

УДК 616.89+616.1/4

*М. І. Винник***ПСИХОСОМАТИЧНІ ПОРУШЕННЯ В СТРУКТУРІ ІНВОЛЮЦІЙНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії, Україна

Ключові слова: психосоматичні порушення, клімактеричний синдром, посткастраційний синдром, інволюційні психози.

Літературні дані свідчать про ріст питомої ваги психосоматичних розладів (ПСР) в структурі психіатричної захворюваності. Частота їх в населенні коливається від 15% до 50% [13]. Серед пацієнтів амбулаторної сітки вони складають 30-57% [13].

До психосоматичних в сучасній медицині відносять не тільки психосоматичні захворювання в традиційному розумінні цього терміну (гіпертонічна, ішемічна, виразкова та інші хвороби), а значно ширше коло патологічних станів, зокрема соматоформні стани (соматизовані розлади), патологічні психогенні реакції на соматичне захворювання, соматопатії (соматопсихічні акцентуації), реакції екзогенного типу, які маніфестують на соматичній основі і відносяться до категорії симптоматичних психозів [13]. Окремі автори в рамках психосоматичних інтерпретують і психопатологічні стани, в основі яких лежать циклічні зміни функціонального стану репродуктивної функції жінки: передменструальний синдром, депресії вагітних, інволюційна депресія, істерія та ін. [6, 15].

Продовжується дискусія відносно основних механізмів формування психосоматичних порушень. Існує точка зору, що соматизація є проявом депресії [14]. Виражається думка про коморбідність депресій, тривоги та соматоформних розладів, що відображає спільність патогенетичних механізмів останніх [7, 11, 14]. М. В. Коркіна [9] розглядає соматизацію як форму психологічного захисту, при допомозі якої падає рівень емоційного напруження, а увага хворих переключається на «соматичне Я».

В останні десятиріччя окремі представники психосоматичної медицини заявляють про розрив з ортодоксальною психоаналітичною психосоматикою, мотивуючи безплідністю концепцій психогенезу [1]. Сьогодні прийнято вважати, що психо- і соматоцентричні моделі психосоматич-

ної патології не витримують критики, так як насправді мова іде про взаємодію психологічних і біологічних механізмів в генезі останніх [1, 12, 14]. Більшість дослідників виражаються за об'єднання зусиль психологічних і фізіологічних підходів у вивченні психосоматичної патології [1, 2, 9, 11].

Не дивлячись на багатоманітність психосоматичних порушень (що знайшло відображення в МКХ-10) [10], останні характеризуються тим, що психічні і соматичні розлади перекриваються, що відображає спільність патогенетичних механізмів вказаних розладів. Цікавою моделлю в цьому контексті можуть бути психосоматичні розлади в структурі інволюційної психічної патології у жінок. Саме вони можуть бути тією моделлю, при вивченні якої відкривається можливість пізнання психосоматичної єдності, саме на основі вивчення такої патології можна привідкрити завісу психофізіологічної проблеми [1]. Якщо врахувати, що гіпоталамічні структури, які беруть безпосередню участь у регуляції репродуктивною системою є одночасно важливою складовою лімбіко-ретикулярного комплексу і вищими вегетативними центрами, тобто саме на дієнцефальному рівні відбувається інтеграція психічних і соматичних функцій, стає зрозумілою значна поширеність психосоматичних розладів в цих випадках. Керуючись сучасними уявленнями про роль пептидних гормонів в організмі людини (останні, як відомо, наряду з іншими функціями відіграють важливу роль в регуляції репродуктивної системи жінки), необхідно відмітити, що дані сполуки представляють собою матеріальний субстрат, який має пряме відношення до єдності психічного і соматичного в організмі [3]. Така унікальна властивість молекул гормонів здійснювати одночасно сомато- і психотропний ефекти отримала назву «бінарність дії гормонів» [2].

Матеріал і методи обстеження

Проведено клініко-психопатологічне обстеження 192 хворих. Із них: 75 (39,0±3,52%) з межовими психічними розладами в структурі природнього і 28 (14,6±2,55%) – в структурі штучного (після хірургічного видалення обох яєчників) клімаксу. Другу групу склали 89 (46,4±3,60%) хворих з інволюційними психозами. Сюди ввійшли 54 (28,1±3,24%) хворі з психічними порушеннями, які в МКХ-10 шифруються як органічні (афективні) розлади настрою (F06.3) з приміненням діагностичних критеріїв F32.3 («важкий депресивний епізод з психотичними симптомами»).

Необхідно відзначити, що діагностична рубрика F06 включає в себе стани, причинно зв'язані із дисфункцією головного мозку, в тому числі – при ендокринних захворюваннях. Спільним для них є те, що клінічні прояви в їх структурі не вважаються «органічними» в специфічному для розділу F00 розумінні (як деменція чи делірій). Сучасні уявлення про зміни в центральній нервовій системі в інволюційному віці у жінок дозволяють виразити думку, що найбільш адекватною в даному випадку є категорія «дисфункція», яка характеризує багатогранні і гетерохронні процеси старіння головного мозку. Важливою умовою віднесення психопатологічних розладів в діагностичну рубрику F06 є зв'язок в часі між розвитком основного захворювання і виникненням вказаних психічних розладів.

В групу психотичних розладів ввійшли також 35 (18,2±2,79%) хворих з діагнозом «інволюційний параноїд» (F22.8).

В усіх випадках психічні розлади вперше з'явилися у обстежених жінок в клімактеричному періоді, що і було головним критерієм їх відбору.

В 72 (96,0±2,26%) випадках початок психопатологічних розладів в структурі КС прийшовся на пре-, пері- та ранню постменопаузу (до 2 років після останньої менструальної кровотечі). У жінок з ПКС психопатологічні порушення формувались в межах кількох тижнів чи місяців після перенесеного оперативного втручання. В групі з психотичними розладами останні формувались в постменопаузі до 2 років тільки у 9 (10,1±3,20%) хворих. У значної частини хворих (37,1±5,12%) дебют психотичної симптоматики припав на по-

стменопаузу більше 5 років, з них в 10 (11,2±2,26%) випадках – на постменопаузу більше 10 років.

На час обстеження 166 хворих (86,5±2,47%) знаходились в постменопаузі. 26 (34,6±5,50%) хворих з межовими нервово-психічними розладами в структурі КС перебували в пременопаузі.

Середній вік пацієнок на момент обстеження склав 52,3±6,8 року, в тому числі: в групі з клімактеричним синдромом (КС) - 54,9±2,3 роки; посткастраційним синдромом (ПКС) - 41,2±4,3 роки і психотичними розладами - 57,6±5,6 року.

Як видно із представлених даних, найнижчим виявився вік у жінок з ПКС, що обумовлено раннім початком штучного клімаксу в зв'язку із оперативним втручанням у відносно молодому віці, а найвищим - в групі інволюційних психозів.

У основної частини хворих (80,7±2,85%) менопауза настала у віці 45-55 років (в середньому - 47,8±4,1 року, що нижче, згідно даних літератури, середньостатистичних). Передчасний клімактерій (у віці до 40 років) спостерігався у 18 (9,3±2,10%) хворих, а ранній (до 45 років) - у 19 (9,9±2,79%) хворих. Серед них 64,9±7,84% (24) склали пацієнтки з ПКС і 35,1±7,85% (13) - хворі з КС.

Середній вік настання менархе серед обстежених хворих склав 13,9±1,7 року. В усіх клінічних групах відносно високими виявились показники пізнього початку менархе – після 15 років: у хворих з природнім клімаксом – 22,7±4,83%; штучним клімаксом – 28,6±8,54% і при психозах – 16,9±3,97%. Суттєво, що у групі хворих з КС найвищим виявився показник жінок, які ніколи не вагітніли (7,8%), або вагітність наступила у них через відносно тривалий проміжок часу (2-3 роки і більше) після початку регулярного статевого життя (10,9%). В інших групах ці показники склали: 14,3% і 17,9% при ПКС; 3,4% і 2,2% при інволюційних психозах. Приведені дані можуть мати суттєве значення в контексті підтвердження думки про наявність у значної частини обстежених хворих вродженої чи набутої дефіцитарності дієнцэфальних структур головного мозку, які мають відношення до регуляції репродуктивної системи, а також - забезпечення вегетативних функцій.

Результати обстеження та їх обговорення

Значну питому вагу в структурі КС уже на початкових етапах його динаміки займали соматоформні (F45) розлади. У 30% хворих вони були передвісниками патологічного клімактерію.

Найбільш частим проявом соматоформної вегетативної дисфункції (F45.3) були «приливи» і нічна пітливість, які виявлялись у 71 (94,6±2,59%) хворої. За ступенем вираженості (згідно класи-

фікації Є. В. Віхляєвої, 1980) «приливи» розподілились таким чином: легкі (до 10 на добу) - у 20 хворих (28,2±5,33%); середньої важкості (10-20 на добу) - у 27 (38,0±5,76%) і важкі (більше 20 на добу) - у 24 (33,8±5,61%) хворих. З перших тижнів і місяців захворювання частота «приливів» поступово зростала, а стабілізація на максимальних цифрах відбувалась в рамках 3-9 місяців.

Суб'єктивно відчуття «приливу» нагадувало змішані вегето-судинні пароксизми у хворих з дієнцефальною патологією. Важливо, що до виникнення «приливу» у більшості жінок виникало відчуття внутрішнього дискомфорту, напруження, а в 5 випадках - неприємні відчуття в епігастральній області, тошнота, загальна слабкість.

Нерідко відчуття жару первинно виникали в епігастральній області і у вигляді хвилі піднімались до голови і верхньої частини тулуба. При цьому ступінь їх вираженості був різним: від легкого дискомфорту (невелика «хвиля жару», яка розповсюджувалась тільки на верхню частину тіла, частотою до 10 на добу (25,4±5,16% хворих) до вираженого відчуття «внутрішнього вогню», який охоплював все тіло, частотою більше 20 на добу (31,0±5,49% хворих). Характер і вираженість пітливості під час «приливу» теж була різною: від легкої до значної з виділенням великої кількості рідкого або густого липкого поту.

2/3 обстежених хворих виявляли різноманітні провокуючі «приливи» фактори: фізична чи розумова перевтома, психотравмуючі впливи, перебування в душному приміщенні чи їх комбінацію.

Вивчення добового ритму «приливів» показало, що у 57,7±5,86% випадків вони були більш вираженими і частішими в нічний час, особливо характерною була дана закономірність у хворих з КС середнього і важкого ступенів.

У 13 хворих (18,3±4,59%) «приливи» протікали з вираженим симпатико-адреналовим радикалом – «ознобopodobним тремтінням», підвищенням артеріального кров'яного тиску, серцебиттям, відчуттям внутрішнього напруження, тривоги і страху, виділенням холодного і липкого поту. В цих випадках вони нагадували панічні атаки (F41.0) В 6 випадках (8,5±3,30%) переважали ваго-інсулярні прояви: падіння кров'яного тиску, брадикардія, рожева тепла шкіра. Але в подавляючій більшості випадків вони носили змішаний характер. Так, початок «приливу» в абсолютній більшості випадків свідчив про домінування симпатико-адреналових механізмів. Однак, в процесі його розвертання симптоматика могла видозмінюватись, що свідчило про домінування вагоінсулярного відділу вегетативної нервової

системи.

Складні, багатогранні і достатньо індивідуальні переживання хворих під час «приливів» (підвищена дратівливість, відчуття напруження, туги, страху, серцебиття, «пульсації» в голові, задишки, «завмирання» серця, оніміння шкіри рук і ніг чи поколювання по всій поверхні шкіри і ін.) зустрічались в різних комбінаціях, що свідчить про складну індивідуальну динаміку співвідношень симпатичного і парасимпатичного відділів ВНС у різних хворих під час «приливу», а також про участь особистісно-реактивних механізмів у їх виникненні, структуруванні та динаміці.

«Приливи», особливо у випадках їх значної частоти і вираженості, важко переносились хворими (нерідко важче, ніж власне психопатологічна симптоматика) і відігравали суттєву роль в структуруванні і динаміці клімактеричного синдрому. Вони перетворювались в самостійний психотравмуючий фактор, доповнюючи нозогенні реакції особистості на факт патологічного клімактерію. Таким чином формуються психосоматичні цикли [9], в яких психогенні і соматогенні фактори виступають в тісній єдності. Останні значно виснажують як біологічні, так і психологічні гомеостатичні механізми, сприяючи хронізації патологічного процесу.

Нерідко (21,3±2,46%) спостерігались соматизовані розлади (F45.0), найчастіше у вигляді поколювання, оніміння, затерпання чи больових відчуттів в різних ділянках тіла з тенденцією до міграції та частих змін в інтенсивності. Характерними були також вічуття зуду в різних частинах тіла, особливо часто - в області геніталій.

У 34 хворих (45,3±5,75%) з часом все помітнішою ставала надмірна фіксованість на своїх переживаннях, переоцінка важкості порушень, що мали місце. Іпохондричні розлади (F45.2) ставали особливо стійкими і, в значній мірі, визначали нові форми реагування та поведінки хворих. Вони багаторазово відвідували лікарів різних спеціальностей, пред'являли велику кількість скарг соматичного характеру. Від'ємні результати додаткових обстежень були недостатньо переконливими для хворих і обстеження повторювались.

Паралельно із формуванням іпохондричної фіксації у 14 хворих (18,6±4,49%) виявлялась схильність до демонстративної поведінки, недостатня критичність. Вони ставали вередливишими і вимагали постійної уваги. Істерична симптоматика особливо чітко звучала у хворих, для яких клімакс і пов'язані з ним зміни (поява зморшок, сивого волосся, маскулінізація і ін.) були

особливо значимими.

Значну питому вагу в структурі психосоматичних розладів займала диссомнія. У 57 хворих (76,0±4,93%) паралельно із астено-тривожними проявами на фоні в різному ступені вираженої сонливості в день виявлялись пре-, інтра-, і постсомнічні розлади. Не дивлячись на те, що продовжує дискутуватись питання щодо ролі нічних «приливів» в механізмах порушень сну у хворих КС, навіть у випадках незначної вираженості останніх вночі чи їх повної відсутності, порушення сну мають місце. Сучасні уявлення про складну структурно-функціональну організацію системи, що регулює цикл сон-бадьорість, а також дані про ведучі механізми формування КС, приливів в його структурі – в тому числі, дозволяють висловити думку про первинний характер диссомнічних розладів у хворих КС, так як синхронізуючі - десинхронізуючі системи головного мозку одночасно беруть участь у механізмах регуляції сну, а являючись складовою лімбіко-ретикулярного комплексу, мають відношення і до формування проявів патологічного клімактерію. Безперечно, «приливи» виступають в ролі обтяжуючого фактора, при чому дана роль обумовлена як біологічними (активація симпато-адреналової системи), так і психологічними (реактивно-особистісними) механізмами.

Важливе місце серед поліморфних клімактеричних розладів займають порушення з боку серцево-судинної системи [8]. Серед обстежених хворих особливо часто зустрічались кардіалгії – 55 хворих (73,3±5,10%). Як правило, вони характеризувались ниючим, колючим або давлячим характером, різним ступенем інтенсивності, локалізувались в області верхівки серця і іррадіювали в ліву лопатку. Їх тривалість була різною: від кількох хвилин до багатьох годин а, в окремих випадках, навіть постійно. Кардіалгії не виявляли жодного зв'язку з фізичним навантаженням і не знімались нітрогліцерином, зате в певній мірі залежали від емоційного стану пацієнтів.

В 51 (68,0±1,45%) випадку виявлялась лабільність пульсу і артеріального тиску. При цьому частіше спостерігалась помірна гіпертензія, а в ряді випадків вона носила транзиторний характер, що свідчило про регуляторні порушення. В той же час стабільна гіпертензія спостерігалась значно рідше - у 13 хворих (17,3±4,37%).

Серед розладів серцевого ритму у хворих КС найчастіше зустрічалась синусова тахікардія – 18 випадків (24,0±8,72%), рідше зустрічались синусова брадікардія – 3 (4,0±2,26%), екстрасисто-

лія - 4(5,3±1,69%) і параксизмальна тахікардія – 2 випадки (2,7±1,86%).

Ортостатичні розлади зустрічались у 27 хворих (36,0±5,54%) і проявлялись періодичним головокружінням, особливо при зміні положення тіла.

Нерідко (37,3±5,58%) хворі пред'являли скарги на головні болі. Відомо, що флюктуація рівня гормонів може викликати або посилювати головну біль, в основі якої лежить вегетосудинна дистонія. Значення нейроендокринних зрушень в генезі головного болю особливо чітко простежується на різних етапах репродуктивного періоду у жінок. Так, мігрень частіше починається в період статевого дозрівання, її прояви мініюються під час вагітності і окремих фаз менструального циклу. Яскравим прикладом головного болю, обумовленого порушеннями нейроендокринних регуляторних механізмів є передменструальний синдром. Вазомоторний головний біль супроводжує аменорею психогенного генезу, коли пригнічується нейросекреція гіпоталамуса, подавляється гіпофізарно-яєчниковна функція і знижується рівень гонадотропінів і естрогенів.

Аналіз особливостей інтимного життя виявив широкий спектр порушень сексуальної функції (F52) і пов'язані з цим важкі емоційні переживання у хворих, які відображались на загальному стані останніх. Найчастіше спостерігались диспареунія (54,7±5,74%), анооргазмія (34,7±5,49%), зниження (29,3±5,26%) чи підвищення лібідо (22,7±4,83%) і ін.

В клінічній картині домінуючою була астенична симптоматика (емоційно лабільні розлади, F06.6), яка проявлялась практично у всіх хворих фізичною і психічною втомлюваністю, емоційною неврівноваженістю, зниженою переносимістю зовнішніх подразників. В 72 (96,0±2,26%) випадках на фоні астеничних проявів виявлялись відчуття внутрішнього дискомфорту, тривожності, а у 46 (61,3±5,62%) хворих виявлялись депресивні розлади.

Така синергічність формування психопатологічних та психосоматичних розладів може бути пояснена тільки єдністю патогенетичних механізмів останніх, а саме - функціонуванням в патологічному режимі структур нейроендокринної системи, які відповідають за регуляцію репродуктивних і вегетативних функцій і, в той же час, є структурами, де має місце інтеграція психіки і соматика. Можна допустити, що вказані механізми носять універсальний характер.

Характерною особливістю психосоматичних розладів в структурі ПКС в порівнянні із аналог-

ічними картинами при КС були, як правило, більш виражені соматоформні розлади, які формувались гостро і, в значній мірі, відображались на характері психопатологічної симптоматики.

Порівняння психічних та соматоформних розладів в структурі ПКС та КС виявило статистично достовірне переважання серед хворих ПКС важких афективних (39,3±9,23% при ПКС і 10,9±4,59% при КС; $t = 2,76$; $P < 0,01$) та тривожних (30,8±9,05 при ПКС і 5,6±2,7 при КС; $t = 2,67$; $P < 0,01$), а також - частоти окремих вегетативних порушень, зокрема: сну (100,0% при ПКС і 76,0±4,93% при КС; $t = 4,93$; $P < 0,001$), лабільності артеріального кров'яного тиску (100,0% при ПКС і 68,0±5,39 при КС; $t = 5,94$; $P < 0,001$), головних болів (85,7±6,61% при ПКС і 37,3±5,59% при КС; $t = 5,59$; $p < 0,001$). Така закономірність може свідчити про важчий перебіг психічних і соматоформних розладів в структурі ПКС порівняно із аналогічними порушеннями в структурі КС в зв'язку із гострим виникненням естрогенної недостатності.

Модель формування психосоматичних розладів в структурі ПКС має особливе теоретичне і практичне значення, так як мова іде про патологічний стан, який розвивається гостро у жінок відносно молодого віку на фоні гострого дефіциту естрогенів в організмі. Точка зору про ведучу роль естрогенної недостатності у формуванні

психосоматичної патології в подібних випадках підтверджується даними про позитивну роль замісної гормональної терапії як при КС, так і, особливо - ПКС [4, 16, 17, 18].

Психосоматичні розлади зустрічались практично у всіх хворих інволюційними психозами. У тієї частини жінок, у яких прояви психозу формувались в ранній постменопаузі (1-3 роки), вираженими і частими були «приливи» і нічна пітливість. Важливе місце серед соматоформних розладів займали порушення з боку серцево-судинної системи. Частішими в даній групі порівняно із хворими з межовими розладами в структурі КС та ПКС були порушення серцевого ритму. Практично у всіх хворих виявлялись диссомнічні розлади у вигляді затрудненого засипання, поверхневого і тривожного з частими сновидіннями сну, відчуття розбитості після просипання. Типові для ендогенних депресій зниження апетиту і схуднення спостерігались тільки у частини із них (відповідно 55,6±6,76% і 37,0±6,57%). Закрепи виявлялись у 25 (46,3±6,79%) хворих. Ці прояви, а також алгічні феномени, обумовлені остеопоротичними змінами в пізній постменопаузі, сенестопатії та парестезії сприяли формуванню відчуття фізичної (а не психічної, як при ендогенних психозах) змінності, що, в кінцевому результаті, в значній мірі визначало утворення маячної симптоматики по типу катестезичного маячіння.

Висновки

1. Клініко-психопатологічне вивчення жінок з межевою нервово-психічною патологією в структурі клімактеричного та посткастраційного синдромів, а також - інволюційними психозами виявило в цих випадках широку палітру психосоматичних розладів.

2. Синхронний розвиток психопатологічних та психосоматичних розладів у хворих з інволюційною психічною патологією вказує на

спільність патогенетичних механізмів вказаних розладів.

3. Гострий розвиток психосоматичних розладів у жінок з посткастраційним синдромом свідчить про роль гормональної дисфункції в даній категорії хворих.

4. Психосоматичні розлади відіграють важливу роль в структуруванні та динаміці інволюційної психічної патології у жінок.

М. И. Винник

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН.

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии, Украина

На основании обследования 75 женщин с проявлениями климактерического синдрома, 28 - с проявлениями посткастрационного синдрома и 89 - с инволюционными психозами показано значительную распространенность и важную роль в структурировании последних психосоматических нарушений. Выражена мысль, что формирование психосоматических нарушений в структуре инволюционных психических расстройств у женщин - результат функционирования в патологическом режиме ответственных за регуляцию репродуктивной системы нейроэндокринных структур, которые принимают активное участие в интеграции психической и соматической сфер. Очевидно, данные механизмы носят универсальный характер и лежат в основе формирования психосоматической патологии вообще. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 1999. — № 2 (6). — С. 55-60).

PSYCHOSOMATIC DISTURBATIONS IN THE STRUCTURE OF INVOLUTIONAL MENTAL DISORDERS AMONG WOMEN

Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry, Ukraine

On the base of examination among 75 women with manifestations of the climacteric syndrom, (28 - with postcastrations syndrome) manifestations and 89 - with involution psychoses it was shown a great prevalence and important role of the psychosomatic disturbances in the structuration of the latter. The opinion is expressed that formation of psychosomatic disturbances in the structure of involutional mental disorders among women is the result of functioning in pathological conditions neuroendocrine structures responsible for the regulation of the reproductive system and taking an active part in integration of mental and somatic spheres of a person. It is evident that these mechanisms are of universal nature and are the basis of formation of psychosomatic pathology in general. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 2 (6). — P. 55-60).

Література

1. Ануфриев А. К. Психосоматика на перекрестке с психопатологией // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. - М.: 1990. - С.17-20.
2. Белкин А. И. Психосоматические эффекты гормонов и ситуация // Клиническая психоэндокринология. - М.: 1985. - С.5-15.
3. Белкин А. И., Ракитов А. И. Гормоны в информационной структуре человека: концепция и гипотезы // Вопросы теоретической и клинической психоэндокринологии. - М.: 1989. - С.5-21.
4. Винник М. І. Замісна гормональна терапія депресій в пре- та постменопаузі у жінок. - Галицький лікарський вісник - 1999. - №2. - С.25-28.
5. Гиндыкин В. Я. Соматоформные, соматогенные и психосоматические расстройства // Лексикон малой психиатрии. - М.: 1997. - С.274-328.
6. Гладкова К. И., Остроумова Л. И. Особенности психосоматических эквивалентов аффективных расстройств при инволюционной депрессии // Вопросы теоретической и клинической психоэндокринологии. - М.: 1989. - С.88-90.
7. Зеленина Е. В. К психопатологии депрессивного соматовегетативного симптомокомплекса // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1997. - №4. - С.25-29.
8. Ильина В.Н., Григорьева Е. А. Психосоматические соотношения при кардиалгиях пубертатного и климактерического периодов // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. - М.: 1990. - С.92-94.
9. Коркина М. В., Марилов В. В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1998. - №11. - С.30-32.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. - Санкт-Петербург: «АДИС». - 1994. - 300 с.
11. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Фильц А. О. и соавт. Соматоформные расстройства (Современные методологические подходы к построению модели). - М. - 1992. - С.8-17.
12. Смулевич А. Б., Тхостов А. Ш., Сыркин А. Л. и соавт. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1997. - №2. - С.4-9.
13. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Козырев В. Н. и соавт. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) // Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. - 1999. - №4. - С.4-17.
14. Холмогорова А. Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель депрессивных, тревожных и соматоформных расстройств как основа их интегративной психотерапии // Соц. и клиническая психиатрия. - 1998. - №1. - С.94-101.
15. Hammar M., Berg G., Lindren R. Which somatic symptoms are caused by steroid-hormone decreases around and after menopause and how common are they? // The climacteric and its treatment. - New York-London, 1997. - P. 67-74.
16. Landau C., Milan F.B. Assessment and Treatment of Depression During the Menopause: A Preliminary Report // Menopause. - 1996. - Vol. 3. - № 4. - P. 201-207.
17. Panay N., Studol J.W.W. HRT and depression // Journal Gynecological-Endocrinology. - 1996. - Vol. 10, Suppl. 4. - P. 24-25.
18. Studd John W.W., Smith Roger N.J. Estrogens and Depression in Women // Menopause: The J. of the North American Menopause Society. - 1994. - Vol. 1. - № 1. - P. 33-37.

Поступила в редакцию 4.09.99г.