

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭНДОКРИННО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕЙ

А.Е. Бобров, Г.Е. Чернуха, Т.Е. Никитина,  
И.Н. Агамамедова, Г.И. Табеева, Д.В. Гусев

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –  
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России  
ФГБОУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. В.И.Кулакова Минздрава РФ*

В последнее десятилетие проблема гипоталамической (функциональной) аменореи (ФГА) приобрела особенно острое звучание [14]. Генез этого нарушения в значительной степени связан с изменением поведения современных женщин. Оно обусловлено психосоциальными сдвигами, изменением стандартов красоты и внешнего облика, трансформацией гендерных стереотипов, широким вовлечением женщин в конкурентную корпоративную среду, а также несбалансированной пропагандой средств достижения «здорового» образа жизни. Решающую роль в этом сыграла коммерциализация спорта, распространение фитнеса, низкокалорийных диет и косметологии.

Вместе с этим, несомненную роль в генезе ФГА играют психические расстройства, распространенность которых в современном обществе весьма значительна [17, 18, 26].

Считается, что от 5 до 10% женщин репродуктивного возраста страдают бесплодием, которое часто сочетается с депрессией, тревогой и расстройствами приема пищи [22]. Отчасти указанные психические нарушения обусловлены эмоциональным стрессом вследствие бесплодия. Однако ряд психических расстройств, таких как депрессия, нервная анорексия и эпилепсия, сами по себе часто являются причиной аменореи. В литературе также имеются указания на наличие патогенетических взаимосвязей между нейропсихиатрическими расстройствами и ведущими причинами овуляторной инфертильности, гипоталамической аменореи и синдромом поликистозных яичников. В последние десятилетия в спектре этих психосоматических расстройств всё чаще рассматривается и специфический синдром, получивший название «женская атлетическая триада» [20].

Вначале, когда этот синдром описывался только у профессиональных спортсменок, к нему относили расстройства приема пищи, аменорею и остеопороз. Однако с течением времени сходные расстройства стали выявляться и в других группах населения – у любительниц фитнеса и спортивных танцев, женщин, придерживающихся различного рода диет, актрис, манекенщиц и т.п. Женская атлетическая триада стала рассматриваться более широко – как спектр психофизиологических состояний, характеризующихся пониженным потреблением энергии, дисфункцией менструального цикла и снижением плотности костной ткани [20]. При этом факт наличия клинически значимого расстройства приема пищи стал необязательным.

В связи со сказанным следует отметить, что в последнее время произошли существенные изменения в представлениях о расстройствах приема пищи [11, 12, 15]. В частности, показано, что эти состояния могут переходить друг в друга, нередко они приобретают смешанный или субклинический характер [21, 23]. Целый ряд фактов свидетельствует о наличии связи расстройств приема пищи с расстройствами личности и биполярным аффективным расстройством [5, 13, 16, 25]. У многих пациентов выделяются личностные и психологические затруднения [9].

Все сказанное свидетельствует о целесообразности комплексной психопатологической и медико-психологической оценки состояния больных с функциональной гипоталамической аменореей и, в особенности, ее вариантов, соответствующих женской атлетической триаде.

**Цель исследования:** анализ психического состояния пациенток с ФГА, их психологических особенностей, а также изыскание возможных психосоматических взаимосвязей.

## Материал и методы

В работу вошли результаты обследования 69 пациенток, находившихся на обследовании и лечении в Центре гинекологии, акушерства и перинатологии им. В.И.Кулакова с диагнозом ФГА. В исследовании приняли участие пациентки в возрасте от 18 до 35 лет. Гинекологический диагноз устанавливался на основании клинических данных (аменорея более 3 мес. на фоне ранее регулярного менструального цикла), результатов гормонального обследования и отсутствия органических нарушений гипоталамо-гипофизарной области по данным МРТ. Критериями исключения из исследования служили: маточная форма аменореи, синдром поликистозных яичников и преждевременной недостаточности яичников, гиперпролактинемия, органическая патология гипоталамо-гипофизарной области, аутоиммунные заболевания и тяжелая соматическая патология.

Все пациентки дали добровольное информированное согласие на проведение психиатрического обследования. 63 из них прошли индивидуальное собеседование с психиатром, которое осуществлялось дистанционно по Скайпу и включало полуструктурированное клиническое интервью MINI-6 («Международное нейропсихиатрическое интервью»), а также сбор ряда дополнительных данных, касающихся анамнеза и личностных характеристик. Кроме того, больным предлагалось пройти психологическое тестирование с помощью Методики многостороннего исследования личности (ММИЛ) [1], а также Опросника расстройств приема пищи (ОРПП) – EDI-2 [2, 3].

Достоверные результаты по ММИЛ были получены при обследовании 69 больных, соответствующие данные по ОРПП получены от 48 пациенток. Все материалы получены дистанционно.

## Результаты

Как свидетельствуют результаты обследования, более чем у 90% больных на момент обследования выявлялись психопатологические состояния (табл. 1). С наибольшей частотой у них имелись расстройства приема пищи, депрессивные состояния, а также расстройства биполярного спектра, генерализованное тревожное расстройство и стрессовые расстройства (продолжительная депрессивная реакция).

Указанные расстройства приема пищи были представлены в основном типичной и атипичной нервной анорексией (23 больных). У 7 пациенток отмечалась атипичная нервная булимия. Особенностью состояния указанных пациенток являлось то, что у них не отмечалось существенного снижения массы тела. Индекс массы тела находился либо на нижней границе нормы, либо - незначительно ниже установленного порога. Вместе с тем у большинства пациенток имелась тенденция к употреблению продуктов с пониженной энергетической ценностью, а также с несбалансированным соотношением белков, жиров, углеводов и минеральных веществ.

Обращает на себя внимание также значительная частота депрессивных и дистимических состояний, к которым можно отнести как депрессивные расстройства, дистимию, так и продолжительные (депрессив-

Таблица 1

**Общая частота психических расстройств (ведущих и коморбидных) у больных ФГА на момент обследования и в анамнезе (n=63)**

Психические расстройства	Текущее		В прошлом	
	Абс.	%	Абс.	%
Расстройства биполярного спектра	9	14,3		
Биполярное аффективное расстройство	6	9,5		
Циклотимия	3	4,8		
Депрессивные расстройства	10	15,9	5	7,9
Депрессивный эпизод	8	12,7		
Рекуррентная депрессия	2	3,2		
Дистимия	4	6,3		
Тревожно-фобические расстройства	4	6,3		
Паническое расстройство	3	4,8		
Генерализованное тревожное расстройство	9	14,3	1	1,6
Обсессивно-компульсивное расстройство	1	1,6		
Расстройство адаптации продолжительное	9	14,3	4	6,3
Соматоформные расстройства	2	3,2		
Расстройства приема пищи	30	47,6	9	14,3
Расстройства сна	1	1,6		
Алкогольная зависимость	-	-	1	1,6
Расстройства личности	29	46,0		
Здоровы	6	9,5		
Психические расстройства диагностированы	57	90,5	20	31,8
Всего клинически обследовано	63			

ные) расстройства адаптации (всего 23 больных). К ним примыкают тревожные расстройства, которые наблюдались у 17 больных.

Нельзя также не обратить внимания на большое количество аномалий личности, которые выявлялись, по крайней мере, у 29 пациенток. Почти в половине случаев (14 пациенток) был установлен диагноз эмоционально неустойчивого расстройства личности. Однако наряду с этим у больных выявлялись и тревожные, и шизоидные, и зависимые личностные расстройства.

При психопатологическом анализе состояния обследованных пациенток обращали на себя внимание присущие подавляющему большинству из них перфекционизм, гиперсоциальные установки и недостаточная поло-ролевая дифференцированность. В целом же ряде случаев отмечалась отчетливая психологическая маскулинизация.

Результаты психодиагностического обследования больных с помощью теста ММИЛ и последующего факторного анализа полученных данных показали, что поведение больных с ФГА характеризуется наличием четырех основных паттернов: параноидного, соматоформного, депрессивного и гипертимного. Они отражены на диаграмме в виде усредненных профилей ММИЛ по каждой из групп, выделенных на основе факторного анализа (рис. 1).

Распределение пациенток в зависимости от преобладающего паттерна поведения было следующим. В группу со склонностью к параноидному реагированию вошли 11 пациенток, с преобладанием соматоформных реакций – 15, с депрессивным стилем реагирования – 14 и в группу с преобладанием гипертимии – 29 пациенток. Следует подчеркнуть, что приведенные на диаграмме значения профиля

ММИЛ по каждой из групп не выходили за границы нормы – 70 Т-баллов, поскольку характеризовали усредненные тренды поведения. Однако у 32 из 69 (46,4%) больных эти значения превышали норму. Еще у 19 (27,5%) пациенток отмечались выраженные тенденции к преуменьшению тяжести психологических проблем за счет усиленной конформности. В группе больных со склонностью к параноидным реакциям патологический профиль ММИЛ отмечался у 9 пациенток (81,8%), в группе с соматоформными реакциями – у 11 (73,3%), в группе с депрессивными реакциями – у 5 (35,7%), а в группе с гипертимным реагированием – у 7 (24,1%). При этом тенденции к преуменьшению тяжести проблем были наиболее выражены при депрессивном и гипертимном стилях поведения.

Больные с преобладанием параноидного паттерна поведения характеризовались склонностью к сверхценным образованиям (особенно касающимся правильного питания и сохранения здоровья), внешне обвиняющим стилем реагирования, невысокой общительностью и напряженно-гипотимным фоном настроения.

Пациентки из группы с преобладанием соматоформного стиля отличались большим количеством жалоб на соматическое неблагополучие, психовегетативными расстройствами, демонстративностью, а также склонностью к конверсиям и психической диссоциации. Сюда же вошли пациентки с выраженной деперсонализацией, дисморфоманией и сверхценной ипохондрией.

Депрессивный стиль поведения определялся анергией, общим снижением силы побуждений, пониженной самооценкой, относительной социальной изоляцией, а также пессимизмом. Интересно, что у

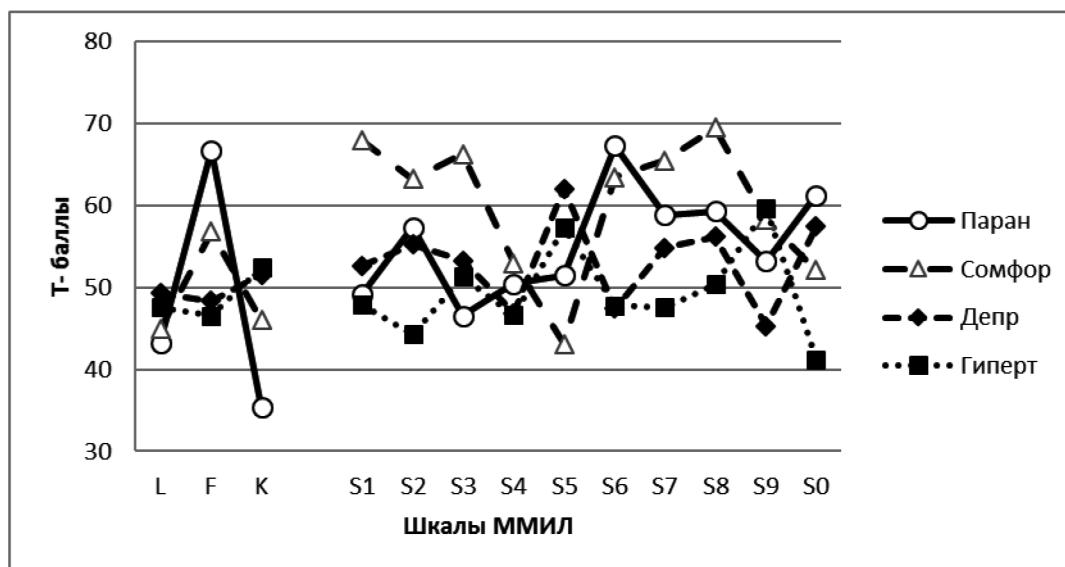


Рис. 1. Основные стили поведения больных с ФГА (по результатам факторного анализа данных ММИЛ)  
Примечания: Паран – параноидный; Сомфор – соматоформный; Депр – депрессивный; Гиперт – гипертимный; L – Шкала лжи; F – Достоверность; K – Конформность; S1 – Соматизация; S2 – Депрессия; S3 – Демонстративность; S4 – Протест/Импulsивность; S5 – Поло-ролевые интересы; S6 – Паранойальность; S7 – Психастения; S8 – Аутизация; S9 – Гипомания; S0 – Социальная включенность.

больных этой подгруппы обнаруживался отчетливый пик по 5-й шкале (мужские/ женские интересы). Это свидетельствует об имеющихся у пациенток затруднениях в сфере гендерной идентичности. Отмечалось преобладание «мужских» интересов и способов достижения целей, малая чувствительность к нюансам межличностных отношений, склонность отрицать наличие психологических проблем, а также высокая внутренняя детерминированность поведения.

Четвертый – гипертимный тип поведения характеризовался повышенным настроением, активностью и уверенностью в себе. При этом так же, как и в предыдущей группе больных, имела место тенденция к поведенческой маскулинизации, а также отрицанию психологических проблем.

Дополнительные психологические характеристики выделенных паттернов поведения были получены при анализе данных тех же самых пациенток, прошедших обследование с помощью теста ОРПП.

Как следует из диаграммы (рис. 2), у больных с соматоформным, депрессивным и гипертимным паттернами поведения отмечалось сильное стремление к снижению веса, которое сочеталось с аскетичным образом жизни и выраженной неудовлетворенностью своим телом. Другой психологической чертой этих пациенток являлось переживание собственной психологической несостоятельности и неэффективности. Это было особенно характерно для больных с параноидным и депрессивным стилем поведения, но

часто отмечалось и при других вариантах поведения больных с ФГА.

Особенности больных с гипертимным стилем поведения выражались в перфекционизме, склонности к фиксации на interoцептивных ощущениях, а также ощущении недостаточности социального комфорта.

### Обсуждение

Как следует из приведенных материалов, у подавляющего большинства пациенток с ФГА имеются психические расстройства, причем более четверти больных склонны отрицать или преуменьшать их выраженность. Почти в половине случаев – это расстройства приема пищи, преимущественно, в форме нервной анорексии (как типичной, так и атипичной формы). Более чем в 30% случаев имеются аффективные расстройства биполярного или рекуррентного типа. Примерно в таком же проценте случаев (чуть менее 30%) наблюдаются тревожные и связанные со стрессом расстройства. Причем эта категория психопатологических состояний нередко сопутствует расстройствам приема пищи и аффективным расстройствам. Следует подчеркнуть, что сами по себе ФГА необязательно связаны с клинически очерченными формами психических расстройств. Но они могут указывать на наличие ремиссий, предболезненных и субсиндромальных состояний.

Полученные данные также свидетельствуют о важной роли патологии личности при ФГА. В 46,4% случаев личностные аномалии способствуют нару-

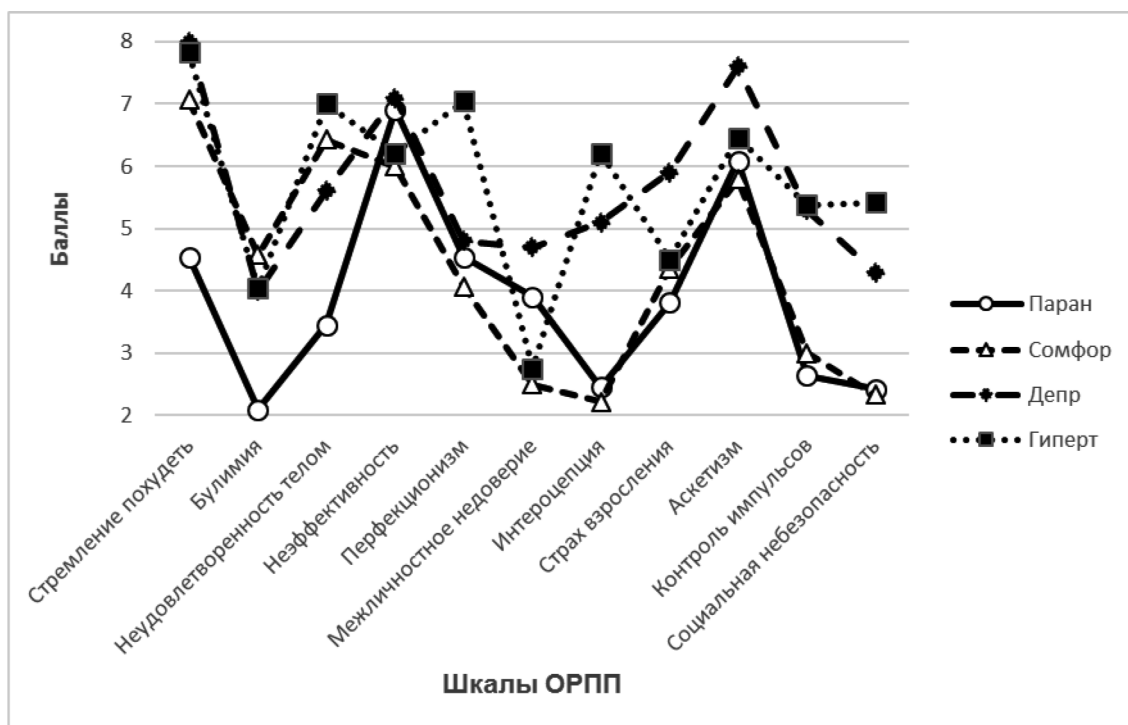


Рис. 2. Результаты тестирования больных ФГА с помощью ОРПП

Примечания: Паран – параноидный; Сомфор – соматоформный; Депр – депрессивный; Гиперт – гипертимный; 1 – Стремление похудеть; 2 – Булимия; 3 – Неудовлетворенность телом; 4 – Неэффективность; 5 – Перфекционизм; 6 – Межличностное недоверие; 7 – Интероцепция; 8 – Страх взросления; 9 – Аскетизм; 10 – Контроль импульсов; 11 – Социальная небезопасность.

шениям психосоциальной адаптации. Указанные состояния сопряжены с несколькими характерологическими паттернами, которые условно можно обозначить как параноидный, соматоформный, депрессивный и гипертимный. Наиболее очевидны нарушения адаптации у больных параноидного и соматоформного круга. При субдепрессивном и гипертимном вариантах эти нарушения имеют стертый характер.

Наиболее характерными чертами личности пациенток с ФГА являются эмоциональная неустойчивость, перфекционизм, склонность отождествляться с социальными нормами, а также недостаточное развитие поло-ролевых установок. При этом, несмотря на определенное разнообразие форм поведения, важнейшим элементом психологического состояния всех обследованных больных является фрустрация, обусловленная субъективным ощущением недостаточной психологической эффективности. Это ощущение может подталкивать к уменьшению социальных запросов (аскетизму) за счет подавления или искажения спектра индивидуальных потребностей [24].

Из сказанного следует, что немаловажную роль при ФГА играют затруднения в становлении психосоциальной идентичности, в особенности, связанные с формированием поло-ролевых установок [10]. Смещение этих установок в сферу достижения формальных атрибутов социализации, таких как профессиональная успешность, «здоровый» образ жизни и внешняя привлекательность, создает условия для заострения проблем, порожденных незавершенностью психосексуального развития [6, 7, 19]. А это, с учетом индивидуальных особенностей пациенток и складывающихся психосоциальных условий, предрасполагает к возникновению тех или иных форм психических расстройств [4, 8].

Практическим выводом из проделанной работы является рекомендация направлять всех больных с ФГА на консультацию к врачу-психотерапевту для

решения вопроса о целесообразности назначения фармакотерапии и психотерапии. Обоснованием для такой рекомендации служит высокая частота и разнообразие психических расстройств у этой категории больных.

Ограничения данного исследования связаны, прежде всего, с методиками сбора материала. Проведение психиатрического собеседования по Интернет не позволяет полностью воссоздать психологическую атмосферу врачебного приема, что может создать условия для диссимуляции. Тем не менее, полученные данные указывают на довольно высокую комплаентность пациенток, что подтверждается значительной частотой выявленных психических расстройств. Длительность интервью, а также его неформальный характер позволяли существенно уменьшить влияние диссимулятивных установок. Кроме того, поддержка при направлении к психиатру со стороны гинекологов также обеспечивала хорошую надежность полученных данных.

Вторым фактором, ограничивающим результаты исследования, явилась недостаточная изученность русскоязычной версии опросника ОРПП. Выполненное ранее исследование [2] с использованием данного опросника является по-существу, единственным в нашей стране. Тем не менее, сопоставление полученных результатов с данными клинического обследования, а также результатами тестирования с помощью ММИЛ [1] косвенно подтверждает сделанные выводы, однако, конечно, не исключает необходимости дальнейшей валидации ОРПП.

Наконец, наличие у 27,5% больных выраженных тенденций к преуменьшению выраженности психологических затруднений говорит о том, что психопатологические проявления у обследованных пациенток могут далеко не исчерпываться описанными выше вариантами. Для их анализа потребуются дополнительное изучение больных с ФГА.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П. Русский модифицированный вариант психологического теста ММРП и его применение в психиатрической практике // Проблемы психоневрологии. М., 1969. С. 337–342.
2. Гурова О.Ю. Метаболические и психические особенности пациенток с ожирением: Автореф. дисс. ... на соискание ученой степени канд. мед. наук. Москва, 2010.
3. Гурова О.Ю., Бобров А.Е., Романцова Т.И., Роик О.В. Метаболические и психопатологические особенности у больных морбидным ожирением // Ожирение и метаболизм. 2007. № 3. С. 28–33.
4. Ålgars M., Alanko K., Santtila P., Sandnabba N.K. Disordered eating and gender identity disorder: a qualitative study // Eat Disord. 2012. Vol. 20, N 4. P. 300–311.
5. Álvarez Ruiz E.M., Gutiérrez-Rojas L. Comorbidity of bipolar disorder and eating disorders // Rev. Psiquiatr. Salud. Ment. 2015. Vol. 8, N 4. P. 232–341.
6. Beerens V., Vermassen A., Vrieze E., Pieters G. Sexuality in eating-disorder patients // Tijdschrift Voor Psychiatrie. 2014. Vol. 56, N 4. P. 268–272.
7. Behar A.R. Evolutionary perspective of eating disorders // Revista medica de Chil. 2012. Vol. 140. P. 517–523.
8. Behar A.R. Eating disorders not otherwise specified, partial syndromes and subclinical disorders: a warning in primary care // Rev. Med. Chil. 2008. Vol. 136, N 12. P. 1589–1598.
9. Behar R., Arancibia M., Heitzer C., Meza N. Body dysmorphic disorder: clinical aspects, nosological dimensions and controversies with anorexia nervosa // Revista medica de Chil. 2016. Vol. 144. P. 626–633.
10. Brogna P., Caroppo E. The body as a simulacrum of identity: the subjective experience in the eating disorders // Ann. Ist. Super. Sanita. 2010. Vol. 46, N 4. P. 427–435.
11. Dell'Osso L., Abelli M., Carpita B., Pini S., Castellini G., Carmassi C., Ricca V. Historical evolution of the concept of anorexia nervosa and relationships with orthorexia nervosa, autism, and obsessive-compulsive spectrum // Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2016. Vol. 7. P. 1651–1660.
12. Dingemans A.E., van Furth E.F. EDNOS is an eating disorder of clinical relevance, on a par with anorexia and bulimia nervosa // Tijdschrift Voor Psychiatrie. 2015. Vol. 57. P. 258–264.
13. Dominé F., Dadoumont C., Bourguignon J.P. Eating disorders throughout female adolescence // Endocrine Development. 2012. Vol. 22. P. 271–286.
14. Gordon C.M., Ackerman K.E., Berga S.L., Kaplan J.R., Mastorakos G., Misra M., Murad M.H., Santoro N.F., Warren M.P. Functional Hypothalamic Amenorrhea: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline // Clin. Endocrinol. Metab. 2017. Vol. 102. P. 1413–1439.
15. Haman L., Barker-Ruchti N., Patriksson G., Lindgren E.C. Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome // Int. J. Qual. Stud. Health Well-being. 2015. Vol. 10. P. 267–299.

16. Hoek H.W., van Elburg A.A. Feeding and eating disorders in the DSM-5 // Tijdschrift Voor Psychiatrie. 2014. Vol. 56. P. 187–191.
17. Jacobi F. et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH) [Журнал] // Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2014. Vol. 23. P. 304–319.
18. Klemetti R., Raitanen J., Sihvo S., Saarni S., Koponen P. Infertility, mental disorders and well-being--a nationwide survey Acta Obstet. Gynecol. Scand. 2010. Vol. 89. P. 677–682.
19. Klump K.L. Puberty as a critical risk period for eating disorders: a review of human and animal studies // Hormones Behav. 2013. Vol. 64. P. 399–410.
20. Matzkin E., Curry E.J., Whitlock K. Female Athlete Triad: Past, Present, and Future // J. Am. Acad. Orthop. Surg. 2015. Vol. 23. P. 424–432.
21. Michalska A., Szejko N., Jakubczyk A., Wojnar M. Nonspecific eating disorders – a subjective review // Psychiatr. Pol. 2016. Vol. 50. P. 497–507.
22. Schweiger U., Wischmann T., Strowitzki T. Mental disorders and female infertility // Nervenarzt. 2012. Vol. 83. P. 1442–1447.
23. Sharan P., Sundar A.S. Eating disorders in women // Indian Psychiatry. 2015. Vol. 57. P. S286–295.
24. Uzunian L.G., Vitale M.S. Social skills: a factor of protection against eating disorders in adolescents // Cien Saude Colet. 2015. Vol. 20. P. 3495–3508.
25. Weiselberg E.C., Gonzalez M., Fisher M. Eating disorders in the twenty-first century // Minerva Ginecologica. 2011. Vol. 63. P. 531–545.
26. Wittchen H.U. et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 // Eur. Neuropsychopharmacol. 2011. Vol. 21. P. 655–679.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭНДОКРИННО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ГИПОТАЛАМИЧЕСКОЙ АМЕНОРЕЕЙ

**А.Е. Бобров, Г.Е. Чернуха, Т.Е. Никитина, И.Н. Агамамедова, Г.И. Табеева, Д.В. Гусев**

Функциональная гипоталамическая аменорея (ФГА) – одна из частых причин бесплодия. Цель исследования: анализ психического состояния и психологических особенностей больных ФГА. Материал и методы: обследовано 69 пациенток в возрасте 18–35 лет с диагнозом ФГА. Обследование проводили по Интернет. Использовали клиническое интервью MINI-6, тесты ММИЛ и ОРПП. Результаты: более чем у 90% больных выявлялись психические расстройства, чаще всего – расстройства приема пищи (47,6%), депрессивные состояния (15,9%), расстройства биполярного спектра (14,3%), генерализованное тревожное расстройство (14,3%) и пролонгированная депрессивная реакция (14,3%). По результатам ММИЛ было выделено четыре основные паттерна поведения больных – параноидный, соматоформный, депрессивный и гипертимный. По данным ОРПП, у больных с соматоформным, депрессивным и гипертимным паттер-

нами поведения отмечалось сильное стремление к снижению веса, аскетичному образу жизни, выраженная неудовлетворенность своим телом и переживание собственной психологической несостоятельности и неэффективности. Характерными чертами личности пациенток с ФГА являются эмоциональная неустойчивость, перфекционизм, отождествление с социальными нормами, а также недостаточное развитие поло-ролевых установок. Обсуждение: большинство больных ФГА нуждаются в психотерапевтической помощи, поскольку у них имеются психические расстройства. Немаловажную роль при ФГА играют затруднения в становлении психосоциальной идентичности, в особенности, поло-ролевых установок.

**Ключевые слова:** функциональная гипоталамическая аменорея, «женская атлетическая триада», расстройства приема пищи, аномалии личности.

## PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES AND ENDOCRINOLOGICAL AND GYNAECOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN WITH FUNCTIONAL HYPOTHALAMIC AMENORRHEA

**A.E. Bobrov, G.E. Chernukha, T.E. Nikitina, I.N. Agamamedova, G.I. Tabeyeva, D.V. Gusev**

Functional hypothalamic amenorrhea (FHA) is a common cause of infertility. Aim: analysis of mental condition and psychological features of patients with FHA. Material and method: 69 patients with FHA, aged 18–35 years. Patients were investigated online using the clinical interview MINI-6, the ММИЛ personality test and the ОРПП test for restrictive eating disorder. Results: mental disorders were found in more than 90% patients. Most common were eating disorders (47,6%), depressive conditions (15,9%), bipolar spectrum disorders (14,3%), generalized anxiety disorder (14,3%) and long-term depressive reactions (14,3%). The ММИЛ personality test revealed four prevalent behaviour patterns: paranoid, somatoform, depressive and hyperthymic ones. According to the ОРПП

results, patients with somatoform, depressive and hyperthymic behaviour patterns demonstrated a strong drive to reduce their body weight and tended to live an ascetic life, were deeply dissatisfied with their body, their psychological failure and inefficiency. Patients with FHA demonstrate such personality characteristics as emotional instability, perfectionism, identification with social norms and inadequate development of gender identity. Discussion: because of mental disorders, majority of FHA patients need psychotherapeutic care. They have difficulties in development of psychosocial identity and especially in development of gender identity.

**Key words:** functional hypothalamic amenorrhea, the female athlete triad, eating disorder, personality abnormalities

**Бобров Алексей Евгеньевич** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ НП им. В.П.Сербского» Минздрава РФ; e-mail: bobrov2004@yandex.ru

**Чернуха Галина Евгеньевна** – доктор медицинских наук, профессор, зав. отделением, ФГБОУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава РФ; e-mail: c-galina1@yandex.ru

**Никитина Таисия Евгеньевна** – кандидат медицинских наук, научный сотрудник Московского НИИ психиатрии – филиала ФГБУ «НМИЦ НП им. В.П.Сербского» Минздрава РФ; e-mail: doctorip@mail.ru

**Агамамедова Ирина Николаевна** – кандидат медицинских наук, врач-психотерапевт, Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ НП им. В.П.Сербского» Минздрава РФ; e-mail: agama6@yandex.ru

**Табеева Гюзьяль Искандеровна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБОУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава РФ; e-mail: doctor.gtab@gmail.com

**Гусев Дмитрий Вадимович** – аспирант, ФГБОУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава РФ; e-mail: doctor.dgusev@gmail.com