УДК:618.173-02:616.89-008-85

В.Г. КОЛОТУША, к. мед. н., доцент
/Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ/

Психопатологічні прояви у жінок в перименопаузальний період та можливості їх корекції негормональними методами

Резюме

У статті наведено особливості клінічної картини психопатологічних проявів у жінок в перименопаузальний період та можливості їх корекції негормональними методами.

Ключові слова: психопатологічні прояви, перименопаузальний період, негормональна корекція

У сучасному світі все більшої актуальності набувають медико-соціальні проблеми, пов'язані з таким складним періодом у житті жінки, як перименопауза [20]. На сьогоднішній день переважна більшість жінок у світі переступає межу менопаузи. Враховуючи те, що менопаузальний вік, як правило, є віком найбільшої соціальної активності жінки, яка накопичила певний життєвий та творчий досвід, який вона з користю може віддати суспільству, особливого медико-соціального значення набувають аспекти, що визначають якість життя жінки в цей період.

Високий темп життя, економічне неблагополуччя та прогресуюче погіршення психологічного здоров'я суспільства зумовлюють зростання частоти менопаузального синдрому (МС) у жінок в період перименопаузи як у нашій країні, так і в світі в цілому.

Менопаузальний або клімактеричний синдром – симптомокомплекс, що ускладнює фізіологічний перебіг клімактеричного періоду, який прийнято поділяти на пременопаузу, менопаузу та післяменопаузу. Пременопауза – період від початку зниження функції яєчників до менопаузи. Дату менопаузи встановлюють ретроспективно – після 12 місяців відсутності місячних. Післяменопауза починається з менопаузи та закінчується в 65–69 років. Перименопаузою називають період від виникнення перших клімактеричних симптомів (зміни менструального циклу, симптоми естроген-дефіцитного стану) до двох років після останньої самостійної менструації [12, 19]. Саме в цей період спостерігаються найбільш виражені прояви МС, зокрема психопатологічні.

Традиційно виникнення психопатологічних проявів (ППП) в перименопаузальний період пов'язують зі зміною гормонального фону жінки, а саме – з коливанням, а згодом і стійким зниженням рівня естрогенів, зокрема естрадіолу (Е2). Результати досліджень на тваринах показують, що яєчникові стероїди впивають на численні нейрорегуляторні системи, що залучені в патофізіологію афективних розладів [28]. Яєчникові стероїди модулюють функції центральної нервової системи (ЦНС) та поведінку, що відносяться до емоційної адаптації. Естрогени пов'язані з обміном біологічно активних речовин в головному мозку, що відповідають за настрій (наприклад, серотонін). Крім здатності збільшувати рівень серотоніну, естрогени здійснюють також позитивний вплив на холінергічну систему [19]. З'ясовано, що в ЦНС існують нейрони, що мають специфічні рецептори до статевих стероїдів. Рецептори до естрогенів розташовані, в основному, в гіпоталамусі, мигдалеподібному тілі, гіпофізі [19], рецептори до прогестерону локалізуються в корі головного мозку, гіпоталамусі та гіпокампі [8]. Збалансоване функціонування структур гіпоталамуса та лімбічної системи значнчою мірою забезпечує стан здоров'я на рівні як психічних (сфера емоцій та процеси мислення), так і вегетативних (терморегуляція, апетит, артеріальний тиск тощо) процесів [19].

Клінічна картина психопатологічних проявів

Серед ранніх проявів МС виділяють нейровегетативні (у 63,6% жінок), психоемоційні (у 78,4%) та метаболічні (у 46,6%) порушення. Психоемоційні порушення зумовлені збільшенням кількості катехоламінів, що конкурують за місце зв'язування в гіпоталамусі з катехолестрогенами. При естрогенодефіциті, зниженні утворення ендорфінів у мозку порушується метаболізм серотоніну та норадреналіну, що сприяє розвитку тривожно-депресивних та іпохондричних станів [10]. В перименопаузальний період виділяють такі варіанти ППП: астенічний, сенесто-іпохондричний, тривожно-депресивний та істеричний синдроми [10]. Поряд з ППП також виникають зміни особистості хворих, що нерідко перевершують за вираженістю інші симптоми МС. Загальновідомо, що велике значення в розвитку і прояву симптомів захворювання мають особливості особистості. Так, жінки з низьким рівнем самооцінки, коли вони невдоволені своїм статусом та власними якостями, суб'єктивно важче переносили прояви клімаксу [6]. Жінок з МС характеризують підвищена тривожність, психічна втомлюваність і напруженість у поєднанні з низькою адаптацією до зовнішнього середовища.

© В.Г. Колотуша, 2014

У 13% хворих спостерігається астено-невротичний синдром. Таким жінкам властиві плаксивість, напади дратівливості, відчуття страху, тривоги, непереносимість звукових та нюхових подразників [2]. Астенізація нервової системи є одним із найбільш частих проявів гіпоталамічних порушень, в основі яких лежить порушення адаптаційних та компенсаторних механізмів [12]. Стрижнем клінічної картини є наявність астенічної симптоматики, а саме: загальної слабкості, зниження працездатності, стомлюваності, дратівливості, що посилюються у вечірній час, а також скарг на труднощі сприйняття нової інформації, концентрації уваги, погіршення пам'яті на поточні події тощо.

Жінки з тривожно-вразливим характером часто фіксуються на своєму здоров'ї, песимістично оцінюють сьогодення та майбутнє, що може стати провідними проявами в клінічній картині захворювання [12]. У таких жінок спостерігається сенесто-фобічна симптоматика: тривога, нав'язливий страх перебування наодинці, у закритому приміщенні, при виході на вулицю. Їм також властиві психосенсорні розлади у вигляді сенестопатій та парестезій.

Зміна гормонального балансу в перименопаузальйни період є дуже сильним ендогенним стресовим фактором, і тому МС можна розглядати як хворобу адаптації, тобто прояв дезадаптації. Це особливо яскраво виражено при клімактеричному неврозі, клініка якого подібна до синдрому психічної дезадаптації. В обох випадках в основі лежать зміни функціонування гіпоталамуса – центра нейрогуморальної регуляції, центральної ланки адаптаційної системи організму і лімбіко-ретикулярного комплексу, що бере участь у психоемоційних і мотиваційних реакціях.

Клімактеричний невроз виникає приблизно у 30% жінок з МС переважно в період пременопаузи та менопаузи. Особливістю МС є надзвичайна лабільність вищої нервової діяльності, дратівливість, неадекватні реакції на звичайні побутові подразники, зниження настрою аж до депресії, порушення сну, зниження концентрації уваги, пам'яті тощо. Подібні прояви розвиваються при дистресі або синдромі дезадаптації та відповідають третій фазі загального адаптаційного синдрому – фазі виснаження.

У деяких жінок можливий розвиток клімактеричного психозу. Непсихотичні (неврозоподібні, психопатоподібні) порушення в перименопаузальний період у жінок мають затяжний перебіг, трансформуючись у клініку психозів. Останнім часом переважають більш м'які форми: іпохондрія і депресія з гіпопсихотичними симптомами. На виникнення клімактеричного психозу впливають короткі терміни заміжжя, невпорядкованість сімейного життя, відсутність вагітностей або єдина вагітність. Інволюційний психоз розвивається у пацієнток з тривожно-недовірливим характером.

Особливостями клінічної картини депресивної форми інволюційного психозу (інволюційної меланхолії) є поступове її формування (протягом кількох місяців) з проходженням етапу клімактеричного неврозу з типовими скаргами на дратівливість, головний біль, безсоння. Відзначаються метушливість, тривожне чекання неприємностей для себе і близьких родичів, плаксивість, боязкість, іпохондричність, знижений настрій на фоні вегето-судинної нестійкості та вираженої сенестопатії (припливи жару до обличчя, голови, верхньої половини грудної клітки, похолодання, сверблячка почуття оніміння і печіння тощо). Емоційні порушення підсилюються ввечері. Неврозоподібна стадія триває від 1 до 7 місяців і проявляється депресивною, тривожно- та астено-депресивною симптоматикою, іпохондричними, істеричними та фобічними розладами [5].

Наступна психотична стадія проявляється провідним тривожно-депресивним синдромом без ідеаторної та рухової загальмованості, з більш чи менш вираженими іпохондричними розладами [5]. Такий психотичний варіант ППП у жінок з МС потребує спостереження та лікування психіатра.

Перименопаузальний період асоціюється з високим ризиком розвитку депресивних розладів (16–31%) [12], що збільшується від ранньої до пізньої перименопаузи та зменшується в період післяменопаузи [24, 25]. Симптоми депресії можуть стати провідними в клініці МС та важко піддаватися лікуванню. Виникнення тяжких депресивних розладів частіше спостерігається у жінок, які вже мали депресивні епізоди протягом попереднього життя [25, 27]. Факторами ризику виникнення депресії у жінок в перименопаузальний період можуть бути як зовнішні (самотність, бездітність, низький соціальний статус, відсутність постійної роботи тощо), так і внутрішні (коливання рівня статевих гормонів, наявність тяжкої соматичної патології, депресивні стани в анамнезі тощо) [8].

Такі ознаки, як зниження настрою і соціальної активності, втрата інтересу до оточення та задоволень, песимістична оцінка майбутнього з почуттям тривоги, туги, безвихідності, зниження або відсутність бажання виконувати звичну роботу, відсутність статевого потягу тощо можуть свідчити про наявність клінічної депресії та потребують пильної уваги [17].

Депресія, що поєднується з панічними атаками та невротичною тривогою, може бути первинною або вторинною. Вторинна депресія може виникати на фоні панічних атак та відчуття клімаксу як життєвої катастрофи. Однак у пременопаузальний період можливий розвиток первинної депресії, особливо «маскованої», аж до виникнення панічних атак [18].

При МС можуть виникати також істинні психогенні реакції, пов'язані з почуттями та думками про катастрофічне постаріння та очікуванням відповідних наслідків, насамперед змін у сімейних стосунках. Зазвичай такі реакції характеризуються тривожно-депресивним настроєм. У цих випадках необхідно мати на увазі, що картиною, яка нагадує психогенні реакції при МС, можуть починатися і ендогенні психози.

Отже, ППП у жінок в перименопаузальний період мають багатофакторну природу. Ендокринні, соціальні та психологічні фактори відіграють важливу роль у їх виникненні та розвитку. Тому вкрай важливим є проведення ретельного обстеження, спостереження за симптоматикою та ендокринним статусом пацієнток з метою виявлення та оцінки ролі кожного потенційного фактора в розвитку тих чи інших психоемоційних порушень у кожної пацієнтки [8].

Можливості корекції психопатологічних проявів

В лікуванні ППП залежно від їх тяжкості можуть застосовуватись як немедикаментозні, так і медикаментозні (негормональні та гормональні) методи. Основним принципом терапії є індивідуальний підхід до вибору методів лікувального впливу та визначення послідовності проведення окремих терапевтичних заходів. Показаннями

для медикаментозної терапії є ППП тяжкого та середнього ступеня [8]. При легкому ступені ППП застосовують немедикаментозні методи: модифікація способу життя, фізична активність, збалансоване харчування, психокорекція, фізіотерапія тощо [20].

За даними дослідження І.І. Черниченко та співавторів, методи психотерапії, а саме – техніки когнітивно-поведінкової терапії, гештальт-терапії, психодрами та інші, що проводилися з метою корекції психосоматичного статусу при МС легкого та середнього ступеня, мають високу ефективність. Особливо вираженим був її вплив на такі симптоми, як плаксивість, агресивність, зниження працездатності, внутрішнє напруження та дратівливість. Психотерапія купірує або зменшує клінічні прояви МС, нормалізує параметри психосоматичного статусу, а також стабілізує функціонування вегетативної нервової системи [22]. Раціональна психотерапія та аутотренінг відіграють важливу роль у стабілізації психоемоційного стану, призводять до оптимістичного ставлення до перехідного періоду в житті жінки.

Лікування препаратами статевих гормонів на сьогоднішній день є одним із основних методів лікування ППП. Численні дослідження закордонних та вітчизняних вчених доводять ефективність застосування замісної гормональної терапії (ЗГТ) в лікуванні ППП середнього та тяжкого ступеня [3, 13, 15, 25, 27]. Однак велика кількість жінок, що застосовують ЗГТ, змушені від неї відмовитися через небажані побічні ефекти (підвищення маси тіла, виникнення артеріальної гіпертензії тощо) [3]. Слід також враховувати, що за наявності у хворої ендогенної депресії гормональна терапія може спровокувати ускладнення симптоматики та поглиблення депресії [15]. Крім того, існує низка протипоказань до застосування ЗГТ у жінок, а саме: тромбоз та тромбоемболія в анамнезі, естроген-залежні злоякісні пухлини, рак молочної залози та ендометрію, тяжкі захворювання печінки та нирок, тяжкі форми цукрового діабету, ожиріння III–IV ступеня, жовчнокам'яна хвороба тощо [3].

Тактика лікування ППП у жінок в перименопаузальний період негормональними препаратами залежить від провідного синдрому та ступеня його вираженості. У хворих з вираженим астенічним та астено-невротичним синдромами доцільним є призначення денних транквілізаторів, а саме: тофізопаму, мебікару, гідазепаму тощо. Тофізопам, що застосовується в дозі 50–100 мг 1–3 рази на добу, ефективний при виражених астенічних проявах. Поступово зменшується швидка втомлюваність, в'ялість, відновлюється нічний сон. Відмічається висока ефективність застосування препарату при тривожно-депресивних розладах [7]. Однак відмічається незначна його ефективність в лікуванні істеричних розладів [3]. Мебікар нормалізує баланс активності різних нейромедіаторних систем мозку, нормалізує баланс адрено- та серотонінергічного впливу. Препарат впливає на активність лімбіко-ретикулярних структур. Мебікар має виражену седативну, анксіолітичну та вегетостабілізуючу дію та застосовується в дозі 500 мг 3 рази на добу протягом 1 місяця [16].

Базовою терапією депресії в перименопаузальний період є призначення антидепресантів (за наявності протипоказань для проведення ЗГТ). При призначенні антидепресантів необхідно враховувати побічні ефекти, а також ґенез депресії. Препаратами вибору зазвичай є ті, що мають мінімум побічних ефектів (в тому числі не викликають сонливість та надмірну седацію в денний час), хорошу переносимість та досить швидку дію [3]. Таким вимогам відповідають селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну, наприклад, пароксетин, флуоксетин, флувоксамін тощо [3]. Одним із найбільш активних антидепресантів є циталопрам, ефективність застосування якого у жінок з МС була доведена в роботі В.І. Тайцліна [18]. Призначення циталопраму в дозі 10 мг два рази на добу дозволило значно покращити вегетативний статус пацієнток і суттєво зменшити прояви тривоги та депресії. Заслуговує на увагу препарат з потрійною дією – тразодону гідрохлорид 150 мг, який має протитривожну, антидепресивну дію та відновлює фізіологічний сон. Залежно від необхідності, препарат може призначатись в дозі від 50–100 мг (при порушенні сну) до 300–450 мг (при тривожних та депресивних станах) на добу. Він добре переноситься, зберігає та покращує лібідо [21].

В разі наявності легких форм депресії з високою ефективністю можуть застосовуватися фітоантидепресанти, зокрема препарати, до складу яких входить екстракт трави звіробою [21]. На відміну від синтетичних антидепресантів, препарати звіробою відрізняються більшою безпекою та кращою переносимістю. Одним із представників рослинних антидепресантів, що заслуговують на увагу, є рослинний препарат, що містить стандартизований екстракт звіробою перфорованого. При ППП, зумовлених МС, даний засіб застосовують по 1 капсулі два рази на добу протягом кількох місяців. Препарат звіробою чинить психоенергезуючу, тімоаналептичну, антидепресивну та транквілізуючу дію. Він також виявляє антиастенічну дію при лікуванні невротичних порушень [4].

З метою корекції тривожних станів, що виникають у жінок в перименопаузальний період в структурі ППП на фоні МС, заслуговує на увагу застосування анксіолітиків, зокрема морфоліноетилтіоетоксибензимідазолу дигідрохлорид. При клінічному вивченні препарату отримано дані про вибірковість його анксіолітичної дії у хворих з тривожними та тривожно-астенічними розладами, що по'єднуються з легкою активуючою дією, за відсутності таких побічних ефектів, як міорелаксація, сонливість, порушення концентрації уваги та пам'яті, звикання та залежність. Морфоліноетилтіоетоксибензимідазолу дигідрохлорид застосовують внутрішньо після їжі 10 мг три рази на добу протягом 2–4 тижнів (за необхідності – до 3 місяців). Можливо збільшення добової дози до 60 мг [6].

При виражених сенестоіпохондричних розладах додають малі дози нейролептиків, зокрема трифлуоперазин по 1–2 мг два рази на добу. При іпохондричному розвитку особистості з переважанням тривоги та зверхцінної іпохондрії призначають малі дози атипових антипсихотиків – рисперідон до 2 мг на добу [3].

Особливо популярним у нашій країні є застосування препаратів фітоестрогенів, нестероїдних рослинних речовин з естрогенподібною дією, пов'язаною з їх структурною схожістю з 17β-естрадіолом. Таким чином, фітоестрогени – це естрогени слабкої дії, які мають низьку спорідненість з естрогенними рецепторами. Ізофлавоноїди, лігнани та куместани, що входять до складу фітоестрогенів, помірно впливають на ранні прояви МС, однак при цьому не спричиняють негативної дії на ендометрій та молочні залози [1, 2, 20]. Серед препаратів, що призначають для лікування проявів МС, в тому числі ППП, найбільш дослідженими є препарати на основі *Cimicifuga racemosa* (CR), які відносяться до класу

фітогормонів. Допамінергічна дія CR, яка здійснюється через допамінові (D2) рецептори, та її серотонінергічна активність сприяють зниженню частоти та інтенсивності припливів, зумовлюють антидепресивну дію та здійснюють виражений позитивний вплив на сон (раннє засинання, зменшення частоти нічних пробуджень) [1].

Отже, психопатологічні порушення, що виникають у жінок в перименопаузальний період, є поліетіологічними та залежать від багатьох як внутрішніх, так і зовнішніх чинників, в тому числі соціальних. Однак насамперед вони пов'язані з гормональною перебудовою, що відбувається в організмі жінки в даний період. Все це необхідно враховувати при виборі лікувальної стратегії. Лікування психопатологічних порушень має бути комплексним та індивідуалізованим, з урахуванням вираженості клімактеричних проявів та характеру розладів.

Список використаної літератури

1. Балан В.Е. Возможности применения *Cimicifuga racemosa* в лечении климактерических нарушений (обзор литературы) // Проблемы репродукции. – 2008. – №2.
2. Барденштейн Л.М., Торчинов А.М., Умаханова М.М. и др. Клиническая типология депрессивных расстройств у женщин в перименопаузальном периоде // Аллергология и иммунология. – 2005. – Т. 6, №2. – С. 269–275.
3. Барильник Ю.Б., Антонова А.А., Бачило Е.В. Особенности терапии психичесих расстройств у женщин в период менопаузы (обзор литературы) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2013. – №6. – С. 23–30.
4. Гависова А.А., Твердикова М.А., Балушкина А.А. Климактерический синдром: особенности терапии психоэмоциональных нарушений // РМЖ. – 2009. – №20. – С. 1408–1411.
5. Дзюб Г.К., Захаренко Н.Ф., Процик В.О. та ін. Депресивні захворювання клімактеричного періоду // Педіатрія, акушерсто та гінекологія. – 1998. – №1 (додаток). – С. 38–39.
6. Дзюб Г.К., Процик В.О., Татарчук Т.Ф. та ін. Психологічна характеристика жінок з раннім і своєчасним клімаксом на підставі проективних тестів самооцінки та незавершених речень // Педіатрія, акушерство та гінеколія. – 1998. – №1 (додаток). – С. 40–42.
7. Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А., Джобава Э.М., Алиева Д. Н. Грандаксин в коррекции психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений при климактерическом синдроме и хирургической менопаузе // Проблемы репродукции. – 2005. – №6. – С. 11–15.
8. Дорофеева Г.Б., Дорофеев В.И. Роль афобазола в коррекции психоэмоциональных расстройств у женщин в климактерическом периоде // Гинекология. – 2010. – Т. 12, №4. – С. 4–8.
9. Жидкова Е.В., Лесиовская Е.Е., Линде В.А. Эффективность фитоэстрогенов в коррекции климактерических нарушений // Проблемы репродукции. – 2012. – №5. – С. 115–119.
10. Зелинский А.А., Чумак З.В., Татарчук Т.Ф. Климактерический период (избранные главы). – Одесса: ОФКА, 2003. – 242 с.
11. Квашенко В.П., Яшина Е.Г. Клинико-патогенетическое обоснование альтернативных методов лечения пациентов с менопаузальными расстройствами и оценка динамики качества жизни женщин в менопаузе // Здоровье женщины. – 2013. – №1 (77). – С. 139–144.
12. Кустаров В. Н., Черниченко И.И. Перименопауза, ее осложнения // Клин. геронтология. – 2003. – №1. – С. 45–49.
13. Менопауза / М. Риз и др.; пер с англ. В.В. Пожарского; под ред. В.П. Сметник. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2011. – 240 с.
14. Москаленко-Моспаненко Е.В. К вопросу об особенностях терапии непсихотических расстройств в рамках патологического перименопаузального периода // Нак. Практ конф. «Менопауза: гормони і мозок, психіка і соматика» Тези доповідей. – Івано-Франківськ, 2003. – С. 5–6.
15. Репина М.А. Проблемы менопаузального перехода: низкодозированная заместительная гормональная терапия микронизированным эстрадиолом в сочетании с дидрогестероном // Фарматека.– 2008. – №14. – С. 39–44.
16. Решетова Т.В. Лечение психопатологических расстройств, сопровождающих патологический климакс и предменструальный синдром в общей врачебной практике // Новые СПб врачебные ведомости. – 2010. – №4. – С. 55–57.
17. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: МИА, 2007. – 432 с.
18. Тайцлин В.И., Коршняк В.А. Психовегетативные проявления патологического климакса у женщин и их лечение ципрамилом // Междунар. мед. журн. – 2004. – №3. – С. 95–97.
19. Татарчук Т.Ф. Фізіологія та патологія клімактеричного періоду // Нова медицина. – 2002. – №5.– С. 18–25.
20. Татарчук Т.Ф., Єфименко О.О. Принципи діагностики, профілактики та лікування клімактеричних розладів // Medix. Anti-Aging. – 2009. – №4 (10). – С. 24–29.
21. Торчинов А.М., Барденштейн Л.М., Умаханова М.М., Хархарова М.А.. Современные аспекты депрессивных расстройств у женщин в перименопаузе // Журнал Росс. общества акушеров-гинекологов. – 2006. – №3. – С. 34–38.
22. Черниченко И.И., Губин В.А. Психотерапия в коррекции психосоматического статуса при патологическом течении климактерического периода // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – №12. – С. 63–65.
23. Walf A.A., Frye C.A. A Review and Update of Mechanisms of Estrogen in the Hippocampus and Amygdala for Anxiety and Depr ession Behavior // Neuropsychopharmacology. – 2006. – Vol. 31 (6). – P. 1097–1111.
24. Bromberger J.T., Kravitz H.M., Chang Y.F. et al. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) // Psychol. Med. – 2011. – Vol. 41 (10). – P. 2238.
25. Clayton A.H., Ninan P.T. Depression or menopause? Presentation and management of major depressive disorder in perimenopausal and postmenopausal women // Prim. Care Companion. J. Clin. Psychiatry. – 2010. – Vol. 12 (1).
26. Fagiolini et al. Rediscovering Trazodone for the treatment of major depressive disorder // CNS Drugs. – 2012. – Vol. 26. – P. 1033–1049.
27. Parry B.L. Optimal management of perimenopausal depression // Int. J. Womens Health. – 2010. – Vol. 2. – P. 143–151.
28. Schmidta P.J., Rubinowb D.R. Sex Hormones and Mood in the Perimenopause // Ann. N.-Y. Acad. Sci. – 2009. – Vol. 1179. – P. 70–85.

Резюме

Психопатологические проявления у женщин в перименопаузальный период и возможности их коррекции негормональными методами

В.Г. Колотуша

В статье приведены особенности клинической картины психопатологических проявлений у женщин в перименопаузальный период и возможности их коррекции негормональными методами.

Ключевые слова: психопатологические проявления, перименопаузальный период, негормональная коррекция

Summary

Psychopathological Manifestations Among Perimenopausal Women and Possibility of their Correction by Nonhormonal Methods

V.G. Kolotusha

In article features of a clinical picture of psychopathological manifestations among perimenopausal women and possibility of their correction by nonhormonal methods are given.

Key words: psychopathological manifestations, perimenopausal period, nonhormonal correction