохранению разногласий по вопросу: являются ли ПРРЦЖ (послеродовой психоз, инволюционная меланхолия/истерия и др.) независимыми психическими расстройствами или провоцируемыми экзacerbациями других психических заболеваний у женщин, имеющих предрасположенность.

Клинические описания ПРЦЖ включают расстройства астенического, тревожного, дисморфического, депрессивного и психотического спектров.

Психические расстройства менструального цикла

Предменструальный синдром (ПМС/ПМДР) по МКБ-10 N94.3 «Болевые и другие состояния, связанные с женскими половыми органами и менструальным циклом», N94.8 «Другие уточненные расстройства настроения (аффективные расстройства)», F38.8 синдром предменструального напряжения, «циклическая болезнь», овариальный циклический синдром, предменструальная болезнь, предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР, Premenstrual Dysphoric Disorders) или DACH-syndrome (Depression, Anxiety, Craving, Hyperhydratation) [15–16] — расстройство, представляющее собой сложный симптомокомплекс, регистрируемый у женщин репродуктивного возраста и характеризующийся психоэмоциональными, соматовегетативными и обменно-эндокринными нарушениями на фоне дисфункции гипоталамуса. Развитие нарушений связано с поздней лютеиновой фазой менструального цикла [16–17].

Распространенность ПМС составляет 25–95% среди всех женщин [18], 63–80% — в различных регионах России [19], 70–100% — среди женщин с психическими расстройствами [16, 20]. В возрасте до 30 лет ПМС фиксируется у 20% [21], 30–39 лет — у 47%, после 40 лет — у 55% женщин [22].

При этом у 30–40% пациенток репродуктивного возраста ПМС достигает клинической значимости, а у 4–5% приводит к временной потере трудоспособности [17, 20].

D.M. Samraigne с соавт. (2007), Г.Э. Мазо, Л.Н. Горобец (2017) и А.В. Васильева (2018) описывают в совокупности более 200 различных симптомов, предшествующих менструации, как «негативных» (тревога, боль и напряжение в молочных железах, головные боли, плаксивость, подавленность, физическая слабость, снижение либидо, страх или беспокойство, трудности концентрации внимания, нарушения аппетита и жажда, пастозность и отеки конечностей), так и «позитивных» (избыток энергии, частая смена деятельности, расширение круга интересов, повышенная работоспособность, самоуверенность, социальная активность, либидо, большая, чем в другие дни, удовлетворенность своей внешностью) [13, 16, 23].

В зависимости от доминирующей симптоматики выделяют пять форм ПМС: эмоционально-аффективную (преобладание дисфории, плаксивости, субдепрессивного настроения), отечную (лицевые отеки, нагрубание и болезненность молочных желез, вздутие живота), цефалгическую (мигренозные или головные боли напряжения), кризовую (симптоадреналовые кризы по типу панических атак) и комбинированную [13, 20], из которых лишь одна (отечная) не включает психопатологической симптоматики.

Важно отметить, что динамические характеристики предменструальных нарушений указывают на существование нескольких сменяющих друг друга форм. При предменструальном напряжении симптом или симптомы значимо не влияют на функционирование женщины; ПМС — присутствие как минимум в течение двух менструальных циклов трехдневных ухудшений в состоянии, которые могут влиять на функционирование пациенток и определяться психическими и/или физическими симптомами; ПМДР — преобладание в предменструальном периоде психоэмоциональной тревожно-депрессивной симптоматики, влияющей на функционирование пациенток и имеющей повторяемость в течение нескольких менструальных циклов; предменструальное усиление — обострение/усиление имеющихся психических расстройств и соматических заболеваний [14].

В последнем случае речь идет о высокой коморбидности ПМС с монополярными депрессивными расстройствами и БАР (60%), дистимией (53%), тревожными расстройствами (80%), расстройствами личности [24–26].

Психические расстройства при беременности

Беременность играет важную роль в естественном психологическом развитии женщины (достижение статуса зрелости, установление социальной идентичности, исполнение гендерной роли, закрепление брака) [27].

В то же время из анализируемых научных публикаций очевидно, что некоторые хронобиологические характеристики беременности сопряжены с риском не только внутриродовых и соматических, но и психических осложнений. Например, возраст матери моложе 20 лет или старше 30–34 лет, количество беременностей три и более, роды зимой или в демисезонный (между зимой и весной) период в северном полушарии с развитием «материнского пренатального стресса», характеризующегося патохарактерологическими и/или психопатологическими (тревожными, паническими, депрессивными, психотическими) расстройствами у матери [28–32].

Развитию этих осложнений во время беременности способствуют гиперактивация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [33], высокий уровень кортизола и проникновение 10–20% его через плацентарный барьер [33–36], увеличение катехоламинов (адреналин, норадреналин) в симпатoadреналовой системе [37], спазм сосудов плаценты, снижение маточно-плацентарного кровотока и развитие гипоксии плода [38–40], нарушение нейрональной пролиферации и миграции у плода [41].

Распространенность выраженного (высокого уровня) пренатального стресса достигает 6% среди всех беременных [42], 11,8% на 18-й неделе беременности, 13,5% — на 32-й [43]. О тяжести психического состояния больных, на наш взгляд, указывает тот факт, что минимум половина пациенток с выраженным пренатальным стрессом (3,5–5% из 6%) вынужденно принимают СИОЗС [41].

Депрессивная симптоматика при пренатальном стрессе доминирует у 12%, тревожные расстройства, включая паническое, генерализованное, ОКР, ПТСР и токофобию (патологическая боязнь родов), — у 13% беременных. У 40% персистирование тревожных и депрессивных расстройств сохраняется и после родов [44–45].

Среди других негативных последствий пренатального стресса — повышенный риск невынашивания [41], преждевременных родов [46], акушерских проблем [47], низкой массы тела потомства при рождении [48], нарушение материнского взаимодействия с ребенком [49–50]. У ребенка возможно развитие психических расстройств, таких как задержка речевого развития, синдром дефицита внимания и гиперактивности, поведенческие, аффективные, когнитивные расстройства, аутизма и шизофрении [51–53], а также соматических (аутоиммунные, аллергические, метаболические, сердечно-сосудистые) заболеваний в подростковом и взрослом возрасте [31, 48, 54–56]. У части родившихся на фоне пренатального материнского стресса девочек в дальнейшем выявляют нарушения овуляторного цикла, способности к зачатию и вынашивания беременности, родовой деятельности, лактации, возникновение послеродовой депрессии; у мальчиков — фенинизацию и нарушение сперматогенеза [85].

Психические расстройства послеродового периода

Несмотря на длительную историю наблюдения психических расстройств в послеродовом периоде¹, в научной литературе отсутствует консолидированное мнение о его продолжительности. Разные исследователи оценивают послеродовой период как четыре недели [59], три недели [60] или 12 месяцев [61].

Наиболее частые психические расстройства в послеродовом периоде — тревожные (15–80%) [45, 62] и аффективные (10–33% — депрессивные [63–64], до 20% — гипоманиакальные [65–66]). При этом, как указывалось ранее, у 2/5 пациенток депрессии манифестируют еще в период беременности [44–45]. Непосредственно послеродовая депрессия повышает риск возникновения депрессии в будущем, поэтому рассценивается как маркер общей подверженности депрессии [67].

Еще у 3–5% отмечаются психотические эпизоды [45, 62]. Среди последних около 43,5% составляют «изолированные послеродовые психозы, спровоцированные резким изменением уровня гормонов» [61],

в 72–88% — динамика БАР I типа или шизоаффективного расстройства [60], в 12% — течение шизофрении [67].

Клинической особенностью послеродовых психических расстройств является наличие «генеративной» фабулы: в переживаниях больных отражаются беспокойство за здоровье ребенка, опасения, связанные с началом кормления, сомнения в возможности справиться с материнскими обязанностями. Отношение к ребенку у матерей характеризуется повышенным беспокойством о физическом здоровье младенца, гиперопекой, постоянными и необоснованными волнениями по поводу состояния его здоровья. У родильниц выявляются лабильность аффективных переживаний, их зависимость от внешних факторов, проявления раздражительности, сменяющиеся слезами, чувством «собственного бессилия», жалобами на «неспособность справиться с ролью матери». При тяжелой степени выраженности психопатологических расстройств отношение к ребенку у родильниц отличается малой эмоциональной вовлеченностью. Женщины отмечают, что «не способны испытать материнских чувств», «не испытывают положительных эмоций от общения с ребенком» [68].

При послеродовом психозе, развивающемся в первые недели после родов, наблюдаются бредовые идеи о неизлечимой болезни ребенка. Зачастую матери пристально наблюдают за новорожденным во время сна и кормления, осматривают его, прислушиваются к дыханию и сердцебиению, выявляя мнимые неизлечимые, смертельные болезни. Пациентки начинают обвинять врачей и близких родственников в равнодушном отношении к состоянию младенца, в умышленном нежелании его лечить. Втайне от окружающих они дают ему разные лекарства, проводят «процедуры», способные нанести реальный вред (окунают в холодную воду, оставляют без одежды и пеленок). При другом варианте течения психоза матери теряют интерес к младенцам, не проявляют заботы и любви. Чрезмерная опека превращается в чувство ненависти. Высказываются бредовые мысли о подмене ребенка, вселении в него злых духов, демонов, о скорой неизбежной смерти. В тяжелых случаях отмечаются слуховые галлюцинации [69].

Психопатологические аспекты бесплодия

Особая категория женщин с высоким риском развития психической патологии формируется при бесплодии — неспособности сексуально активной, не использующей контрацепцию пары добиться наступления беременности в течение года [70–71].

Стоит отметить, что среди гетерогенных причин (урогенитальные инфекции, иммунологические и эндокринные нарушения, аномалии и патологии матки и маточных труб и др.) бесплодия выделено «идиопатическое» («психологическое», N97.9 по МКБ-10), обусловленное психосексуальными расстройствами [27, 72].

К психическим осложнениям бесплодия любого генеза относится развитие психических расстройств,

¹ Гиппократ (400 г. до н.э.) описал случай «послеродового делирия» с тяжелой бессонницей и беспокойством, развившийся у женщины в течение недели после рождения близнецов. F. Plater (XVI в.) описывал бред и гневливость в послеродовом периоде. В XVIII в. акушер F. Oslander наблюдал послеродовую манию с быстрым началом и нарастанием симптоматики в виде сильного волнения, возбуждения, дезорганизованности речи, а также ненормального содержания мыслей по поводу материнства («ребенок все еще в матке», «ребенок — Иисус Христос», «ребенок может летать»). J. Esquirol утверждал, что развитие психических расстройств обусловлено подавлением или невозможностью лактации [57–58].

объединенных понятием «биопсихосоциальный криз» [9, 27, 38, 73–75].

К типичным проявлениям «биопсихосоциального криза» на фоне бесплодия Н.О. Дементьева, В.В. Бочаров (2010) и другие авторы относят эмоциональную неустойчивость, конфликтность, тревожность, инфантильность, зависимость, потерю контроля над происходящими жизненными событиями [76], нестабильную или низкую самооценку, негативное отношение к себе, чувство стыда, препятствующие эмоциональной близости с окружающими [76–77], отсутствие целостной когнитивной концепции болезни и господство мистических представлений о материнской несостоятельности [76], диссимуляцию психических проблем с целью казаться «здоровее, чем есть на самом деле» [77]. По наблюдению М. Karimzadeh и соавт. (2017), в поведении больных сочетаются обвинения врачей в некомпетентности и подчинение своей жизни навязчивой (вплоть до одержимости) идее забеременеть с кардинальным изменением образа жизни, отказом от употребления определенных продуктов, изнурением себя физическими упражнениями, диетами, разработкой особого графика сна и т.п. [78].

Становление клинически очерченных форм «пограничной» психической патологии верифицируется у 49–100% страдающих бесплодием [13, 38, 79]: у 35–56% развиваются депрессии легкой степени [80–81], у 25–76% — тревожные и психосексуальные нарушения [79, 81], у 40% — тревожно-депрессивные расстройства, у 50% — расстройства адаптации [81]. У 9,5% пациенток отмечаются суицидальные мысли и попытки [27, 82].

Психические расстройства в период менопаузы

В изученной литературе разнообразные патопсихологические расстройства перименопаузы и менопаузы обозначаются как «кризис второй половины жизни», «пенсионное банкротство», «феномен одиночества» [83–84], «закат жизни», «синдром опустевшего гнезда» [85], синдром «утраты женской привлекательности» (body image, physical self-concept, self-image [86]), «конфликт поколений» и «синдром сэндвича» (необходимость преодоления субъективно равнозначной дилеммы между требованиями разных поколений: проблемы детей при поступлении в вуз, заключении брака и стареющих, соматически нездоровых родителей [87]).

У 35–80% женщин климактерический синдром (N95.1 по МКБ-10) или патологическая «климактерическая коморбидность» [88] реализуется сочетанием соматовегетативных (вазомоторные: приливы, ночная потливость; урогенитальные: сухость влагалища, диспареуния, снижение сексуальной активности; метаболические: замедление метаболизма и снижение уровня энергии) и тревожно-депрессивных (снижение настроения, раздражительность, нарушения сна) симптомов, а также соматизированных (болевыи симптомы различной локализации, недомогание, трудности дыхания) и когнитивных (снижение внимания и памяти) симптомокомплексов [13, 16, 83, 89].

У 75% женщин, обращающихся за медицинской помощью в период менопаузы, основными жалобами являются снижение настроения и нарушения сна [4, 5, 7, 90–92]. Депрессии диагностируются у 15,8–20% женщин [92]. При этом риск их эскалации возрастает на 57% при наличии в анамнезе рекуррентного депрессивного расстройства и на 68% — при БАР [90–92].

Предикторами развития депрессии в перименопauзальный период являются ранее начало менопаузы, стрессовые ситуации, манифест соматических заболеваний, низкие физические нагрузки, изменения роли в семье, социальном функционировании, материальном статусе, психические расстройства в послеродовом периоде [4, 14].

Клинико-динамически депрессии характеризуются преобладанием субсиндромальных проявлений [93], 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 ипохондричностью (истерофобии, навязчивые опасения тяжелого недуга) с активным обращением к врачам общей медицинской практики, «вымоганием заботы», демонстративностью, театральным «гореванием», суицидальным шантажом. Также для климактерических депрессий характерен синдром «on-off»: резкие начало и окончание выраженных приступов тревоги и тоски [94], смены настроения [95, 96].

В зависимости от преобладающей симптоматики Б.А. Волель и Т.П. Яньшина (2004) выделили несколько форм климактерических депрессий: депрессивно-доминантную и соматизированную [97]. Наиболее тяжелые психотические ипохондрические депрессии обнаружены авторами в рамках инволюционной истерии [99–100] или инволюционной меланхолии с бредом [101].

По некоторым данным, инволюционная меланхолия наблюдается у 82% женщин, 10–46% пациенток врача общей медицинской практики [16, 102]. При этом риск развития инволюционной истерии повышается в 2–3 раза при ранней менопаузе (40–45 лет) и в шесть раз — при преждевременной (до 40 лет) [95, 103–104]. Среди других причин описываются психогенные (хронические или субъективно тяжелые конфликты, смерть близкого, утрата или смена работы, места жительства, материальные затруднения и проч.), соматогенные (генетическая предрасположенность, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, нарушения сердечного ритма) и эндокринные (гипоэстрогения, нарушения гормонального фона в репродуктивной системе вследствие миомы матки, эндометриоза, гистеро-, овариэктомия) факторы [4, 95, 105].

Для инволюционного психоза [102] типичны иллюзорное восприятие окружающего, агитация, симптом Шарпантье (нарушения адаптации с усилением беспокойства при смене места нахождения, при переводе в другую палату или другую больницу), синдром Котара (пациентки причитают, заламывают руки, уверены, что их «организм сгнил, разложился», что «погибли дети, родные», иногда высказываются идеи гибели мира), симптом Клейста (больная 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 [98, 100, 103, 104].

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 [105–109].

Инволюционный параноид 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 размаха»), совещаются по ночам, устраивают сборища подозрительных людей, «громкие голоса которых слышатся сквозь стену». Поведение пациенток характеризуется подозрительностью, недоверчивостью, склонностью к житейским ссорам и дрязам. Женщины обращаются с жалобами в различные инстанции (в полицию, 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 [98, 100, 103, 104].

При инволюционной кататонии зачастую отмечается этапность формирования симптоматики в виде депрессии, ипохондрических фобий, немотивированной тревоги с присоединением бредовых идей преследования, самообвинения, 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 [98, 100, 103].

В ходе исследований, проведенных с участием автора настоящего обзора, установлено, что при дисморфическом бреде (дисморфомания, идеи красоты, уродства, недовольство внешним видом, носом, весом и т.п.) в сознании больных доминируют болезненные некорректируемые и определяющие поведение представления об «уродстве», «аномалии строения» или «деформации» определенных частей тела. Переоценка и восторженное самолюбование внешними данными сочетаются с безаппеляционностью, множественностью и неустойчивостью претензий к собственному внешнему виду, активным, назойливым обращением сразу к нескольким специалистам для коррекции «физического недостатка», требованиями все новых методов обследований и терапии. Этот паттерн поведения и высказываний наблюдается одновременно с неспособностью выполнять врачебные рекомендации, дожидаться эффекта, а также сутяжными реакциями с недовольством результатами операции, требованиями материальной компенсации (паранойя борьбы в 24,1%) [110].

В большинстве исследований указывается на то, что поведение пациенток характеризует использование «охранительного камуфляжа» мнимых дефектов с помощью особых маскирующих причесок или наложения макияжа, ношения экстравагантной одежды или бросающихся в глаза драгоценностей, затемненных очков, шляп, одежды особого покроя, закрывающей «уродливые» части тела. Также 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) с последующим обращением к косметологу или пластическому хирургу за коррекцией результатов вмешательств [106–110].

При инволюционном эротоманическом бреде больные настойчиво обращаются к специалистам эстетической медицины с целью коррекции внешности и достижения 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. Пациентки убеждены в том, что, пройдя косметологическое или хирургическое лечение, «безусловно» приобретут

«неотразимую» в глазах объекта экстаической привязанности внешность, добьются взаимных чувств, вступят в брак или интимные отношения. Не добившись искомого, они возвращаются к специалистам эстетической медицины с жалобами на плохо проведенное лечение, требуют повторных и дополнительных операций. У 6,9% больных отмечается включение врача в систему эротического бреда, преследование со стороны пациента [106–110].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В обзоре обсуждаются наследственные, психические и соматические факторы риска, клинко-этиологическое разнообразие ПРРЦЖ. Проведен анализ результатов основных научных исследований, касающихся патогенетических и клинко-динамических характеристик ПРРЦЖ. Проанализированы результаты исследований, в которых показано, что разнообразные психоэмоциональные стрессы и эндокринологические отклонения на разных этапах генеративного цикла женщин являются факторами риска развития психических расстройств. Клинические описания ПРРЦЖ включают гетерогенные и полиморфные тревожные, аффективные, дисморфические и психотические симптомокомплексы. При этом отсутствие ясного понимания их патогенеза приводит к сохранению разногласий по вопросу: являются ли ПРРЦЖ (послеродовой психоз, инволюционная меланхолия/истерия и др.) независимыми психическими расстройствами или провоцируемыми экацербациями других психических заболеваний у женщин, имеющих предрасположенность.

Показано, что ПРРЦЖ представляют собой группу гетерогенных расстройств (тревожных, аффективных, дисморфических, психотических), имеющих отличительные клинические и динамические характеристики, отчасти обусловленные возрастом, генеративным статусом и соматоэндокринологическим состоянием организма женщины.

Представленные данные имеют важное практическое значение не только в плане расширения знания о ПРРЦЖ, о клинических вариантах и факторах риска, но и в аспекте выработки комплексных подходов к диагностике и выбору методов лечения этого контингента больных.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Woods NF, Smith-DiJulio K, Percival DB, Tao EY, Mariella A, Mitchell S. Depressed mood during the menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle Midlife Women's Health Study. *Menopause*. 2008;15(2):223–232. doi: [10.1097/gme.0b013e3181450fc2](https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181450fc2)
2. Gale S, Harlow BL. Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(4):257–266. doi: [10.3109/01674820309074690](https://doi.org/10.3109/01674820309074690) PMID: 14702886
3. Graziottin A, Serafini A. Depression and the menopause: why antidepressants are not enough? *Menopause*. 2009;15(2):76–81. doi: [10.1258/mi.2009.009021](https://doi.org/10.1258/mi.2009.009021)
4. Дубницкая ЭБ. Непсихотические депрессии, связанные с репродуктивным старением женщин (лекция). *Психические расстройства в общей медицине*. 2010;4:18–21. Dubnickaja JeB. Nepsihoticheskie depressii, svjazanye s reproductivnym starenim zhenshhin (lekcija). *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*. 2010;4:18–21. (In Russ.).
5. Каменецкая ГЯ. Депрессивные расстройства, развивающиеся после овариоэктомии. М.: МЕДпресс-информ. 2002:608 с. Kameneczka GYa. Depressivnye rasstrojstva, razvivayushiesya posle ovarioektomii. M.: MEDpress-inform. 2002:608 p. (In Russ.).
6. Менделевич ВД. Гинекологическая психиатрия. (Клиника, диагностика, терапия). Казань. 1996:337 с. Mendelevich VD. Ginekologicheskaya psixiatriya. (Klinika, diagnostika, terapiya). Kazan'. 1996:337 p. (In Russ.).
7. Pearlstein TB. Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause, and hormone replacement therapy? *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173(2):646–653. doi: [10.1016/0002-9378\(95\)90297-x](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90297-x) PMID: 7645647
8. Seeman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry*. 1997;154(12):1641–1647. doi: [10.1176/ajp.154.12.1641](https://doi.org/10.1176/ajp.154.12.1641)
9. Тювина НА, Воронина ЕО, Балабанова ВВ, Гончарова ЕМ. 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](https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-2-45-51) Tjuvina NA, Voronina EO, Balabanova VV, Goncharova EM. Vzaimosvjaz' i vzaimovlijanie menstrual'no-generativnoj funkcii i depressivnyh rasstrojstv u zhenshhin. *Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika*. 2018;10(2):45–51. (In Russ.). doi: [10.14412/2074-2711-2018-2-45-51](https://doi.org/10.14412/2074-2711-2018-2-45-51)
10. Гиппократ. Сочинения: в 3 т. Изд-во «Книга по требованию». 2015:740 с. Gippokrat. Sochineniya: v 3 t. Izd-vo "Kniga po trebovaniyu". 2015:740 p. (In Russ.).
11. Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E. (eds). *Mood Disorders in Women*. Martin Dunitz: London. 2000:207–232.
12. Фрейд З. Введение в психоанализ. Москва: АСТ. 2019:544 с. ISBN 978-5-17-092902-3 Frejd Z. Vvedenie v psixoanaliz. Moskva: AST. 2019:544 p. (In Russ.). ISBN 978-5-17-092902-3
13. Васильева АВ. Проблемы женского психического здоровья — междисциплинарный ракурс. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2018;2(10):51–56.

- Vasil'eva AV. Problemy zhenskogo psicheskogo zdorov'ya — mezhdisciplinarnyj rakurs. *RMZh. Medicinskoe obozrenie*. 2018;2(10):51–56. (In Russ.).
14. Мазо ГЭ. Депрессии, связанные с репродуктивным циклом у женщин. Материалы научно-практической конференции (29 октября 2018 г., Москва): Сборник материалов / Под. ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ; Университетская книга. 2019:442–448.
Mazo GJe. Depressii, svjazannye s reproductivnym ciklom u zhenshhin. Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii (29 oktjabrja 2018 g., Moskva): Sbornik materialov / Pod. ped. G.P. Kostjuka. M.: KDU; Universitetskaja kniga. 2019:442–448. (In Russ.).
 15. Frank RT. The hormonal causes of premenstrual tension. *Arch of Neur and Psychiat. Nov.* 1931;26:1052–1057.
 16. Мазо ГЭ, Горобец ЛН. Предменструальный синдром: взгляд психиатра. *Психические расстройства в общей медицине*. 2017;3–4:31–36.
Mazo GJe, Gorobec LN. Predmenstrual'nyj sindrom: vzgljad psihiatra. *Psihicheskie rasstrojstva v obshhej medicine*. 2017;3–4:31–36. (In Russ.).
 17. Вихляева ЕМ. Нейроэндокринные гинекологические синдромы (клиническая лекция). М. 1971:49 с.
Vixlyaeva EM. Nejroendokrinnye ginekologicheskie sindromy (klinicheskaya lekcija). M. 1971:49 p. (In Russ.).
 18. Gold JH. Premenstrual dysphoric disorder. What's that? *JAMA*. 1997;278(12):1024–1025.
 19. Ледина АВ, Прилепская ВН, Акимкин ВГ. Целесообразность и эффективность обучающих программ для пациенток, страдающих предменструальным синдромом (результаты когортного перекрестного исследования). *Фарматека*. 2014;12(285):38–43.
Ledina AV, Prilepskaja VN, Akimkin VG. Celesoobraznost' i jeffektivnost' obuchajushhih programm dlja pacientok, stradajushhih predmenstrual'nyj sindromom (rezul'taty kogortnogo perekrestnogo issledovanija). *Farmateka*. 2014;12(285):38–43. (In Russ.).
 20. Сметник ВП, Тумилович ЛГ. Неоперативная гинекология: руководство для врачей. 3-е изд., перераб. и доп. Москва: Медицинское информационное агентство. 2006.
Smetnik VP, Tumilovich LG. Neoperativnaya ginekologiya: rukovodstvo dlya vrachej. 3-e izd., pererab. i dop. Moskva: Medicinskoe informacionnoe agentstvo. 2006. (In Russ.).
 21. Серова ТА. Здоровье женщины: менструальный цикл и гормоны в классической и нетрадиционной медицине. Ростов-на-Дону: Феникс. 2000:413 с. ISBN 5-222-01061-9
Serova TA. Zdorov'e zhenshhiny: menstrual'nyj cikl i gormony v klassicheskoy i netradicionnoj medicine. Rostov-na-Donu: Feniks. 2000:413 p. (In Russ.). ISBN 5-222-01061-9
 22. Татарчук ТФ, Венцковская ИБ, Шевчук ТВ. Предменструальный синдром. Киев: Zapovit. 2003;111–146.
 23. Campagne DM, Campagne G. The premenstrual syndrome revisited. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007;130(1):4–17. doi: [10.1016/j.ejogrb.2006.06.020](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2006.06.020)
Epub 2006 Aug 17. PMID: 16916572
 24. Endicott J. History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 12:5–8.
 25. Hardoy MC, Serra M, Carta MG, Contu P, Pisu MG, Biggio G. Increased neuroactive steroid concentrations in women with bipolar disorder or major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2006;26(4):379–384. doi: [10.1097/01.jcp.0000229483.52955.ec](https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000229483.52955.ec)
 26. Sassoon SA, Colrain IM, Baker FC. Personality disorders in women with severe premenstrual syndrome. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(3):257–264. doi: [10.1007/s00737-011-0212-8](https://doi.org/10.1007/s00737-011-0212-8)
 27. Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2019;11(4):117–124. doi: [10.14412/2074-2711-2019-4-117-124](https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-4-117-124)
Tjuvina NA, Nikolaevskaja AO. Besplodie i psichicheskie rasstrojstva u zhenshhin. Soobshhenie 1. *Nevrologija, nejropsihiatrija, psichosomatika*. 2019;11(4):117–124. (In Russ.). doi: [10.14412/2074-2711-2019-4-117-124](https://doi.org/10.14412/2074-2711-2019-4-117-124)
 28. Davies C, Segre G, Estradé A, Radua J, De Micheli A, Provenzano U, Oliver D, Salazar de Pablo G, Ramella-Cravaro V, Besozzi M, Dazzan P, Miele M, Caputo G, Spallarossa C, Crossland G, Ilyas A, Spada G, Politi P, Murray RM, McGuire P, Fusar-Poli P. Prenatal and perinatal risk and protective factors for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):399–410. doi: [10.1016/S2215-0366\(20\)30057-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30057-2)
 29. Ке́пи́нская АР, MacCabe JH, Cadar D, Steptoe A, Murray RM, Ajnakina O. Schizophrenia polygenic risk predicts general cognitive deficit but not cognitive decline in healthy older adults. *Transl Psychiatry*. 2020;10(1):422. doi: [10.1038/s41398-020-01114-8](https://doi.org/10.1038/s41398-020-01114-8)
 30. Loomans EM, van Dijk AE, Vrijkotte TG, van Eijsden M, Stronks K, Gemke RJ, Van den Bergh BR. Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *Eur J Public Health*. 2013;23(3):485–491. doi: [10.1093/eurpub/cks097](https://doi.org/10.1093/eurpub/cks097)
 31. Pearson RM, Fernyhough C, Bentall R, Evans J, Heron J, Joinson C, Stein AL, Lewis G. Association between maternal depressogenic cognitive style during pregnancy and offspring cognitive style 18 years later. *Am J Psychiatry*. 2013;170(4):434–441. doi: [10.1176/appi.ajp.2012.12050673](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12050673)
 32. Srinivasan R, Pearson RM, Johnson S, Lewis G, Lewis G. Maternal perinatal depressive symptoms and offspring psychotic experiences at 18 years of age: a

- longitudinal study. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):431–440. doi: [10.1016/S2215-0366\(20\)30132-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30132-2)
33. Udagawa J, Hino K. [Impact of Maternal Stress in Pregnancy on Brain Function of the Offspring]. *Nihon Eiseigaku Zasshi*. 2016;71(3):188–194. Japanese. doi: [10.1265/jjh.71.188](https://doi.org/10.1265/jjh.71.188)
34. Morel Y, Roucher F, Plotton I, Goursaud C, Tardy V, Mallet D. Evolution of steroids during pregnancy: Maternal, placental and fetal synthesis. *Ann Endocrinol (Paris)*. 2016;77(2):82–89. doi: [10.1016/j.ando.2016.04.023](https://doi.org/10.1016/j.ando.2016.04.023)
35. Sandman CA, Glynn L, Schetter CD, Wadhwa P, Garite T, Chic-DeMet A, Hobel C. Elevated maternal cortisol early in pregnancy predicts third trimester levels of placental corticotropin releasing hormone (CRH): priming the placental clock. *Peptides*. 2006;27(6):1457–1463. doi: [10.1016/j.peptides.2005.10.002](https://doi.org/10.1016/j.peptides.2005.10.002)
36. Ulrich-Lai YM, Herman JP. Neural regulation of endocrine and autonomic stress responses. *Nat Rev Neurosci*. 2009;10(6):397–409. doi: [10.1038/nrn2647](https://doi.org/10.1038/nrn2647)
37. Yang N, Ginsburg GS, Simmons LA. Personalized medicine in women's obesity prevention and treatment: implications for research, policy and practice. *Obes Rev*. 2013;14(2):145–161. doi: [10.1111/j.1467-789X.2012.01048.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2012.01048.x)
38. Гарданова ЖР, Брессо ТИ, Есаулов ВИ. Особенности формирования материнской доминанты у молодых девушек. *Наука, техника и образование*. 2017;41(11):70–74.
Gardanova ZhR, Bresso TI, Esaulov VI. Osobennosti formirovaniya materinskoj dominanty u molodyh devushek. *Nauka, tehnika i obrazovanie*. 2017;41(11):70–74. (In Russ.).
39. Jansson T, Powell TL. Role of the placenta in fetal programming: underlying mechanisms and potential interventional approaches. *Clin Sci (Lond)*. 2007;113(1):1–13. doi: [10.1042/CS20060339](https://doi.org/10.1042/CS20060339)
40. Monk C, Georgieff MK, Xu D, Hao X, Bansal R, Gustafsson H, Spicer J, Peterson BS. Maternal prenatal iron status and tissue organization in the neonatal brain. *Pediatr Res*. 2016;79(3):482–488. doi: [10.1038/pr.2015.248](https://doi.org/10.1038/pr.2015.248)
41. Акарачкова ЕС, Артеменко АР, Беляев АА. Материнский стресс и здоровье ребенка в краткосрочной и долгосрочной перспективе. *РМЖ. Медицинское обозрение*. 2019;3(3):26–32.
Akarachkova ES, Artemenko AR, Beljaev AA. Materskiy stress i zdorov'e rebenka v kratkosrochnoj i dolgosrochnoj perspektive. *RMZh. Medicinskoe obozrenie*. 2019;3(3):26–32. (In Russ.).
42. Beijers R, Buitelaar JK, de Weerth C. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014;23(10):943–956. doi: [10.1007/s00787-014-0566-3](https://doi.org/10.1007/s00787-014-0566-3)
43. Evans J, Heron J, Patel RR, Wiles N. Depressive symptoms during pregnancy and low birth weight at term: longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2007;191:84–85. doi: [10.1192/bjp.bp.105.016568](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.016568)
44. Манченко ДМ, Глазова НЮ, Левицкая НГ. Экспериментальные исследования последствий пренатального применения ингибиторов обратного захвата серотонина. Материалы научно-практической конференции (29 октября 2018 г., Москва): сборник материалов / Под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ; Университетская книга. 2019:636–644.
Manchenko DM, Glazova NYu, Leviczka NG. Eksperimental'nye issledovaniya posledstvij prenatal'nogo primeneniya ingibitorov obratnogo zahvata serotonina. Materialy nauchno-prakticheskoy konferencii (29 oktyabrya 2018 g., Moskva): sbornik materialov / Pod red. G.P. Kostyuka. M.: KDU; Universitetskaya kniga. 2019:636–644. (In Russ.).
45. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries. Report of the WHO meeting. Geneva, World Health Organization. 2008.
46. Staneva AA, Bogossian F, Wittkowski A. The experience of psychological distress, depression, and anxiety during pregnancy: A meta-synthesis of qualitative research. *Midwifery*. 2015;31(6):563–573. doi: [10.1016/j.midw.2015.03.015](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.015)
47. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösli I, Holzgreve W. Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189–209. doi: [10.1080/14767050701209560](https://doi.org/10.1080/14767050701209560)
48. Brunton PJ. Effects of maternal exposure to social stress during pregnancy: consequences for mother and offspring. *Reproduction*. 2013;146(5):R175 — 189. doi: [10.1530/REP-13-0258](https://doi.org/10.1530/REP-13-0258)
49. Martinez-Torteya C, Katsonga-Phiri T, Rosenblum KL, Hamilton L, Muzik M. Postpartum depression and resilience predict parenting sense of competence in women with childhood maltreatment history. *Arch Womens Ment Health*. 2018;21(6):777–784. doi: [10.1007/s00737-018-0865-7](https://doi.org/10.1007/s00737-018-0865-7)
50. Marques AH, Bjørke-Monsen AL, Teixeira AL, Silverman MN. Maternal stress, nutrition and physical activity: Impact on immune function, CNS development and psychopathology. *Brain Res*. 2015;1617:28–46. doi: [10.1016/j.brainres.2014.10.051](https://doi.org/10.1016/j.brainres.2014.10.051)
51. Beversdorf DQ, Stevens HE, Jones KL. Prenatal Stress, Maternal Immune Dysregulation, and Their Association With Autism Spectrum Disorders. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20(9):76. doi: [10.1007/s11920-018-0945-4](https://doi.org/10.1007/s11920-018-0945-4)
52. Scheinost D, Sinha R, Cross SN, Kwon SH, Sze G, Constable RT, Ment LR. Does prenatal stress alter the developing connectome? *Pediatr Res*. 2017;81(1–2):214–226. doi: [10.1038/pr.2016.197](https://doi.org/10.1038/pr.2016.197)
53. Ulmer-Yaniv A, Djalovski A, Priel A, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Maternal depression alters stress and immune biomarkers in mother and child. *Depress Anxiety*. 2018;35(12):1145–1157. doi: [10.1002/da.22818](https://doi.org/10.1002/da.22818)
54. Reynolds RM. Antenatal glucocorticoid treatment for preterm birth: considerations for the developing

- foetus. *Clin Endocrinol* (Oxf). 2013;78(5):665–666. doi: [10.1111/cen.12073](https://doi.org/10.1111/cen.12073)
55. Douros K, Moustaki M, Tsaouri S, Papadopoulou A, Papadopoulos M, Priftis KN. Prenatal Maternal Stress and the Risk of Asthma in Children. *Front Pediatr*. 2017;5:202. doi: [10.3389/fped.2017.00202](https://doi.org/10.3389/fped.2017.00202)
 56. Elwenspoek MMC, Kuehn A, Muller CP, Turner JD. The effects of early life adversity on the immune system. *Psychoneuroendocrinology*. 2017;82:140–154. doi: [10.1016/j.psyneuen.2017.05.012](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.05.012)
 57. Esquirol É. Des maladies mentales. 1838.
 58. Spinelli MG. Psychiatric Disorders During Pregnancy and Postpartum. *J Am Med Women's Ass'n*. 1998;53:165.
 59. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 1994:886 p. ISBN 978-0-89042-061-4.
 60. Munk-Olsen T, Laursen TM, Mendelson T, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(2):189–195. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2008.528](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.528)
 61. Gilden J, Kamperman AM, Munk-Olsen T, Hoogendijk WJG, Kushner SA, Bergink V. Long-Term Outcomes of Postpartum Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2020;81(2):19–r12906. doi: [10.4088/JCP.19r12906](https://doi.org/10.4088/JCP.19r12906)
 62. 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.
 63. Matthey S, Barnett B, Howie P, Kavanagh DJ. Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: whatever happened to anxiety? *J Affect Disord*. 2003;74(2):139–147. doi: [10.1016/s0165-0327\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00012-5)
 64. Reck C, Stehle E, Reinig K, Mundt C. Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *J Affect Disord*. 2009;113(1–2):77–87. doi: [10.1016/j.jad.2008.05.003](https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.05.003)
 65. Heron J, Hanson JV, Whitaker D. Effect before cause: supramodal recalibration of sensorimotor timing. *PLoS One*. 2009;4(11):e7681. doi: [10.1371/journal.pone.0007681](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0007681)
 66. Webster JD. An exploratory analysis of a self-assessed wisdom scale. *J Adult Dev*. 2003;10:13–22. doi: [10.1023/A:1020782619051](https://doi.org/10.1023/A:1020782619051)
 67. Hirst KP, Moutier CY. Postpartum major depression. *Am Fam Physician*. 2010;82(8):926–933.
 68. Прибытков АА. Клинические особенности депрессивных расстройств невротического уровня в послеродовом периоде. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005;4:63–66.
Pribytkov AA. Klinicheskie osobennosti depressivnykh rasstrojstv nevroticheskogo urovnya v poslerodovom periode. *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya*. 2005;4:63–66. (In Russ.).
 69. Мищенко АН, Мищенко ММ. Послеродовые психозы — значительная проблема современной медицины. *Современные научные исследования и разработки*. 2017;8(16):360–362.
Mishchenko AN, Mishchenko MM. Poslerodovye psichozy — znachitel'naya problema sovremennoj mediciny. *Sovremennye nauchnye issledovaniya i razrabotki*. 2017;8(16):360–362. (In Russ.).
 70. World Health Organization. Reproductive health strategy. Geneva: WHO. 2004 (WHO/RHR/04.8).
 71. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Vanderpoel S. 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](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009)
 72. Леваков СА, Павлова СА, Бугрова ТИ, Кедрова АГ. Современный взгляд на бесплодный брак. *Клиническая практика*. 2010;1(3):92–97. doi: [10.17816/clinpract1392-97](https://doi.org/10.17816/clinpract1392-97)
Levakov SA, Pavlova SA, Bugrova TI, Kedrova AG. Sovremennyy vzgljad na bes-plodnyj brak. *Klinicheskaja praktika*. 2010;1(3):92–97. (In Russ.). doi: [10.17816/clinpract1392-97](https://doi.org/10.17816/clinpract1392-97)
 73. Weidner K, Einsle F, Siedentopf F, Stöbel-Richter Y, Distler W, Joraschky P. Psychological and physical factors influencing the health-related quality of life of patients of a department of gynecology in a university hospital. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2006;27(4):257–265. doi: [10.1080/01674820600999795](https://doi.org/10.1080/01674820600999795)
 74. Тювина НА, Коробкова ИГ. Сравнительная характеристика клинических особенностей депрессии при биполярном аффективном расстройстве I и II типа. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2016;8(1):22–28. doi: [10.14412/2074-2711-2016-1-22-28](https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-22-28)
Tjuvina NA, Korobkova IG. Sravnitel'naja harakteristika klinicheskikh osobennostej depressii pri bipoljarnom affektivnom rasstrojstve I i II tipa. *Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika*. 2016;8(1):22–28. (In Russ.). doi: [10.14412/2074-2711-2016-1-22-28](https://doi.org/10.14412/2074-2711-2016-1-22-28)
 75. Van den Broeck U, Emery M, Wischmann T, Thorn P. Counselling in infertility: individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns*. 2010;81(3):422–428. doi: [10.1016/j.pec.2010.10.009](https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.009)
 76. Деметьева НО, Бочаров ВВ. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии». *Вестник СПбГУ*. 2010;12(1):131–139.
Dement'eva NO, Bocharov VV. Psikhologicheskie aspekty issledovaniya zhenskogo besplodiya "neyasnoj etiologii". *Vestnik SPbGU*. 2010;12(1):131–139. (In Russ.).
 77. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018;20(1):41–47. doi: [10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney](https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney) PMID: 29946210; PMCID: PMC6016043

78. Karimzadeh M, Rostami M, Teymouri R, Moazzen Z, Tahmasebi S. The association between parental mental health and behavioral disorders in pre-school children. *Electron Physician*. 2017;9(6):4497–4502. doi: [10.19082/4497](#)
79. 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;93(4):1088–1096. doi: [10.1016/j.fertnstert.2008.11.008](#) Epub 2008 Dec 31. PMID: 19118826
80. Holley SR, Pasch LA, Bleil ME, Gregorich S, Katz PK, Adler NE. Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. *Fertil Steril*. 2015;103(5):1332–1339. doi: [10.1016/j.fertnstert.2015.02.018](#)
81. Peterson BD, Sejbæk CS, Pirritano M, Schmidt L. Are severe depressive symptoms associated with infertility-related distress in individuals and their partners? *Hum Reprod*. 2014;29(1):76–82. doi: [10.1093/humrep/det412](#)
82. Shani C, Yelena S, Reut BK, Adrian S, Sami H. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. *Psychiatry Res*. 2016;240:53–59. doi: [10.1016/j.psychres.2016.04.003](#)
83. Полищук ЮИ, Баранская ИВ, Голубцова ЛИ, Летникова ЗВ. Основные факторы, определяющие развитие состояний одиночества с депрессивными расстройствами в позднем возрасте. Материалы XIII съезда психиатров России. 10–13 октября 2000 г.:164–165. Polishuk YuI, Baranskaya IV, Golubczova LI, Letnikova ZV. Osnovnye faktory, opredelyayushhie razvitie sostoyaniy odinochestva s depressivnymi rasstrojstvami v pozdnem vozraste. Materialy XIII s'ezda psikiatrov Rossii. 10–13 okt. 2000 g.:164–165. (In Russ.).
84. Schmidt PJ, Murphy JH, Haq N, Rubinow DR, Danaceau MA. Stressful life events, personal losses, and perimenopause-related depression. *Arch Womens Ment Health*. 2004;7(1):19–26. doi: [10.1007/s00737-003-0036-2](#)
85. Bloch A. Self-awareness during the menopause. *Maturitas*. 2002;41(1):61–68. doi: [10.1016/s0378-5122\(01\)00252-3](#)
86. 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;89(2):194–204. doi: [10.1037/0022-3514.89.2.194](#)
87. Bezerra A.G., Andersen M.L., Tufik S., Hachul H. Approach towards mild depression: shortest way to treat climacteric syndrome? *Maturitas*. 2013;74(1):105. doi: [10.1016/j.maturitas.2012.10.009](#)
88. Сметник ВП, Ткаченко НМ, Глезер ГА. Климактерический синдром. М. 1988:286 с. Smetnik VP, Tkachenko NM, Glezer GA. Klimaktericheskij sindrom. M. 1988:286 p. (In Russ.).
89. Deecher D, Andree TH, Sloan D, Schechter LE. From menarche to menopause: exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes. *Psychoneuroendocrinology*. 2008;33(1):3–17. doi: [10.1016/j.psyneuen.2007.10.006](#)
90. Gibbs Z, Lee S, Kulkarni J. Factors associated with depression during the perimenopausal transition. *Womens Health Issues*. 2013;23(5):e301–e307. doi: [10.1016/j.whi.2013.07.001](#)
91. Llana P, García-Portilla MP, Llana-Suárez D, Armott B, Pérez-López FR. Depressive disorders and the menopause transition. *Maturitas*. 2012;71(2):120–130. doi: [10.1016/j.maturitas.2011.11.017](#)
92. Judd FK, Hickey M, Bryant C. Depression and mid-life: are we overpathologising the menopause? *J Affect Disord*. 2012;136(3):199–211. doi: [10.1016/j.jad.2010.12.010](#)
93. Worsley R, Davis SR, Gavrilidis E, Gibbs Z, Lee S, Burger H, Kulkarni J. Hormonal therapies for new onset and relapsed depression during perimenopause. *Maturitas*. 2012;73(2):127–133. doi: [10.1016/j.maturitas.2012.06.011](#)
94. Медведев ВЭ. Психопатологические аспекты инволюционной истерии. *Consillium medica [женское здоровье]*. 2012;6:26–29. Medvedev V. Psihopatologicheskie aspekty involucionnoj isterii. *Consillium medica [zhenskoe zdorov'e]*. 2012;6:26–29. (In Russ.).
95. Менделевич ВД. Психопатология климакса. Казань: Изд-во Казан. ун-та. 1992:166 с. ISBN 5-7464-0587-6 Mendelevich VD. Psihopatologiya klimaksa. Kazan': Izd-vo Kazan. un-ta. 1992:166 p. (In Russ.). ISBN 5-7464-0587-6
96. Bromberger JT, Assmann SF, Avis NE, Schocken M, Kravitz HM, Cordal A. Persistent mood symptoms in a multiethnic community cohort of pre- and perimenopausal women. *Am J Epidemiol*. 2003;158(4):347–356. doi: [10.1093/aje/kwg155](#)
97. Волель БА, Яньшина ТП. Инволюционная истерия в рамках динамики расстройств личности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2004;11:47–54. Volel' BA, Jan'shina TP. Involucionnaja isterija v ramkah dinamiki rasstrojstv lichnosti. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2004;11:47–54. (In Russ.).
98. Ганнушкин ПБ. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М.: Север.1933. Gannushkin PB. Klinika psikhopatij, ikh statika, dinamika, sistematika. M.: Sever. 1933. (In Russ.).
99. Гиляровский ВА. Психиатрия. М.: Медгиз. 1954. Gilyarovskij VA. Psikiatriya. M.: Medgiz. 1954. (In Russ.).
100. Kraepelin E. Zur Entartungsfrage. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. 1908;19(31):745–751.
101. Abramowitz JS, Moore EL, Braddock AE, Harrington DL. Self-help cognitive-behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: a controlled trial. *J Behav Ther Exp*

- Psychiatry*. 2009;40(1):98–105. doi: [10.1016/j.jbtep.2008.04.004](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2008.04.004)
102. Гейер ТА. К постановке вопроса об «инволюционной истерии». *Труды психиатров клиники I Московского университета*. 1927;2:45–51.
Gejer TA. K postanovke voprosa ob “involyucionnoj isterii”. *Trudy psikiatrov kliniki I Moskovskogo universiteta*. 1927;2:45–51. (In Russ.).
 103. Bumke O. Lehrbuch des Geisteskrankheiten 1924:438–456.
 104. Binfa L, Castelo-Branco C, Blümel JE, Cancelo MJ, Bonilla H, Muñoz I, Vergara V, Izaguirre H, Sarrá S, Ríos RV. Influence of psycho-social factors on climacteric symptoms. *Maturitas*. 2004;48(4):425–431. doi: [10.1016/j.maturitas.2003.11.002](https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2003.11.002)
 105. Медведев ВЭ, Фролова ВИ, Авдошенко КЕ, Виссарионов ВА, Шафирова ЕМ, Мартынов СЕ. Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога. *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*. 2012;3:60–64.
Medvedev VE, Frolova VI, Avdoshenko KE, Vissarionov VA, Shafirova EM, Martynov SE. Patokharakterologicheskie i patopsikhologicheskie rasstrojstva u pacientov plasticheskogo khirurga i kosmetologa. *Jeksperimental'naja i klinicheskaja dermatokosmetologija*. 2012;3:60–64. (In Russ.).
 106. Медведев ВЭ, Фролова ВИ, Гушанская ЕВ, Фофанова ЮС, Мартынов СЕ, Зуйкова НЛ, Бурно АМ, Некрасова СВ, Салынцев ИВ. Депрессии с расстройствами пищевого поведения: клиника и терапия. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):49–56. doi: [10.14412/2074-2711-2020-4-49-56](https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-49-56)
Medvedev VE, Frolova VI, Gushanskaya EV, Fofanova YuS, Martynov SE, Zujkova NL, Burno AM, Nekrasova SV, Salynceva IV. Depressions with eating disorders: clinical manifestations and therapy. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika/Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):49–56. (In Russ.).
 107. Медведев ВЭ. Психические расстройства с необоснованным недовольством собственной внешностью у пациентов пластического хирурга и косметолога. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2016;18(6):49–54.
Medvedev VE. Mental disorders with causeless appearance discontentment in plastic surgeons' and cosmetologists' patients. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2016;18(6):49–54. (In Russ.).
 108. Фофанова ЮС, Медведев ВЭ, Фролова ВИ. Психосоматические аспекты атипичных прозопалгий. *Психическое здоровье*. 2015;13(9(112)):43–49. eLIBRARY ID: 25389278
Fofanova JuS, Medvedev VE, Frolova VI. Psichosomaticheskie aspekty atipichnyh prozopalgij. *Psichicheskoe zdorov'e*. 2015;13(9(112)):43–49. (In Russ.). eLIBRARY ID: 25389278
 109. 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;1:49–55. (In Russ.).
 110. Медведев ВЭ, Фролова ВИ, Мартынов СЕ, Виссарионов ВА. Диморфическое расстройство в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга и косметолога. *Психическое здоровье*. 2017;15(2(129)):48–55.
Medvedev VE, Frolova VI, Martynov SE, Vissarionov VA. Dismorficheskoe rasstrojstvo v strukture psichicheskikh rasstrojstv pacientov plasticheskogo hirurga i kosmetologa. *Psichicheskoe zdorov'e*. 2017;15(2(129)):48–55. (In Russ.).

Сведения об авторе

Владимир Эрнстович Медведев, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой, кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии, ФГАО ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>
Medvedev_ve@pfur.ru

Information about the author

Vladimir E. Medvedev, Cand. of Sci. (Med.), Associate Professor, Head of Department, Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Disorders, Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>
Medvedev_ve@pfur.ru

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
There is no conflict of interests.

Дата поступления 11.11.2021
Received 11.11.2021

Дата рецензии 28.02.2022
Revised 28.02.2022

Дата принятия 01.03.2022
Accepted for publication 01.03.2022