

**ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
КЛИМАКТЕРИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ***Владимир Давыдович Менделевич**Казанский государственный медицинский университет,
420012, Казань, ул. Бутлерова, 49, e-mail: mend@tbit.ru*

Реферат. В статье в сравнительном аспекте анализируется специфика клинических проявлений и механизмов формирования климактерических психических расстройств у мужчин и женщин. Оценивается вклад гормональных, психологических, культурных, сексуальных и некоторых других факторов в формирование психопатологии менопаузы и андропаузы. Делается вывод о гендерной специфичности климактерических психических расстройств. У женщин они чаще обусловлены специфичными гормональными изменениями, у мужчин – носят психогенный характер и отражают личностную реакцию на появление признаков старения и возрастную сексуальную дисфункцию.

Ключевые слова: климакс, менопауза, андропауза, психопатология, гендерные различия.

**GENDER DIFFERENCES IN CLIMACTERIC
PSYCHIATRIC DISORDERS**

Vladimir D. Mendelevich

Kazan State Medical University,
420012, Kazan, Butlerov St., 49, e-mail: mend@tbit.ru

In the article specific features of clinical implications and mechanisms of formation of climacteric psychiatric disorders at men and women are analyzed in comparative aspect. The contribution of hormonal, psychological, cultural, sex and some other factors to formation of psychopathology of a menopause and an andropause is estimated. The conclusion about gender specificity of climacteric psychiatric disorders is drawn. At women they are more often caused by specific hormonal changes, at men - have psychogenic factors and reflect personal reaction to of signs of aging and age sex dysfunction.

Key words: climacterium, menopause, andropause, psychopathology, gender differences.

Данные эпидемиологических исследований позволяют утверждать, что имеется отчетливая гендерная и возрастная специфичность многих психических расстройств – как эндогенных, так и психогенных [5, 22, 25, 37, 51]. В частности, обнаруживаются различия в частоте возникновения эмоционально-стрессовых и связанных с ними расстройств у мужчин и женщин (рис. 1). Стрессовые расстройства клинического и донологического уровня диагностируются у 35% мужчин и 48% женщин, депрессивные –

у 32% и 43%, тревожные – у 25% и 39%, инсомнические – у 21% и 34%, «чувство одиночества» – у 17% и 25% соответственно [60], т.е. регистрируется отчетливое доминирование аффективной патологии у женщин по сравнению с мужчинами.

По распространенности более выраженных психических расстройств обнаруживается следующее распределение [37]: по большому депрессивному расстройству наблюдается почти двукратное преобладание женщин, по биполярному аффективному расстройству различий не наблюдается. По шизофрении соотношение 4,5 к 1 в пользу мужчин. Алкогольная зависимость и антисоциальное личностное расстройство диагностируются соответственно в два и три раза чаще у мужчин, чем у женщин. По синдрому дефицита внимания с гиперактивностью в возрасте 3–12 лет на 7 мальчиков приходится 3 девочки. Среди лиц с клинически выраженными невротическими расстройствами преобладают женщины [11].

По данным ряда авторов [43, 70] выявляются гендерные различия в частоте манифестации шизофрении в разные возрастные периоды (рис. 2). Возникновение первых симптомов шизофрении у мужчин на 3-4 года опережает таковые у женщин. Это происходит в возрасте от 15 до 24 лет. Пик манифестации шизофрении у женщин приходится на постменопаузальный возраст (45–49 лет). Высказывается точка зрения о корреляции симптомов шизофрении (но не депрессии) с уровнем эстрогенов и о их протективной роли [57, 70].

Учитывая тот факт, что инволюционный период женщины и мужчины характеризуется гормональным дисбалансом и на него приходится пик некоторых психических расстройств (не только шизофрении у женщин, но и деменции, непсихических нарушений и появление так называемых инволюционных психозов [10, 19, 22]), изучение гендерного аспекта данной проблемы следует

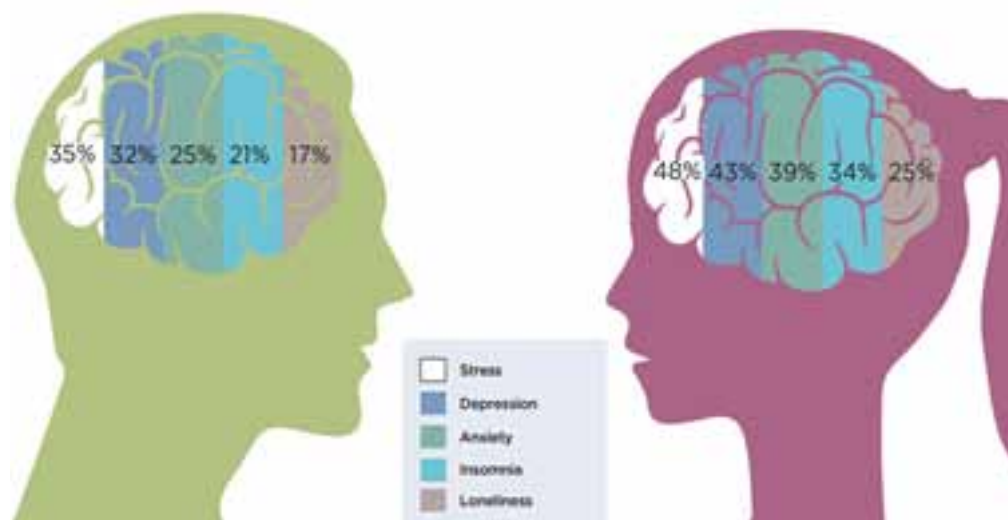


Рис. 1. Гендерные особенности стрессовых расстройств [60].

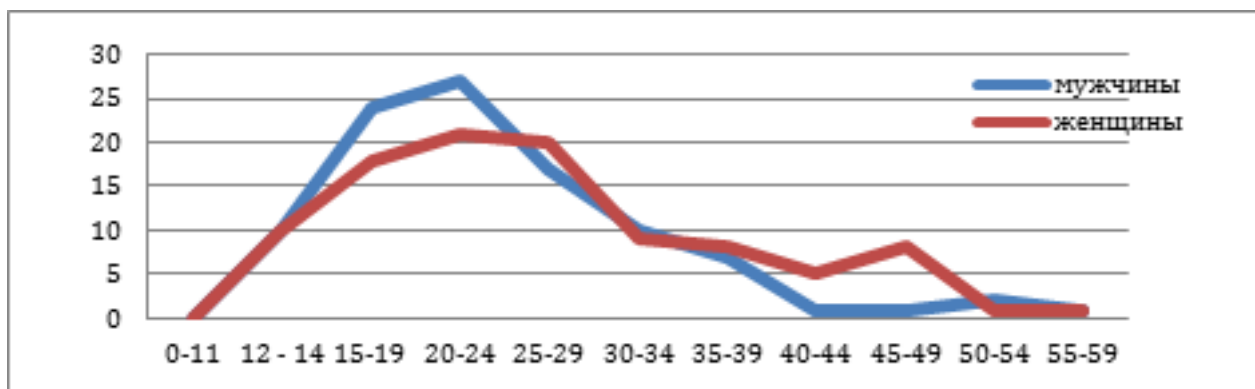


Рис. 2. Гендерные различия в возрасте манифестации шизофрении [43, 70].

признать научно обоснованным и актуальным. Ведь часто развитие психических расстройств в климактерическом возрасте и у женщин, и у мужчин напрямую связывают с инволюционными эндокринными изменениями [15]. Хотя высказывается и противоположная точка зрения о том, что данная связь неочевидна [64], и что психопатологические симптомы в период мено- и андропаузы в большей степени коррелируют со специфическими возрастными психологическими факторами, чем с гормональным дисбалансом [12, 61].

Закономерными особенностями психических проявлений у пожилых считается возрастание числа симптомов психических нарушений и уменьшение их «размаха» [22]. Учитывая, что сам возраст может накладывать на психопатологическую картину определенный отпечаток, нередко различные по своей природе заболевания во второй половине жизни имеют ряд общих клинических черт.

В свете современных представлений климактерический период в жизни человека связан с возрастной перестройкой диэнцефальной области [2, 15, 18], но при этом может носить как физиологический, так и патологический характер. По мнению В.М. Дильмана [6], «климакс является одновременно и нормой, и болезнью: нормой потому, что климакс явление закономерное, а болезнью потому, что это – стойкое нарушение регуляции, приводящее в конечном итоге к снижению жизнеспособности организма. Процесс компенсации, который является неотъемлемой частью механизма развития, со временем вызывает патологические изменения или болезнь. На основании механизма возникновения такие болезни, связанные с процессом развития, логично назвать *болезнями компенсации*. Два лика климакса – и нормы, и болезни – характеризуют отсутствие грани между возрастом и болезнью, между нормой и патологией».

В случае появления у пациентов психопатологических симптомов так называемого «климактерического невроза» (менопаузы) крайне затруднительным оказывается его квалификация по критериям МКБ-10, особенно в случае диагностики «мужского климакса» (андропаузы). В настоящее время имеется возможность шифровать данное расстройство в рубрике «менопауза и климактерическое состояние у женщины» (N95.1) или в разделе «органические, включая симптоматические, психические расстройства» в рубрике «непсихотические расстройства в связи с другими заболеваниями» (F06.37). Климакс у мужчин шифруется в МКБ-10 в рубрике «болезни мочеполовой системы» (N50.8.0), и для него не предусмотрено отдельной рубрики в разделе психических и поведенческих расстройств.

В связи с вышеперечисленным дискуссионным остается вопрос о том, какие из факторов признать определяющими в формировании климактерических психических расстройств – соматические (органические) или психологические (личностные). Нами на основании обследования 184 женщин с признаками патологического климакса были выделены четыре клинических варианта *собственно климактерических психических расстройств*: астенический, сенестопатически-ипохондрический, тревожно-депрессивный и истерический [10]. Клинический анализ позволил разместить эти варианты в спектре от соматогенных до психогенных, продемонстрировав смешанный генез данной патологии с различным вкладом соматического и психического. Следует отметить, что в литературе не описываются особые психические расстройства, присущие «мужскому климаксу». На практике приходится сталкиваться в основном с астенической симптоматикой, обусловленной возрастным гипогонадизмом и депрессивными расстройствами смешанного (психоэндокринного) происхождения. В силу отсутствия в клинической структуре андропаузы сходных по выраженности с менопаузой вегетативных проявлений, редкими являются сенестопатически-ипохондрические феномены.

Известно, что понятие патологического климактерия включает в себя патологические проявления инволюционного процесса, нарушающие как соматическое, так и психическое здоровье. Для оценки причин и особенностей течения и тяжести климакса, наряду с биологическими и психическими факторами, изучаются

и гендерные параметры. На частоту и выраженность симптомов климакса у женщин могут существенно влиять такие культурные и социально-экономические факторы как: а) социальное значение, которое в определенных этнических группах придают менструации и освобождению от стигмы менструации по наступлении менопаузы, б) социальное значение бездетности; в) социальное положение женщин в период постменопаузы; г) отношение мужа к своей жене в период постменопаузы (например, как к сексуальному партнеру); д) степень социально-экономической депривации, испытываемой в этот период; е) степень изменения роли женщины в этот период и возможность выполнения ею новых или альтернативных функций; ж) доступность медицинской помощи в связи с симптомами перименопаузы [10, 15]. В случае «мужского климакса» обращается внимание на иные факторы, в частности, на возрастающее значение социально-сексуального аспекта жизни, когда в силу навязанных ожиданий и стереотипов, мужчина крайне болезненно начинает реагировать на возрастное снижение сексуальных способностей и «падение» его статуса как мужчины [9, 14]. Это оказывает влияние как на качество его жизни, так и на удовлетворенность собой и самооценку.

За последние годы частота патологического климакса с комплексом невротических и соматоформных расстройств у женщин достигла внушительных цифр. По статистическим данным, этот процент колеблется от 10 до 84 [10, 15, 74]. Частота психических отклонений приближается к максимуму в пременопаузе, а вазомоторных расстройств после прекращения менструаций. Такое распределение психических и вегетативных нарушений, по-видимому, не связано с увеличением частоты серьезных психических расстройств. Однако существуют данные, согласно которым в климаксе и ранней постменопаузе возрастает обращаемость женщин по поводу эмоциональных расстройств и увеличивается число выписываемых рецептов на применение психотропных средств [71]. Некоторые исследователи полагают, что женщины, предъявляющие в период климакса жалобы со стороны психики, страдали психическими расстройствами и в более молодом возрасте. На этом основании жалобы со стороны психики в период перименопаузы относят на счет «невротического склада» женщины.

Вопросу сексуальности женщин в литературе о климаксе посвящено незначительное число обзоров. Наиболее информативные данные содержит шведское исследование [44], показавшее падение полового влечения среди женщин после наступления менопаузы, «что нельзя было отнести только за счет эффекта возраста или считать следствием снижения заинтересованности мужей». В одном исследовании было установлено, что такого рода расстройства у 3% женщин встречаются часто, а у 5% изредка, причем постепенное снижение полового влечения в период постменопаузы сохраняется. Хотя имеющиеся данные указывают на снижение полового влечения в период климакса, регистрируется и заметное повышение сексуального влечения и удовлетворения от полового сношения после наступления менопаузы. Очевидно, значительную роль в этом могут играть такие факторы негормональной природы, как освобождение от страха забеременеть. С другой стороны, обнаруживается связь между появлением аффективных расстройств (депрессии и тревоги) и снижением либидо.

В течение нескольких десятилетий в мировой и отечественной научной литературе ведется дискуссия о том, является ли мужской климакс реальностью или вымыслом [13, 16, 17, 20, 23, 24, 26, 27, 30, 31, 35, 48, 52, 54, 56, 59, 62, 68, 73]. По данным разных авторов [9, 16], проявления климактерического синдрома встречаются у 10–35% мужчин старше 40 лет, у 51,5% обнаруживаются клинические признаки андрогенных нарушений, а у 3,7% они достигают выраженной степени тяжести [55]. Некоторые авторы утверждают, что имеется достоверная связь между симптомами андропавзы и депрессией, тогда как иные [66] в своих исследованиях не обнаруживают подобной закономерности.

Несмотря на то, что в литературе описываются классические психопатологические и вегетативные признаки мужского климакса сходные с проявлениями женского климакса (приступы учащенного сердцебиения, боли в области сердца, ощущения пульсации в голове, головокружения, колебания артериального давления, инсомния, снижение памяти, вялость, раздражительность и иные вегетативные симптомы), данному феномену отказывается в нозологической специфичности и до настоящего времени он не имеет своего места в МКБ-10.

Среди наиболее частых симптомов мужского климакса называют сексуальные расстройства в виде эректильной дисфункции [4, 28, 29, 34, 38, 49, 58]. Предполагается, что, если сексуальные расстройства у женщин в период климакса связаны с гормональными изменениями, то у мужчин – и с гормональными, и с психологическими, в частности, с ожиданиями сохранения ими маскулинности и присущего мужчине жизненного стиля [32, 40, 47]. Возможно, именно по этой причине поведение значительного числа мужчин в период андропавзы приобретает характер борьбы за сохранение прежней сексуальной активности и возможности вступать в регулярные и качественные сексуальные связи. Желанием поддержать свой статус мужчины объясняют и склонность мужчин климактерического возраста выбирать себе в партнерши женщин значительно более молодого возраста. Личностная реакция на наступление андропавзы разнообразна – от спокойной с появлением компенсаторно-сублимационной деятельности до резких изменений полового поведения (педофилия, растление малолетних девочек и др.) [3].

По мнению сексологов [7, 29] с возрастом уровни сексуального желания и сексуальной активности у женщин снижаются больше, чем у мужчин. Это связано как с гормональными факторами, состоянием здоровья, так и с брачным статусом, наличием постоянного партнера и т.д. *Почти все мужчины переживают снижение своей сексуальной активности болезненно, тогда как многие женщины воспринимают это спокойно.* В шведском национальном опросе только 47% женщин с низким сексуальным желанием воспринимали это как нечто болезненное [Hamilton цит. по 7]. При этом, сравнительное исследование 142 супружеских пар климактерического возраста [66] показало, что 84% мужей декларируют, что удовлетворены своей сексуальной жизнью (среди жен таковых меньше – 66%).

Психологические исследования лиц климактерического возраста концентрируются на теме личностных кризисов [8, 21, 33, 53, 72]. Многие авторы отмечают, что «кризис середины жизни» имеет следующие варианты проявления: кризис нереализованности – субъективное отрицательное переживание жизненной программы; кризис опустошенности – переживание душевной усталости и отсутствия достижений; кризис бесперспективности – отсутствие реальных жизненных планов, перспектив профессионального роста;

кризис, обусловленный драматическими или трагическими обстоятельствами жизни, сопровождающийся запредельными эмоциональными переживаниями.

По данным С.В. Чернобровкиной [21], кризис середины жизни переживают 95% мужчин и 85% женщин. При этом вероятность духовного кризиса у мужчин выше, чем у женщин. Считается, что духовный кризис – «это состояние переживания утраты бытийной основы существования, которое возникает в ответ на эмоциональную реакцию относительно индивидуально значимого события или явления и сопровождается нарушением процесса поиска сакрального». К причинам кризиса относят одиночество, страх смерти, свободу, бессмысленность, ответственность, неудовлетворенность, грех, страдание. Коэффициент напряженности экзистенциального вакуума мужчин также выше по сравнению с женщинами. Обнаружена специфика протекания духовного кризиса у мужчин и женщин: у женщин преобладает регрессивная тенденция – наблюдается снижение проявлений духовного кризиса, что указывает на духовный рост испытуемого, человек по-новому смотрит на жизнь, у него появляется осознанная цель и смысл жизни; у мужчин преобладает пиковая тенденция, указывающая на остроту эмоциональных переживаний, связанных с разочарованием от жизни [21]. Вследствие этого *дезадаптированность как поведенческий симптом кризиса середины жизни выражена у мужчин в большей степени, чем у женщин.*

В литературе последних лет у мужчин климактерического возраста описывается феномен «погони за тестостероном» – гормоном, который воспринимается мужчинами в качестве символа «сексуального успеха». Тестостерон стал широко применяться без назначений врача и исключительно со стимулирующей, а не терапевтической целью. Дополнительным аргументом для потребителей стали данные мета-анализов об эффективности и безопасности тестостероновой заместительной терапии при андропаузе [41, 42, 45, 46, 63, 65, 69], позволяющей не только снять клинические признаки возрастного гипогонадизма, но и сохранить сексуальную активность на прежнем доклимактерическом уровне. Данный феномен по аналогии с присущим для женщин феноменом, названным «мистификация действительности» [10], можно трактовать с позиции наличия актуального и выраженного психологического кризиса самовосприятия и самооценки:

у женщин в связи с нежелательными изменениями внешности в период менопаузы, у мужчин – по причине естественного снижения либидо и эректильной дисфункции. При этом М. Delhez [36] на основании изучения связи симптомов депрессии и тревоги с уровнем свободного тестостерона у 153 мужчин 50-70 лет обнаружил, что андропауза всё же может иметь корреляции с «депрессивными симптомами непатологического уровня».

В программной статье «Роль тестостерона в социальных взаимодействиях» Ch. Eisenegger с соавторами [39] убедительно показал насколько востребованным с точки зрения коммуникации и самовосприятия оказывается тестостерон. Патологическим результатом «погони за тестостероном» признается формирование психологической зависимости от приема гормональных препаратов (тестостерона), позволяющей признать данную активность патологической и выставить диагноз по МКБ-10 – «злоупотребление веществами, не вызывающими зависимость» (F55). Случаев подобного поведения у женщин не зарегистрировано.

Таким образом, проведенный анализ позволяет констатировать, что климактерические психические расстройства обнаруживают отчетливую гендерную специфичность. У женщин они чаще обусловлены специфическими гормональными изменениями, вследствие чего классифицируются по МКБ-10 в рубрике органических, включая симптоматические, психических расстройств. У мужчин климактерические психические расстройства, как правило, носят психогенный характер и отражают личностную реакцию на появление признаков старения и сексуальную дисфункцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян А.Э., Григорян А.Д., Шахрамьян В.А. Андропауза // Медицинская наука Армении. 2007. №4. С. 25–33.
2. Барденштейн Л.М., Гусева Г.В., Демин А.А. и др. Клинические особенности, динамика и лечение депрессивных расстройств климактерического периода // Психическое здоровье. 2008. №11. С. 43–48.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж. 1995. 640 с.
4. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г. Климакс у мужчин // Здоровье. 1984. №1. С. 14–16.
5. Возрастные особенности психических расстройств / Учебное пособие кафедры психиатрии и наркологии СПбГМА. <http://psychiatry.spsma.spb.ru>
6. Дильман В.М. Большие биологические часы (введение в интегральную медицину). М.: Знание, 1982. 208 с.
7. Кон И.С. Мужчина в меняющемся мире. М., 2009. 496 с.

8. Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Каузометрия: методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути. М.: Смысл, 2003. 285 с.
9. Лоран О.Б., Сегал А.С. Климактерические расстройства у мужчин. М.: OGGI Production, 1998. 88 с.
10. Менделевич В.Д. Психопатология климакса. Казань: КГУ, 1992. 168 с.
11. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза. Казань: Медицина, 2011. 288 с.
12. Менделевич Д.М., Менделевич В.Д. Гинекологическая психиатрия (к постановке проблемы) // Неврологический вестник. 1993. №1-2. С. 104–108.
13. Окоороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. М., 2000. Т. 2. С. 561–565.
14. Салов П.П., Салова И.В. «Гормональный фейерверк» или «мужской климакс» // Андрология и генитальная хирургия. 2008. №2. С. 98–99.
15. Сметник В.П. Климактерические расстройства и методы их коррекции // Consilium Medicum. 2007. №6. С. 65–70.
16. Тарасюк А.Б. Комплексная оценка климактерических расстройств у мужчин и возможности их коррекции препаратами тестостерона: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2004. 22 с.
17. ТерАванесов Г.В., Сухих Г.Т., Фанченко Н.Д., Гаврилов Ю.А. Возрастной гипогонадизм у мужчин: миф или реальность? // Фарматека. 2007. №16. С. 42–48.
18. Тювина Н.А. Психические нарушения у женщин в период климактерия. М.: Кронпресс, 1996. 237 с.
19. Тювина Н.А., Тутер Л.С. Бредовые инволюционные психозы: клинические особенности и лечение // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2013. №1. С. 91–98.
20. Уманский С.В. Мужской климакс и его психотерапевтическая коррекция // В тезисах 9-го Российского научно-образовательного Форума «Мужское здоровье и долголетие». М., 2011.
21. Чернобровкина С.В. Гендерные особенности переживания и преодоления кризиса середины жизни // Вестник Омского университета. 2014. №2. С. 30–42.
22. Шахматов Н. Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина, 1966. 304 с.
23. Щеплев П.А., Гарин Н.Н. Андропоуза – актуальная проблема современной андрологии // Доктор. ру. 2005. №5-6. С. 5.
24. Abootalebi M., Kargar M., Jahanbin I. et al. Knowledge and attitude about andropause among general physicians in Shiraz, Iran 2014 // IJCBNM. 2016. V. 4 (1). pp. 27–35.
25. Afifi M. Gender differences in mental health. // Singapore Med J. 2007. Vol. 48 (5). pp. 385–391.
26. Araujo A.B., Esche G.R., Kupelian V. et al. Prevalence of symptomatic androgen deficiency in men // J. Clin Endocrinol Metab. 2007. Vol. 92. pp. 4241–4247.
27. Ashat M., Puri S., Singh A. et al. Awareness of andropause in males: a North Indian study // Indian J. Med Sci. 2011. Vol. 65 (9). pp. 379–386.
28. Aversa A., Morgentaler A. The practical management of testosterone deficiency in men // Nat. Rev. Urol. 2015. Vol.12. pp. 641–650.
29. Baumle A.K. International Handbook on the Demography of Sexuality. Springer. Dordrecht, Heidelberg, New-York, London, 2013. 428 p.
30. Burns-Cox N. Gingell C. The andropause: fact or fiction? // Postgrad Med J. 1997. Vol. 73 (863). pp. 553–556.
31. Calim S.I., Sirin A. Andropause: male menopause? // TAF Prev Med Bull. 2013. Vol. 12 (4). pp. 471–476.
32. Charlton R., Smith G. Male menopause or mid-life crisis? // N.Z. Fam. Phys. 2000. Vol. 27 (4). pp. 15–17.
33. Charlton R. Ageing male syndrome, andropause, androgen decline or mid-life crisis? // The Journal of Men's Health & Gender. 2004. Vol. 1 (1).
34. Chen C.Y., Lee C.P., Chen Y. et al. The correlation between emotional distress and aging males' symptoms at a psychiatric outpatient clinic: sexual dysfunction as a distinguishing characteristic between andropause and anxiety/depression in aging men // Clin Interv Aging 2013. Vol. 8. pp. 635–640.
35. Cortes M.E., Bernal Y.A., Vigil P. Andropause and vulnerability in health: when do we start to educate men and health professionals? // Rev Med Chil. 2016. Vol. 144 (4). pp. 541–543.
36. Delhez M., Hansenne M., Legros J.-J. Andropause and psychopathology: minor symptoms rather than pathological ones // Psychoendocrinology. 2003. Vol. 28. pp. 863–874.
37. Eaton N.R. et al. An invariant dimensional liability model of gender differences in mental disorders prevalence: evidence from a national sample // Journal of Abnormal Psychology. 2012. Vol. 121 (1). pp. 282–288.
38. Eden K.J., Wylie K.R. Quality of sexual life and menopause // Womens Health (Lond). 2009. Vol.5 (4). pp. 385–396.
39. Eisenegger Ch., Haushofer J., Fehr E. The role of testosterone in social interaction // Trends in Cognitive Sciences. 2011. Vol. 15 (6). pp. 263–271.
40. Featherstone M, Hepworth M. The male menopause: lifestyle and sexuality // Maturitas. 1985. Vol. 7 (3). pp. 235–246.
41. Garnick M.B. Testosterone replacement therapy faces FDA scrutiny // JAMA. 2015. Vol. 313 (6). pp. 563–564.
42. Guo Ch., Gu W., Liu M. et al. Efficacy and safety of testosterone replacement therapy in men with hypogonadism: A meta-analysis study of placebo-controlled trials // Experimental and Therapeutic Medicine. 2016. Vol. 11 (3). pp. 853–863.
43. Häfner H., Riecher-Rössler A., An Der Heiden W. et al. Generating and testing a causal explanation of the gender difference in age at first onset of schizophrenia // Psychological Medicine. 1993. Vol. 23 (4). pp. 925–940.
44. Hallstrom T. Mental disorders and sexuality in the climacteric. Goteborg, Sweden, 1973.
45. Handelsman D.J. Testosterone: use, misuse and abuse // Med. J. Aust. 2006. Vol. 185 (8). pp. 436–439.
46. Handelsman D.J. Global trends in testosterone prescribing, 2000-2011: expanding the spectrum of prescription drug misuse // Med J Aust. 2013. Vol. 199 (8). pp. 548–551.
47. Haren M.T., Kim M.J., Tariq S.H. et al. Andropause: a quality-of-life issue in older males // Med Clin North Am. 2006. Vol. 90 (5). pp. 1005–1023.
48. Heinemann K., Saad F. Sweating attacks: key symptom in menopausal transition only for women? // Eur Urol. 2003. Vol. 44. pp. 583–587.
49. Heller C.G., Myers G.B. The male climacteric, its symptomatology, diagnosis and treatment // JAMA. 1944. Vol. 126. pp. 472–477.
50. Hijazi R.A., Cunningham G.R. Andropause: is androgen replacement therapy indicated for the aging male? // Annu. Rev. Med. 2005. Vol. 56. pp. 117–137.
51. Hirshbein L. Sex and gender in psychiatry: a view from history // J. Med. Humanit. 2010. Vol. 31 (2). pp. 155–170.
52. Holm A.C., Fredrikson M.G. More than half of the men in a Swedish population of men aged 55, 65 and 75 believe in 'a male climacteric' // Aging Male. 2011. Vol. 14 (1). pp. 16–20.

53. Hori Y., Nishii M., Masui S. et al. Clinical study of 62 patients with symptoms of male climacterium // *Hinyokika Kiyo*. 2013. Vol. 59 (8). pp. 491–495.

54. Jakiel G., Makara-Studzińska M., Ciebiera M. et al. Andropause – state of the art 2015 and review of selected aspects. // *Prz Menopauzalny*. 2015. Vol. 14 (1). pp. 1–6.

55. Khosravi S., Ardebili H.E., Larijani B. et al. Are andropause symptoms related to depression? // *Aging Clin Exp Res*. 2015. Vol. 27(6). pp. 813–820.

56. Kino A., Uemura H., Yasui T. Different levels of awareness and knowledge of male climacteric in female nurses and female office workers // *Maturitas*. 2015. Vol. 80 (2). pp. 198–204.

57. Kulkarni J., Hayes E., Gavrilidis E. Hormones and schizophrenia // *Curr Opin Psychiatry*. 2012. Vol. 25 (2). pp. 89–95.

58. Marshall B.L. Medicalization and the refashioning of age-related limits on sexuality // *J. Sex Res*. 2012. Vol. 49 (4). pp. 337–343.

59. Nandy P.R., Singh D.V., Madhusoodanan P. et al. Male Andropause: A Myth or Reality // *Med. J. Armed Forces India*. 2008. Vol. 64 (3). pp. 244–249.

60. National Health Report, UK. <https://www.benenden.co.uk/healthier-you/healthreport/stress-and-anxiety/gender-differences/>

61. Nelson H.D. Menopause // *Lancet*. 2008. Vol. 371. pp. 760–770.

62. Olarinoye J.K., Adebisi S.A., Popoola A.A. Andropause: an emerging world health problem // *WAJM*. 2006. Vol. 25 (2). pp. 84–87.

63. Ronay R., von Hippel W. Power, Testosterone, and Risk-Taking // *Journal of Behavioral Decision Making*. 2010. Vol. 23 (5). pp. 473–482.

64. Rossler W., Ajdacic-Gross W., Riecher-Rossler A. et al. Does menopausal transition really influence mental health? // *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15. pp. 146–154.

65. Safety of Testosterone replacement therapy. The Medical Letter on Drugs and Therapeutics // *JAMA*. 2016. Vol. 315 (14). pp. 1512–1513.

66. Salazar-Molina A., Klijn T.P., Delgado J.B. Sexual satisfaction in couples in the male and female climacteric stage // *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*. 2015. Vol. 31 (2). pp. 311–320.

67. Seidman S.N. Normative hypogonadism and depression: does ‘andropause’ exist? // *International Journal of Impotence Research*. 2006. Vol. 18. pp. 415–422.

68. Singh P. Andropause: Current concepts // *Indian J. Endocrinol Metab*. 2013. Vol. 17 (Suppl 3). pp. 621–629.

69. Sofimajidpour H., Teimoori T., Gharibi F. The Effect of Testosterone on Men With Andropause // *Iran Red Crescent Med J*. 2015. Vol. 17 (12). e19406.

70. Stevens J.R. Schizophrenia: reproductive hormones and the brain // *American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159 (5). pp. 713–719.

71. The climacteric in perspective [ed. M. Notelovitz and P. van Keep]. Lancaster, England. 1984. 457 p.

72. Van Anders S.M., Steiger J., Goldey K.L. Effect of gendered behavior on testosterone in women and men // *PNAS*. 2015. Vol. 112 (45). pp. 13805–13810.

73. Yan Y.Y. Awareness and knowledge of andropause among Chinese males in Hong Kong // *Am J Mens Health*. 2010. Vol. 4 (3). pp. 231–236.

74. Zhou B., Sun X., Zhang M. The symptomatology of climacteric syndrome: whether associated with the physical factors or psychological disorder in perimenopausal/postmenopausal patients with anxiety–depression disorder // *Arch Gynecol Obstet*. 2012. Vol. 285 (5). pp. 1345–1352.

REFERENCES

1. Akopyan A.E., Grigoryan A.D., Shakhramyan V.A. *Meditsinskaya nauka Armenii*. 2007. №4. pp. 25–33. (in Russian)
2. Bardenshtein L.M., Guseva G.V., Demin A.A. et al. *Psikhicheskoe zdorov'e*. 2008. №11. S. 43–48. (in Russian)
3. Bleikher V.M., Kruk I.V. *Tolkovy slovar' psikhiatricheskikh terminov*. Voronez, 1995. 640 p. (in Russian)
4. Vein A.M., Voznesenskaya T.G. *Zdorov'e*. 1984. №1. pp. 14–16. (in Russian)
5. *Vozrastnye osobennosti psikhicheskikh rasstroistv*. Uchebnoe posobie kafedry psikhiiatrii i narkologii SPbGMA. <http://psychiatry.spsma.spb.ru> (in Russian)
6. Dil'man V.M. *Bol'shie biologicheskie chasy (vvedenie v integral'nuyu meditsinu)*. Moscow: Znanie, 1982. 208 p. (in Russian)
7. Kon I.S. *Muzhchina v menyayushchemsya mire*. Moscow, 2009. 496 p. (in Russian)
8. Kronik A.A., Akhmerov R.A. *Kauzometriya: metody samopoznaniya, psikhodiagnostiki i psikhoterapii v psikhologii zhiznennogo puti*. Moscow: Smysl, 2003. 285 p. (in Russian)
9. Loran O.B., Segal A.S. *Klimaktericheskie rasstroistva u muzhchin*. Moscow: OGGI Production, 1998. 88 p. (in Russian)
10. Mendelevich V.D. *Psikhopatologiya klimaksa*. Kazan: KGU, 1992. 168 p. (in Russian)
11. Mendelevich V.D. *Antitsipatsionnye mekhanizmy nevrozogeneza*. Kazan: Meditsina, 2011. 288 p. (in Russian)
12. Mendelevich D.M., Mendelevich V.D. *Nevrologicheskii vestnik*. 1993. №1-2. pp. 104–108. (in Russian)
13. Okorokov A.N. *Diagnostika boleznei vnutrennikh organov*. Moscow, 2000. Vol. 2. pp. 561–565. (in Russian)
14. Salov P.P., Salova I.V. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya*. 2008. №2. pp. 98–99. (in Russian)
15. Smetnik V.P. *Consilium Medicum*. 2007. №6. pp. 65–70. (in Russian)
16. Tarasyuk A.B. *Extended abstract of PhD dissertation (Medicine)*. Moscow, 2004. 22 p. (in Russian)
17. TerAvanesov G.V., Sukhikh G.T., Fanchenko N.D., Gavrilov Yu.A. *Farmateka*. 2007. №16. pp. 42–48. (in Russian)
18. Tyuvina N.A. *Psikhicheskie narusheniya u zhenshchin v period klimakteriya*. Moscow: Kronpress, 1996. 237 p. (in Russian)
19. Tyuvina N.A., Tuter L.S. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2013. №1. pp. 91–98. (in Russian)
20. Umanskii S.V. Abstracts of Papers. «*Muzhskoe zdorov'e i dolgoletie*» *Proceedings of the 9 Russian scientific and educational forum*. Moscow, 2011. (in Russian)
21. Chernobrovkina S.V. *Vestnik Omskogo universiteta*. 2014. №2. pp. 30–42. (in Russian)
22. Shakhmatov N.F. *Psikhicheskoe starenie: schastlivoe i boleznennoe*. Moscow: Meditsina, 1966. 304 p. (in Russian)
23. Shcheplev P.A., Garin N.N. *Doktor. ru*. 2005. №5-6. pp. 5. (in Russian)

Поступила 01.08.16.