

Тювина Н.А., Воронина Е.О., Балабанова В.В., Тюльпин Ю.Г.

Кафедра психиатрии и наркологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, Москва, Россия  
119021, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

## Клинические особенности депрессии у женщин в сравнении с мужчинами

**Цель исследования** — изучение клинических особенностей депрессии у женщин в сравнении с мужчинами.

**Пациенты и методы.** Клиническим методом с помощью специально разработанной карты и MADRS (Montgomery-Asberg Depression Scale) обследовано 120 женщин в возрасте 18–65 лет с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР; F33 по МКБ-10), составивших основную группу, и 67 мужчин того же возраста с РДР — контрольная группа.

**Результаты.** Клиническая картина и течение РДР имеют гендерные различия. Более раннее начало заболевания у женщин с большим числом депрессивных приступов и менее качественными ремиссиями обусловлено взаимосвязью и взаимовлиянием менструально-репродуктивной функции и депрессии. Такие типичные для эндогенной депрессии симптомы, как замедление мышления, ангедония, уменьшение продолжительности сна и ранние утренние пробуждения, суточные колебания настроения с его ухудшением в утренние часы, были характерны для большинства женщин и мужчин. В структуре депрессии у женщин чаще наблюдались тревога, идеи самообвинения, суицидальные мысли, избегание контактов с окружающими, слабость, усталость, снижение или повышение аппетита, нарушение засыпания и отсутствие чувства сна. У мужчин преобладали такие симптомы, как тоска, двигательная заторможенность, снижение мотивации, соматические симптомы депрессии (тахикардия, запор), коморбидные панические атаки и сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и мочеполовой систем. Мужчины чаще злоупотребляли алкоголем и другими психоактивными веществами.

**Заключение.** Выявленные особенности депрессии у женщин и мужчин позволят проводить более точную диагностику и назначать адекватную терапию.

**Ключевые слова:** депрессия; гендер; пол; депрессия у женщин; депрессия у мужчин.

**Контакты:** Нина Аркадьевна Тювина; [natuvina@yandex.ru](mailto:natuvina@yandex.ru)

**Для ссылки:** Тювина НА, Воронина ЕО, Балабанова ВВ, Тюльпин ЮГ. Клинические особенности депрессии у женщин в сравнении с мужчинами. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2018;10(3):48–53.

### *Clinical features of depression in women compared with men*

*Tyuvina N.A., Voronina E.O., Balabanova V.V., Tyulpin Yu.G.*

*Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia  
11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021*

**Objective:** to study the clinical features of depression in women compared with men.

**Patients and methods.** 120 women aged 18–65 years with recurrent depressive disorder (RDD; ICI-10 F33) (a study group) and 67 men of the same age with RDD (a control group) were clinically examined using a specially designed schedule and the Montgomery-Asberg Depression Scale.

**Results.** The clinical picture and the course of RDD have gender differences. The earlier onset of the disease in women with a large number of depressive attacks and lower quality remissions is due to the relationship and mutual influence of menstrual and reproductive function and depression. Such typical symptoms of endogenous depression, as slow thinking, anhedony, decreased sleep duration and early morning awakenings, as well as diurnal swings of mood with its deterioration in the morning, were characteristic for most women and men. The pattern of depression in women is more commonly characterized by anxiety; ideas of self-accusation; suicidal thoughts; avoidance of contacts with others; weakness; fatigue; decreased or increased appetite; sleep onset insomnia; lack of sleep feeling. That in men is more often marked by symptoms, such as melancholy; motor retardation; decreased motivation; somatic symptoms of depression (tachycardia, constipation); comorbid panic attacks; and concomitant diseases of the cardiovascular, respiratory and genitourinary systems. Men more frequently abuse alcohol and other psychoactive substances.

**Conclusion.** The revealed features of depression in women and men will be able to more accurately diagnose and to prescribe adequate therapy.

**Keywords:** depression; gender; sex; depression in women; depression in men.

**Contact:** Nina Arkadyevna Tyuvina; [natuvina@yandex.ru](mailto:natuvina@yandex.ru)

**For reference:** Tyuvina NA, Voronina EO, Balabanova VV, Tyulpin YuG. Clinical features of depression in women compared with men. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2018;10(3):48–53.

**DOI:** 10.14412/2074-2711-2018-3-48-53

Депрессивные расстройства занимают лидирующую позицию среди всех нейропсихических заболеваний. В странах Европейского союза их удельный вес у женщин составляет около 30%, у мужчин – 23% [1]. При этом установлено, что женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины [2, 3], и имеют вдвое больший риск ее развития по сравнению с мужчинами, начиная с подросткового возраста, т. е. с момента становления менструального цикла [2]. Женщины чаще обращаются к врачу, и у них более высокая выявляемость депрессивных расстройств [4, 5]. Мужчины же, как правило, скрывают свои эмоциональные переживания от врача и окружающих, считая их проявлением слабости, что является социально неприемлемым. Они увлекаются экстремальными видами спорта, азартными играми, «уходят» в работу, чтобы вернуть утраченный интерес к жизни. Депрессивные переживания мужчины пытаются облегчить употреблением алкоголя и психоактивных веществ [6]. Более высокая частота депрессии у женщин объясняется их особым положением в семье и обществе, выполняемой социальной ролью, негативным влиянием социально-экономических, религиозных, культуральных факторов на полоролевой и социальный статус. Во многих странах женщины до сих пор имеют неравные права с мужчинами, хотя женщину могут высоко ценить как мать, жену или специалиста [3]. Депрессия у женщин может быть связана с сугубо женскими социально-психологическими и семейными проблемами, такими как одиночество, развод, бесплодие, болезни и неприятности в семье, тогда как у мужчин она чаще возникает на фоне неприятностей и неудач на работе [3, 7].

В ряде исследований отмечена сильная взаимосвязь настроения и психосоциальных факторов (стресс, состояние физического и психического здоровья) [8]. Многие авторы указывают, что депрессивные расстройства у женщин возникают в «критические» периоды нейрогормональных перестроек организма (пубертат, беременность и послеродовой период, перименопауза) [8–16]. Циклические изменения в организме женщины, обусловленные менструальным циклом, отражаются и на эмоциональной сфере в виде предменструальных ухудшений настроения [17–19]. Таким образом, на развитие депрессии у женщин и мужчин влияют как полоролевые и социальные факторы, которые принято определять как гендер, так и сугубо биологические – наличие у женщин менструально-генеративной функции, связанной с циклическим высвобождением гормонов, регулируемым нейроэндокринной системой.

В целом симптомы депрессии одинаковы у женщин и мужчин, однако имеются определенные различия в их частоте и преобладании в структуре депрессии. У женщин депрессивные эпизоды более длительные и частые, чем у мужчин [20]. Атипичная депрессия и соматические симптомы депрессии встречаются у женщин также в большем числе случаев [21]. В исследовании В. Silverstein и соавт. [22] показано, что классическая депрессия по частоте преобладающих симптомов сопоставима у женщин и мужчин, однако тревожная депрессия с соматическими симптомами у женщин встречается в 2 раза чаще. Исследование 146 тайваньских пациентов показало, что при тревожной депрессии у женщин повышался аппетит, отмечались гиперсомния, потеря чувствительности. Женщины охотнее мужчин сообщали о нарушении полового влечения. У них выявлялась большая частота нарушений сна (трудности засыпания, изме-

ненная продолжительность сна), соматических жалоб (потеря аппетита, боль в груди, головная боль), тоски и тревоги. Мужчины же указывали на большее число эпизодов, сопровождавшихся употреблением алкоголя и психоактивных веществ [23]. В исследовании, проведенном канадским эпидемиологическим сообществом, было установлено, что атипичные симптомы депрессии отмечались лишь в 11% случаев; женщин было большинство как в группе типичной, так и атипичной депрессии (77 и 75% соответственно) [24]. При исследовании близнецовых пар у женщин наблюдалась большая частота атипичных симптомов, таких как повышение аппетита, увеличение массы тела, гиперсомния, усталость. У этих пациенток также отмечались идеи виновности, плаксивость, суточные колебания настроения с преобладающим его ухудшением в утренние часы, заторможенность. У женщин по сравнению с мужчинами выявлялись: начало депрессии в более молодом возрасте и более длительные депрессивные эпизоды [25]. Данные литературы противоречивы и неоднозначны, что, вероятно, связано с различием выборок, дизайна исследований и диагностических критериев депрессии и является основанием для дальнейшего изучения этой проблемы.

**Цель** настоящей работы – оценка клинических особенностей депрессии у женщин по сравнению с мужчинами.

**Пациенты и методы.** Исследование проводилось с 2014 по 2017 г. в условиях амбулатории и стационара Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова. Клиническим и клинико-катамнестическим методом обследованы 120 женщин 18–65 лет, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством (РДР; F33 по МКБ-10), составивших основную группу, и 67 мужчин того же возраста и с таким же диагнозом – контрольная группа. В исследовании не включали женщин и мужчин с первым или единичным эпизодом депрессии, а также страдающих декомпенсированными соматическими и неврологическими заболеваниями, беременных.

Для исследования была разработана специальная карта, в которой были представлены социально-демографические характеристики пациентов, показатели течения заболевания, психопатологические и соматические симптомы депрессивного синдрома, возможные коморбидные расстройства (включая злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами), сопутствующая соматическая патология. Для оценки депрессии была также использована MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale).

Возраст больных основной группы составил в среднем 45,0 [32,5; 54,0] лет, контрольной группы – 47,0 [40,5; 54,0] лет ( $p=0,254$ ). Длительность заболевания в основной группе – 8,0 [4,0; 16,0] лет, в контрольной группе – 6,0 [2,5; 12,0] лет ( $p=0,161$ ). Тяжесть депрессии по MADRS в основной группе достигала 27,0 [26,0; 28,0] баллов, в контрольной – также 27,0 [26,0; 27,5] баллов ( $p=0,704$ ). Таким образом, группы достоверно не различались по возрасту, длительности заболевания, тяжести депрессии.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica for Windows 6.0 (StatSoft Inc.). Качественные признаки представлены в виде абсолютных и относительных (%) показателей.

Анализ соответствия распределения значений признаков характеристикам нормального распределения проводил-

ча с применением метода Колмогорова—Смирнова. Так как большинство количественных признаков не отвечало законам нормального распределения, их описывали с помощью медианы (Me) и квартилей (Me [25%; 75%]) и для оценки статистической достоверности различий между группами использовали непараметрические методы статистики. При сравнении двух независимых групп по количественным показателям применяли метод Манна—Уитни; более двух независимых групп — метод Краскела—Уоллиса, при сравнении независимых групп по качественным показателям — метод  $\chi^2$ , при необходимости — двусторонний точный критерий Фишера.

Уровень достоверности был принят как достаточный при  $p < 0,05$ ; для множественных сравнений использовалась поправка Бонферрони, в этом случае уровень достоверности определяли как  $p = 0,05/n$ , где  $n$  — количество попарных сравнений на одном и том же массиве данных.

**Результаты.** При сравнении основной и контрольной групп пациентов был выявлен ряд существенных различий. При оценке социально-демографических показателей установлено, что замужних женщин было больше, чем женатых мужчин, а число разведенных и неженатых мужчин несколько превосходило число одиноких женщин (табл. 1). Работающих мужчин оказалось достоверно больше. Меньший показатель работающих женщин, вероятно, обусловлен не только болезнью, но и социальным статусом женщины-домохозяйки, а также более низким пенсионным возрастом. Уровень образования был примерно одинаков в двух группах и статистически не различался. Таким образом, мужчины больше заняты работой, а в семейном плане адаптированы хуже женщин.

Таблица 2. Характеристика течения РДР у женщин и мужчин

Показатель	Основная группа (женщины)	Контрольная группа (мужчины)	p
Возраст начала депрессии, годы	30,0 [24,0; 44,0]	39,5 [33,0; 48,0]	0,018*
Длительность заболевания, годы	8,0 [4,0; 16,0]	6,0 [2,5; 12,0]	0,161
Количество эпизодов, n	4,0 [3,0; 6,0]	2,0 [2,0; 3,5]	<0,001*
Длительность эпизода, мес:			
максимальная	5,0 [4,0; 7,0]	5,0 [4,0; 6,0]	0,733
минимальная	2,0 [2,0; 3,0]	2,0 [2,0; 3,0]	0,086
средняя	3,5 [2,5; 5,0]	3,5 [3,0; 5,0]	0,747
Тяжесть депрессии, баллы	27,0 [26,0; 28,0]	27,0 [26,0; 27,5]	0,704
Длительность ремиссии, мес:			
максимальная	54,0 [48,0; 84,0]	48,0 [12,0; 102,0]	0,267
минимальная	6,0 [6,0; 12,0]	6,0 [4,0; 6,0]	0,004*
средняя	33,0 [24,0; 45,0]	18,0 [9,0; 32,0]	0,020*
Сезонность приступов (наличие), n (%)	20 (16,7)	13 (19,4)	0,787
Полная ремиссия (наличие), n (%)	58 (48,3)	53 (79,1)	<0,001*

Таблица 1. Социально-демографические показатели у женщин и мужчин с РДР, n (%)

Показатель	Основная группа (женщины)	Контрольная группа (мужчины)	p
Образование:			
неоконченное среднее	4 (3,3)	2 (3,0)	0,762
среднее	1 (0,8)	4 (6,0)	0,106
среднее специальное	41 (34,2)	18 (26,9)	0,386
неоконченное высшее	6 (5,0)	4 (6,0)	0,955
высшее	68 (56,7)	39 (58,2)	0,960
Семейное положение:			
разведены	26 (21,7)	19 (28,4)	0,396
вдовец/вдова	9 (7,5)	6 (9,0)	0,944
состоят в браке	60 (50,0)	23 (34,3)	0,056
не состоят в браке	25 (20,8)	19 (28,4)	0,325
Работа:			
уволены из-за болезни	41 (35,0)	21 (31,3)	0,817
работают	44 (37,0)	38 (56,7)	0,013*
не работают	60 (50,4)	25 (37,3)	0,104
на пенсии	15 (12,6)	4 (6,0)	0,244

\* Различия статистически достоверны (здесь и в табл. 2—4).

При оценке течения депрессии было выявлено, что у женщин депрессия начинается в целом в более раннем возрасте, чем у мужчин (табл. 2). При этом у 71,7% женщин депрессия манифестирует в периоды гормональной перестройки (пубертат, послеродовый период, климактерий). Длительность заболевания в основной группе составила 8,0 [4,0; 16,0] лет, в контрольной — 6,0 [2,5; 12,0] лет. Депрессивных эпизодов у женщин было достоверно больше, чем у мужчин. Средняя продолжительность депрессивного эпизода у мужчин и женщин достоверно не различалась, однако ремиссии оказались достоверно более длительными у женщин, что при большем числе эпизодов, вероятно, может быть связано с более ранним началом у них депрессии. Однако полной ремиссии чаще удавалось добиться у мужчин (79,1%), чем у женщин (48,3%), что можно объяснить наличием предменструального синдрома у 65% пациенток, в

Таблица 3. Клинические особенности РДР у женщин и мужчин, n (%)

Показатель	Основная группа (женщины)	Контрольная группа (мужчины)	p
<b>Преобладающий аффект:</b>			
тревога	65 (54,2)	25 (37,3)	0,039*
апатия	21 (17,5)	4 (6,0)	0,046*
тоска	34 (28,3)	38 (56,7)	<0,001*
Снижение аппетита	95 (79,2)	42 (62,7)	0,023*
Повышение аппетита	7 (5,8)	0 (0,0)	0,107
Снижение либидо	88 (73,3)	40 (59,7)	0,079
Нарушение сна	112 (93,3)	57 (85,1)	0,115
<b>Уменьшение продолжительности сна</b>			
Ранние пробуждения	76 (67,9)	55 (82,1)	0,057
Нарушение засыпания	67 (59,8)	27 (40,3)	0,017*
Отсутствие сна	34 (30,4)	5 (7,5)	<0,001*
<b>Соматические симптомы:</b>			
тахикардия	45 (43,7)	53 (79,1)	<0,001*
повышение АД	57 (55,3)	39 (58,2)	0,832
снижение массы тела	65 (63,1)	14 (20,9)	<0,001*
повышение массы тела	11 (10,7)	0 (0,0)	0,014*
запор	17 (16,5)	21 (31,3)	0,037*
сухость кожных покровов	20 (19,4)	6 (9,0)	0,102
Панические атаки	26 (23,4)	32 (47,8)	0,001*
<b>Психические симптомы:</b>			
идеи самообвинения и др.	102 (85,0)	36 (53,7)	<0,001*
снижение мотивации	82 (68,3)	63 (94,0)	<0,001*
ангедония	111 (92,5)	61 (91,0)	0,944
избегание контактов с окружающими	82 (68,3)	34 (50,7)	0,026*
страдание от одиночества	47 (39,2)	19 (28,4)	0,186
замедление мышления	89 (74,2)	52 (77,6)	0,728
усталость	98 (83,8)	44 (65,7)	0,009*
изменение двигательной активности (заторможенность)	63 (55,3)	60 (89,6)	<0,001*
изменение двигательной активности (возбуждение)	51 (44,7)	7 (10,4)	<0,001*
суицидальные мысли	42 (35,0)	4 (6,0)	<0,001*
суточные колебания настроения	92 (77,3)	35 (52,2)	<0,001*
плохое настроение по утрам	85 (93,4)	67 (100,0)	0,085

Примечание. АД – артериальное давление.

рамках которого наблюдалось ухудшение психического состояния. Тяжесть депрессии по MADRS, наличие сезонности приступов достоверно не различались в сравниваемых группах. Однако сезонность в течении депрессии у женщин встречалась достоверно чаще в тех случаях (20,9%), когда манифестация депрессии не была связана с периодами гормональной перестройки.

При сравнении клинической картины депрессии у женщин и мужчин было установлено, что у женщин достоверно чаще ведущим аффектом являлась тревога, у мужчин – тоска (табл. 3). Апатическая депрессия редко встречалась

как у женщин, так и у мужчин, но все же достоверно чаще она наблюдалась у женщин. Для женщин были более характерны снижение аппетита (повышение аппетита отмечалось редко и только у женщин), наличие суточных колебаний настроения с ухудшением в подавляющем большинстве случаев в утренние часы, суицидальных мыслей, отсутствие сил, энергии, постоянное чувство усталости. У мужчин, как правило, наблюдалось изменение двигательной активности в виде заторможенности, тогда как у женщин – возбуждение. Снижение либидо было представлено примерно одинаково в основной и контрольной группах. Характерные для депрессии нарушения сна (ранние пробуждения, укороченный сон) в равной степени присутствовали в структуре депрессии у женщин и мужчин, однако женщины достоверно чаще жаловались на нарушения засыпания и отсутствие чувства сна. Среди психических симптомов у женщин достоверно чаще встречались идеи самообвинения и самоуничижения, избегание контактов с окружающими. Снижение мотивации достоверно более часто выявляли у мужчин. Ангедония и страдание от одиночества были представлены примерно одинаково в обеих группах.

Что касается соматических симптомов, наблюдающихся при депрессии, женщины достоверно реже жаловались на запор и тахикардию. Для мужчин были характерны панические атаки наряду с другими соматическими симптомами.

Коморбидность со злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами была достоверно выше у мужчин по сравнению с женщинами (34,3% против 10,0%;  $p < 0,001$ ).

При оценке сопутствующей соматической патологии были получены данные, согласно которым мужчины имеют достоверно большее число за-

болеваний сердечно-сосудистой, дыхательной и мочеполовой систем (табл. 4). Преобладание сопутствующих сердечно-сосудистых и легочных заболеваний у мужчин, возможно, определяется достоверно большим наличием у них вредных привычек по сравнению с женщинами (74,6% против 22,7%;  $p < 0,001$ ).

**Обсуждение.** Таким образом, полученные в исследовании данные свидетельствуют о том, что клиническая картина и течение РДР имеют определенные гендерные различия, что согласуется с мнением ряда авторов. Более раннее начало заболевания у женщин [2, 25] с большим количеством

приступов [20] и менее качественными ремиссиями (в связи с наличием предменструальных ухудшений состояния в период становления ремиссии и «предвестников заболевания» в рамках предменструального синдрома) [16] обусловлено взаимосвязью и взаимовлиянием менструально-генеративной (репродуктивной) функции и депрессии. Такие типичные для эндогенной депрессии симптомы, как замедление мышления, ангедония, ранние утренние пробуждения, суточные колебания настроения с ухудшением состояния по утрам, уменьшение продолжительности сна, были характерны для большинства женщин и мужчин. Это позволяет предположить, что классическая депрессия по частоте превалирующих симптомов сопоставима у женщин и мужчин [22]. В структуре депрессии у женщин чаще отмечались: тревога [22, 23], идеи самообвинения, суицидальные мысли, избегание контактов с окружающими, слабость, отсутствие энергии, снижение аппетита, нарушение засыпания и отсутствие чувства сна. Повышение аппетита наблюдалось только у женщин, как правило, в рамках тревожной депрессии в сочетании с возбуждением, нарушением засыпания и идеями виновности, но при этом не выявлялось заторможенности [25], гиперсомнии и снижения полового влечения, как в других исследованиях [23]. У мужчин чаще выявлялись тоска, двигательная заторможенность, снижение мотивации, соматические симптомы депрессии (запор, тахикардия), коморбидные панические атаки и сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и мочеполовой систем. Мужчины чаще злоупотребляли алкоголем и психоактивными веществами, о чем сообщали и другие авторы [23]. При этом более половины мужчин работали, но были деза-

Таблица 4. Сопутствующие заболевания у женщин и мужчин с РДР, n (%)

Соматические заболевания	Женщины (основная группа)	Мужчины (контрольная группа)	p
Отсутствуют	75 (63,6)	50 (74,6)	0,826
Заболевания ЖКТ	32 (26,4)	17 (25,4)	0,964
Заболевания сердечно-сосудистой системы	19 (15,8)	23 (34,3)	0,006*
Обменно-эндокринные заболевания	6 (5,0)	0 (0)	0,152
Кожные заболевания	1 (0,8)	4 (6,0)	0,106
Легочные заболевания	3 (2,5)	10 (14,9)	0,004*
Заболевания мочеполовой системы	9 (7,5)	17 (25,4)	0,002*

Примечание. ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

даптированы в семейном плане, что может быть обусловлено как самой депрессией (снижение либидо, сексуальная дисфункция, общая заторможенность и др.), так и возможным перенаправлением энергии на работу при борьбе с депрессией и ее последствиями [3, 4].

Данные нашего исследования свидетельствуют о различиях в частоте отдельных симптомов и динамике заболевания в целом у женщин и мужчин, что может быть связано с влиянием разных факторов, как биологических, так и социально-психологических.

**Заключение.** Таким образом, изучение гендерных особенностей депрессивных расстройств остается актуальной проблемой, требующей проведения дальнейших исследований. Тем не менее выявленные гендерные особенности в структуре и течении РДР у женщин и мужчин позволяют проводить более точную диагностику и назначать адекватную терапию.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011 Sep;21(9):655-79. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018.
2. Silverstein B, Edwards T, Gamma A, et al. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2013 Feb;48(2):257-63. Epub 2012 Jul <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0540-7>
3. Тювина НА. Депрессии у женщин. Москва: Издательство «Сервье»; 2006. 32 с. [Tyuvina NA. *Depressii u zhenshchin* [Depression in women]. Moscow: Izdatel'stvo «Serv'e»; 2006. 32 p.]
4. Тювина НА, Балабанова ВВ, Воронина ЕО. Гендерные особенности депрессивных расстройств у женщин. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2015;7(2):75-9. [Tyuvina NA, Balabanova VV, Voronina EO. Gender features of depressive disorders in women. *Neurologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2015;7(2):75-9. (in Russ.)]. doi: 10.14412/2074-2711-2015-2-75-79
5. Blanco C, Vesga-Lopez O, Stewart J, et al. Epidemiology of major depression with atypical features: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry.* 2012 Feb; 73(2):224-32. doi: 10.4088/JCP.10m06227. Epub 2011 Sep 6.
6. Marcus S, Kerber K, Rush A, et al. Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Compr Psychiatry.* 2008 May-Jun;49(3):238-46. doi: 10.1016/j.comppsy. 2007.06.012. Epub 2008 Mar 4.
7. Тювина НА, Балабанова ВВ, Воронина ЕО. Гендерные особенности терапии депрессии у женщин. *Психиатрия и психофармако- терапия.* 2017;19(5):25-31. [Tyuvina NA, Balabanova VV, Voronina EO. Gender features of depression therapy in women. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2017;19(5):25-31. (in Russ.)].
8. Romans S, Clarkson R, Einstein G, et al. Mood and the menstrual cycle: a review of prospective data studies. *Gen Med.* 2012 Oct;9(5): 361-84. doi: 10.1016/j.genm.2012.07.003.
9. Сметник ВП, Кулаков ВИ. Руководство по климактерию. Москва: МИА; 2001. 685 с. [Smetnik VP, Kulakov VI. *Rukovodstvo po klimakteriyu* [Guide to menopause]. Moscow: MIA; 2001. 685 p.]
10. Сметник ВП, Ткаченко НМ, Глезер ГА, Москаленко НП. Климактерический синдром. Москва: Медицина; 1988. 288 с. [Smetnik VP, Tkachenko NM, Glezer GA, Moskalenko NP. *Klimaktericheskii sindrom* [Climacteric syndrome]. Moscow: Meditsina; 1988. 288 p.]
11. Юренина СВ, Каменецкая ТЯ. Депрес-

- сивные расстройства у женщин в пери- и постменопаузе. Гинекология. 2007;9(2):5-12. [Yureneva SV, Kamenetskaya TYa. Depressive disorders in peri- and postmenopausal women. *Ginekologiya*. 2007;9(2):5-12. (In Russ.)].
12. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, et al. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004 Apr;103(4):698-709.
13. Bromberger JT, Kravitz HM, Chang YF, et al. Major depression during and after the menopausal transition: Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Psychol Med*. 2011 Sep;41(9):1879-88. doi: 10.1017/S003329171100016X. Epub 2011 Feb 9.
14. Bromberger JT, Matthews KA, Schott LL, et al. Depressive symptoms during the menopausal transition: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *J Affect Disord*. 2007 Nov;103(1-3):267-72. Epub 2007 Feb 28.
15. Lee PJ, Liaw JJ, Chen CM. Concept Analysis of Postpartum Depression Hu Li Za Zhi. 2015 Jun;62(3):66-71. doi: 10.6224/JN.62.3.66.
16. Тювина НА, Балабанова ВВ, Воронина ЕО. Депрессии у женщин, манифестирующие в период климактерия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2017;117(3):22-7. [Tyuvina NA, Balabanova VV, Voronina EO. Depression in women, manifested in the period of menopause. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S.Korsakova*. 2017;117(3):22-7. (In Russ.)].
17. Жильева ТВ. Предменструальные расстройства настроения: этиология, патогенез, диагностика и лечение (обзор литературы). Проблемы репродукции. 2015;21(4):76-85. [Zhilyaeva TV. Premenstrual mood disorders: etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment (literature review). *Problemy reproduktcii*. 2015;21(4):76-85. (In Russ.)].
18. Epperson C, Steiner M, Hartlage S, et al. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry*. 2012 May;169(5):465-75.
19. Ross L, Steiner M. A biopsychosocial approach to premenstrual dysphoric disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2003 Sep;26(3):529-46.
20. Seeman MV. Psychopathology in women and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatry*. 1997 Dec;154(12):1641-7.
21. Halbreich U, Kahn LS. Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes? *J Affect Disord*. 2007 Sep;102(1-3):245-58. Epub 2006 Nov 7.
22. Silverstein B, Edwards T, Gamma A, et al. The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Feb;48(2):257-63. Epub 2012 Jul 3.
23. Lai CH. Major depressive disorder: gender differences in symptoms, life quality, and sexual function. *J Clin Psychopharmacol*. 2011 Feb;31(1):39-44.
24. Levitan RD, Lesage A, Parikh SV, et al. Reversed neurovegetative symptoms of depression: a community study of Ontario. *Am J Psychiatry*. 1997 Jul;154(7):934-40.
25. Moskvina V, Farmer A, Jones IR, et al. Sex differences in symptom patterns of recurrent major depression in siblings. *Depress Anxiety*. 2008;25(6):527-34.

Поступила 3.07.2018

#### Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.