

Психіатрія, наркологія та медична психологія

УДК: 616.895-055.1/.2:316.485(477)"2022"

ГЕНДЕРНА СПЕЦИФІКА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ
КАРТИНИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ**Немченко А.О.***Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

Триваюча війна в Україні призвела до зростання поширеності афективних розладів, що вимагає глибшого розуміння їхніх клінічних особливостей з урахуванням гендерних аспектів та статусу Внутрішньо Переміщених Осіб (ВПО). Метою дослідження було визначення особливостей клінічної та психопатологічної структури афективних розладів у осіб, які не змінювали місце проживання, та у ВПО під час війни. У дослідженні взяли участь 148 осіб з афективними розладами, яких розділили на дві групи: 83 особи (48 жінок та 35 чоловіків), які не змінили місця проживання у зв'язку з військовими діями; та 65 ВПО (36 жінок та 29 чоловіків). Були застосовані клініко-психопатологічні та психодіагностичні методи з використанням низки стандартизованих клінічних шкал оцінки симптомів. В результаті дослідження в обох групах були виявлені симптоми, найпоширенішими з яких були пригнічений настрій та афект смутку, відчуття внутрішньої напруги, звуження інтересів та відчуття нікчемності. Було встановлено чіткі гендерні відмінності в емоційному компоненті депресії: чоловіки переважно відчували горе, добові коливання настрою, байдужість, страхи та нав'язливі спогади; жінки проявляли ідеї самозвинувачення, почуття провини та нікчемності, психомоторну загальмованість, підвищену вразливість та схильність до сльозотечі. Було виявлено чотири клінічні варіанти депресивної симптоматології з гендерною специфічністю: у чоловіків переважали меланхолійний та сенесто-іпохондричний варіанти, тоді як у жінок домінували тривожний та астено-апатичний варіанти. У групі ВПО спостерігався вищий рівень ангедонії (як у чоловіків, так і у жінок), а також більша вразливість чоловіків-ВПО до розвитку важких депресивних епізодів. Зроблено висновок, що афективні розлади мають чітку гендерну специфічність, яка зберігається незалежно від статусу внутрішнього переміщення.

Ключові слова: депресія, внутрішньо переміщені особи, клінічна та психопатологічна структура, ангедонія, воєнний час.



Цитуйте українською: Немченко А.О. Гендерна специфіка клініко-психопатологічної картини афективних розладів в сучасних умовах. Медицина сьогодні і завтра. 2025;94(1):63-74.
<https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.1.nem>

Cite in English: Nemchenko AO. Gender specificity of clinical and psychopathological features of affective disorders in modern conditions. Medicine Today and Tomorrow. 2025;94(1):63-74.
<https://doi.org/10.35339/msz.2025.94.1.nem> [in Ukrainian].

Вступ

Афективні розлади в Україні набули особливого значення в контексті безпрецедентних викликів, з якими стикається українське суспільство протягом останніх років. Війна, вимушене переселення, економічні труднощі та психо-соціальний стрес створили унікальні передумови для зростання поширеності психічних розладів серед населення. За даними Міністерства охорони здоров'я України, кількість звернень із приводу депресивних та тривожних розладів зросла майже втричі з 2022 року, що свідчить про масштабність проблеми в сучасних українських реаліях [1–4].

Особливої уваги заслуговує гендерний аспект афективних розладів в умовах військового часу. Дослідження, проведені в Україні, демонструють, що жінки та чоловіки по-різному реагують на стресові фактори, пов'язані з війною, що проявляються на специфіці клінічних проявів афективних розладів [5; 6].

Українська система охорони психічного здоров'я зазначила суттєві трансформації впродовж останніх років, однак проблема гендерно-чутливих підходів до діагностики та лікування афективних розладів залишається недостатньо вирішеною. Проблема гендерно-специфічних терапевтичних підходів також потребує особливої уваги, адже клінічні спостереження вказують на наявність відмінностей у чутливості до психофармакотерапії та психотерапевтичних інтервенцій серед чоловіків і жінок. Персоналізований підхід до лікування, що враховує гендерні особливості пацієнтів, може значно підвищити ефективність терапевтичних заходів та сприяти покращенню прогнозу захворювання [7–9].

Особливо гострою є проблема швидкої діагностики афективних розладів у Внутрішньо Переміщених Осіб (ВПО) та мешканців прифронтової території,

де доступ до спеціалізованої психіатричної допомоги ускладнений. Гендерні відмінності у способах прояву емоційного дистресу, готовності звернутися за допомогою та стигматизації психічних розладів створюють додаткові бар'єри для ефективного лікування [10].

Розуміння гендерних особливостей афективних розладів дозволяє розробити більш ефективні стратегії профілактики, діагностики та лікування, що враховують специфічні потреби різних груп населення в умовах війни та соціальних трансформацій [11–13].

Таким чином, дослідження гендерної специфіки клініко-психопатологічної картини афективних розладів в сучасних умовах є актуальним науковим напрямком, що має значний потенціал для розвитку нових діагностичних та терапевтичних стратегій, спрямованих на оптимізацію допомоги пацієнтам з даною патологією. Розуміння гендерних аспектів афективних розладів дозволить розробити більш ефективні методи раннього виявлення, профілактики та лікування цих станів, що відповідає сучасній парадигмі персоналізованої медицини та психіатрії.

Метою дослідження було вивчення клініко-психопатологічних та патофизиологічних гендерних особливостей афективних розладів в умовах сучасної України.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне обстеження 148 хворих на афективні розлади (76 жінок та 72 чоловіків). І групу склали 83 особи, які не змінили місце проживання внаслідок воєнних дій (48 жінок та 35 чоловіків), II групу – 65 ВПО (36 жінок та 29 чоловіків). Всі пацієнти підписали інформовану згоду на участь у науковому дослідженні.

Застосування комплексу методів обстеження дозволило всебічно оцінити

клініко-психопатологічну картину афективних розладів з урахуванням гендерної специфіки.

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на стандартизованому психіатричному обстеженні з виявленням провідних психопатологічних симптомів, структури та динаміки патологічного процесу. Клінічні діагнози пацієнтів відповідали Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

Психодіагностичне дослідження включало використання низки валідних клінічних інструментів: Шкала тривоги Гамільтона [Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)] [14], для кількісної оцінки тяжкості тривожних проявів; Шкала депресії Гамільтона [Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)] [15] для об'єктивізації депресивної симптоматики; Шкала депресії Монтгомері-Айсберга [Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)] [16], яка дозволила оцінити тяжкість депресивних симптомів; Госпітальна шкала тривоги і депресії [Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)] [17] для скринінгової оцінки симптомів тривоги та депресії; Колумбійська шкала серйозності суїцидних програм [Columbia–Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)] [18] для оцінки суїцидних ризиків; Шкала визначення рівня ангедонії Снайта-Гамільтона [Snaitth-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)] [19] для виявлення та кількісної оцінки ангедонічного компонента афективних розладів.

Статистична обробка даних була проведена з використанням Excel 2019 (Microsoft, USA).

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, у клінічній картині афективних розладів у обстежених хворих найбільш часто відмічаються знижений фон настрою та афект туги, відчуття внутрішньої напруги з неможливістю розслаби-

тися, безпідставне занепокоєння. В обох групах виявлялося звуження кола інтересів, відчуття власної непридатності та малоцінності, ідеї самозвинувачення та почуття провини, апатія; психомоторна загальмованість, нав'язливі страхи та спогади, підвищена образливість, а також астенична симптоматика (*рис. 1*).

Клінічна структура афективних розладів у обстежених хворих була представлена: депресивним епізодом помірним або важким без психотичних симптомів (у 23 (47,9 %) жінок та 18 (51,4 %) чоловіків I групи; та у 19 (52,7 %) жінок та 14 (48,3 %) чоловіків II групи) та рекурентним депресивним розладом, триваючим епізодом помірної або важкої ваги без психотичних симптомів (у 25 (52,1 %) жінок та 17 (48,6 %) чоловіків I групи та 17 (47,3 %) та 15 (51,7 %) відповідно II групи) (*табл. 1*).

Аналіз емоційної складової депресивного синдрому виявив гендерні відмінності в обох досліджуваних групах. У чоловіків I та II груп з однаковою частотою спостерігалися такі домінуючі прояви: відчуття горя, добові коливання настрою, відчуття байдужості до будь-яких подій, нав'язливі страхи і спогади та звуження кола інтересів. Емоційний профіль депресії у жінок характеризувався переважанням ідей самозвинувачення, відчуття провини, власної малоцінності, психомоторною загальмованістю, підвищеною вразливістю та надмірними лакримальними реакціями. У хворих II групі спостерігалася дещо вища інтенсивність цих симптомів. (*табл. 2*).

Виявлені особливості емоційної складової депресії свідчать про стійкі гендерні відмінності в клінічній картині афективних розладів, які зберігаються незалежно від статусу внутрішнього переміщення, хоча у ВПО була виявлена тенденція до дещо більшої вираженості окремих симптомів.

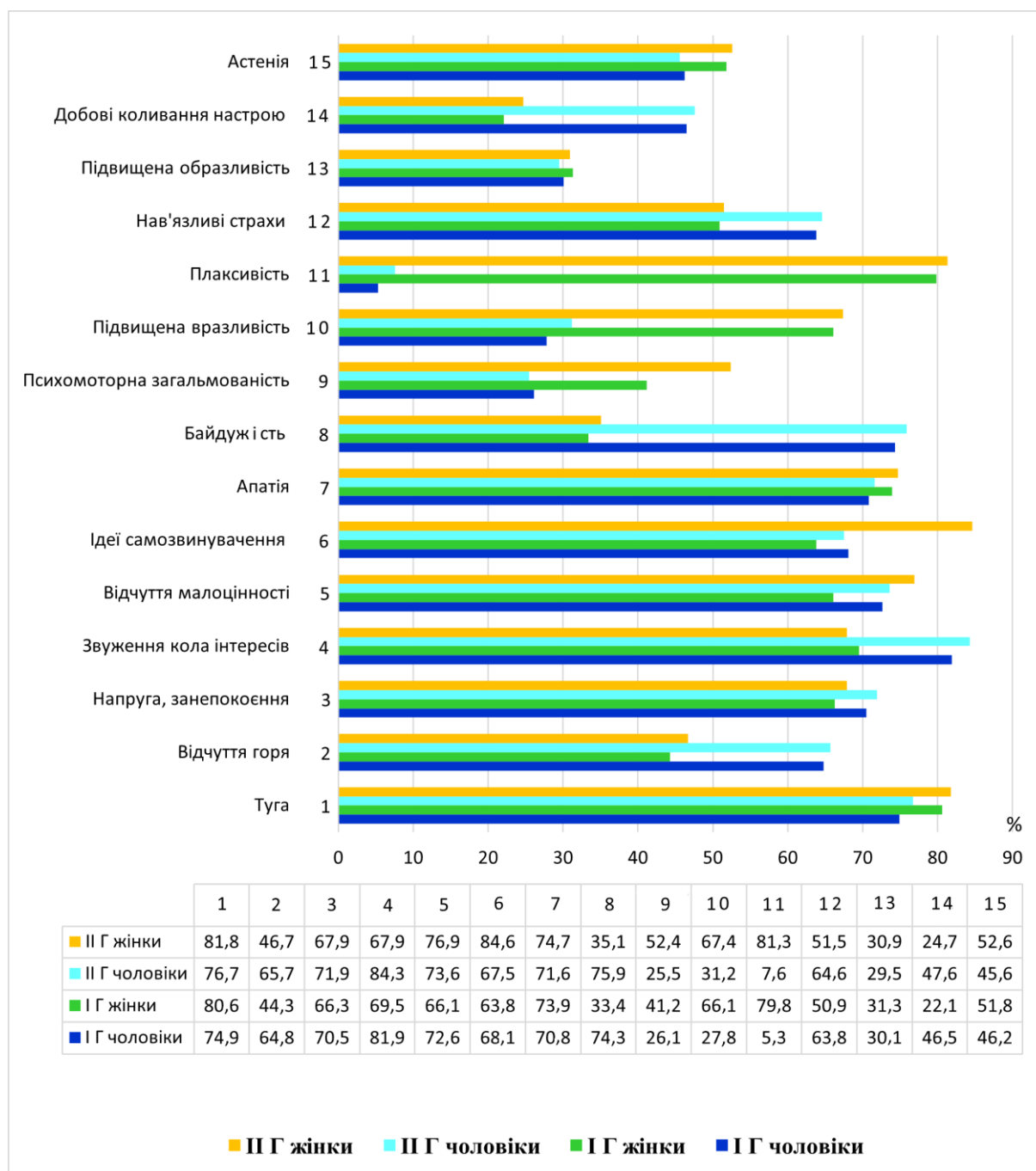


Рис. 1. Клініко-психопатологічна характеристика афективних розладів.

У ході дослідження було виділено чотири клінічні варіанти депресивної симптоматики, кожен з яких мав особливі психопатологічні особливості.

Тужливий варіант депресії характеризувався зниженою активністю та гіпобулією на фоні афекту туги і тривоги.

Клінічна картина включала різноманітні страхи, побоювання та нічне жахиття. За даними психодіагностичного дослідження були зафіксовані важка або помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий або помірний депресивний епізод за шкалою Монт-

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих залежно від діагнозу депресивного розладу (абс., %)

	І група		ІІ група	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
	(n=48)	(n=35)	(n=36)	(n=29)
Депресивний епізод помірний епізод (F32.1); важкий епізод без психотичних симптомів (F32.2)	23 47,9 %	18 51,4 %	19 52,7 %	14 48,3 %
Рекурентний депресивний розлад триваючий епізод помірної ваги (F33.1); триваючий епізод важкий без психотичних симптомів (F33.2)	25 52,1 %	17 48,6 %	17 47,3 %	15 51,7 %

Таблиця 2. Клінічні прояви депресивного синдрому (абс., %)

	І група		ІІ група	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
	(n=48)	(n=35)	(n=36)	(n=29)
Відчуття горя	25 52,1 %	23 65,7 %	19 52,7 %	19 65,5 %
Туга	30 62,5 %	15 42,8 %	16 44,4 %	11 37,9 %
Добові коливання настрою	18 37,5 %	17 48,5 %	16 44,4 %	14 48,3 %
Байдужість	9 18,7 %	26 74,3 %	12 33,3 %	22 75,8 %
Страхи і нав'язливі спогади	21 43,7 %	22 62,9 %	16 44,4 %	18 62,1 %
Звуження кола інтересів	23 47,9 %	29 82,8 %	14 36,8 %	24 82,7 %
Ідеї самозвинувачення	32 66,6 %	10 28,5 %	23 63,8 %	12 41,4 %
Відчуття провини	28 58,3 %	9 25,7 %	21 58,3 %	13 44,8 %
Відчуття власної малоцінності	37 77,1 %	10 28,5 %	28 77,7 %	11 37,9 %
Психомоторна загальмованість	25 52,1 %	12 34,2 %	18 50,0 %	10 34,5 %
Підвищена вразливість	32 66,6 %	4 11,4 %	24 66,6 %	6 20,7 %
Надмірна слізливість	38 79,1 %	1 2,8 %	30 83,3 %	2 6,9 %
Астенія	22 45,8 %	15 42,8 %	16 44,4 %	15 51,7 %

Примітка до таблиць 1 та 2: $p < 0,05$.

гомері-Айсберга та високий рівень суїцидального ризику. Пацієнти відчували безперспективність життя, зовнішнє відчуття, самотність, безпорадність, для них були притаманні скорботний вираз обличчя, монотонність і тихе мовлення, невиразність міміки та загальмованість рухів.

Для *тривожного* варіанту було характерне домінування загального тривожного фону в об'єднаній зі зниженим настроєм. Клінічна картина включала пригніченість, дратівливість, гіперестезію, почуття туги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися та моторне відновлення. Виявлялись важка або виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий або виражений депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга та високий рівень суїцидального ризику. Спостерігалось загострення різноманітних конфліктів (сімейних, подружніх, міжособистісних та внутрішньоособистісних) із приєднанням дисфоричного афекту, невдоволенням, дратівливістю та вибухами гніву при незначних розбіжностях з оточуючими.

Астено-апатичний варіант поєднував пригніченість настрою з підвищеною емоційністю, млявістю, відчуттям виснаження, гіперестезією та психомоторною загальмованістю. За психодіагностичними показниками зареєстровані субклінічні прояви тривоги та депресії за госпітальною шкалою, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга та помірний рівень суїцидального ризику. Порушення мислення проявлялися у вигляді уповільнення його темпу та звуження асоціативних процесів. Пацієнти відповідали на запитання із зупинкою, відчували труднощі в доборі потрібних слів та виразів.

Сенесто-іпохондричний варіант проявлявся зниженим настроєм, афектом

туги, думками про власну малоцінність, психомоторною загальмованістю, іпохондричними проявами та соматовегетативними розладами. Психодіагностичне обстеження виявило помірний депресивний епізод за шкалою Гамільтона та помірний депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга, із більшим або низьким рівнем суїцидального ризику. Характерною була депресивна оцінка як себе, так і оточення, труднощі з концентрацією уваги, зниження рівня спонукання та проблеми з прийнятим рішенням.

В клініко-психопатологічній структурі депресивних розладів у чоловіків переважали тужливий при депресивному епізоді та сенесто-іпохондричний при рекурентному депресивному розладі; у жінок домінували тривожний у хворих на депресивний епізод та апато-адинамічний у хворих на рекурентний депресивний розлад варіанти депресивної симптоматики (рис. 2).

Результати психодіагностичного обстеження продемонстрували виражену тяжкість депресивної симптоматики в обох досліджуваних групах без суттєвих відмінностей між ними. Аналіз виразності депресії за шкалою Монтгомері-Айсберга показав переважання великого депресивного епізоду в усіх обстежених хворих з вираженими гендерними та груповими особливостями. Чоловіки демонстрували більшу тяжкість депресивних проявів в обох групах. Чоловіки II групи демонстрували найвищий рівень важкої депресії, що може відображати особливі труднощі чоловічої адаптації до втрати соціального статусу (табл. 3).

Як показав аналіз виразності тривоги та депресії за клінічними шкалами тривоги (НАМ-А) і депресії (НАМ-Д) Гамільтона для обстежених хворих I групи були притаманні важкий епізод тривоги (20 (41,6 %) жінок і 16 (45,7 %)

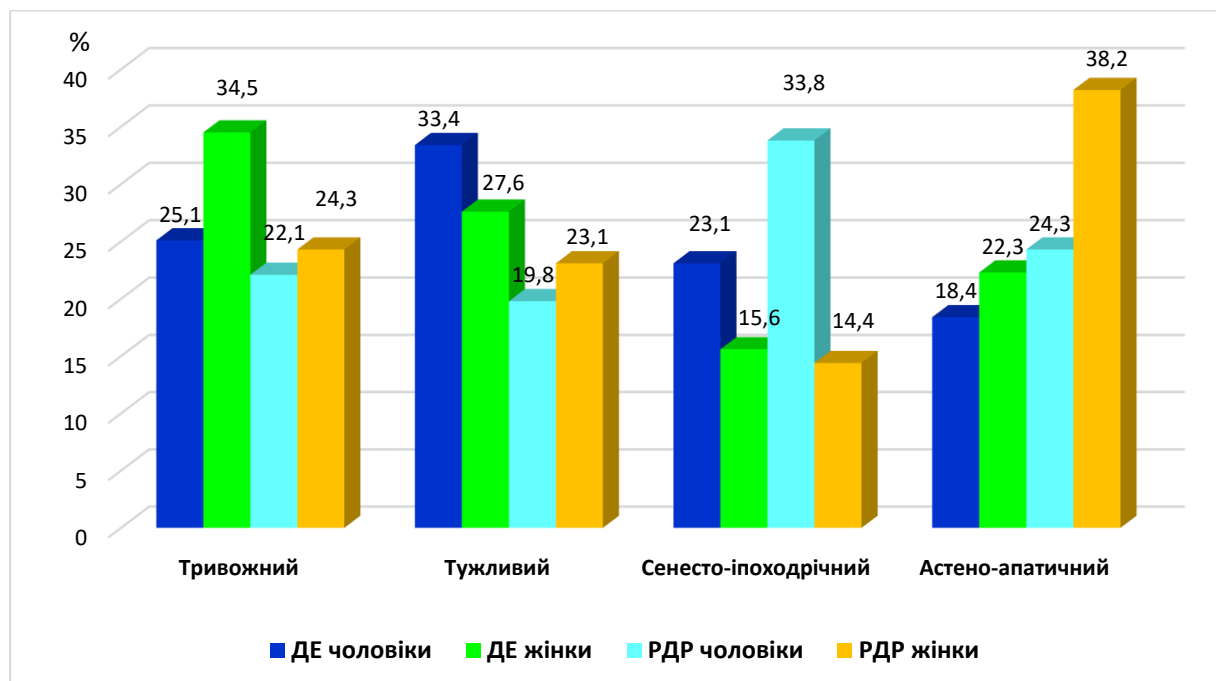


Рис. 2. Варіанти психопатологічної симптоматики у обстежених хворих.

Таблиця 3. Вираженість депресії у обстежених хворих за шкалою Монтгомери-Асберга (абс., %)

Вираженість депресії	І група		ІІ група	
	жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=36)	чоловіки (n=29)
Відсутність депресивного епізоду	0	0	0	0
Малий депресивний епізод	4 8,3 %	1 2,8 %	5 13,8 %	1 3,4 %
Помірний депресивний епізод	16 33,3 %	17 48,6 %	14 38,8 %	9 31,1 %
Великий депресивний епізод	18 37,5 %	17 48,6 %	17 47,2 %	19 65,5 %

Примітки: $p < 0,05$.

чоловіків), тоді як у другій групі відповідні показники становили 11 (30,5 %) жінок та 14 (48,3 %) чоловіків; важкий епізод депресії виявлено у 24 (50,0 %) жінок і 18 (51,4 %) чоловіків першої групи, а також у 18 (50,0 %) жінок і 14 (48,3 %) чоловіків ІІ групи (табл. 4).

Аналіз показників за госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показав переважання у обстежених хворих клінічних проявів тривоги, які обстежені хворі демонструють вищу частоту клінічно значущої тривоги в обох групах при цьому субклінічні прояви

Таблиця 4. Вираженість тривоги і депресії у обстежених хворих за шкалою тривоги і депресії Гамільтона (абс., %)

Вираженість тривоги і депресії		І група		ІІ група	
		жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=36)	чоловіки (n=29)
Відсутність	тривоги	0	0	0	0
	депресії	0	0	0	0
Легкий епізод	тривоги	5 10,4 %	4 11,4 %	6 16,6 %	3 10,3 %
	депресії	7 14,6 %	6 17,1 %	8 22,2 %	7 24,2 %
Помірний епізод	тривоги	23 47,9 %	15 42,8 %	19 52,7 %	12 42,4 %
	депресії	17 35,4 %	11 31,4 %	10 27,7 %	8 27,6 %
Важкий епізод	тривоги	20 41,6 %	16 45,7 %	11 30,5 %	14 48,3 %
	депресії	24 50,0 %	18 51,4 %	18 50,0 %	14 48,3 %

Примітки: $p < 0,05$.

тривоги переважають у чоловіків, що може відображати гендерні особливості експресії емоційних станів та тенденцію до мінімізації симптомів. Депресивні прояви демонструють виражені гендерні відмінності: жінки в обох групах мають стабільно високу частоту клінічної депресії, тоді як у чоловіків цей показник нижчий та варіабельний. Субклінічна депресія частіше зустрічається у чоловіків, особливо у ІІ групі, що може свідчити про більшу варіабельність депресивного реагування у чоловіків (табл. 5).

Особливу увагу заслуговують показники рівня ангедонії, оцінені за шкалою SHAPS, які демонструють тенденцію до більш високих показників у хворих І групи у порівнянні з хворими ІІ групи, що може відображати більш глибоке ураження мотиваційної сфери внаслідок погіршення життєвої загрози. Обстежені ІІ групи частіше мають менш ви-

ражену ангедонію, що може свідчити про кращі адаптивні можливості та окремі джерела збереження задоволення в нових умовах життя (табл. 6).

Отримані результати значною мірою узгоджуються із сучасними міжнародними дослідженнями афективних розладів в умовах воєнного конфлікту. Метааналіз досліджень психічних розладів, асоційованих із війнами та збройними конфліктами, продемонстрував сукупну поширеність депресії на рівні 28,9 % та тривоги 30,7 %, що корелює з високою частотою афективних розладів у нашому дослідженні. Виявлені гендерні відмінності підтверджуються світовою літературою: поширеність депресії майже вдвічі більша серед жінок (16,2 %), ніж серед чоловіків (8,7 %) Наші дані щодо переважаючого тривожного та астено-апатичного варіантів у жінок, а меланхолійного та сенесто-іпохондричного у чоловіків узгоджуються

Таблиця 5. Вираженість тривоги і депресії у обстежених хворих за Госпітальною шкалою (абс., %)

Вираженість тривоги і депресії		І група		ІІ група	
		жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=36)	чоловіки (n=29)
Відсутність	тривоги	0	0	0	0
	депресії	0	0	0	0
Субклінічні прояви	тривоги	18 37,5 %	15 42,8 %	14 38,8 %	12 41,3 %
	депресії	11 22,9 %	10 28,5 %	8 22,2 %	9 31,1 %
Клінічні прояви	тривоги	30 62,5 %	20 57,1 %	22 61,1 %	16 55,2 %
	депресії	37 77,1 %	25 71,4 %	28 77,7 %	20 68,9 %

Таблиця 6. Вираженість ангедонії у обстежених хворих за шкалою Снайта-Гамільтона (SHAPS) (абс., %)

	І група		ІІ група	
	жінки (n=48)	чоловіки (n=35)	жінки (n=36)	чоловіки (n=29)
Відсутність або мінімальна	0	0	0	0
Легка	4 8,3 %	3 8,5 %	5 13,9 %	4 13,8 %
Помірна	18 37,5 %	12 34,3 %	14 38,8 %	11 37,9 %
Виражена	26 54,2 %	20 57,2 %	17 47,3 %	14 48,3 %

Примітка до таблиць 5 та 6: $p < 0,05$.

з результатами досліджень, що показують різні патерни емоційного реагування залежно від статі [20–24].

Висновки

1. У клінічній картині афективних розладів як у осіб, які не змінювали місце проживання, так і у вимушено переміщених осіб, найбільш поширеними є знижений фон настрою та афект туги, відчуття внутрішньої напруги з неможливістю розслабитися, звуження кола інтересів, відчуття власної непотрібності

та малоцінності, без суттєвих відмінностей між досліджуваними групами.

2. Виявлені чіткі гендерні особливості емоційної складової депресивних розладів: у чоловіків домінують відчуття горя, добові коливання настрою, байдужість, страхи і нав'язливі спогади, звуження кола інтересів; у жінок переважають ідеї самозвинувачення, відчуття провини, власної малоцінності, психомоторна загальмованість, підвищена вразливість та схильність до лакримальних реакцій.

3. Встановлено чіткі гендерні відмінності у клініко-психопатологічній структурі депресивних розладів: у чоловіків переважають тужливий (при депресивному епізоді) та сенесто-іпохондричний (при рекурентному депресивному розладі) варіанти; у жінок домінують тривожний (при депресивному епізоді) та астено-апатичний (при рекурентному депресивному розладі) варіанти.

4. Виявлені психопатологічні особливості афективних розладів з урахуванням гендерних відмінностей та статусу внутрішнього переміщення мають важливе значення для планування диференційованих підходів до діагностики, терапії та психосоціальної реабілітації даного контингенту пацієнтів.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Утевська О, Горпинченко М, Колядко С, Марута Н, Лінський І, Атраментова Л. Популяційна частота і фактори ризику депресивних розладів в населенні східної України. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Біологія». 2020;35:64-73. DOI: 10.26565/2075-5457-2020-35-7.
2. Pavlova I, Graf-Vlachy L, Petrytsa P, Wang S, Zhang SX. Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion. *Eur Psychiatry*. 2022;65(1):e79. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.2335. PMID: 36458765.
3. Martsenkovskyi D, Shevlin M, Ben-Ezra M, Bondjers K, Fox R, Karatzias T, et al. Mental health in Ukraine in 2023. *Eur Psychiatry*. 2024;67(1):e27. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.12. PMID: 38533632.
4. Українці стали втричі частіше звертатися з питань психічного здоров'я до сімейного лікаря. Міністерство охорони здоров'я України, 12 жов 2024 [Інтернет]. Доступно на: <https://moz.gov.ua/uk/ukrayinci-stali-vtrichi-chastishe-zvertatisya-z-pitan-psihichnogo-zdorov-ya-do-simejnogo-likarya> [доступ отримано 20 бер 2025].
5. Roberts TA, Bisson JJ, Brewin CR. Gender differences in PTSD symptoms and mental health service use in warzone-affected populations: A systematic review. *J Trauma Stress*. 2022;35(4):1030-43. DOI: 10.1002/jts.22792. PMID: 35119163.
6. Karatzias T, Shevlin M, Ben-Ezra M, McElroy E, Redican E, Vang ML, et al. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the russian war. *Acta Psychiatr Scand*. 2023;147(3):276-85. DOI: 10.1111/acps.13529. PMID: 36629779.
7. Chudzicka-Czapala A, Hapon N, Chiang SK, Zurek K, Sarelo P, Grabowski D, et al. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Sci Rep*. 2023;13(1):3602. DOI: 10.1038/s41598-023-28729-3. PMID: 36871026.
8. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, et al. Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression. *Am J Psychiatry*. 2000;157(9):1445-52. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.9.1445. PMID: 10964861.
9. Salk RH, Hyde JS, Abramson LY. Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychol Bull*. 2017;143(8):783-822. DOI: 10.1037/bul0000102. PMID: 28447828.

10. Венгер ОП, Ясній ОР, Смашна ОЄ. Гендерні особливості емоційних розладів у внутрішньо переміщених осіб. Мед перспективи. 2023;28(3):161-8. DOI: 10.26641/2307-0404.2023.3.281756.
11. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*. 2010;22(5):429-36. DOI: 10.3109/09540261.2010.492391. PMID: 21047157.
12. Weinberger AH, McKee SA, Mazure CM. Inclusion of women and gender-specific analyses in randomized clinical trials of treatments for depression. *J Womens Health*. 2010;19(9):1727-32. DOI: 10.1089/jwh.2009.1784. PMID: 20687823.
13. Кольцова ГГ. Персоніфіковані програми психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з депресивними розладами. Медична психологія. 2020;1-2:104-8. <http://www.mps.kh.ua/archive/2020/12/13>
14. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50-5. DOI: 10.1111/j.2044.8341.1959.tb00467.x. PMID: 13638508.
15. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62. DOI: 10.1136/jnnp.23.1.56. PMID: 14399272.
16. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-9. DOI: 10.1192/bjp.134.4.382. PMID: 444788.
17. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361-70. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x. PMID: 6880820.
18. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, et al. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings. *Am J Psychiatry*. 2011;168(12):1266-77. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704. PMID: 22193671.
19. Snaith RP, Hamilton M, Morley S, Humayan A, Hargreaves D, Trigwell P. A scale for the assessment of hedonic tone: the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *Br J Psychiatry*. 1995;167(1):99-103. DOI: 10.1192/bjp.167.1.99. PMID: 7551619.
20. Хаустова ОО. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні. Спеціалізований медичний портал "Health-ua.com". 2022;4(63). Доступно на: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozladi/71710-trivozhnodepresivn-rozladi-vumovah-distresuvjni-vukran> [in Ukrainian].
21. Кількість пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР в Україні зростає. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. Міністерство охорони здоров'я України, 18 бер 2024 [Інтернет]. Доступно на: <https://moz.gov.ua/uk/kilkist-pacientiv-zi-vstanovlenim-diagnozom-ptsr-v-ukraini-zrostaе-scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad> [доступ отримано 20 бер 2025].
22. Kurapov A, Kalaitzaki A, Keller V, Danyliuk I, Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Front Psychiatry*. 2023;14:1134780. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1134780. PMID: 37547707.
23. Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation. World Health Organization, 24 Feb 2025. [Internet]. Available at: <https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation> [accessed 20 Mar 2025].

Nemchenko A.O.

GENDER SPECIFICITY OF CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FEATURES OF AFFECTIVE DISORDERS IN MODERN CONDITIONS

The ongoing war in Ukraine has led to an increased prevalence of affective disorders, requiring a deeper understanding of their clinical characteristics with consideration of gender

aspects and Internally Displaced Persons (IDP) status. The aim of the study was to determine the features of clinical and psychopathological structure of affective disorders in individuals who did not change their place of residence and in IDPs during wartime. The study involved 148 individuals with affective disorders, divided into two groups: 83 individuals (48 women and 35 men) who did not change their place of residence due to military actions; and 65 IDPs (36 women and 29 men). Clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods were applied using a series of standardized clinical symptom assessment scales. As a result of the study, symptoms were identified in both groups, the most common of which were depressed mood and affect of sadness, feelings of internal tension, narrowing of interests, and feelings of worthlessness. Clear gender differences were established in the emotional component of depression: men predominantly experienced grief, diurnal mood fluctuations, indifference, fears, and intrusive memories; women manifested ideas of self-blame, feelings of guilt and worthlessness, psychomotor retardation, increased vulnerability, and tendency to tearfulness. Four clinical variants of depressive symptomatology with gender specificity were identified: in men, melancholic and senesto-hypochondriacal variants predominated, while in women, anxious and astheno-apathetic variants dominated. In the IDP group, a higher level of anhedonia was observed in both men and women, as well as greater vulnerability of male IDPs to developing severe depressive episodes. It was concluded that affective disorders have clear gender specificity, which persists regardless of internal displacement status.

Keywords: *depression, internally displaced persons, clinical and psychopathological structure, anhedonia, wartime.*

*Надійшла до редакції 12.01.2025
Прийнята для публікації 28.03.2025
Опублікована 31.03.2025*

Відомості про автора

Немченко Анна Олегівна – аспірант кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, Україна.

Поштова адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: aodovhaliuk.po21@knmu.edu.ua

ORCID: 0009-0002-1709-9548.