

# Терапия психических расстройств генеративного цикла у женщин

Медведев В.Э.

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва  
Россия, 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 6

*Клинико-этиологическое разнообразие депрессивных, тревожных, дисморфических и психотических расстройств на фоне генеративного цикла у женщин обуславливает необходимость комплексного подхода к диагностике и выбору методов лечения.*

*При индивидуальном подходе к назначению схемы лечения требуется учитывать факторы риска (наследственность, коморбидные расстройства, пол, возраст и др.) развития нежелательных явлений, спектра эндокринных побочных эффектов, характерных для каждого препарата, баланс эффективности и безопасности лекарственных средств.*

*Эффективность заместительной гормональной терапии, в том числе в сочетании с «общеукрепляющими» препаратами, витаминами, БАДами, физиотерапией, при психических расстройствах не доказана.*

*Психофармакотерапия проводится с использованием современных антидепрессантов, анксиолитиков, антипсихотиков с акцентом на хорошую переносимость, минимум нежелательных явлений, совместимость с гормональной терапией, удобство дозирования.*

*Психотерапия, психологическое сопровождение и психокоррекционная работа позволяют уменьшить выраженность тревожно-депрессивной симптоматики и существенно повысить эффективность лечения.*

**Ключевые слова:** психические расстройства; предменструальный синдром; беременность; бесплодие; лактация; перименопауза; инволюция; дисморфия; антидепрессанты; антипсихотики; нормотимики; психотерапия; агомелатин; Вальдоксан.

**Контакты:** Владимир Эрнстович Медведев; [medvedev\\_ve@rudn.ru](mailto:medvedev_ve@rudn.ru)

**Для ссылки:** Медведев В.Э. Терапия психических расстройств генеративного цикла у женщин. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2022;14(2):84–90. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-84-90

## *Treatment of mental disorders of generative cycle in women*

*Medvedev V.E.*

*Peoples' Friendship University of Russia (RUDN University), Moscow  
6, Miklukho-Maklai St., Moscow 117198, Russia*

*The clinical and etiological diversity of depressive, anxiety, dysmorphic and psychotic disorders of the generative cycle in women necessitates an integrated approach to evaluation and treatment methods.*

*During an individual approach to treatment administration, it is necessary to take into account the risk factors (heredity, comorbid disorders, gender, age, etc.) of adverse events, the spectrum of endocrine side effects characteristic of each drug, the balance of drug efficacy and safety.*

*The effectiveness of hormone replacement therapy, including in combination with “fortifying” drugs, vitamins, dietary supplements, physiotherapy, in mental disorders has not been proven.*

*Psychopharmacotherapy should include modern antidepressants, anxiolytics, antipsychotics with an emphasis on good tolerance, a minimum of adverse events, compatibility with hormonal therapy, and ease of dosing.*

*Psychotherapy, psychological support and psycho-correction can reduce the severity of anxiety and depressive symptoms and significantly increase the treatment effectiveness.*

**Keywords:** mental disorders; premenstrual syndrome; pregnancy; infertility; lactation; perimenopause; involution; dysmorphia; antidepressants; antipsychotics; normotimics; psychotherapy; agomelatine; Valdoxan.

**Contact:** Vladimir Ernstovich Medvedev; [medvedev\\_ve@rudn.ru](mailto:medvedev_ve@rudn.ru)

**For reference:** Medvedev V.E. Treatment of mental disorders of generative cycle in women. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2022;14(2):84–90. DOI: 10.14412/2074-2711-2022-2-84-90

Негативное влияние психических расстройств на жизнь и здоровье женщины проявляется снижением семейной и трудовой адаптации, отсроченным наступлением и/или сокращением продолжительности менструаций, повышением риска развития предменструального синдрома (ПМС) и неадекватных эмоциональных реакций при менструациях, увеличением частоты перебоев в цикле, снижением регулярности половой жизни и удовлетворенности ею, фертильности (сокращение числа овуляций, беременно-

стей, родов), повышением риска невынашивания беременности, сокращением лактационного периода, сравнительно ранним наступлением менопаузы с большой длительностью и клинической тяжестью пременопаузы и т. д. [1].

## Психические расстройства генеративного цикла у женщин

Психические расстройства генеративного цикла у женщин (ПРГЦЖ) представляют собой группу гетероген-

ных расстройств, имеющих клинические и динамические характеристики, обусловленные возрастом, генеративным статусом и сомато-эндокринологическим состоянием организма женщины. Наиболее частые клинические описания ПРГЦЖ включают расстройства астенического, тревожного, депрессивного, дисморфического и психотического спектров.

Клиническая картина депрессий, связанных с генеративным циклом женщин, характеризуется преобладанием астенической, астено-апатической симптоматики в сочетании с тревогой, фобиями, дисфорией, заторможенностью, плаксивостью, идеями виновности, нарушениями сна (гиперсомния), гиперфагией, соматизированными расстройствами (истералгии). Нередко наблюдаются диссоциированные (смешанные) расстройства: приподнятое настроение с полной бездеятельностью и двигательной заторможенностью, а также лабильность настроения с беспричинными переходами от депрессии к мании с эйфорией и озлобленностью [2–10].

К типичным проявлениям тревожных расстройств в рамках ПРГЦЖ относятся эмоциональная неустойчивость, высокий уровень раздражительности, конфликтность, тревожность, отсутствие целостной когнитивной концепции болезни и господство мистических представлений о «женской несостоятельности» [11], диссимуляция психических проблем с целью казаться «здоровее, чем есть на самом деле» [12], множественные соматовегетативные проявления (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), ипохондричность (истерофобии, навязчивые опасения тяжелого недуга) и другие гетеротематические страхи («грядущей старости», одиночества, материальной неустроенности, потери внешней привлекательности). В поведении больных сочетаются обвинения врачей в некомпетентности и кардинальные изменения образа жизни, отказ от употребления определенных продуктов, изнурение себя физическими упражнениями, диетами, разработка особого графика сна и т. д. [13]. Также характерен синдром «включения–выключения» («on–off»): резкие начало и окончание выраженных приступов тревоги и тоски [14].

При дисморфическом расстройстве (дисморфия «красоты», «уродства», «носа», «массы тела», «внешнего вида» и т. д.) в сознании пациенток доминируют ошибочные (некорригируемые при бреде) и определяющие поведение представления об «уродстве», «аномалиях строения» или «деформации» определенных частей тела. Переоценка и восторженное любование 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 все новых методов обследования и терапии при неспособности выполнять врачебные рекомендации, дожидаться эффекта, а также тяжелыми реакциями с недовольством результатами операции, требованиями материальной компенсации («пара-

ной борьбы») [15, 16]. 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 отмечается аутоагрессия с целенаправленным стремлением к самостоятельному удалению с помощью подручных предметов «пигментных пятен» и других «уродующих» участков кожи или исправлению «дефекта» с последующим обращением к косметологу или пластическому хирургу за коррекцией результатов вмешательств [15–20].

Для инволюционного психоза [21] 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 (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 [22–25].

Таким образом, клинико-этиологическое разнообразие ПРГЦЖ обуславливает необходимость комплексного подхода к диагностике и выбору методов лечения.

### Вопросы терапии

При выборе психофармакотерапии ПРГЦЖ следует помнить, что не существует идеального антипсихотического или антидепрессивного препарата. При индивидуальном подходе к назначению схемы лечения требуется учитывать факторы риска (наследственность, коморбидные расстройства, пол, возраст и др.) развития нежелательных явлений (НЯ), спектр эндокринных побочных эффектов, характерных для каждого препарата, баланс эффективности и безопасности лекарственных средств.

### Предменструальный синдром

Вопрос о фармакологической коррекции ПМС остается дискуссионным. Для устранения физиологического снижения уровня серотонина в лютеиновую фазу цикла, связанного с уменьшением концентрации половых стероидов, рассматривается заместительная гормональная терапия (ЗГТ; комбинированные оральные контрацептивы, агонисты гонадотропин-рилизинг гормона длительного действия) в комплексе с «общеукрепляющими» препаратами, витаминами, БАДами, физиотерапией [26–30]. Указывается на эффективность краткосрочного назначения для компенсации падения уровня серотонина его агонистов – селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [26].

### Беременность

Данные о психофармакотерапии психических расстройств у беременных основываются не на результатах доказательных клинических исследований (проведение которых затруднено из-за этических и юридических вопросов),

а на накоплении информации о случаях самостоятельного или врачебного, обусловленного тяжелым психическим состоянием женщины, назначения препаратов.

Основной принцип принятия решения о назначении лекарственной терапии — оценка пользы/риска для матери и плода при условии вероятности рецидива депрессии или другого психического расстройства в течение беременности при условии отсутствия адекватной психофармакотерапии.

При выборе конкретного психотропного средства следует исходить из факта, что все препараты в той или иной мере проникают через плацентарный барьер. Степень влияния лекарственного средства на плод зависит прежде всего от гестационных сроков. В частности, на ранних сроках беременности (до 12 нед) есть вероятность развития тяжелых структурных аномалий — эмбриопатий [27].

**Антидепрессанты.** Несмотря на то что женщины во время беременности в 5 раз чаще отказываются от приема антидепрессантов, чем в период, не связанный с деторождением [30], в мире за 1995–2005 гг. использование антидепрессивной терапии при беременности увеличилось в 3 раза [29]. В США в течение беременности до 8,7% женщин получают антидепрессивную терапию [28]. Вынужденно возобновляют терапию из-за ухудшения психического состояния 57% женщин, прекративших прием антидепрессантов в связи с беременностью [31].

Наиболее часто во время беременности женщины принимают тимолептики из группы СИОЗС. В экспериментах на мышах/крысах установлено, что СИОЗС снижают массу тела плода, замедляют становление двигательных рефлексов, физический рост, ухудшают способность к обучению, увеличивают окружность головы, повышают тревожность, депрессивность и показатели летальности [32, 33].

У детей сравнение спектра неонатальных НЯ при приеме матерью во время беременности антидепрессантов представлен в табл. 1 [34].

**Антипсихотики.** Из данных литературы следует, что представления о тератогенном потенциале антипсихотических препаратов не подтверждаются [35–39]. Однако частота других неонатальных НЯ при приеме во время беременности любых антипсихотиков колеблется от 15,6 до 34% (табл. 2).

Необходимо заметить, что в приводимых исследованиях не оценивается наличие других возможных факторов развития указанных НЯ (наследственность, этническое происхождение, курение, злоупотребление психоактивными веществами, ожирение, сахарный диабет, низкий социально-экономический статус, дополнительная медикаментозная терапия), ассоциированных с ними в исследованиях на иных популяциях больных.

**Нормотимики** оказывают негативное влияние на развитие детей, рожденных от матерей, которые

принимают эти препараты, в 2–8,6% наблюдений (табл. 3) [34].

Таблица 1. *Неонатальные НЯ антидепрессантов*  
Table 1. *Neonatal AEs of antidepressants*

Группа препаратов / препарат	Неонатальные НЯ
ТЦА (кломипрамин)	Небольшое увеличение риска сердечно-сосудистых дефектов
СИОЗС (пароксетин и др.)	Сердечно-сосудистые мальформации, персистирующая легочная гипертензия, респираторный дистресс, тремор, гипогликемия
СИОЗСН: венлафаксин, дулоксетин	Сравнительно безопасен Недостаточно данных
Другие (миртазапин, тразодон)	Недостаточно данных

*Примечание.* ТЦА — трициклические антидепрессанты; СИОЗСН — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.

Таблица 2. *Неонатальные НЯ антипсихотиков*  
Table 2. *Neonatal AEs of antipsychotics*

НЯ (частота выявления)	Препараты	
	традиционные (галоперидол, флуфеназин)	атипичные (арипипразол, кветиапин, клозапин, оланзапин, рисперидон)
Акушерские (34%)	Преждевременные роды	
Неонатальные (15,6–21,6%)	Недоношенность Задержка нейроразвития Аномалии ЦНС Респираторные Кардиологические (пороки сердца) Патология желудочно-кишечного тракта Низкая масса тела Сахарный диабет	

Таблица 3. *Неонатальные НЯ нормотимиков*  
Table 3. *Neonatal AEs of mood stabilizers*

Препараты	Неонатальные НЯ	Частота, %
Литий	Сердечно-сосудистые аномалии, аномалия Эпштейна, аритмия, гипогликемия, несахарный диабет, дисфункция щитовидной железы, зоб, вялость, заторможенность, аномалии развития печени и респираторные нарушения	4,1–8
Вальпроаты	Врожденные пороки (дефект межжелудочковой перегородки, ротолицевые дефекты, гипоспадия, аномальное строение костей верхних конечностей, гипоплазия фаланг пальцев, дефекты нервной трубки). Расстройства нервно-психического развития. Поведенческие расстройства	4,5–8,6
Карбамазепин	Врожденные пороки (spina bifida, единственный желудочек и дефект атриовентрикулярной перегородки, дефект межпредсердной перегородки, расщелины нёба, гипоспадия, полидактилия, краниосиностоз)	4–5
Ламотриджин	Изолированная расщелина нёба или хейлосхизис	2–5,6

**Лактация**

В период грудного вскармливания для оценки степени влияния препаратов на младенца применяется показатель «относительная младенческая доза» (ОМД, англ. Relative Infant Dose) – доза, получаемая ребенком через грудное молоко, относительно материнской дозы, выражаемая в процентах. Например, СИОЗС хорошо проникают через плацентарный барьер (до 70–86%) и попадают в молоко [40–42].

При ОМД <10% доза препарата считается «относительно безопасной» для ребенка (табл. 4) [40–42].

**Менопауза**

Эффективность ЗГТ (в том числе с «общеукрепляющими» препаратами, витаминами, БАДами, физиотерапией) при психических расстройствах пре- и менопаузального периодов не очевидна. В ряде исследований указывается, что эстрогензамещающая терапия умеренно эффективна для предупреждения и лечения депрессий менопаузы [43]. В других работах утверждается, что у женщин, получающих ЗГТ в перименопаузе, уровень депрессии выше, чем у не получающих [44], применение гормональных препаратов при психогенных депрессиях малоэффективно, а при эндогенных – может провоцировать обострение и утяжеление психопатологической симптоматики [2, 45–47].

В последние годы обсуждается возможность использования эстрогена [48] и мелатонина [49] для аугментации психофармакотерапии [2, 50, 51].

**Психофармакотерапия** проводится с использованием современных антидепрессантов, анксиолитиков, антипсихотиков с акцентом на хорошую переносимость, минимум НЯ, совместимость с гормональной терапией, удобство дозирования.

Среди антидепрессантов предпочтение отдается СИОЗС, СИОЗСН. В то же время на фоне длительного приема этих антидепрессантов возможны снижение минеральной плотности костей [52], сексуальная дисфункция (50% женщин) [53], увеличение массы тела, развитие метаболического синдрома [50, 54, 55].

Более безопасным при сходном уровне эффективности оказывается применение мелатонинергического

антидепрессанта агомелатина (Вальдоксан) [56]. Выраженное клиническое действие Вальдоксана в суточной дозе 25 или 50 мг на ночь, установленное по критерию эффективности (шкалы CGI-I и CGI-S), подтверждается в исследовании достоверной редукцией исходных баллов депрессии Шкалы Гамильтона и Госпитального опросника депрессии и тревоги. Начало действия Вальдоксана регистрируется уже на 1-й неделе лечения. Статистически значимое ( $p < 0,05$ ) снижение суммы баллов по Шкале депрессий Гамильтона отмечалось к концу 2-й недели лечения и становилось более выраженным на фоне дальнейшей терапии с непрерывным улучшением показателей вплоть до 42-го дня терапии (окончание исследования;  $p < 0,001$ ). Аналогичная динамика отмечается в снижении у пациенток уровня тревоги на 63,8% от исходного ( $p < 0,001$ ) [56].

Клинически действие Вальдоксана проявляется уменьшением выраженности гипотимии, редукцией истеродепрессивного содержательного комплекса. Больные отмечают улучшение настроения с одновременным уменьшением тревоги, вялости, подавленности, эмоциональной напряженности, раздражительности. В значительной степени дезактуализируются ипохондрические идеи. Пациентки констатируют, что раньше слишком пессимистично оценивали ситуацию, «неосознанно» преувеличивали опасность одиночества, утраты привлекательности и их социальных последствий [56].

Единичные НЯ на фоне приема Вальдоксана (головноекружение, головная боль, дневная сонливость, сухость во рту) регистрируются преимущественно в течение первых 2 нед терапии и носят транзиторный характер [56].

По результатам пострегистрационных исследований в качестве препаратов с противотревожным эффектом в перименопаузальном периоде рекомендуются небензодиазепиновые анксиолитики фабомагизол [57], 4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазабицикло-(3,3,0)-октандион-3,7 (мебикар, адаптол) [58, 59] и ноотропный препарат D,L-гопантевая кислота (пантогам-актив) [60].

**Психотерапия** ПРГЦЖ 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 [61].

**Психологическое сопровождение и психокоррекционная работа** позволяют уменьшить выраженность тревожно-депрессивной симптоматики и существенно повысить успешность лечебных процедур (например, экстракорпорального оплодотворения при бесплодии – с 29,8 до 42,1%) [62, 63].

Таким образом, выбор методов (ЗГТ, психофармакотерапия, психотерапия) и средств лечения ПРГЦЖ основывается на комплексной оценке потенциальной эффективности и индивидуальных факторов риска (наследственность, коморбидные расстройства, пол, возраст и др.) развития НЯ у женщины и ее потомства, а также спектра межлекарственных взаимодействий, характерных для каждого препарата.

Таблица 4. ОМД психотропных препаратов  
Table 4. Relative infant dose of psychotropic drugs

Препараты	ОМД <10% – «относительно безопасная» (%)	ОМД >10%
Анти-депрессанты – СИОЗС	Сертралин Пароксетин Флувоксамин	Циталопрам Эсциталопрам Флуоксетин
Анти-депрессанты – ТЦА	Амитриптилин (1,5%) Кломипрамин (2,8%) Имипрамин (0,15%)	
Нормотимики	Вальпроаты Карбамазепин	Ламотриджин (9,2–18,3%) Литий (12–30,1%)

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. 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 [Tyuvina NA, Voronina EO, Balabanova VV, Goncharova EM. The relationship and interaction of menstrual and generative function and depressive disorders in women. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2018;10(2):45-51. doi: 10.14412/2074-2711-2018-2-45-51 (In Russ.)].
2. Тювина НА, Балабанова ВВ, Воронина ЕО. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин. *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика*. 2015;7(2):75-9. doi: 10.14412/2074-2711-2015-2-75-79 [Tyuvina NA, Balabanova VV, Voronina EO. Gender features of depressive disorders in women. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;7(2):75-9. doi: 10.14412/2074-2711-2015-2-75-79 (In Russ.)].
3. Halbreich U, Kahn LS. Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes? *J Affect Disord*. 2007 Sep;102(1-3):245-58. doi: 10.1016/j.jad.2006.09.023. Epub 2006 Nov 7.
4. Khan AA, Gardner CO, Prescott CA, Kendler KS. Gender differences in the symptoms of major depression in opposite-sex dizygotic twin pairs. *Am J Psychiatry*. 2002 Aug;159(8):1427-9. doi: 10.1176/appi.ajp.159.8.1427
5. Lai CH. Major depressive disorder: gender differences in symptoms, life quality, and sexual function. *J Clin Psychopharmacol*. 2011 Feb;31(1):39-44. doi: 10.1097/JCP.0b013e318205a670
6. Levitan RD, Lesage A, Parikh SV, et al. Reversed neurovegetative symptoms of depression: a community study of Ontario. *Am J Psychiatry*. 1997 Jul;154(7):934-40. doi: 10.1176/ajp.154.7.934
7. Moskvina V, Farmer A, Jones IR, et al. Sex differences in symptom patterns of recurrent major depression in siblings. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):527-34. doi: 10.1002/da.20372
8. Seeman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry*. 1997 Dec;154(12):1641-7. doi: 10.1176/ajp.154.12.1641
9. Silverstein B. Gender difference in the prevalence of clinical depression: the role played by depression associated with somatic symptoms. *Am J Psychiatry*. 1999 Mar;156(3):480-2. doi: 10.1176/ajp.156.3.480
10. Silverstein B, Edwards T, Gamma A, et al. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Feb;48(2):257-63. doi: 10.1007/s00127-012-0540-7. Epub 2012 Jul 3.
11. Деметьева НО, Бочаров ВВ. Психологические аспекты исследования женского бесплодия «неясной этиологии». *Вестник СПбГУ. Сер. 12*. 2010 Дек;(1):131-9. [Dementieva NO, Bocharov VV. Psychological aspects of the study of female infertility of "unclear etiology". *Vestnik SPbGU. Ser. 12 = Bulletin of St. Petersburg State University. Ser. 12*. 2010 Dec;(1):131-9 (In Russ.)].
12. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. *Dialogues Clin Neurosci*. 2018 Mar;20(1):41-7. doi: 10.31887/DCNS.2018.20.1/klrooney
13. 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):4497-502. doi: 10.19082/4497. eCollection 2017 Jun.
14. Worsley R, Davis SR, Gavrilidis E, et al. Hormonal therapies for new onset and relapsed depression during perimenopause. *Maturitas*. 2012 Oct;73(2):127-33. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.06.011. Epub 2012 Jul 22.
15. Медведев ВЭ. Диморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность. *Неврология, нейропсихиатрия и психосоматика*. 2016;(8):149-55. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-49-55 [Medvedev VE. Dymorphic disorders: clinical and nosological heterogeneity. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2016;(8):149-55. doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-49-55 (In Russ.)].
16. Медведев ВЭ, Фролова ВИ, Мартынов СЕ, Виссарионов ВА. Диморфическое расстройство в структуре психических расстройств пациентов пластического хирурга и косметолога. *Психическое здоровье*. 2017;(2):48-55. [Medvedev VE, Frolova VI, Martynov SE, Vissarionov VA. Dymorphic disorder in the structure of mental disorders in patients of a plastic surgeon and cosmetologist. *Psikhicheskoye zdorov'ye*. 2017;(2):48-55 (In Russ.)].
17. Медведев ВЭ, Фролова ВИ, Авдошенко КЕ и др. Патохарактерологические и патопсихологические расстройства у пациентов пластического хирурга и косметолога. *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*. 2012;(3):60-4. [Medvedev VE, Frolova VI, Avdoshenko KE, et al. Pathocharacterological and pathopsychological disorders in patients of a plastic surgeon and cosmetologist. *Ekspperimental'naya i klinicheskaya dermatokosmetologiya*. 2012;(3):60-4 (In Russ.)].
18. Медведев ВЭ, Фролова ВИ, Гушанская ЕВ и др. 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. Depressions with eating disorders: clinical manifestations and therapy. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):49-56. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-49-56 (In Russ.)].
19. Медведев ВЭ, Фролова ВИ, Мартынов СЕ, Виссарионов ВА. Психические расстройства с необоснованным недовольством собственной внешностью у пациентов пластического хирурга и косметолога. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2016;(6):49-54. [Medvedev VE, Frolova VI, Martynov SE, Vissarionov VA. Mental disorders with unreasonable dissatisfaction with their own appearance in patients of a plastic surgeon and cosmetologist. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2016;(6):49-54 (In Russ.)].
20. Фофанова ЮС, Медведев ВЭ, Фролова ВИ. Психосоматические аспекты атипичных прозопалий. *Психическое здоровье*. 2015;(9):43-9. [Fofanova YuS, Medvedev VE, Frolova VI. Psychosomatic aspects of atypical prosopalgia. *Psikhicheskoye zdorov'ye*. 2015;(9):43-9 (In Russ.)].
21. Краепелин Е. Zur Entartungsfrage. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*. 1908;31(Neue Folge 19):745-51.
22. 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, Yan'shina TP. Involutionary hysteria within the dynamics of personality disorders. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2004;(11):47-54 (In Russ.)].
23. Гиляровский ВА. Психиатрия. Москва: Медгиз; 1954. [Gilyarovskiy VA. *Psikhiatriya* [Psychiatry]. Moscow: Medgiz; 1954 (In Russ.)].
24. Гейер ТА. К постановке вопроса об «инволюционной истерии». *Труды психиатрической клиники I Московского университета*. 1927;(2):45-51. [Geyer TA. To the formulation of the question of "involutionary hysteria". *Trudy psikhicheskoy kliniki I Moskovskogo universiteta*. 1927;(2):45-51 (In Russ.)].
25. Bumke O. *Lehrbuch des Geisteskrankheiten*. 1924. P. 438-56.

26. Horackova H, Karahoda R, Cervený L, et al. Effect of Selected Antidepressants on Placental Homeostasis of Serotonin: Maternal and Fetal Perspectives. *Pharmaceutics*. 2021 Aug 20;13(8):1306. doi: 10.3390/pharmaceutics13081306
27. Al-Fadel N, Alrwisal A. Antidepressant Use During Pregnancy and the Potential Risks of Motor Outcomes and Intellectual Disabilities in Offspring: A Systematic Review. *Drugs Real World Outcomes*. 2021 Jun;8(2):105-23. doi: 10.1007/s40801-021-00232-z. Epub 2021 Feb 12.
28. Cooper WO, Willy ME, Pont SJ, Ray WA. Increasing use of antidepressants in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2007 Jun;196(6):544.e1-5. doi: 10.1016/j.ajog.2007.01.033
29. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA, Friedman JM. National Birth Defects Prevention Study. Patterns of antidepressant medication use among pregnant women in a United States population. *J Clin Pharmacol*. 2011 Feb;51(2):264-70. doi: 10.1177/0091270010373928. Epub 2010 Jul 27.
30. Petersen I, Gilbert RE, Evans SJ, et al. Pregnancy as a major determinant for discontinuation of antidepressants: an analysis of data from The Health Improvement Network. *J Clin Psychiatry*. 2011 Jul;72(7):979-85. doi: 10.4088/JCP.10m06090blu. Epub 2011 Mar 8.
31. Roca A, Imaz ML, Torres A, et al. Unplanned pregnancy and discontinuation of SSRIs in pregnant women with previously treated affective disorder. *J Affect Disord*. 2013 Sep 25;150(3):807-13. doi: 10.1016/j.jad.2013.02.040. Epub 2013 Apr 6.
32. Манченко ДМ, Глазова НЮ, Левицкая НГ. Экспериментальные исследования последствий пренатального применения ингибиторов обратного захвата серотонина. В кн.: Костюк ГП, редактор. Материалы научно-практической конференции (29 октября 2018 г., Москва): Москва: КДУ — Университетская книга; 2019. С. 636-44. [Manchenko DM, Glazova NYu, Levitskaya NG. Experimental studies of the effects of prenatal use of serotonin reuptake inhibitors. In: Kostyuk GP, editor. *Materialy nauchno-prakticheskoy konferentsii (29 oktyabrya 2018 g., Moskva)* [Materials of the scientific and practical conference (October 29, 2018, Moscow)]. Moscow: KDU — University book; 2019. P. 636-44 (In Russ.)].
33. El Margroun H, Jaddoe VW, Hudziak JJ, et al. Maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors, fetal growth, and risk of adverse birth outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Jul;69(7):706-14. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2333
34. Марачев МП. Особенности психофармакотерапии в период беременности и лактации. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2018;(3-4):34-42. [Marachev MP. Features of psychopharmacotherapy during pregnancy and lactation. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2018;(3-4):34-42 (In Russ.)].
35. Barnes TRE. Schizophrenia Consensus Group of the British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2011 May;25(5):567-620. doi: 10.1177/0269881110391123. Epub 2011 Feb 3.
36. Boden R, Lundgren M, Brandt L, et al. Antipsychotics during pregnancy: relation to fetal and maternal metabolic effects. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Jul;69(7):715-21. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1870
37. HAPO Study Cooperative Research Group. Hyperglycaemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study: associations with maternal body mass index. *BJOG*. 2010 Apr;117(5):575-84. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02486.x. Epub 2010 Jan 20.
38. Wendland EM, Torloni MR, Falavigna M, et al. Gestational diabetes and pregnancy outcomes — a systematic review of the World Health Organization (WHO) and the International Association of Diabetes in Pregnancy Study Groups (IADPSG) diagnostic criteria. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012 Mar 31;12:23. doi: 10.1186/1471-2393-12-23
39. Sørensen MJ, Kjaersgaard MI, Pedersen HS, et al. Risk of Fetal Death after Treatment with Antipsychotic Medications during Pregnancy. *PLoS One*. 2015 Jul 10;10(7):e0132280. doi: 10.1371/journal.pone.0132280
40. Hale GE, Robertson DM, Burger HG. The perimenopausal woman: endocrinology and management. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2014 Jul;142:121-31. doi: 10.1016/j.jsbmb.2013.08.015
41. Tripathi BM, Majumder P. Lactating mother and psychotropic drugs. *Mens Sana Monogr*. 2010 Jan;8(1):83-95. doi: 10.4103/0973-1229.58821
42. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2003.
43. Дубницкая ЭБ. Непсихотические депрессии, связанные с репродуктивным старением женщин (лекция). *Психические расстройства в общей медицине*. 2010;(4):18-21. [Dubnitskaya EB. Non-psychotic depressions associated with the reproductive aging of women (lecture). *Psikhicheskiye rasstroystva v obshchey meditsine*. 2010;(4):18-21 (In Russ.)].
44. Palinkas LA, Barrett-Connor E. Estrogen use and depressive symptoms in postmenopausal women. *Obstet Gynecol*. 1992 Jul;80(1):30-6.
45. Юренева СВ, Ильина ЛМ, Якушевская ОВ. Менопаузальная гормональная терапия в постменопаузе: качество жизни сегодня и в долгосрочной перспективе. *Гинекология*. 2016;18(1):24-9. [Yureneva SV, Il'ina LM, Yakushevskaya OV. Postmenopausal menopause hormone therapy: quality of life today and in the long term. *Ginekologiya*. 2016;18(1):24-9 (In Russ.)].
46. Stearns V, Loprinzi CL. New therapeutic approaches for hot flashes in women. *J Support Oncol*. May-Jun 2003;1(1):11-21; discussion 14-5, 19-21.
47. Freeman EW. Luteal phase administration of agents for the treatment of premenstrual dysphoric disorder. *CNS Drugs*. 2004;18(7):453-68. doi: 10.2165/00023210-200418070-00004
48. Morgan ML, Cook IA, Rapkin AJ, Leuchter AF. Estrogen augmentation of antidepressants in perimenopausal depression: a pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):774-80. doi: 10.4088/jcp.v66n0617
49. Анисимов ВН, Виноградова ИА. Старение женской репродуктивной системы и мелатонин. Санкт-Петербург: Система; 2008. 44 с. [Anisimov VN, Vinogradova IA. *Stareniye zhenskoy reproduktivnoy sistemy i melatonin* [Aging of the female reproductive system and melatonin]. St. Petersburg: Sistema; 2008. 44 p. (In Russ.)].
50. Joffe H. Reproductive biology and psychotropic treatments in premenopausal women with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 9:10-5.
51. Soares CN, Poitras JR, Prouty J. Effect of reproductive hormones and selective estrogen receptor modulators on mood during menopause. *Drugs Aging*. 2003;20(2):85-100. doi: 10.2165/00002512-200320020-00001
52. Richards JB, Papaioannou A, Adachi JD, et al. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on the risk of fracture. *Arch Intern Med*. 2007 Jan 22;167(2):188-94. doi: 10.1001/archinte.167.2.188
53. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl 3):10-21.
54. Мазо ГЭ, Ганзенко МА. Депрессии у женщин в период менопаузального перехода. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2016;18(6):30-6. [Mazo GE, Ganzenko MA. Depression in women during the menopausal transition. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2016;18(6):30-6 (In Russ.)].
55. Azarbad L, Gonder-Frederick L. Obesity in women. *Psychiatr Clin North Am*. 2010 Jun;33(2):423-40. doi: 10.1016/j.psc.2010.01.003

56. Медведев ВЭ. Терапия непсихотических депрессий в рамках инволюционной истерии (опыт применения Вальдоксана). *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2011;42(4):14-8.  
[Medvedev V. Treatment of non-psychotic depressions in the framework of involuntional hysteria (experience of Valdoxan use). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya = Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2011;42(4):14-8 (In Russ.)].
57. Соловьева ИК. Афобазол в терапевтической практике. *ПМЖ*. 2006;29:2075.  
[Solov'yeva IK. Afobazole in therapeutic practice. *RMZh*. 2006;29:2075 (In Russ.)].
58. Мкртчян ВР. Терапевтические возможности адаптола в лечении вегетативных нарушений у женщин. Киев; 2012.  
[Mkrtychyan VR. *Terapevticheskiye vozmozhnosti adaptola v lechenii vegetativnykh narusheniy u zhenshchin* [Therapeutic possibilities of adaptol in the treatment of autonomic disorders in women.]. Kyiv; 2012 (In Russ.)].
59. Семенкова ГГ, Матвиенко ЕЕ. Коррекция психовегетативных нарушений у женщин с артериальной гипертензией в постменопаузе. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2009;5(2):70-4. doi: 10.20996/1819-6446-2009-5-2-70-74  
[Semenkova GG, Matvienko EE. Correction of psycho-autonomic disorders in women with arterial hypertension during postmenopausal period. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii = Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2009;5(2):70-4. doi: 10.20996/1819-6446-2009-5-2-70-74 (In Russ.)].
60. Шишкова ВН, Зотова ЛИ. Применение D-, L-гопантеновой кислоты в терапии когнитивных и тревожных расстройств у женщин с хронической ишемией головного мозга и климактерическим синдромом. *ПМЖ*. 2015;24:1470-5.  
[Shishkova VN, Zotova LI. The use of D-, L-hopantenic acid in the treatment of cognitive and anxiety disorders in women with chronic cerebral ischemia and menopausal syndrome. *RMZh*. 2015;24:1470-5 (In Russ.)].
61. Медведев ВЭ. Психопатологические аспекты инволюционной истерии. *Consilium Medicum*. 2012;14(6):26-9.  
[Medvedev VE. Psychopathological aspects of involuntional hysteria. *Consilium Medicum*. 2012;14(6):26-9 (In Russ.)].
62. Berle JO, Spigset O. Antidepressant Use During Breastfeeding. *Curr Womens Health Rev*. 2011 Feb;7(1):28-34. doi: 10.2174/157340411794474784
63. Van Batenburg-Eddes T, Brion MJ, 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 . Epub 2012 Dec 7.

Поступила/отрецензирована/принята к печати  
Received/Reviewed/Accepted  
11.02.2022/23.03.2022/26.03.2022

#### Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «Сервье». Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Автор несет полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Автор принимал участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена автором.

This article has been supported by Servier. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The author is solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. The author has participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by the author.

Медведев В.Э. <https://orcid.org/0000-0001-8653-596X>