УДК 616.895:616.035:616.895.4-036.12-055.1-055.2

Для цитирования: Корягина Д.А., Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э. Пол – это не ковариата: зонтичный обзор полоспецифических различий при расстройствах настроения. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2026. № 3 (132). С. 101-111. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-3(132)-101-111

Пол – это не ковариата: зонтичный обзор полоспецифических различий при расстройствах настроения

Корягина Д.А., Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Половые различия при расстройствах настроения могут проявляться в клинической структуре заболевания. Обычно пол рассматривается только как фоновый демографический показатель. Такой подход ограничивает понимание в каких аспектах течения расстройств настроения пол связан с различными клиническими траекториями заболевания. **Цель**. Обобщить данные систематических обзоров и метаанализов о половых различиях в эпидемиологических, клинических, суицидологических, коморбидных и терапевтических характеристиках депрессивных и биполярных расстройств. **Материал и методы**. Проведен зонтичный обзор систематических обзоров и метаанализов. Поиск выполнялся с использованием баз данных PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, Google Scholar. Включались обзоры о взрослых пациентах с расстройствами настроения, содержащие данные о сравнении мужчин и женщин. Итоговый анализ охватывает 21 работу, опубликованные в период 2003-2026 гг. **Результаты**. Выявленные половые различия при расстройствах настроения распределялись неравномерно и затрагивали отдельные параметры течения. Женский пол при биполярном расстройстве был связан с депрессивной полярностью, быстроциклическим течением, большей чувствительностью к сезонным колебаниям, большей частотой суицидальных попыток и более высоким риском гипотиреоза. Мужской пол ассоциировался с маниакальной или гипоманиакальной полярностью эпизодов, более высокой смертностью вследствие суицидального поведения и большей распространенностью расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ. При депрессивном эпизоде и рекуррентном депрессивном расстройстве роль пола проявляется в меньшей степени. Гендерный фактор выражался в отдельных параметрах течения, включая динамику остаточной симптоматики и выраженность депрессивных симптомов на разных этапах наблюдения. Соматические и поведенческие корреляты также различались: у мужчин депрессивная симптоматика была теснее связана с кардиореспираторной дисфункцией и неблагоприятным прогнозом после инфаркта, у женщин – с индексом массы тела, более высокой распространенностью депрессии после сердечно-сосудистых осложнений и риском неблагоприятных исходов при коронарной патологии. **Заключение**. Пол не формирует два изолированных варианта расстройств настроения, а выступает потенциальным модификатором отдельных клинических доменов: полярности, цикличности, сезонности, коморбидности и суицидального профиля. Будущие исследования должны учитывать пол на этапе дизайна, анализа и интерпретации данных, включая раздельное представление результатов для мужчин и женщин и оценку взаимодействий между полом и диагнозом.

Ключевые слова: расстройства настроения, биполярное аффективное расстройство, рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод, депрессия у мужчин, депрессия у женщин, гендерзависимая депрессия.

ВВЕДЕНИЕ

Обычно пол рассматривается только как фоновый демографический показатель, который механически включается в статистическую модель в качестве ковариаты. Такой подход позволяет оценить средний эффект диагноза после поправки на пол, но может скрывать разные траектории заболевания у мужчин и женщин. Если пол связан с возрастом манифеста, типом эпизодов, вероятностью рецидивирования, коморбидностью, суицидальным профилем и ответом на лечение, он выступает как потенциальный модификатор клинической структуры и динамических характеристик заболевания. Современные методологические подходы к биомедицинским исследованиям подчеркивают необходимость учитывать пол на этапах дизайна, анализа и интерпретации данных, включая раздельное представление результатов и оценку пол-специфических паттернов. Депрессивный эпизод и рекуррентное депрессивное расстройство (ДЭ, РДР), с одной стороны, и биполярное расстройство (БР), с другой, демонстрируют различный эпидемиологический и клинический профиль у мужчин и женщин.

Для депрессивных расстройств описаны более высокие показатели распространенности среди женщин, что подтверждается эпидемиологическими обзорами и анализами глобального бремени заболевания. Для БР картина является менее однородной: половые различия зависят от возраста, календарного периода, поколения рождения и анализируемого показателя, включая заболеваемость, распространенность и годы жизни, прожитые с инвалидностью [3]. Особое значение имеют суицидальные попытки как наиболее неблагоприятный исход расстройств настроения. При БР метааналитические данные указывают на неоднородный половой профиль: женщины чаще имеют суицидальные попытки, тогда как мужчины чаще погибают в результате суицида, различия по суицидальной идеации могут быть статистически незначимыми [4]. При ДЭ и РДР хотя распространенность суицидальных попыток ниже, но значимо не различается в зависимости от пола, а данные о половых различиях вследствие завершенных суицидов в этой группе отсутствуют [5]. Причины таких различий имеют многоуровневый характер и включают биологические и социокультурные механизмы.

Систематические обзоры указывают на возможные различия биологических механизмов возникновения и течения заболевания у мужчин и женщин, включая воспалительные, нейротрофические и серотонинергические маркеры [6], а также влияния половых гормонов, генетических и эпигенетических факторов в смоделированных условиях [7].

Социально-экономический статус, образование, травматический опыт, гендерные нормы, культуральные ожидания и различия в обращаемости за помощью могут влиять на частоту выявления расстройств настроения, характер предъявления жалоб и вероятность получения специализированной помощи. вероятность получения специализированной помощи. Поэтому наблюдаемые половые различия, вероятно, отражают взаимодействие биологических факторов, социальных условий и диагностических практик.

Несмотря на значительный объем публикаций, данные о половых различиях при расстройствах настроения остаются фрагментированными [9]. Большинство обзоров рассматривают отдельные нозологии, индивидуальные клинические домены или изолированные механизмы, что затрудняет сопоставление депрессивных и биполярных расстройств в унифицированной аналитической схеме. В результате параметры течения, возраст манифестации, полярность эпизодов, рецидивирование, коморбидность, суицидальность, терапевтический ответ часто анализируются раздельно, без интеграции в целостную модель роли пола в клинической структуре расстройств настроения. Зонтичный обзор систематических обзоров и метаанализов является методологически обоснованным подходом для интеграции таких разрозненных данных. Он позволяет обобщить доказательства по ключевым клиническим доменам расстройств настроения, включая полярность, цикличность, сезонность, рецидивирование, суицидальность, психическую и соматическую коморбидность, выявить устойчивые паттерны и пробелы в существующей литературе. В отличие от ранее опубликованных обзоров, в основном сосредоточенных на отдельных биологических механизмах или эффективности терапии, настоящая работа рассматривает половые различия при расстройствах настроения в едином аналитическом контексте.

ЦЕЛЬ ОБЗОРА

Обобщить данные систематических обзоров и метаанализов о половых различиях в эпидемиологических, клинических, суицидологических, коморбидных и терапевтических характеристиках депрессивных и биполярных расстройств.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен зонтичный обзор опубликованных систематических обзоров и метаанализов, посвященных половым различиям в течении расстройств настроения у взрослых. Тип обзора соответствовал методологии overview of reviews (umbrella review) и был использован, чтобы сформировать целостное представление о проблеме, где единицей включения и анализа является систематический обзор и/или метаанализ, а не отдельное первичное исследование.

Исследовательский вопрос формулировался следующим образом: существуют ли устойчивые различия между мужчинами и женщинами в особенностях течения расстройств настроения по данным опубликованных систематических обзоров и метаанализов? Цель обзора заключалась в систематизации и сопоставлении имеющихся обзорных данных о половых различиях в течении расстройств настроения у взрослых, а также в выявлении областей согласованности, противоречий и пробелов в существующей доказательной базе.

Поиск литературы выполнялся в базах MEDLINE (через PubMed), Cochrane Database of Systematic Reviews и Google Scholar. Дополнительно применялся ручной поиск по спискам литературы ключевых систематических обзоров и метаанализов, релевантных теме половых различий в аффективной патологии. Поисковая стратегия разрабатывалась с использованием контролируемых терминов (MeSH) и свободных текстовых слов (tiab) и включала комбинации терминов, относящихся к расстройствам настроения и половым различиям.

Базовая стратегия для MEDLINE (PubMed) включала следующую комбинацию: depressive disorder, persistent depressive disorder, dysthymic disorder, cyclothymic disorder, mood disorders, bipolar disorder, major depressive disorder, major depression, unipolar depression, recurrent depression, recurrent depressive, persistent depressive disorder, dysthymia, depressive episode, bipolar depression, bipolar depressive episode, mixed features, mixed episode, mixed states, rapid cycling, ultra-rapid cycling, ultradian cycling, sex factors, sex characteristics, sex distribution, gender identity, sex differences, sex-related, sex specific, male-female difference.

Стратегия поиска адаптировалась для других баз данных с учетом их синтаксических особенностей. Временные ограничения на дату публикации не применялись. В итоговый анализ были включены систематические обзоры и метаанализы, опубликованные в период с 2003 по 2026 г., поиск литературы проводился по состоянию на февраль 2026 г.

Согласно схеме PECO [10], *популяция* (Population) включала взрослых пациентов в возрасте 18 лет и старше с диагностированными расстройствами настроения. Допускались обзоры, посвященные как расстройствам настроения в целом, так и одному конкретному диагнозу, если он относился к спектру расстройств настроения, или установлению диагноза расстройства настроения в процессе клинического интервью. Обзоры со смешанными взрослыми и подростковыми выборками могли быть включены только при наличии отдельной стратификации результатов для взрослых. *Экспозиция и сравнение* (exposure and comparison) определялись как женский пол в сравнении с мужским полом. *Результаты* (outcomes) включали показатели течения расстройств настроения (возраст манифестации, полярность первого эпизода, частоту эпизодов, скорость смены фаз, наличие быстрых циклов, сезонность, триггеры эпизодов, наличие и частоту смешанных состояний, тяжесть и продолжительность эпизодов, длительность ремиссии и характеристики рецидивирования), коморбидные психические и соматические заболевания; суицидальный профиль.

Критериями включения были систематические обзоры и/или метаанализы, которые имеют детально разработанную стратегию поиска и критерии отбора, включающие первичные исследования с пациентами с расстройствами настроения, представляющие результаты в разрезе пола либо содержащие хотя бы один метаанализ или стратифицированный анализ по полу; обзоры, включающие рандомизированные клинические исследования, когортные, case-control или поперечные исследования (как первичный материал). Включаемые обзоры должны были опираться на выборки взрослых (≥18 лет) пациентов с клинически диагностированными расстройствами настроения (по DSM, МКБ или валидизированным инструментам); представление результатов по крайней мере по одному из предопределенных исходов, включая показатели течения расстройств настроения, коморбидных психических и соматических расстройств или суицидальный профиль в контексте расстройств настроения; наличие сравнения мужчин и женщин (по полу); публикация представлена на языках (английский или русский); возможен доступ к полнотекстовому варианту статьи.

Критериями исключения являлись нарративные обзоры, редакционные статьи, комментарии и иные публикации без систематической методологии; первичные исследования, не оформленные как систематический обзор или метаанализ; обзоры, не посвященные расстройствам настроения; обзоры, в которых результаты не были представлены в разрезе пола и не позволяли реконструировать такие данные; обзоры, посвященные исключительно детским или подростковым выборкам; обзоры, анализирующие только биологические маркеры без клинических показателей течения заболевания.

Критериями невключения считались дублирующие публикации, тезисы конференций, диссертации, книги и иные материалы без полноценной публикации в рецензируемом журнале, а также статьи, полный текст которых после тщательных попыток поиска не удалось получить.

Первичный скрининг потенциально релевантных публикаций проводился на основе анализа заголовков и аннотаций. Статьи, соответствующие критериям включения, отбирались для последующего полнотекстового анализа. Оценка соответствия критериям включения и исключения осуществлялась основным автором. В случае сомнений решение принималось путем обсуждения с привлечением дополнительных авторов до достижения консенсуса. Для извлечения данных была разработана стандартизированная форма, включающая характеристики исследований (первый автор, год публикации, дизайн, характеристики выборки) и ключевые исходы (показатели течения расстройств настроения и пр.).

Методологическая оценка включенных обзоров проводилась в нарративном формате с учетом ключевых доменов AMSTAR 2 [11]. Анализировались наличие предварительно заявленного протокола, характеристики поисковой стратегии, дублированный отбор публикаций, наличие оценки риска систематической ошибки первичных исследований, обоснованность метааналитических процедур и учет источников смещения при интерпретации результатов. При этом, с учетом фактически отобранных публикаций и структуры итоговых таблиц, основной акцент синтеза делался на пока-

зателях течения расстройств настроения; дополнительно анализировались данные по суицидальному профилю, а также психической и соматической коморбидности в тех случаях, когда они рассматривались в контексте клинического фенотипа и прогноза заболевания.

Настоящая работа не предполагала проведения количественного синтеза второго уровня (мета-метаанализа). Отказ от обобщающей статистической обработки был обусловлен методологической и клинической неоднородностью включенных обзоров, различиями в диагностических группах, определениях исходов, способах стратификации по полу, а также потенциальным перекрытием первичных исследований между обзорами. В связи с этим основной синтез носил описательный и табличный характер.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На первом этапе была отобрана 131 статья. После проведения скрининга по заголовкам и аннотациям с последующей оценкой полнотекстовых публикаций на соответствие критериям включения и исключения, а также удаления дубликатов в окончательный анализ были включены 21 работа. В отдельных работах число включенных публикаций не было однозначно верифицируемо по доступным источникам.

Качество включенных обзоров оказалось неоднородным, оценка обзоров основана на качественном анализе ключевых методологических аспектов включенных публикаций. Ряд более поздних систематических обзоров и метаанализов [18, 19, 20, 22] демонстрировал использование расширенных поисковых стратегий, более прозрачных критериев отбора и более детализированное описание методов синтеза данных. Однако большая часть включенных обзоров [4, 13, 16, 23, 21, 28] характеризовалась большей гетерогенностью первичных исследований, в том числе по диагностическим критериям включения, методам оценки исходов, что необходимо учитывать при интерпретации результатов. Отдельную группу составляют более ранние метаанализы и обзоры [14], выполненные до широкого внедрения регистрации протоколов, стандартизированной оценки риска систематической ошибки и современных требований к отчетности. Аналогичные ограничения характерны для части ранних метаанализов, посвященных соматическим исходам (ожирение, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания), в которых расстройства настроения нередко рассматривались не в основном фокусе.

Половые различия в течении расстройств настроения

Обобщенные результаты анализа половых различий в клиническом течении расстройств настроения в зависимости от пола представлены в таблице 1.

Таблица 1. **Различия в клиническом течении расстройств настроения в зависимости от пола**

Параметры (пол, возраст)	Источник
У мужчин с БР сезонная цикличность была ассоциирована с БР II типа и с большим количеством депрессивных эпизодов	Geoffroy P.A. et al., 2014 [13]
У мужчин с ДЭ/РДР после наступления ремиссии выраженность остаточной депрессивной симптоматики выше через 6-8 месяцев при сравнении с женщинами	Buckman J.E.J. et al., 2021 [18]
У мужчин с ДЭ/РДР через 15 месяцев наблюдалось более выраженное снижение депрессивных симптомов при сопоставлении с исходной симптоматикой по сравнению с женщинами	Gülpen J. et al., 2025 [19]
У мужчин с БР выше смертность вследствие суицидальных попыток	Hu F.H. et al., 2023 [4]
Мужской пол ассоциирован с преобладанием маниакальной и гипоманиакальной полярности эпизодов при БР	Bartoli .F. et al., 2024 [12]
Женский пол ассоциирован с быстроциклическим течением при БР	Kupka R.W. et al., 2003 [14]
У женщин с БР чаще выявляется гипотиреоз	Kupka R.W. et al., 2003 [14]
Женщины более чувствительны к сезонным изменениям и демонстрируют большую вариабельность симптоматики при БР	Geoffroy P.A. et al., 2014 [13]
Сезонная цикличность у женщин с БР связана с быстроциклическим течением и расстройствами пищевого поведения	Geoffroy P.A .et al., 2014 [13]
При БР женщины демонстрировали более высокие показатели в отдельных нейрокогнитивных доменах, в частности в вербальном и визуальном обучении и памяти	Serra-Navarro M. et al., 2025 [20]
Суицидальные попытки при БР чаще совершают женщины	Hu F.H. et al., 2023 [4], Tondo L. et al., 2016 [15]
Женский пол при БР чаще связан с депрессивной полярностью	Bartoli F. et al., 2024 [12]
У женщин с БР более низкая вероятность рецидива	Bai C. et al., 2026 [17]
Географическое положение, средний возраст выборки, доля женщин и методологическое качество исследований не были значимо связаны с распространенностью симптомов до первого эпизода и перед рецидивом при БР	Van Meter A.R. et al., 2016 [16]
Нет связи между полом и развитием быстроциклического течения при наличии в анамнезе приема антидепрессантов при БР	Kupka R.W. et al., 2003 [14]
Возраст и пол не определяют прогноз течения заболевания при ДЭ/РДР	Buckman J.E.J. et al., 2021 [18]

Без половой специфики	
Не обнаружено различий в психосоциальном функционировании и нейрокогнитивных исходах между мужчинами и женщинами на фоне течения БР	Serra-Navarro M. et al., 2025 [20]
Распространенность суицидальных мыслей при БР не зависит от пола	Hu F.H. et al., 2023 [4]
Влияние пола на частоту быстроциклического течения не зависело от используемого способа его измерения при БР	Kupka R.W. et al., 2003 [14]
Пол не влияет на вероятность рецидива при изучении анализа времени до его наступления при БР	Bai C. et al., 2026 [17]

Анализ опубликованной информации показал, что половые различия в течении расстройств настроения характеризуются выраженной гетерогенностью и реализуются преимущественно на уровне отдельных клинических доменов. Для мужского пола более типично преобладание маниакальной и гипоманиакальной полярности при БР [12], более высокая летальность суицидальных попыток [4], связь сезонной цикличности с большим количеством депрессивных эпизодов при БР II типа [13]. Для женского пола характерны более высокая частота быстроциклического течения [14] и большая связь с депрессивной полярностью при БР [12], более высокая чувствительность к сезонной цикличности при БР [13], более высокая частота суицидальных попыток при относительно более низкой летальности [4, 15], а также более высокий риск гипотиреоза при БР [14]. При этом ряд параметров не демонстрировал устойчивой зависимости от пола. В частности, не выявлено значимых различий в распространенности продромальных симптомов [16], вероятности рецидива при анализе времени до события [17], уровне суицидальной идеации [4], связи возраста и пола с прогнозом заболевания при ДЭ/РДР [18], а также связи пола и быстроциклического течения при БР при наличии в анамнезе приема антидепрессантов [14].

Половые различия в соматических и поведенческих коррелятах

Результаты анализа соматических и поведенческих факторов при расстройствах настроения в зависимости от пола представлены в таблице 2.

Таблица 2. **Взаимосвязь расстройств настроения с соматическими и поведенческими факторами в зависимости от пола**

Параметры (пол, возраст)	Источник
Мужчины имели большую связь между тяжестью ДЭ/РДР и кардиореспираторной тренированностью (которая отражает способность сердечно-сосудистой и дыхательной систем обеспечивать работающие мышцы кислородом во время длительной физической нагрузки)	Papasavvas T. et al., 2016 [21]
Мужчины имеют более выраженную связь между ДЭ/РДР после инфаркта миокарда и более плохим кардиологическим прогнозом. Фракция выброса левого желудочка была связана с депрессией только у мужчин и объясняла повышенный риск смертности от всех причин у мужчин с монополярной депрессией по сравнению с женщинами	Doyle F. et al., 2015 [22]
У мужчин с БР наблюдался более высокий уровень расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ в течение жизни по сравнению с женщинами с БР	Hunt GE. et al., 2016 [23]
Более высокий индекс массы тела у женщин был связан с более высокой вероятностью монополярной депрессии	de Wit L. et al., 2010 [24] Wardle J. et al., 2011 [25] Jung SJ. et al., 2017 [26]
Сопутствующие ДЭ/РДР связаны со значительно худшим прогнозом после коронарных событий преимущественно у женщин	Shanmugasegaram S. et al., 2012 [27]
Распространенность депрессии (ДЭ/РДР) после инфаркта миокарда выше у женщин	Doyle F. et al., 2015 [22]
Более высокий вес (диагностированное ожирение) связан с более высокой вероятностью ДЭ/РДР, но не зависит от пола	Mannan M. et al., 2016 [28] Psaltopoulou T. et al., 2013 [29] Abou Abbas L. et al., 2015 [30]
Наличие в анамнезе депрессии значимо положительно связано с последующим риском инсульта, однако не различается в зависимости от пола	Dong J.Y. et al., 2012 [32]
Вероятность ДЭ/РДР в группе людей с сахарным диабетом 1 и 2 типа была в два раза выше, чем в группе сравнения без диабета, и не различалась по полу	Anderson R.J. et al., 2001 [31]
Сроки начала течения ДЭ/РДР при расстройствах настроения (совместная группа биполярной и монополярной депрессий) значимо не различались в зависимости от пола	Solmi M. et al., 2021 [33]

Полученные данные указывают на наличие выраженной половой модификации во взаимосвязи расстройств настроения с соматическими и поведенческими факторами. Для мужчин более характерны более тесная связь депрессивной симптоматики с показателями кардиореспираторной дис-

функции [21], более выраженное влияние депрессии на неблагоприятный кардиологический прогноз после инфаркта миокарда [22], более высокая распространенность коморбидных расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ [23]. У женщин, напротив, выявлены более тесная связь между индексом массы тела и выраженностью депрессивной симптоматики [24, 25, 26], более высокая распространенность депрессии после сердечно-сосудистых осложнений [22], более значимое влияние депрессии на соматический прогноз при коронарной патологии [27]. Вместе с тем для ряда показателей половая специфика отсутствовала. В частности, связь депрессии с ожирением [28, 29, 30], сахарным диабетом [31] и риском инсульта [32] в большинстве включенных метаанализов не демонстрировала зависимости от пола.

ОБСУЖДЕНИЕ

Настоящий зонтичный обзор, обобщающий данные 21 систематического обзора и метаанализа, позволяет предположить наличие зависимых от пола паттернов расстройств настроения. Во-первых существуют устойчивые различия при БР: женский пол связан с депрессивной полярностью, быстроциклическим течением, большей чувствительностью к сезонным колебаниям и большей частотой суицидальных попыток. Тогда как мужской пол ассоциирован с маниакальной или гипоманиакальной преобладающей полярностью, большей смертностью при суицидальном поведении. То есть пол при БР, по-видимому, влияет не столько на сам факт наличия расстройства настроения, сколько на конфигурацию его клинического фенотипа. При ДЭ/РДР доступные данные в целом не подтверждают влияние пола на общий прогноз, однако отдельные находки (Gülpen et al., 2025; Buckman et al., 2021) указывают на возможные половые различия по отдельным параметрам течения, что требует дальнейшего изучения. Во-вторых, профиль соматической коморбидности демонстрирует значимые различия в сходных клинических областях. У мужчин депрессивные симптомы тесно связаны со злоупотреблением ПАВ, кардиореспираторной дисфункцией и влиянием на кардиологический прогноз при инфаркте миокарда. У женщин наблюдается связь депрессивных симптомов с сердечно-сосудистыми осложнениями, индексом массы тела, риском коронарной патологии, а наличие БР ассоциировано с наличием гипотиреоза. В-третьих, вопреки ожиданиям, анализ выявил обширную область отсутствия данных о половой специфике прогностически значимых предикторов, клинической симптоматики, продромальных проявлений, и, что особенно важно, вероятности рецидива, особенно при ДЭ/РДР. Эти результаты позволяют высказать предположение об избирательном влиянии пола на отдельные клинические домены. В связи с чем возникает вопрос: в каких именно аспектах течения аффективных расстройств пол выступает модератором патологического процесса и какие биологические, психосоциальные или средовые механизмы лежат в основе этих различий?

Ассоциация женского пола с быстрой цикличностью, сезонностью и депрессивной полярностью при БР может отражать большую представленность депрессивно-циклического варианта течения. Это соответствует современным научным данным, согласно которым быстроциклическое течение рассматривается как маркер большей клинической сложности, более высокого риска рецидивирования и менее благоприятного ответа на терапию. Более ранние данные указывают, что у женщин сезонность чаще сочеталась с быстрыми циклами и расстройствами пищевого поведения, тогда как у мужчин она была связана с БР II типа и большим числом депрессивных эпизодов [35]. Приведенные наблюдения требуют дальнейшей проверки в проспективных когортах, однако уже сейчас они подчеркивают необходимость учитывать пол при оценке полярности, сезонности и цикличности заболевания.

При ДЭ/РДР половые различия на данный момент выглядят менее стабильными и однородными, чем при БР. Это может быть связано с реально меньшим вкладом пола в течение и прогноз заболевания или же с методологическими ограничениями доступных систематических обзоров и метаанализов. Пол в опубликованных обзорах рассматривался преимущественно как описательная характеристика выборки, а не как фактор стратификации анализа. Часть исследований не подтверждают гипотезу относительно влияния пола на прогнозы течения заболевания, но единичные найденные исследования исхода в зависимости от пола указывают на разницу в исходах остаточных симптомов спустя время, что позволяет говорить не об однозначном прогностическом значении пола при ДЭ/РДР, а о существовании отдельной траектории течения.

Анализ сопутствующих заболеваний, как психиатрического, так и соматического профиля, указывает на различные профили расстройств настроения и позволяет предположить смещение мужского профиля в сторону внешне реализуемых поведенческих и летальных последствий. Это может быть связано с особенностями социокультурного контекста и другим видом манифестации расстройств. У женщин ДЭ/РДР чаще связаны с кардиометаболической нагрузкой, что может быть обусловлено общими биологическими механизмами формирования или генетической нагрузкой.

Суицидальный профиль в контексте расстройств настроения и пола также представляется

расщепленным на несколько показателей. У женщин с БР чаще регистрировалось наличие суицидальных попыток, в то время как мужчины с БР имели более высокую смертность вследствие суицидального поведения, что в целом коррелирует с половым распределением суицидального поведения в общей популяции. При этом распространенность суицидальных мыслей у пациентов с БР не демонстрировала отчетливой половой специфики. Такое расхождение как маркер проблемы важно в контексте понимания показателя суицидальности и его оценки как единого клинического феномена. Идеация, попытка и завершенный суицид могут не являться одним континуумом. Возможно, у мужчин суицидальное поведение чаще реализуется через более летальные способы, что рассматривается как один из основных механизмов смертности при меньшем или сопоставимом числе попыток [37].

Возможно, у мужчин чаще присутствуют факторы, повышающие смертность, такие как употребление алкоголя или ПАВ, импульсивность, меньшая обращаемость за помощью, социальные стереотипы, психологические трудности, страх стигмы, что увеличивало переход от мысли к действию, а также снижало реальную самостоятельную оценку состояния. Большее число суицидальных попыток у женщин может отражать более высокую частоту перехода к самоповреждающему или суицидальному действию с использованием или наименее летальных методов, или методов, допускающих возможность медицинского вмешательства [37].

Более высокая частота незавершенных суицидальных попыток может отражать иной профиль суицидального риска, а именно наиболее частую представленность депрессивной полярности и реактивность настроения. Высокая чувствительность к межличностным отношениям, сложности эмоциональной регуляции и идентификации эмоций, риск сопутствующих расстройств могут способствовать более частому переходу от идеации к действиям без формирования стойкого намерения умереть. Данный паттерн может также способствовать увеличению вероятности повторения суицидальных попыток без увеличения смертности.

Полученные результаты имеют не только исследовательское, но и практическое значение. Стратификация по полу может использоваться при мониторинге суицидального риска у пациентов с расстройствами настроения как дополнительный фактор риска, определяющий особенности реализации суицидального поведения.

В совокупности результаты обзора не указывают на существование двух четко разграниченных вариантов расстройств настроения у мужчин и женщин. Более обоснованной и логичной представляется модель пол-ассоциированных клинических траекторий, в которой пол рассматривается как потенциальный модификатор отдельных доменов заболевания: полярности, цикличности, сезонности, коморбидности, суицидального поведения и некоторых исходов лечения. В клиническом и исследовательском смысле это означает, что пол целесообразно учитывать не только как демографическую характеристику или ковариату, но и как фактор, который может изменять структуру риска, выраженность отдельных проявлений и прогностические сценарии при расстройствах настроения.

ОГРАНИЧЕНИЯ ОБЗОРА

Настоящий обзор имеет ряд ограничительных моментов. Во-первых, включенные систематические обзоры и метаанализы существенно различались по диагностическим группам, типам исходов, критериям стратификации по полу, длительности наблюдения и характеристикам первичных выборок, что ограничивало возможность количественного синтеза и прямого сопоставления результатов. Во-вторых, часть активированных обзоров была опубликована до широкого внедрения современных стандартов регистрации протоколов, оценки риска систематической ошибки и стандартизированной отчетности, что снижает сопоставимость методологического качества между источниками. В-третьих, для зонтичных обзоров характерен риск перекрытия одних и тех же первичных исследований в разных систематических обзорах. В настоящей работе этот риск учитывался концептуально, однако формальный расчет степени перекрытия не проводился. В-четвертых, большинство включенных обзоров рассматривало пол в бинарной категории male/female, тогда как гендерные характеристики, социальные роли, репродуктивные факторы, гормональный статус и культурные условия обращаемости за помощью оценивались редко или не оценивались вовсе. Это ограничивает возможность разделить вклад биологических и социально-культурных механизмов. В-пятых, диагностические категории в первичных исследованиях и обзорах не всегда были однородны: БР I и БР II типа, ДЭ, большое депрессивное расстройство и РДР часто анализировались в разных комбинациях. Это могло снижать точность выводов о специфике отдельных нозологических групп. В-шестых, наиболее убедительные и последовательные данные были получены для БР, тогда как для ДЭ/РДР и особенно для соматической коморбидности доказательная база была более фрагментарной. Часть данных о соматических исходах была получена в популяционных или общесоматических выборках, а не в специализированных психиатрических когортах, что ограничивает их прямую клиническую интерпретацию. Наконец, зонтичный обзор позволяет оценить согласованность и полноту суще-

ствующих доказательств, но не позволяет формулировать причинные выводы о механизмах половых различий. Следовательно, выявленные ассоциации следует рассматривать как основание для дальнейших стратифицированных, проспективных и механистических исследований.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты настоящего зонтичного обзора показывают, что половые различия при расстройствах настроения имеют домен-специфический характер. Наиболее убедительные данные получены для БР, где пол связан с полярностью, цикличностью, сезонностью и суицидальным профилем. Для ДЭ/РДР данные остаются менее согласованными между собой, что отражает как возможную меньшую выраженность пол-специфических эффектов, так и недостаточную стратификацию существующих исследовательских данных. В дальнейшем исследования расстройств настроения должны систематически учитывать пол на уровне дизайна, анализа и интерпретации данных, включая раздельное представление результатов для мужчин и женщин, оценку взаимодействий между полом и диагнозом, а также изучение биологических, клинических и социальных механизмов выявленных различий.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование осуществлялось за счет средств федерального бюджета в рамках выполнения государственного задания с задачами, определенными Уставом ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Настоящий зонтичный обзор основан исключительно на анализе ранее опубликованных исследований и агрегированных данных. В связи с этим получение одобрения независимого этического комитета не требовалось. Все включенные исследования были отобраны в ходе систематического поиска, проводились с соблюдением основополагающих этических принципов и международных стандартов (включая Хельсинкскую декларацию ВМА).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kasyanov E, Yakovleva Y, Khobeysh M, Gerasimchuk E, Mazo G. Lifetime prevalence of recurrent and persistent depression: A scoping review of epidemiological studies. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2025 May 23;21:e17450179372815. https://doi.org/10.2174/0117450179372815251610232 4. PMID: 40688401; PMCID: PMC12272091.
2. Li S, Xu Y, Zheng L, Pang H, Zhang Q, Lou L, Huang X. Sex difference in global burden of major depressive disorder: findings from the global burden of disease study 2019. Front Psychiatry. 2022 Feb 21;13:789305. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.789305. PMID: 35264985; PMCID: PMC8898927.
3. Zhong Y, Chen Y, Su X, Wang M, Li Q, Shao Z, Sun L. Global, regional and national burdens of bipolar disorders in adolescents and young adults: a trend analysis from 1990 to 2019. Gen Psychiatr. 2024 Feb 21;37(1):e101255. https://doi.org/10.1136/gpsych-2023-101255. PMID: 38390238; PMCID: PMC10882284.
4. Hu FH, Jia YJ, Zhao DY, Fu XL, Zhang WQ, Tang W, Hu SQ, Wu H, Ge MW, Du W, Shen WQ, Chen HL. Gender differences in suicide among patients with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2023 Oct 15;339:601-614. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.07.060. Epub 2023 Jul 17. PMID: 37467799.
5. Jiang D, Lang X, Wang D, Zhang XY. Gender differences in risk factors for suicide attempts among young, first-episode and drug-naive major depressive disorder patients with anxiety symptoms. Front Psychiatry. 2024 Aug 8;15:1424103. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1424103. PMID: 39176231; PMCID: PMC11338873.
6. Labaka A, Goñi-Balentziaga O, Lebeña A, Pérez-Tejada J. Biological sex differences in depression: A systematic review. Biol Res Nurs. 2018 Jul;20(4):383-392. https://doi.org/10.1177/1099800418776082. Epub 2018 May 14. PMID: 29759000.
7. Willard SL, Friedman DP, Henkel CK, Shively CA. Anterior hippocampal volume is reduced in behaviorally depressed female cynomolgus macaques. Psychoneuroendocrinology. 2009 Nov;34(10):1469-75. https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.04.022. Epub 2009 Jun 2. PMID: 19493628; PMCID: PMC2793679.
8. Gitto L, Noh YH, Andrés AR. An Instrumental Variable Probit (IVP) analysis on depressed mood in Korea: the impact of gender differences and other socio-economic factors. Int J Health Policy Manag. 2015 Apr 16;4(8):523-30. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.82. PMID: 26340392; PMCID: PMC4529042.
9. LeGates TA, Kvarta MD, Thompson SM. Sex differences in antidepressant efficacy. Neuropsychopharmacology. 2019 Jan;44(1):140-154. https://doi.org/10.1038/s41386-018-0156-z. Epub 2018 Jul 20. PMID: 30082889; PMCID: PMC6235879.
10. Morgan RL, Whaley P, Thayer KA, Schünemann HJ. Identifying the PECO: A framework for formulating good questions to explore the association of environmental and other exposures with health outcomes. Environ Int. 2018 Dec;121(Pt 1):1027-1031. https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.07.015. Epub 2018 Aug 27. PMID: 30166065; PMCID: PMC6908441.
11. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include

randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 2017 Sep 21;358:j4008. https://doi.org/10.1136/bmj.j4008. PMID: 28935701; PMCID: PMC5833365.
12. Bartoli F, Bassetti C, Gazzola M, Gianfelice L, Cavaleri D, Crocamo C, Carrà G. Prevalence and correlates of manic/hypomanic and depressive predominant polarity in bipolar disorder: systematic review and meta-analysis. BJPsych Open. 2024 May 6;10(3):e100. https://doi.org/10.1192/bjo.2024.51. PMID: 38708573; PMCID: PMC11094450.
13. Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Etain B. Seasonality and bipolar disorder: a systematic review, from admission rates to seasonality of symptoms. J Affect Disord. 2014 Oct;168:210-23. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.002. Epub 2014 Jul 10. PMID: 25063960.
14. Kupka RW, Luckenbaugh DA, Post RM, Leverich GS, Nolen WA. Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. J Clin Psychiatry. 2003 Dec;64(12):1483-94. https://doi.org/10.4088/jcp.v64n1213. PMID: 14728111.
15. Tondo L, Pompili M, Forte A, Baldessarini RJ. Suicide attempts in bipolar disorders: comprehensive review of 101 reports. Acta Psychiatr Scand. 2016 Mar;133(3):174-86. https://doi.org/10.1111/acps.12517. Epub 2015 Nov 11. PMID: 26555604.
16. Van Meter AR, Burke C, Youngstrom EA, Faedda GL, Correll CU. The bipolar prodrome: meta-analysis of symptom prevalence prior to initial or recurrent mood episodes. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016 Jul;55(7):543-55. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.04.017. Epub 2016 May 11. PMID: 27343882.
17. Bai C, Fan X, Lu W, Wei M, Wu D. Meta-analysis of recurrence rate and influencing factors of bipolar disorder. J Affect Disord. 2026 Feb 1;394(Pt B):120570. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120570. Epub 2025 Oct 30. PMID: 41176250.
18. Buckman JEJ, Saunders R, Stott J, Arundell LL, O'Driscoll C, Davies MR, Eley TC, Hollon SD, Kendrick T, Ambler G, Cohen ZD, Watkins E, Gilbody S, Wiles N, Kessler D, Richards D, Brabyn S, Littlewood E, DeRubeis RJ, Lewis G, Pilling S. Role of age, gender and marital status in prognosis for adults with depression: An individual patient data meta-analysis. Epidemiol Psychiatr Sci. 2021 Jun 4;30:e42. https://doi.org/10.1017/S2045796021000342. PMID: 34085616; PMCID: PMC7610920.
19. Gülpen J, Breedvelt JJF, van Dis EAM, Geurtsen GJ, Warren FC, van Heeringen C, Hitchcock C, Holländare F, Huijbers MJ, Jarrett RB, Jermann F, de Jonge M, Klein DN, Klein NS, Ma SH, Moore MT, Denys DAJP, Williams JMG, Kuyken W, Bockting CL. Psychological interventions for preventing relapse in individuals with partial remission of depression: a systematic review and individual participant data meta-analysis. Psychol Med. 2025 Feb 17;55:e50. https://doi.org/10.1017/S0033291725000157. PMID: 39957508; PMCID: PMC12080647.
20. Serra-Navarro M, Clougher D, Oliva V, Valenzuela-Pascual C, De Prisco M, Forte MF, Garriga M, Solé B, Sánchez-Moreno J, Verdolini N, Menculini G, Tortorella A, Bernardo M, Ramos-Quiroga JA, Martinez-Aran A, Vieta E, Amoretti S, Torrent C. Sex differences in psychosocial functioning and neurocognition in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. Eur Psychiatry. 2025 Mar 5;68(1):e45. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2025.27. PMID: 40040587; PMCID: PMC12041736.
21. Papasavvas T, Bonow RO, Alhashemi M, Micklewright D. Depression symptom severity and cardiorespiratory fitness in healthy and depressed adults: A systematic review and meta-analysis. Sports Med. 2016 Feb;46(2):219-30. https://doi.org/10.1007/s40279-015-0409-5. PMID: 26446894.
22. Doyle F, McGee H, Conroy R, Conradi HJ, Meijer A, Steeds R, Sato H, Stewart DE, Parakh K, Carney R, Freedland K, Anselmino M, Pelletier R, Bos EH, de Jonge P. Systematic review and individual patient data meta-analysis of sex differences in depression and prognosis in persons with myocardial infarction: A MINDMAPS Study. Psychosom Med. 2015 May;77(4):419-28. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000174. PMID: 25886829.
23. Hunt GE, Malhi GS, Cleary M, Lai HM, Sitharthan T. Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2016 Dec;206:331-349. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.011. Epub 2016 Jul 9. PMID: 27476137.
24. de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. Psychiatry Res. 2010 Jul 30;178(2):230-5. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.04.015. Epub 2010 May 13. PMID: 20462641.
25. Wardle J, Chida Y, Gibson EL, Whitaker KL, Steptoe A. Stress and adiposity: a meta-analysis of longitudinal studies. Obesity (Silver Spring). 2011 Apr;19(4):771-8. https://doi.org/10.1038/oby.2010.241. Epub 2010 Oct 14. Erratum in: Obesity (Silver Spring). 2011 Jun;19(6):1315. PMID: 20948519.
26. Jung SJ, Woo HT, Cho S, Park K, Jeong S, Lee YJ, Kang D, Shin A. Association between body size, weight change and depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2017 Jul;211(1):14-21. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.186726. Epub 2017 Apr 20. PMID: 28428339.
27. Shanmugasegaram S, Russell KL, Kovacs AH, Stewart DE, Grace SL. Gender and sex differences in prevalence of major depression in coronary artery disease patients: a meta-analysis. Maturitas. 2012 Dec;73(4):305-11. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.09.005.

Epub 2012 Sep 28. PMID: 23026020; PMCID: PMC4490896.
28. Mannan M, Mamun A, Doi S, Clavarino A. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta-analysis. Asian J Psychiatr. 2016 Jun;21:51-66. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.12.008. Epub 2016 Jan 22. PMID: 27208458.
29. Psaltopoulou T, Sergentanis TN, Panagiotakos DB, Sergentanis IN, Kosti R, Scarmeas N. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. Ann Neurol. 2013 Oct;74(4):580-91. https://doi.org/10.1002/ana.23944. Epub 2013 Sep 16. PMID: 23720230.
30. Abou Abbas L, Salameh P, Nasser W, Nasser Z, Godin I. Obesity and symptoms of depression among adults in selected countries of the Middle East: a systematic review and meta-analysis. Clin Obes. 2015 Feb;5(1):2-11. https://doi.org/10.1111/cob.12082. Epub 2014 Dec 12. PMID: 25504829.
31. Kan C, Pedersen NL, Christensen K, Bornstein SR, Licinio J, MacCabe JH, Ismail K, Rijsdijk F. Genetic overlap between type 2 diabetes and depression in Swedish and Danish twin registries. Mol Psychiatry. 2016 Jul;21(7):903-9. https://doi.org/10.1038/mp.2016.28. Epub 2016 Mar 29. PMID: 27021822; PMCID: PMC5414070.
32. Dong JY, Zhang YH, Tong J, Qin LQ. Depression and risk of stroke: a meta-analysis of prospective studies. Stroke. 2012 Jan;43(1):32-7. https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.630871. Epub 2011 Oct 20. PMID: 22020036.
33. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, Il Shin J, Kirkbride JB, Jones P, Kim JH, Kim JY, Carvalho AF, Seeman MV, Correll CU, Fusar-Poli P. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. Mol Psychiatry. 2022 Jan;27(1):281-295. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7. Epub 2021 Jun 2. PMID: 34079068; PMCID: PMC8960395.
34. Miola A, Fountoulakis KN, Baldessarini RJ, Veldic M, Solmi M, Rasgon N, Ozerdem A, Perugi G, Frye MA, Preti A. Prevalence and outcomes of rapid cycling bipolar disorder: Mixed method systematic meta-review. J Psychiatr Res. 2023 Aug;164:404-415. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.021. Epub 2023 Jun 25. PMID: 37429185.
35. Geoffroy PA, Bellivier F, Scott J, Boudebesse C, Lajnef M, Gard S, Kahn JP, Azorin JM, Henry C, Leboyer M, Etain B. Bipolar disorder with seasonal pattern: clinical characteristics and gender influences. Chronobiol Int. 2013 Nov;30(9):1101-7. https://doi.org/10.3109/07420528.2013.800091. Epub 2013 Aug 9. PMID: 23931033; PMCID: PMC5225270.
36. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 2016 Mar 19;387(10024):1227-39. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2. Epub 2015 Sep 15. PMID: 26385066; PMCID: PMC5319859.
37. Berardelli I, Rogante E, Sarubbi S, Erbuto D, Cifrodelli M, Concolato C, Pasquini M, Lester D, Innamorati M, Pompili M. Is Lethality Different between Males and Females? Clinical and Gender Differences in Inpatient Suicide Attempters. Int J Environ Res Public Health. 2022 Oct 15;19(20):13309. https://doi.org/10.3390/ijerph192013309. PMID: 36293891; PMCID: PMC9602518.
38. Links PS, Eynan R, Heisel MJ, Barr A, Korzekwa M, McMain S, Ball JS. Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. J Pers Disord. 2007 Feb;21(1):72-86. https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.1.72. PMID: 17373891.

Поступила в редакцию 02.06.2026
Утверждена к печати 14.09.2026

Корягина Дария Андреевна, врач-психиатр, аспирант отделения прецизионной психиатрии и геномики, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 2908-1970. ResearcherID HRD-9732-2023. AuthorID РИНЦ 1198077. ORCID iD 0009-0008-8620-2004. dashulya.koryagina@yandex.ru

Касьянов Евгений Дмитриевич, врач-психиатр, к.м.н., ведущий научный сотрудник, руководитель отделения прецизионной психиатрии и геномики, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 4818-2523. ResearcherID T-6038-2018. Author ID Scopus 57205549541. ORCID iD 0000-0002-4658-2195. i@kasyan.ru

Мазо Галина Элевна, врач-психиатр, д.м.н., заместитель директора по инновационному научному развитию, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России. SPIN-код РИНЦ 1361-6333. ResearcherID F-9403-2015. Author ID Scopus 6603942525. ORCID iD 0000-0001-7036-5927.

✉ Корягина Дария Андреевна, dashulya.koryagina@yandex.ru

UDC 616.895:616.035:616.895.4-036.12-055.1-055.2

For citation: Koryagina D.A., Kasyanov E.D., Mazo G.E. Sex is not a covariate: an umbrella review of sex-specific differences in mood disorders. Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry. 2026; 3 (132): 101-111. https://doi.org/10.26617/1810-3111-2026-3(132)-101-111

Sex is not a covariate: an umbrella review of sex-specific differences in mood disorders

Koryagina D.A., Kasyanov E.D., Mazo G.E.

Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation
Bekhterev Street 3, 192019, St. Petersburg, Russian Federation

ABSTRACT

Introduction. Sex-related differences in mood disorders can manifest in the clinical structure of the illness. Typically, sex is regarded merely as a background demographic variable. This approach limits our understanding of how sex relates to distinct clinical trajectories during the course of mood disorders. **Objective**. To summarize data from systematic reviews and meta-analyses regarding sex-related differences in the epidemiological, clinical, suicidological, comorbid, and therapeutic characteristics of depressive and bipolar disorders. **Material and methods**. An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses was conducted. Searches were performed using PubMed, the Cochrane Database of Systematic Reviews, and Google Scholar. Reviews focusing on adult patients with mood disorders and containing data comparing men and women were included. The final analysis comprised 21 studies published between 2003 and 2026. **Results**. The identified sex-related differences in mood disorders were unevenly distributed and affected specific parameters of the illness course. In bipolar disorder, female sex was associated with depressive polarity, rapid cycling, greater sensitivity to seasonal fluctuations, a higher frequency of suicide attempts, and an increased risk of hypothyroidism. Male sex was associated with manic or hypomanic episode polarity, higher mortality due to suicidal behavior, and higher prevalence of substance use disorders. Sex played a less pronounced role in depressive episodes and recurrent depressive disorder; differences were observed in specific course parameters, including the dynamics of residual symptoms and the severity of depressive symptoms at various stages of follow-up. Somatic and behavioral correlates also differed: in men, depressive symptoms were more closely associated with cardiorespiratory dysfunction and an adverse prognosis following myocardial infarction, whereas in women, they were linked to body mass index, a higher prevalence of depression following cardiovascular complications, and the risk of adverse outcomes in coronary artery disease. **Conclusion**. Sex does not define two isolated variants of mood disorders but rather acts as a potential modifier of specific clinical domains: polarity, cyclicity, seasonality, comorbidity, and the suicide profile. Future studies should consider sex at the stages of design, analysis, and data interpretation, including the separate presentation of results for men and women and the assessment of interactions between sex and diagnosis.

Keywords: mood disorders, bipolar disorder, recurrent depressive disorder, depressive episode, depression in men, depression in women, gender-specific depression.

Received June 02, 2026 Accepted September 14, 2026

Koryagina Daria A., psychiatrist, postgraduate student of the Department of Precision Psychiatry and Genomics, Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. SPIN-code RSCI 2908-1970. ResearcherID HRD-9732-2023. AuthorID RSCI 1198077. ORCID iD 0009-0008-8620-2004.

Kasyanov Evgeny D., Cand. Sc. (Medicine), Head of the Department of Precision Psychiatry and Genomics, Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. SPIN-code RSCI 4818-2523. ResearcherID T-6038-2018. Author ID Scopus 57205549541. ORCID iD 0000-0002-4658-2195. i@kasyan.ru

Mazo Galina E., D. Sc. (Medicine), Deputy Director for Innovative Scientific Development, Head of the Institute of Translational Psychiatry, Federal State Budgetary Institution "V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, St. Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-7910-9129. Scopus Author ID 6603942526. SPIN-code RSCI 1361-6333. AuthorID RSCI 235003.

✉ Koryagina Daria A., dashulya.koryagina@yandex.ru