DOI: https://doi.org/10.51922/1818-426X.2026.4.40

А. В. Копытов[1], Л. Ч. Недень[2], В. Г. Объедков[1]

ПОЛНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН: ГОРМОНАЛЬНЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск,[1]
Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск[2]

В статье представлен систематический анализ полных особенностей психических расстройств у женщин. Рассматривается роль гормональных факторов (эстрогены, прогестерон, кортизол) в патогенезе аффективных, тревожных, пищевых и других расстройств. Описываются психологические особенности женского реагирования – руминации, созависимость, склонность к интернализации эмоций. Анализируются критические периоды женского репродуктивного цикла (предменструальный синдром, перинатальный период, менопауза), в которые риск манифестации или декомпенсации психических расстройств значительно возрастает. Обосновывается необходимость полно-ориентированных подходов в психиатрической практике.

Ключевые слова: *полная психиатрия, психические расстройства у женщин, гормональный статус, депрессия, тревожные расстройства, послеродовая депрессия, менопауза, пищевые расстройства, ПТСР, полные различия.*

A. V. Kapytau[1], L. Ch. Neden[2], V. G. Obedkov[1]

COMPREHENSIVE CHARACTERISTICS OF MENTAL DISORDERS IN WOMEN: HORMONAL, PSYCHOLOGICAL, AND BIOLOGICAL ASPECTS

Belarusian State Medical University, Minsk,[1]
Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk[2]

The article presents a systematic analysis of the gender characteristics of mental disorders in women. The role of hormonal factors (estrogens, progesterone, cortisol) in the pathogenesis of affective, anxiety, eating and other disorders is considered. The psychological features of the female response are described – rumination, codependency, and a tendency to internalize emotions. The critical periods of the female reproductive cycle (premenstrual syndrome, perinatal period, menopause) are analyzed, in which the risk of manifestation or decompensation of mental disorders increases significantly. The necessity of gender-oriented approaches in psychiatric practice is substantiated.

Key words: *gender psychiatry, mental disorders in women, hormonal status, depression, anxiety disorders, postpartum depression, menopause, eating disorders, PTSD, gender differences.*

Полная психиатрия – сравнительно молодое, но стремительно развивающееся направление, ставящее целью выявление и изучение биологических, психологических и социальных факторов, обусловливающих различия в структуре, частоте, клинических проявлениях и течении психических расстройств у мужчин и женщин (Тювина, 2017). Эпидемиологические данные убедительно свидетельствуют о том, что женщины значительно чаще страдают депрессивными и тревожными расстройствами, расстройствами пищевого поведения, соматоформными и диссоциативными нарушениями, тогда как мужчины имеют более высокие показатели распространённости расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ, антисоциального расстройства личности и аутизма (Seedat et al., 2009; Kessler et al., 2005).

Указанные различия не могут быть объяснены исключительно социально-культурными факторами или особенностями обращаемости за медицинской помощью. Накопленные данные нейробиологии, эндокринологии и клинической психиатрии указывают на фундаментальную роль половых гормонов в организации нейронных сетей, регуляции нейромедиаторных систем и формировании реакций на стресс (Brinton et al., 2015). Таким образом, понимание полной специфики психической патологии необходимо не только в теоретическом, но и в практическом клиническом отношении – для совершенствования диагностических подходов, разработ-

ки адресных терапевтических программ и организации профилактической работы.

Настоящая статья посвящена систематическому анализу полных особенностей ряда наиболее социально значимых психических расстройств, протекающих у женщин с клиническими особенностями, отличающими их от аналогичных состояний у мужчин.

1. Гормональный статус как ключевой фактор психического здоровья женщин.

Центральное место среди биологических детерминант женской психической уязвимости занимают половые гормоны – эстрогены, прогестерон и тестостерон – оказывающие выраженное психотропное действие (Brinton et al., 2015). Эстрадиол (наиболее биологически активный эстроген) обладает широким спектром нейропротективных эффектов: стимулирует синтез серотонина, дофамина и норадреналина, усиливает нейропластичность гиппокампа, модулирует работу гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой (ГГН) оси и снижает провоспалительную активность цитокинов (McEwen, 2002; Genazzani et al., 2007).

Прогестерон и его нейроактивный метаболит аллопрегнанолон (АПА) действуют как положительные аллостерические модуляторы ГАМК-А-рецепторов, оказывая анксиолитический, седативный и антидепрессивный эффекты. Вместе с тем у части женщин парадоксальные реакции на флюктуации АПА лежат в основе предменструального дисфорического расстройства (ПМДР) – состояния, характеризующегося выраженными аффективными нарушениями в лютеиновой фазе цикла (Bäckström et al., 2014). Таким образом, один и тот же нейростероид может обладать как протективным, так и патогенным потенциалом в зависимости от индивидуальной чувствительности рецепторов.

Репродуктивный цикл женщины включает несколько критических периодов резких гормональных изменений: предменструальную фазу, беременность, послеродовый период, перименопаузу и постменопаузу – каждый из которых ассоциирован с повышенным риском манифестации или обострения психических расстройств (Halbreich & Kahn, 2007). Гипоэстрогенное состояние в перименопаузе, в частности, сопровождается снижением серотонинергической активности, нарушением сна, вегетативной нестабильностью и когнитивными расстройствами, создавая нейробиологическую основу для развития депрессии и тревоги (Soares, 2013).

Немаловажную роль играет и ось стресс-реактивности. У женщин ГГН-ось демонстрирует более выраженную реактивность на психосоциальный стресс по сравнению с мужчинами, что выражается в более высоких уровнях кортизола и более медленной нормализации кортизолемии после стрессового воздействия (Kudielka & Kirschbaum, 2005). Этот феномен обусловлен как стимулирующим влиянием эстрогенов на ГГН-ось, так и половыми различиями в функционировании систем обратного захвата глюкокортикоидов. Хроническая гиперактивация ГГН-оси ведёт к нейродегенеративным изменениям в гиппокампе, снижению нейрогенеза и формированию нейробиологической основы депрессии.

2. Психологические особенности женского реагирования.

Наряду с биологическими детерминантами существенную роль в формировании паттернов психической патологии у женщин играют психологические особенности, складывающиеся под влиянием как биологических (половые различия в структуре и функции мозга), так и социокультурных факторов (полная социализация, ролевые ожидания).

Одной из ключевых психологических характеристик, ассоциированных с повышенным риском депрессии и тревожных расстройств у женщин, является руминативный стиль реагирования – склонность к повторяющемуся, пассивному сосредоточению на симптомах дистресса и их возможных причинах и последствиях без перехода к активному решению проблемы (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Метааналитические исследования убедительно показывают, что именно руминация опосредует значительную часть полного разрыва в показателях депрессии, а не депрессия предшествует руминации (Hankin & Abramson, 2001).

Другой важной особенностью является ориентация на межличностные отношения как ключевой источник самооценки и психологического благополучия. По данным ряда авторов, женщины в большей степени, чем мужчины, определяют свою ценность через качество близких отношений, что делает их более уязвимыми к межличностным стрессорам – расставаниям, конфликтам, утратам и социальному отвержению (Cyranowski et al., 2000). Этот феномен получил название «реляционной уязвимости» и рассматривается как фактор риска депрессивных эпизодов, особенно в подростковом и молодом взрослом возрасте.

Женщинам также в большей степени, чем мужчинам, свойственна интернализирующая стратегия совладания со стрессом – направление негативных переживаний «внутрь», в противовес экстернализирующему реагированию (агрессия, антисоциальное поведение, злоупотребление психоактивными веществами), более характерному для мужчин (Leadbeater et al., 1999). Интернализирующий паттерн создаёт предпосылки для развития депрессии, тревожных расстройств, соматизации и нарушений пищевого поведения.

Следует отметить роль социальных ролевых конфликтов: совмещение материнства, профессиональной деятельности и роли партнёра нередко формирует хроническую ролевую перегрузку, ведущую к устойчивому стрессу и эмоциональному истощению (Миронова и Резниченко, 2020). Данный аспект приобретает особую актуальность в современном обществе, предъявляющем к женщинам возросшие профессиональные требования при сохранении традиционных ожиданий в сфере семьи и заботы о близких.

3. Депрессивные расстройства.

Депрессия является наиболее распространённым психическим расстройством, поражающим женщин в 1,5–2 раза чаще, чем мужчин: по данным ВОЗ, распространённость депрессии среди женщин составляет около 7,7 %, среди мужчин – около 4,0 % (WHO, 2017; Kessler et al., 2005). Полный разрыв становится статистически значимым с началом пубертата и сохраняется на протяжении большей части репродуктивного периода, что указывает на критическую роль гормональных изменений в его формировании.

Клинические проявления депрессии у женщин также имеют характерные особенности. Депрессивные эпизоды у женщин чаще сопровождаются атипичными чертами: гиперсомнией (вместо инсомнии), гиперфагией (вместо анорексии), повышенной реактивностью

настроения и выраженной усталостью (Stewart et al., 2004). Кроме того, у женщин значительно чаще регистрируется коморбидность депрессии с тревожными расстройствами, расстройствами пищевого поведения, соматоформными расстройствами и мигренью (Angst et al., 2002).

Биполярное расстройство у женщин имеет ряд клинических отличий от его течения у мужчин. Женщины с биполярным расстройством I и II типов чаще переживают депрессивные фазы, реже – маниакальные, и в среднем проводят значительно большую долю времени болезни в депрессии (Suppes et al., 2005). У них выше риск быстрой цикличности (более 4 эпизодов в год), которая коррелирует с дисфункцией щитовидной железы, часто встречающейся у женщин. Беременность и послеродовый период являются периодами высокого риска рецидивов биполярного расстройства, а отмена стабилизаторов настроения в связи с беременностью существенно повышает этот риск (Viguera et al., 2007).

Предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР) – нозологическая форма, не имеющая аналога у мужчин. Согласно критериям МКБ-11, ПМДР характеризуется наличием в большинстве менструальных циклов выраженных эмоциональных симптомов (дисфория, лабильность настроения, тревога, раздражительность) в лютеиновой фазе с полным разрешением после менструации. Распространённость составляет 3–8 % среди женщин репродуктивного возраста (Epperson et al., 2012). Патогенез связывается с аномальной чувствительностью ЦНС к нормальным циклическим изменениям уровней АПА, а не с абсолютными концентрациями гормонов (Bäckström et al., 2014).

4. Тревожные расстройства.

Тревожные расстройства в совокупности являются наиболее распространённой группой психических расстройств в мире, при этом женщины страдают ими примерно вдвое чаще мужчин (Bandelow & Michaelis, 2015). Данное соотношение характерно для большинства отдельных форм тревожных расстройств: генерализованного тревожного расстройства (ГТР), панического расстройства, социальной фобии и специфических фобий.

Нейробиологической основой повышенной тревожности у женщин служит большая реактивность миндалевидного тела на эмоциональные стимулы, задокументированная в нейровизуализационных исследованиях (Hamann, 2005), а также более выраженная реакция норадренергической системы на стресс. Эстрогены модулируют функцию серотониновой системы таким образом, что при их снижении (в лютеиновой фазе, послеродовом периоде, перименопаузе) серотонинергическая трансмиссия уменьшается, что провоцирует усиление тревожных симптомов.

Паническое расстройство у женщин дебютирует на фоне гормональных переходов – менархе, послеродового периода, перименопаузы – значительно чаще, чем у мужчин, что прямо указывает на роль эстрогенов в регуляции центральных хеморецепторов, лежащих в основе панических атак (Pigott, 1999). Клиническая картина панических атак у женщин характеризуется большей частотой ситуационно-провоцированных приступов и более выраженной агорафобической симптоматикой.

Социальное тревожное расстройство у женщин проявляется преимущественно страхом оценки внешности, полноты и социальной компетентности, что соответствует социокультурному давлению, предъявляемому к женщинам в отношении стандартов внешности и межличностного взаимодействия (Turk et al., 1998). Генерализованное тревожное расстройство у женщин чаще принимает хроническое течение, нередко дебютируя в детском или подростковом возрасте и имея выраженную коморбидность с депрессией (Judd et al., 1998).

5. Посттравматическое стрессовое расстройство.

ПТСР у женщин занимает особое место в полной психиатрии. При равной или даже более низкой частоте воздействия травматических событий по сравнению с мужчинами, женщины в 2 раза чаще развивают ПТСР после пережитой травмы (Tolin & Foa, 2006). Пожизненная распространённость ПТСР среди женщин составляет около 10–12 % по сравнению с 5–6 % у мужчин (Kessler et al., 1995).

Повышенная уязвимость женщин к ПТСР объясняется комплексом факторов. Во-первых, природа травмы: женщины непропорционально часто переживают сексуальное насилие, интимное партнёрское насилие и насилие в детском возрасте – типы травм с наиболее высокой вероятностью формирования ПТСР (Breslau et al., 1997). Во-вторых, биологические факторы: больший уровень кортизола и норадреналина в ответ на травму, более выраженная консолидация страха, более медленное угасание условно-рефлекторного страха – все эти механизмы создают нейробиологическую предрасположенность к формированию патологических воспоминаний (Milad et al., 2010).

Клиническая картина ПТСР у женщин характеризуется преобладанием симптомов вновь переживания (флэшбэки, ночные кошмары) и выраженностью эмоционального оцепенения; у мужчин чаще доминируют симптомы избегания и гипервозбуждения. Коморбидная депрессия при ПТСР у женщин встречается в 49 % случаев, тогда как у мужчин – в 34 % (Kessler et al., 1995). Важную роль играет феномен комплексного ПТСР (КПТСР), описанного в МКБ-11, который особенно характерен для выживших после длительного или повторяющегося межличностного насилия – группы, непропорционально представленной женщинами.

6. Расстройства пищевого поведения.

Расстройства пищевого поведения (РПП) – нервная анорексия, нервная булимия и компульсивное переедание – являются расстройствами с наиболее выраженным полным дисбалансом: женщины составляют около 90–95 % лиц с анорексией и булимией и примерно 60–65 % – с компульсивным перееданием (Hoek, 2006; Hudson et al., 2007).

Этиология РПП у женщин многофакторна. Биологические факторы включают роль серотониновой системы в регуляции аппетита, насыщения и настроения: гиперсеротонинергическое состояние, характерное для периода ограничительного питания при анорексии, имеет анксиолитический эффект, что формирует нейробиологическое подкрепление пищевых ограничений (Kaye et al., 2009). Эстрогены также влияют на пищевое поведение через модуляцию лептиновой и грелиновой сигнализации.

Психологические факторы включают высокий перфекционизм, низкую самооценку, определяемую через форму тела и вес, интернализацию культурных стандартов худобы и выраженную потребность в контроле (Fairburn

et al., 1999). Последний аспект приобретает особую значимость в контексте социокультурного давления, оказываемого на женщин в отношении внешности: многочисленные исследования документируют связь между медиавоздействием стандартов стройности и риском РПП (Grabe et al., 2008).

Нервная анорексия обладает наибольшей среди психических расстройств летальностью – как вследствие осложнений длительного голодания (нарушения электролитного баланса, сердечные аритмии, остеопороз), так и вследствие суицида. Риск смерти при нервной анорексии в 5,9 раза превышает показатели здоровой популяции того же возраста (Sullivan, 1995).

7. Психотические расстройства.

Шизофрения исторически считалась расстройством с относительно равной распространённостью у мужчин и женщин, однако современные мета-аналитические данные свидетельствуют об инкрементальном риске у мужчин в соотношении примерно 1,4:1 (Aleman et al., 2003). Несмотря на это, шизофрения у женщин имеет ряд клинических особенностей, принципиально важных для диагностики и терапии.

Возраст манифестации шизофрении у женщин в среднем на 4–5 лет позже, чем у мужчин: пик заболеваемости приходится на 25–34 года (у мужчин – на 20–29 лет). Существенно, что у женщин описывается второй пик заболеваемости в перименопаузе (45–54 года), связываемый с утратой нейропротективного действия эстрогенов (Häfner, 2003). Клиническая картина шизофрении у женщин характеризуется меньшей выраженностью негативных симптомов, большей представленностью аффективных симптомов и лучшим социальным функционированием, что нередко затрудняет постановку диагноза.

Реакция на антипсихотическую терапию у женщин также имеет особенности. Женщины демонстрируют, как правило, лучший ответ на типичные и атипичные антипсихотики при более низких дозах; однако у них значительно чаще развиваются метаболические побочные эффекты (увеличение массы тела, дислипидемия, нарушения углеводного обмена), пролактинемия с соответствующими нарушениями репродуктивной функции (аменорея, галакторея, снижение либидо) и удлинение интервала QT – факторы, требующие специального мониторинга (Häfner, 2003; Seeman, 2004).

8. Перинатальная психическая патология.

Перинатальный период – беременность и первый год после родов – является временем наивысшего риска развития психических расстройств у женщин. Распространённость перинатальной депрессии (ПНД) составляет, по различным оценкам, от 10 до 20 % (Gavin et al., 2005), причём большинство случаев остаётся недиагностированным и нелечёным вследствие стигматизации и неготовности матерей обращаться за помощью.

Патогенез послеродовой депрессии связывается прежде всего с резким снижением уровня эстрогенов и прогестерона после родов, которое у биологически предрасположенных женщин (имеющих в анамнезе депрессию, ПМДР или особую чувствительность к гормональным колебаниям) вызывает депрессивный эпизод (Bloch et al., 2000). Дополнительными факторами служат нарушение сна, психосоциальный стресс, связанный с новой родительской ролью, и воспалительные процессы послеродового периода.

Клинически важно разграничивать «послеродовую хандру» (maternity blues) – транзиторное состояние с лабильностью настроения, плаксивостью и тревогой в первые 3–5 дней после родов у 50–80 % родильниц, – послеродовую депрессию как клинически значимый депрессивный эпизод продолжительностью более двух недель и послеродовый психоз – острое, угрожающее жизни состояние, развивающееся в первые 2–4 недели после родов с частотой 1–2 случая на 1000 родов (Sit et al., 2006).

Нелечёная перинатальная депрессия имеет серьёзные последствия не только для матери, но и для ребёнка: нарушение диадического взаимодействия, задержки когнитивного и эмоционального развития, повышенный риск поведенческих расстройств в детском и подростковом возрасте (Murray et al., 2010). Это делает скрининг и лечение ПНД медико-социальной задачей первостепенной важности.

9. Психические расстройства в перименопаузе и постменопаузе.

Перименопауза – период от первых климактерических симптомов до последней менструации с последующими двенадцатью месяцами – ассоциирована с 2–4-кратным повышением риска большого депрессивного расстройства по сравнению с репродуктивным периодом (Cohen et al., 2006). Этот риск особенно высок у женщин с анамнезом депрессии, а также у тех, кто пережил значительные психосоциальные стрессоры в этот период.

Нейробиологической основой климактерической депрессии служит снижение эстрогенной модуляции серотониновой и дофаминовой систем, нарушение сна вследствие вазомоторных симптомов (приливов и ночной потливости), а также ускоренная потеря серого вещества в префронтальной коре и гиппокампе – областях, критически важных для регуляции настроения и когнитивных функций (Brinton et al., 2015; Soares, 2013).

Климактерические когнитивные нарушения – жалобы на снижение памяти, концентрации внимания и скорости обработки информации – регистрируются у значительной части женщин в перименопаузе. В большинстве случаев эти нарушения транзиторны и разрешаются самостоятельно или на фоне менопаузальной гормональной терапии (МГТ); тем не менее они создают выраженный субъективный дистресс и снижают качество жизни (Greendale et al., 2009).

Следует отметить, что постменопауза ассоциирована также с повышенным риском развития болезни Альцгеймера, которая поражает женщин примерно вдвое чаще мужчин. Дефицит эстрогенов рассматривается как один из факторов, способствующих накоплению амилоида и тау-протеина, хотя вопрос о нейропротективном потенциале МГТ в отношении деменции остаётся предметом дискуссий (Henderson & Brinton, 2010).

10. Расстройства личности и полные аспекты.

Полные различия в распространённости и клинических проявлениях расстройств личности также заслуживают отдельного рассмотрения. Пограничное расстройство личности (ПРЛ) традиционно считается более распространённым у женщин (соотношение 3:1), хотя ряд современных эпидемиологических исследований свидетельствует о значительно меньшем полном разрыве в популяционных выборках (Grant et al., 2008). Это расхождение объясняется диагностической пред-

взятостью: у мужчин с аналогичной клинической картиной чаще выставляется диагноз антисоциального расстройства личности.

У женщин с ПРЛ более выражены симптомы диссоциации, нарушений пищевого поведения и суицидального поведения, тогда как у мужчин – агрессивность и злоупотребление психоактивными веществами (Sansone & Sansone, 2011). Высокая коморбидность ПРЛ с ПТСР, особенно развившимся вследствие сексуального насилия в детском возрасте, у женщин указывает на роль травматического опыта в патогенезе данного расстройства.

Зависимое расстройство личности и гистрионическое расстройство личности также традиционно диагностируются преимущественно у женщин. Ряд исследователей высказывает обоснованные сомнения в корректности диагностических критериев этих расстройств, указывая на то, что черты, лежащие в их основе (зависимость, эмоциональность, ориентация на социальное одобрение), в определённой мере нормативны для женщин в данном социокультурном контексте, но при этом патологизируются в психиатрической системе (Widiger & Anderson, 2003).

Представленный анализ убедительно демонстрирует, что психические расстройства у женщин не являются простым «женским вариантом» общих нозологических форм, но представляют собой клинически самостоятельные феномены с особыми этиологическими, патогенетическими, клиническими и терапевтическими характеристиками. Гормональный статус женщины – как хронический фон, так и острые гормональные переходы репродуктивного цикла – создаёт уникальную нейробиологическую почву, делающую женщин более уязвимыми к ряду расстройств и определяющую специфику их клинических проявлений.

Психологические особенности женского реагирования – руминации, реляционная уязвимость, интернализирующий стиль совладания – взаимодействуют с биологическими факторами, формируя паттерны психической патологии, характерные для женского пола. Социокультурный контекст усиливает эти уязвимости через стандарты внешности, ролевые конфликты и непропорционально высокое воздействие сексуального и партнёрского насилия.

Всё изложенное обосновывает настоятельную необходимость внедрения полно-ориентированного подхода в психиатрическую практику: разработки скрининговых инструментов, чувствительных к полным проявлениям психических расстройств; учёта гормонального статуса и репродуктивных событий при построении диагностических и терапевтических стратегий; разработки специализированных программ психотерапии, адресующих женскую психологическую специфику; и устранения диагностической предвзятости, искажающей распространённость ряда расстройств по полному признаку.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/References

1. *Ангст*, Дж. Коморбидные расстройства у пациентов с большой депрессией: клиническое значение // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 5. – С. 180–185; Angst Dzh. Komorbidnye rasstrojstva u pacientov s bol'shoj depressiej: klinicheskoe znachenie [Comorbid disorders in patients with major depression: clinical significance] // Psihiatriya i psihofarmakoterapiya. – 2002. – T. 4, № 5. – S. 180–185 [In Ryssian].

2. *Миронова*, О. И., Резниченко С. И. Ролевые конфликты и психическое здоровье работающих женщин // Психологические исследования. – 2020. – Т. 13, № 70. – С. 7. – URL: http://psystudy.ru (дата обращения: 10.04.2025); Mironova O. I., Reznichenko S. I. Rolevye konflikty i psihicheskoe zdorov'e rabotayushchih zhenshchin [Role conflicts and the mental health of working women] // Psihologicheskie issledovaniya. – 2020. – Vol. 13, № 70. – S. 7. – URL: http://psystudy.ru (data obrashcheniya: 10.04.2025) [In Ryssian].

3. *Тювина*, Н. А. Полные особенности психических заболеваний // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2017. – Т. 9, № 2. – С. 4–10; Tyuvina N. A. Polnye osobennosti psihicheskih zabolevanij [Comprehensive characteristics of mental illnesses] // Nevrologiya, nejropsihiatriya, psihosomatika. – 2017. – Vol. 9, № 2. – S. 4–10 [In Ryssian].

4. *Aleman*, A., Kahn R. S., Selten J. P. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis // Archives of General Psychiatry. – 2003. – Vol. 60, № 6. – P. 565–571.

5. *Angst*, J., Gamma A., Gastpar M. et al. Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. – 2002. – Vol. 252, № 5. – P. 201–209.

6. *Bäckström*, T., Bixo M., Johansson M. et al. Allopregnanolone and mood disorders // Progress in Neurobiology. – 2014. – Vol. 113. – P. 88–94.

7. *Bandelow*, B., Michaelis S. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2015. – Vol. 17, № 3. – P. 327–335.

8. *Bloch*, M., Schmidt P. J., Danaceau M. et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression // American Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 157, № 6. – P. 924–930.

9. *Breslau*, N., Davis G. C., Andreski P. et al. Sex differences in posttraumatic stress disorder // Archives of General Psychiatry. – 1997. – Vol. 54, № 11. – P. 1044–1048.

10. *Brinton*, R. D., Yao J., Yin F. et al. Perimenopause as a neurological transition state // Nature Reviews Endocrinology. – 2015. – Vol. 11, № 7. – P. 393–405.

11. *Cohen*, L. S., Soares C. N., Vitonis A. F. et al. Risk for new onset of depression during the menopausal transition // Archives of General Psychiatry. – 2006. – Vol. 63, № 4. – P. 385–390.

12. *Cyranowski*, J. M., Frank E., Young E. et al. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression // Archives of General Psychiatry. – 2000. – Vol. 57, № 1. – P. 21–27.

13. *Epperson*, C. N., Steiner M., Hartlage S. A. et al. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5 // American Journal of Psychiatry. – 2012. – Vol. 169, № 5. – P. 465–475.

14. *Fairburn*, C. G., Cooper Z., Doll H. A. et al. Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons // Archives of General Psychiatry. – 1999. – Vol. 56, № 5. – P. 468–476.

15. *Gavin*, N. I., Gaynes B. N., Lohr K. N. et al. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence // Obstetrics & Gynecology. – 2005. – Vol. 106, № 5. – P. 1071–1083.

16. *Genazzani*, A. R., Pluchino N., Luisi S. et al. Estrogen, cognition and woman's risk of Alzheimer's disease // Human Reproduction Update. – 2007. – Vol. 13, № 2. – P. 175–187.

17. *Grabe*, S., Ward L. M., Hyde J. S. The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies // Psychological Bulletin. – 2008. – Vol. 134, № 3. – P. 460–476.

18. *Grant*, B. F., Chou S. P., Goldstein R. B. et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder // Journal of Clinical Psychiatry. – 2008. – Vol. 69, № 4. – P. 533–545.

19. *Greendale*, G. A., Huang M. H., Wight R. G. et al. Effects of the menopause transition and hormone use on cognitive performance in midlife women // Neurology. – 2009. – Vol. 72, № 21. – P. 1850–1857.

20. *Häfner*, H. Gender differences in schizophrenia // Psychoneuroendocrinology. – 2003. – Vol. 28, Suppl. 2. – P. 17–54.

21. *Halbreich*, U., Kahn L. S. Atypical depression, somatic depression and anxious depression in women: are they gender-preferred phenotypes? // Journal of Affective Disorders. – 2007. – Vol. 102, № 1–3. – P. 245–258.

22. *Hamann*, S. Sex differences in the responses of the human amygdala // The Neuroscientist. – 2005. – Vol. 11, № 4. – P. 288–293.

23. *Hankin*, B. L., Abramson L. Y. Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory // Psychological Bulletin. – 2001. – Vol. 127, № 6. – P. 773–796.

24. *Henderson*, V. W., Brinton R. D. Menopause and mitochondria: windows into estrogen effects on Alzheimer's disease risk and therapy // Progress in Brain Research. – 2010. – Vol. 182. – P. 77–96.

25. *Hoek*, H. W. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders // Current Opinion in Psychiatry. – 2006. – Vol. 19, № 4. – P. 389–394.

26. *Hudson*, J. I., Hiripi E., Pope H. G. et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Biological Psychiatry. – 2007. – Vol. 61, № 3. – P. 348–358.

27. Judd, L. L., Kessler R. C., Paulus M. P. et al. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1998. – Vol. 98, Suppl. 393. – P. 6–11.

28. *Kaye*, W. H., Fudge J. L., Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa // Nature Reviews Neuroscience. – 2009. – Vol. 10, № 8. – P. 573–584.

29. *Kessler*, R. C., Berglund P., Demler O. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Archives of General Psychiatry. – 2005. – Vol. 62, № 6. – P. 593–602.

30. *Kessler*, R. C., Sonnega A., Bromet E. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey // Archives of General Psychiatry. – 1995. – Vol. 52, № 12. – P. 1048–1060.

31. *Kudielka*, B. M., Kirschbaum C. Sex differences in HPA axis responses to stress: a review // Biological Psychology. – 2005. – Vol. 69, № 1. – P. 113–132.

32. *Leadbeater*, B. J., Kuperminc G. P., Blatt S. J. et al. A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems // Developmental Psychology. – 1999. – Vol. 35, № 5. – P. 1268–1282.

33. *McEwen*, B. S. Estrogen actions throughout the brain // Recent Progress in Hormone Research. – 2002. – Vol. 57. – P. 357–384.

34. *Milad*, M. R., Pitman R. K., Ellis C. B. et al. Neurobiological basis of failure to recall extinction memory in posttraumatic stress disorder // Biological Psychiatry. – 2010. – Vol. 66, № 12. – P. 1075–1082.

35. *Murray*, L., Arteche A., Fearon P. et al. Maternal postnatal depression and the development of depression in offspring up to 16 years of age // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2010. – Vol. 50, № 5. – P. 460–470.

36. *Nolen-Hoeksema*, S., Wisco B. E., Lyubomirsky S. Rethinking rumination // Perspectives on Psychological Science. – 2008. – Vol. 3, № 5. – P. 400–424.

37. *Pigott*, T. A. Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders // Journal of Clinical Psychiatry. – 1999. – Vol. 60, Suppl. 18. – P. 4–15.

38. *Sansone*, R. A., Sansone L. A. Gender patterns in borderline personality disorder // Innovations in Clinical Neuroscience. – 2011. – Vol. 8, № 5. – P. 16–20.

39. *Seedat*, S., Scott K. M., Angermeyer M. C. et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the WHO World Mental Health Surveys // Archives of General Psychiatry. – 2009. – Vol. 66, № 7. – P. 785–795.

40. *Seeman*, M. V. Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs // American Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 161, № 8. – P. 1324–1333.

41. *Sit*, D., Rothschild A. J., Wisner K. L. A review of postpartum psychosis // Journal of Women's Health. – 2006. – Vol. 15, № 4. – P. 352–368.

42. *Soares*, C. N. Depression during the menopausal transition: window of vulnerability or continuum of risk? // Menopause. – 2013. – Vol. 21, № 2. – P. 198–200.

43. *Stewart*, D. E., Rondon M., Damiani G. et al. International psychosocial and systemic issues in women's mental health // Archives of Women's Mental Health. – 2004. – Vol. 6, № 1. – P. 13–17.

44. *Sullivan*, P. F. Mortality in anorexia nervosa // American Journal of Psychiatry. – 1995. – Vol. 152, № 7. – P. 1073–1074.

45. *Suppes*, T., Leverich G. S., Keck P. E. et al. The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network. II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients // Journal of Affective Disorders. – 2005. – Vol. 67, № 1–3. – P. 45–59.

46. *Tolin*, D. F., Foa E. B. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research // Psychological Bulletin. – 2006. – Vol. 132, № 6. – P. 959–992.

47. *Turk*, C. L., Heimberg R. G., Orsillo S. M. et al. An investigation of gender differences in social phobia // Journal of Anxiety Disorders. – 1998. – Vol. 12, № 3. – P. 209–223.

48. *Viguera,* A. C., Whitfield T., Baldessarini R. J. et al. Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy // American Journal of Psychiatry. – 2007. – Vol. 164, № 12. – P. 1817–1824.

49. *Widiger*, T. A., Anderson K. G. Personality and depression in women // Journal of Affective Disorders. – 2003. – Vol. 74, № 1. – P. 59–66.

50. *World* Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. – Geneva: WHO, 2017. – 24 p.

Поступила 05.05.2026 г.