

«Гендерный парадокс» суицидального поведения

Пичиков А.А., Попов Ю.В.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева»

Резюме. Уровни смертности от суицидов значительно различаются среди различных групп населения. Выявляются весьма асимметричные показатели числа суицидальных попыток и завершенных суицидов между мужчинами и женщинами. Такой разрыв, называемый также «гендерный парадокс» суицидального поведения, может значительно различаться в разных странах. Одним из самых озадачивающих фактов о суициде является то, что женщины пытаются покончить с собой гораздо чаще, чем мужчины, но в итоге значительно больше мужчин лишают себя жизни. Поскольку наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из значимых предикторов завершенных суицидов, что может объяснить парадокс большого количества суицидальных попыток у женщин и завершенных суицидов у мужчин?

Ключевые слова: суицид, парасуицид, гендерные различия, профилактика суицидального поведения.

«Gender paradox» of suicidal behavior

Pichikov A.A., Popov Y.V.

St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

Summary. Suicide death rates vary considerably among different groups of people. There are highly asymmetric rates of attempted and completed suicides between males and females. The gap, also called the «gender paradox of suicidal behavior», can vary significantly among different countries. One of the most perplexing facts about suicide is that women attempt suicide at a substantially higher rate than do men, but more men succeed in ending their lives. Since, however, a history of a previous suicide attempt is one of the strongest predictors of completed suicide, what can account for the paradox of more suicide attempts among women, but more completed suicides among men?

Key words: suicide, parasuicide, gender differences, prevention of suicidal behavior.

В мае 2013 г. на 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения был утвержден первый в истории план действий в области психического здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Предотвращение суицидов является неотъемлемой частью этого плана, при этом поставлена цель снизить к 2020 г. их частоту в мире на 10 % [4]. Однако, несмотря на положительные изменения в области профилактики суицидов, до сих пор не найдено достаточно четких коррелятов, определяющих возможность совершения суицидального акта в той или иной ситуации конкретным индивидуумом. Одним из важнейших вопросов, решение которого, возможно, поможет реализовать этот план, является так называемый «гендерный парадокс» суицидального поведения [11].

Почему идет речь именно о «гендерном», а не о «половом» или «социальном» парадоксе? В нашей работе мы исходили из понимания того, что гендер является специфическим набором культурных характеристик, которые определяют социальное поведение женщин и мужчин, их взаимоотношения между собой. Гендер, таким образом, относится не просто к категориям «женщина» или «мужчина», а к отношениям между ними и к способу социального конструирования этих отношений, то есть к тому, как общество «выстраивает» эти отношения и взаимодействие полов в социуме. Подобно концепциям о расе, этносе, национальном характере,

социальных классах понятие «гендер» является аналитическим инструментом для понимания социальных процессов [5]. Безусловно, необходимо понимать, что в данном случае мы не противопоставляем и не объединяем понятия «пол» и «гендер», имея в виду «биологическое» и «социокультуральное». Можно говорить о половых ролях и соответствующем поведении, в том числе и суицидальном, которые складываются не только и не столько вследствие биологических различий мужчин и женщин, сколько на основе культурных и социальных особенностей эпохи и общества. Например, американский антрополог М. Mead на протяжении длительного времени исследовала жизнь трех племен в Новой Гвинее и убедительно показала, что в каждом из них мужчины и женщины исполняли совершенно различные роли, порой диаметрально противоположные общепринятым стереотипам [16]. По-видимому, это свидетельствует, что закономерности общественных отношений и связанные с ними психологические особенности полов историчны и отнюдь не вытекают только из особенностей их психофизиологии.

Однако, определяя факторную обусловленность в анализе суицидального поведения, мы не можем исключить влияние биологической составляющей при формировании так называемого «стресс-диагеза» [14] или предрасположенности к аутоагрессивному реагированию. Не стоит за-

бывать о множестве фактов, свидетельствующих о предрасположенности к тем или иным повышающим суицидальный риск психическим расстройствам у женщин, например, большей встречаемости у них депрессий, пищевых расстройств, дисморфомании, или большей частоте алкогольной зависимости у мужчин. С другой стороны, на особенности проявлений этих расстройств могут оказывать влияние определенные «стереотипы поведения». Например, способность женщин лучше выражать свои эмоциональные переживания при депрессивных расстройствах по сравнению с мужчинами или более частая обращаемость к специалистам в связи с данными проблемами у женщин в силу отсутствия необходимости соблюдать статус «мужчины, который не плачет».

Помимо этого, стоит отметить немаловажный факт, который будет подтвержден ниже статистическими данными. Невозможно объяснить значительные расхождения в соотношениях частоты мужских и женских суицидов в зависимости от страны проживания только влиянием фактора половой принадлежности. Неоспоримое влияние на проявления суицидального поведения имеют видимые различия личностных характеристик мужчин и женщин, не связанные напрямую с биологическими детерминантами, но определяющиеся спецификой социального взаимодействия, в которое включены мужчины и женщины в каждой конкретной стране. Речь идет о групповом статусе и связанных с ним отношениях власти (доминирование или подчинение), исполняемых социальных ролях (материнство или отцовство), а также уровне социальной активности (профессиональная деятельность или ведение домашнего хозяйства) [5].

Статистика гендерных различий суицидального поведения в мире

По данным 172 государств—членов ВОЗ с населением 300 000 человек, представленным по состоянию на 2012 г. в докладе ВОЗ [24], в большинстве этих стран наблюдается преобладание суицидов у мужчин по сравнению с женщинами. Только в шести странах наблюдается обратное соотношение общих коэффициентов смертности от суицидов на 100 000 населения в женской популяции по отношению к мужской: Афганистан (4,4/3,7), Бангладеш (7,6/5,6), Индонезия (4,2/3,1), Ирак (1,5/0,8), Китай (10,1/7,4), Пакистан (8,1/6,8). Однако необходимо учитывать, что в большей части этих стран (Афганистан, Бангладеш, Индонезия, Пакистан) отсутствует регистрация подобных случаев, а в Китае и Ираке имеется лишь выборочная регистрация или низкий охват ею населения. В связи с этим, представленные данные не выглядят убедительными и скорее подтверждают, чем опровергают «гендерный парадокс» суицидального поведения, который связан с соотношением суицидов и суицидальных попыток (парасуицидов) у мужчин и женщин.

В течение многих лет было принято считать, что в мировом масштабе мужчины совершают

суициды втрое чаще, чем женщины. Однако эта высокая пропорция наблюдается, главным образом, в странах с высоким уровнем доходов, где в 2012 г. соответствующее соотношение значений стандартизированного по возрасту показателя частоты суицидов составило 3,5. В странах с низким и средним уровнем доходов соотношение мужчины/женщины составляет всего лишь 1,6; иными словами, мужчины совершают суицид на 57% (а не на 300%) чаще, чем женщины. Тем не менее, наблюдаются значительные различия между регионами и между отдельными странами. Региональные межполовые соотношения в странах с низким и средним уровнем доходов варьируются от 0,9 в регионе западной части Тихого океана до 4,1 в европейском регионе, то есть различаются в 4,5 раза. При этом среди 172 государств — членов ВОЗ среднее межполовое соотношение составляет 3,2, медианное — 2,8 с 24-кратным разбросом значений (от 0,5 до 12,5). Межполовое соотношение зависит также от возраста. Например, в Российской Федерации при общем показателе 5,3 выявляются следующие возрастные различия в уровне суицидов на 100 000 населения: «5-14 лет» — 1,7, «15-29 лет» — 5,7, «30-49 лет» — 6,2, «50-69 лет» — 6,3; «70 и более лет» — 4,7 [9]. По-видимому, столь высокие различия в количестве суицидов у мужчин и женщин в России связаны не только с уровнем доходов и качеством жизни населения, но и с этно-культуральными особенностями, и, в частности, с различными преципитирующими факторами: высоким уровнем алкоголизации населения, социально одобряемым рискованном поведением у мужчин, отсутствием превентивных суицидологических программ, а самое главное — отсутствием материальной базы, позволяющей такие программы реализовать. По нашему мнению, ценность таких превентивных программ заключается в формировании устойчивой системы оказания суицидологической помощи населению и дифференцированного по возрасту и полу подхода по уменьшению значимости факторов риска и усилению антисуицидального барьера. В то же время наличие такой системы оказания помощи будет играть роль «подушки безопасности» для населения России в периоды социально-экономических спадов, поскольку зависимость уровня суицидов в населении от таких периодов является бесспорной.

Проанализировав показатели, представленные в базе данных ВОЗ о смертности в мире за 2012 г. [24], можно выявить ряд интересных закономерностей. Например, то, что Европа является неоднородной по показателю соотношений смертности от суицидов среди мужского и женского населения. Выявляется ряд стран, где этот показатель сравнительно низкий: Нидерланды — 2,4, Норвегия — 2,5, Бельгия, Швейцария, Швеция — 2,7, Люксембург — 2,9, Австрия, Дания, Финляндия, Франция — 3,1, Германия — 3,2, Испания, Португалия — 3,6, Англия — 3,7. И напротив, имеются страны со значительной разницей в соотношении мужских и женских суицидов, к

которым относятся: Польша – 7,1, Словакия – 7,0, Латвия – 6,1, Румыния – 6,0, Кипр, Литва – 5,4, Чешская Республика – 5,3, Эстония – 4,8, Греция – 4,6. В Российской Федерации этот показатель составляет 5,3, примерно совпадая с показателями на Украине – 5,2 и в Белоруссии – 4,8. Сравнительно небольшой показатель характерен для Японии – 2,6, Новой Зеландии – 2,9, Австралии, Канады – 3,2 и США – 3,7. Данные различия позволяют выявить определенную связь с уровнем суицидов в стране за год в целом и показателем соотношения мужских и женских суицидов. Это подтверждают исследования Д. Богоявленского [1], который, проанализировав динамику распространенности суицидов в нашей стране на протяжении длительного периода времени, установил, что в годы общего снижения уровня самоубийств разрыв между числом мужчин и числом женщин среди суицидентов сокращается до 3 раз, а в годы подъема возрастает до 5 раз.

Несмотря на то что уровень суицидов в России уменьшился на 44,4% (с 35,0 в 2000г. до 19,5 на 100 000 населения в 2012 г.), соотношение мужских и женских суицидов по-прежнему является высоким — 6,7 в 2000г. и 5,7 в 2012 г. Что интересно, в некоторых крупных странах мира, например в США, наблюдается обратная динамика, и за этот же период произошло увеличение количества суицидов на 24,2% — с 9,8 в 2000 г. до 12,1 на 100 000 населения в 2012 г.

Относительно распространенности суицидальных попыток среди населения, к сожалению, не имеется точных данных вследствие сложности статистического учета данной формы суицидального поведения и отсутствия официальной системы их регистрации. Приводимые в исследованиях цифры достаточно противоречивы и свидетельствуют либо об отсутствии разницы в частоте суицидальных попыток среди мужчин и женщин [12], либо о преобладании их у женщин в 2-3 раза [10] с различными промежуточными данными, которые говорят скорее о социо-культуральной специфике отдельных стран. Но все же в большинстве работ приводятся данные о преобладании суицидальных попыток у женщин по сравнению с мужчинами в большей части регионов мира. Это подтверждается результатами крупного мультицентрового исследования, проведенного в Европе, определившего, что уровень суицидальных попыток среди мужчин и женщин различается: 20—390 случаев на 100 тыс. мужского населения и 62—544 случая на 100 тыс. женского населения соответственно в разных странах [23].

Вопросы квалификации суицидальных действий

Вышеприведенные данные свидетельствуют об определенных закономерностях, но стоит отметить, что оценка изменений уровня и распространенности суицидального поведения основывается на базах данных, предоставляемых ВОЗ министерствами статистики и здравоохранения отдельных стран, что может создавать определен-

ную погрешность вследствие неадекватной квалификации аутоагрессивного акта на местах. Это может быть связано со сложными обстоятельствами, при которых произошла смерть или попытка самоубийства. В таких ситуациях это может быть расценено, как несчастный случай, смерть по неосторожности или смерть в результате аварии. Помимо этого, убийство могут имитировать под суицидальный акт, или, напротив, массивное использование наркотических средств в комбинации с алкоголем с целью ухода из жизни может выглядеть как передозировка у лица с наркотической зависимостью. Лица, совершившие суицидальную попытку, могут не обращаться за медицинской помощью, боясь стигматизации и огласки произошедшего, а при оказании медицинской помощи часто отрицают свои суицидальные намерения, описывая произошедшее событие как нелепую случайность.

Не способствует адекватному пониманию, что такое суицид или суицидальная попытка, и терминологическая эволюция основополагающих терминов. По определению ВОЗ, принятому рабочей группой по профилактике суицидов и суицидальных попыток регионального европейского офиса ВОЗ в 1986 г., самоубийство (суицид) — это «действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые изменения». К суицидальным попыткам (парасуицидам) относят «действия с нефатальным результатом, когда индивид намеренно с целью изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную». По-видимому, данные термины можно интерпретировать по-разному в зависимости от квалификации лица, занимающегося расследованием произошедшего, его мотивации или желания скрыть произошедшее. С нашей точки зрения, более упрощенными, но от этого не менее противоречивыми, являются термины, представленные в докладе ВОЗ «Предотвращение самоубийств. Глобальный императив» в 2014 г. [9], где термином «суицид» обозначают акт умышленного убийства самого себя, а «суицидальная попытка» используется для обозначения любого вида изначально не летального суицидального поведения и относится к намеренному самоотравлению, нанесенной самому себе травме или иному самоповреждению, которые могут иметь или не иметь летального намерения или исхода.

Противоречивость этих терминов заключается в том, что подразумевается разделение суицида как поведенческого акта, закончившегося смертью индивидуума, и суицидальной попытки, которая также может закончиться смертью, но суицидом при этом обозначить ее невозможно вследствие «изначально не летального суицидального поведения». Безусловно, нельзя отрицать тот факт, что для некоторых лиц, особенно для подростков

и женщин, характерен стереотип повторяющегося «нефатального суицидального поведения» и вероятность того, что их суицидальная попытка завершится смертью, может быть мала. Но все-таки не стоит забывать, что в статистических отчетах о смерти вследствие суицида присутствуют и подростки и женщины, для которых было характерно такое поведение. Поэтому, с нашей точки зрения, разделение данных терминов только на основе летальности средств лишения себя жизни неприемлемо и носит скорее формально-статистический характер. Впрочем, это является вопросом для дальнейшего обсуждения и, скорее всего, большей приемлемости индивидуального анализа с оценкой обстоятельств, мотивов, истинности намерений в каждом отдельном случае, так как только такой подход позволит совершенствовать клиническую практику. Этот вопрос особенно значим в области оценки гендерных различий суицидального поведения, так как формальная квалификация суицидальных попыток у части подростков и женщин при оперировании нефатальными средствами лишения себя жизни, которые часть специалистов могут оценивать как «жест», «демонстрацию», «манипуляцию» или «истерическую реакцию», в итоге может привести к трагичным результатам.

Суицид является одной из значимых причин смерти в Российской Федерации: в 2012 г. уровень суицидов на 100 000 населения достигал 39,7 среди мужчин и 7,5 среди женщин. Еще более поразительным является то, что эти гендерные различия являются стабильными с начала прошлого века [6]. Как известно, наличие суицидальной попытки в анамнезе является одним из наиболее важных предикторов в совершении завершеного суицида. Но и в данном случае мы наталкиваемся на определенное противоречие, поскольку суицидальные попытки наиболее часто встречаются среди женщин.

Описанные выше противоречия порождают ряд основополагающих вопросов: 1) почему женщины пытаются покончить с собой значительно чаще, но гораздо больше мужчин достигают успеха в лишении себя жизни и что является причиной столь резких различий в проявлениях суицидального поведения; 2) существуют ли относительно стойкие характеристики в факторах риска суицида или протективных факторах в зависимости от гендерной принадлежности; 3) имеются ли различия в интенционных характеристиках (обстоятельствах, способах, мотивах суицидальных действий) у мужчин и женщин; 4) возможно ли создание гендерно-дифференцированных программ профилактики суицидального поведения?

Основные теории «гендерного парадокса»

Большинство теоретических построений в современных суицидологических исследованиях обычно связано с решением вопроса высокой частоты суицидов у мужчин и пытается объяснить данные закономерности в связи с особой ролью

мужского пола в эволюционном процессе и его высокой чувствительностью к изменениям во внешней среде. Отчасти на эти вопросы пыталась дать ответ эволюционная теория пола В.А. Геодакьяна (1965), которая говорит о том, что в ходе онтогенеза соотношение полов у многих видов растений, животных и человека понижается. Это связано с повышенной смертностью и повреждаемостью мужских особей по сравнению с женскими. Таким образом, женские особи являются «золотой кладовой» эволюционного процесса, а высокая смертность мужчин рассматривается, как выгодная для популяции форма информационного контакта со средой, осуществляемая через элиминацию вредным фактором среды части особей популяции. Хочется отметить, что это касается не только суицидального поведения, связанного с множеством биопсихосоциальных факторов и являющегося в итоге интегративным процессом, но и с высоким уровнем преждевременной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, дорожно-транспортных происшествий, убийств и несчастных случаев, в частности [17].

Предпринимаются попытки объяснить высокую суицидальную активность мужчин, например, с точки зрения различий в биосоциальной адаптации. По мнению А.А. Давыдова, высокие уровни суицидальной активности мужчин связаны с возможностями общества удовлетворять потребности в их самореализации. По причине невысокого порога биосоциальной адаптации мужчины острее, чем женщины, реагируют на ухудшение условий жизни, поэтому очень высокий уровень так называемой «сверхсуицидальности» мужчин зафиксирован в экономически отсталых, аграрных странах, переживающих длительный экономический спад (со всеми вытекающими отсюда социальными последствиями и ограничениями в самореализации). Напротив, очень низкий уровень «сверхсуицидальности» наблюдается в стремительно развивающихся азиатских странах. Происходящие в них процессы свидетельствуют, что в периоды экономического подъема возрастают возможности общества по удовлетворению потребностей мужчин в самореализации [3]. Для примера можно привести Китай, где соотношение мужских и женских суицидов (7,4/10,1) является даже обратным общемировым тенденциям. По нашему мнению, безоговорочная постановка целей, связанных только с экономическим успехом и достижением определенного статуса, без учета важности социальной поддержки брака и семьи, также может способствовать формированию суицидальных интенций у мужчин в периоды кризисов и неудач.

В дополнение к вышесказанному, необходимо отметить, что повышенная смертность у мужчин может быть связана с ограниченностью к образовательным, профессиональным и экономическим ресурсам в возрастной период (20–40 лет) активного завоевания жизненных позиций и одномоментной «избыточности» мужчин в данном сообществе в дискретный промежуток времени.

В том числе и это может объяснить резкий пик суицидальной активности у мужчин в этом возрасте (второй пик наблюдается после 70 лет в период потери социального статуса, одиночества и проявлений хронических заболеваний).

На наш взгляд, эти теории все же не в полной мере могут объяснить столь высокие показатели в уровнях суицидальных попыток у женщин, но все они указывают на немаловажный факт того, что с точки зрения чувствительности к макросоциальным анормическим факторам наиболее уязвимой группой населения являются мужчины [20, 22].

Наиболее полно этот вопрос исследовала Mosciński E. [18], которая выделяла 4 основные теории гендерных различий суицидального поведения.

«Теория летальности» объясняет высокий уровень завершённых суицидов у мужчин выбором высоколетальных способов суицида, что в свою очередь накладывает определенные особенности в распределении способов суицида в разных странах. Например, в США наиболее распространенным высоколетальным способом суицида у мужчин является использование огнестрельного оружия, в Китае – использование пестицидов и ядохимикатов, в России – самоповешение и прыжок с высоты [6]. Однако мы хотели бы отметить, что один и тот же метод суицида может быть использован с разными намерениями. Например, высоколетальный способ может быть использован ребенком, подростком, лицом с умственной отсталостью вследствие недостаточной осведомленности и оценки опасности таких действий. Такой же способ может быть выбран в момент аффективной реакции при коротком пре-суицидальном периоде на фоне «туннельного сознания», при этом степень намеренности умереть может быть достаточно низка.

Относительно большей частоты выбора женщинами нефатальных способов суицида по сравнению с мужчинами считается, что женщины используют менее калечащие и агрессивные варианты в силу того, что суицидальные попытки часто используются ими не с целью убить себя, а с целью повлиять на окружение или привлечь внимание к своим проблемам [13, 18]. Вполне возможно, что гендерно-специфичным также является и нежелание женщин, а особенно молодых девушек, выглядеть после смерти неэстетично, более выраженный страх болезненных ощущений и меньшие опасения перед социальным ostrакизмом окружающих при неудачной попытке ухода из жизни [8].

Одним из важных аспектов в области суицидологической диагностики является оценка способа суицида в соответствии с критериями МКБ-10 (класс X) и различий в степени причинения вреда своему здоровью по 8-балльной «Медицинской шкале самоповреждений» (0 баллов – без последствий, 8 баллов – летальный исход), но только такой подход в оценке суицидального акта носит опять же статистический и формальный характер. В нашей клинической практике мы стараем-

ся прояснять контекст ситуации, обстоятельства попытки, выяснить степень осознанности и намеренности действий.

«Теория статистического шума» утверждает, что «гендерный парадокс» может являться артефактом статистических отчетов. В силу большей обращаемости женщин к врачам, меньшего страха стигматизации фиксируется гораздо больше суицидальных попыток именно у женщин, в то время как мужчины пытаются скрыть факт своей «тонкой душевной организацией» и пытаются справиться со своими проблемами самостоятельно. Эта теория позволяет понять высокую распространенность нефатального суицидального поведения у женщин, по крайней мере, в области статистической отчетности, но она все же не объясняет высокие показатели суицидов у мужчин.

«Психопатологическая теория» считает одним из важных факторов, влияющих на суицидальное поведение мужчин и женщин, различия в частоте проявлений депрессивных расстройств и зависимости от алкоголя. Например, считается, что гораздо больше женщин страдают от таких аффективных расстройств, как дистимия, циклотимия, монополярная депрессия или биполярное аффективное расстройство, что может в свою очередь являться причиной высокой частоты совершения суицидальных попыток [7]. Тем не менее в связи с тем, что мужчины гораздо чаще имеют сочетание нескольких факторов риска в виде так называемой «смертельной суицидальной триады»: депрессии, импульсивных и агрессивных черт личности, а также злоупотребления ПАВ, то наличие самого аффективного расстройства не является определяющим в их случае. Стоит отметить, что существуют психические расстройства, в большей степени характерные для женщин, например, нервная анорексия и нервная булимия, для которых также характерен высокий суицидальный риск, особенно при наличии очистительного поведения, которое связано с высоким уровнем импульсивности и аффективной неустойчивости.

«Теория социализации», говорит о том, что в разных сообществах существуют гендерные различия в социально и культурно приемлемых вариантах саморазрушающего поведения в контексте полоролевых стереотипов поведения. Данная теория особое внимание уделяет особенностям детского развития и культурных требований к мальчикам, в результате которых мужчины приобретают негибкую жизненную парадигму [8]. В частности, суицид может рассматриваться как типично мужское поведение, так же как злоупотребление алкоголем или наркотическими средствами. Такое поведение не одобряется у женщин, но допускается или даже поощряется у мужчин в некоторых обстоятельствах, например, как реакция на потерю экономического, семейного, социального статуса или тяжелую болезнь. Также более естественно рассматриваются варианты расширенных самоубийств, когда после акта гетероагрессии мужчина лишает жизни и себя. Таким образом, суицидальная попытка рассматри-

ваются в обществе, как «не мужской поступок», когда мужчина во всем должен идти до конца, а женские суицидальные попытки — как вариант приемлемого обществом «мазохистического» поведения, нацеленного на исполнение роли «жертвы». Косвенно об этом могут свидетельствовать высокие уровни мужских суицидов в типично «маскулиных» группах — среди военнослужащих, работников правоохранительных органов [6]. И напротив, в группах гомосексуальных и бисексуальных мужчин наблюдается примерное совпадение по частоте нефатального суицидального поведения с женщинами [19].

Описывая суицидальные мотивы в рамках «теории социализации» у женщин и мужчин, уместно вспомнить здесь строку «She died for Love, and he for Glory» из поэмы Вальтера Скотта «Love and Glory», в которой говорится об альтруистическом суициде девушки ради своего возлюбленного, последовавшей за ним на битву с бесчисленным воинством врага и погибшей на поле ратной битвы. И действительно, ряд исследований подтверждает, что мотивы суицидального поведения у женщин часто определяются конфликтами в области интимно-личностной сферы и могут быть связаны с разрывом значимых для них отношений, неразделенной любовью, изменой партнера, в отличие от мужчин, для которых более характерным является мотив потери социального статуса, конфликты на работе [2, 15].

Выводы

Суицидальные попытки у женщин специалистам необходимо воспринимать со всей серьезностью, несмотря на их достаточно частую нефатальность, соответствующей должна быть и оказываемая помощь. Если попытки суицида у женщины будут восприниматься как «жест» или «манипуляция», то это не будет способствовать построению адекватных ситуации профилактических и лечебных мероприятий, поскольку предыдущая суицидальная попытка остается одним из важных предикторов последующих попыток или суицида. Тем не менее ряд суицидов совершается без предварительной попытки в анамнезе, что свидетельствует о необходимости использования дифференцированных скрининговых программ по выявлению факторов суицида. В промышленно развитых странах уровень суицидов среди женщин выше в области профессиональной занятости традиционно «мужскими» профессиями, что в свою очередь говорит о необходимости поддержки такой категории женщин. Такая же поддержка должна быть оказана женщинам с психическими проблемами, в большей степени свойственными мужчинам, например, с алкоголизмом, асоциальным расстройством личности, рискованным поведением.

Необходимы дальнейшие исследования по выявлению гендерных различий суицидального поведения в определенных возрастных категориях, особенно среди популяции подростков и лиц молодого возраста, как наиболее уязвимой в со-

циальном и психологическом аспектах, для разработки соответствующих превентивных программ.

Учитывая данные, что более 90% людей, совершающих суицид, страдают от психического заболевания [10], требуется особое внимание к изучению гендерных различий в проявлениях этих расстройств. Такой подход имеет значительные перспективы в области нашего понимания проявлений и причин суицидального поведения. Медицинские работники должны учитывать эти гендерные различия в лечении пациентов, которые имеют риск суицида. Особое внимание при проведении профилактических мероприятий по снижению уровня суицидальных попыток и суицидов необходимо уделять мужчинам, страдающим расстройствами, вызванными употреблением алкоголя и наркотических веществ, женщинам с депрессивными расстройствами и расстройствами личности, лицам, имеющим правонарушения, суицидальные попытки или сексуальное насилие в прошлом.

Снижение числа суицидов среди мужского населения может быть связано с изменением социо-культуральных воззрений, культивируемых в данном сообществе и определяемых представлениями о мужественности и ее связи с рискованным поведением. Вследствие этого необходимо исследовать влияние на суицидальное поведение недавних изменений в традиционных мужских и женских социальных ролях, а также особенности суицидального поведения у лиц, принадлежащих к ЛГБТ-сообществу, поскольку риск суицидальных действий у них выше, чем в популяции. Например, в исследовании K. Skegg с соавт. (2003) при анализе влияния сексуальной ориентации женщин на уровень суицидального риска было выявлено, что у женщин с гомосексуальным влечением риск суицидальных мыслей и попыток примерно в 3 раза выше, чем у женщин с гетеросексуальным влечением, при этом вероятность суицидальной попытки тем выше, чем выше степень выраженности гомосексуального влечения [21].

С практической точки зрения, при клиническом интервьюировании пациента, обнаруживающего суицидальные тенденции или совершившего суицидальную попытку, целесообразно не только собирать суицидологический анамнез и использовать специализированные шкалы, выявляющие уровень суицидального риска (например, Колумбийскую шкалу оценки тяжести суицида, C-SSRS), но и различные методики, позволяющие выявлять личностные характеристики, которые связаны с большим риском совершения суицида у мужчин или у женщин (например, шкала импульсивности Баррата, шкала безнадежности Бека, шкала депрессии Бека и т. д.), или мотивационными аспектами суицидального поведения (например, опросник антисуицидальных мотивов М.М. Лайнхен, опросники про- и антисуицидальных мотиваций Ю.Р. Вагина). Необходимо также применять методики, выявляющие проблемные зоны в области социального функционирования в зависимости от возраста респондента.

В связи с этим, с нашей точки зрения, обязательным является обследование подростков при помощи Патохарактерологического опросника (ПДО), позволяющего выявить акцентуированные личности среди данной возрастной категории, а у лиц пожилого возраста рациональнее всего было бы использовать краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) в связи с необходимостью определения проблем в области соматического и психического здоровья, оценки способности выполнять те или иные функции и удовлетворенности своей жизнью. Такой комплексный подход в диагностике позволяет построить гипотезу развития кризисного состояния, разработать программу психотерапевтической работы и спрогнозировать суицидальный риск. Для оценки текущего статуса необходимо фокусирование внимания специалиста на актуальных вербальных и невербальных проявлениях суицидальных тенденций, поскольку женщины более часто, чем мужчины, предъявляют прямые вербальные заявления о суицидальных намерениях. Для мужчин же характерны косвенные невербальные «знаки» и стратегии избегания внутреннего конфликта, например, злоупотребление алкоголем.

Помимо этого, вне зависимости от половой принадлежности должны соблюдаться основные принципы профилактики суицидального поведения: 1) диагностика и лечение психических расстройств и аддикций; 2) обеспечение социальной поддержки; 3) повышение уровня информированности о признаках суицидального поведения, симптомах психических расстройств и злоупотребления ПАВ среди так называемых «вахтеров» (учителей, работодателей, медицинских работников первичного звена); 4) необходимо ограничивать доступность высоколетальных средств суицида, выполнять строгий учет лекарственных средств; 5) сотрудничать с работниками СМИ в области просвещения населения об основных закономерностях суицидального поведения и правильности подачи подобной информации.

По нашему мнению, образовательные программы по предупреждению суицидов должны включать в себя гендерно-ориентированные подходы,

которые позволят раскрыть вопросы предполагаемой приемлемости различных суицидальных сценариев поведения, характерных для женщин и мужчин. Это в какой-то мере позволит и самим специалистам осознать свои ожидания относительно поведения своих пациентов и понять модели суицидального поведения женщин и мужчин. В силу многообразности факторов, влияющих на суицидальную настроенность населения, необходимо быть чувствительным к постоянно меняющимся биологическим, социальным и психологическим факторам, порой «играя на опережение».

Заключение

Автор первых социологических исследований в области суицидологии Э. Дюркгейм еще в 1912г. в своей работе «Самоубийство. Социологический этюд» при анализе суицидов в Австрии, Пруссии, Италии, Саксонии, Франции и Дании сделал следующую вывод: «...на одну лишнюю себя жизни женщине приходится в среднем четверо мужчин». Что удивительно, но и спустя почти сто лет, несмотря на глобальные изменения в мире, множество войн, революций (технической, информационной и сексуальной), это соотношение остается неизменным. Каким образом улучшить ситуацию? Как уменьшить количество суицидов у мужчин и количество суицидальных попыток у женщин?

Возможен и более глобальный вопрос: в каком мире будут жить наши дети и внуки? На эти вопросы необходимо ответить не только врачам-клиницистам, но и психологам, социологам, учителям, работникам СМИ.

С нашей точки зрения, в этом им может помочь работа, проводимая в НИПНИ им. В.М. Бехтерева совместно с ВОЗ, по разработке программы профилактики суицидов в Российской Федерации. В частности, на отделении лечения психических расстройств у лиц молодого возраста проводятся выборочные по возрасту исследования гендерных различий суицидального поведения, полученные данные по этим исследованиям являются предметом для дальнейших дискуссий.

Литература

1. Богдавленский Д. Российские самоубийства и российские реформы // *Население и общество: Информационный бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народно-хозяйственного прогнозирования РАН.* — 2001. — № 52. — С. 1–4.
2. Войцех В.Ф. Суицидология. — М.: Миклош. — 2007. — 280 с.
3. Давыдов А.А. Самоубийства, пол и золотое сечение // *Социологические исследования.* — 1990. — № 5. — С. 99–102.
4. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. — Женева: ВОЗ. — 2013 (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1)
5. Малкина-Пых И.Г. Гендерная терапия – справочник практического психолога. – М.: Эксмо. – 2006. – 552 с.
6. Нечипоренко В.В., Шамрей В.К. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики. – ВМедА. — 2007. – 528 с.
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — СПб: Речь. — 2006. — 372 с.
8. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева.* – 2011. — № 4. – С. 4–8.
9. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. — Женева: ВОЗ. — 2014. — 98 с.

10. Психиатрия / Под ред. Р.Шейдера. Пер. с англ. — М.: Практика. — 1998. — 485 с.
11. Canetto S.S., Sakinofsky I. *The Gender Paradox in Suicide*. // *Suicide and Life Threatening Behavior*. — 1998. — V. 28. — P. 1–23.
12. Daigle M.S., Cote G. *Nonfatal Suicide-Related Behavior Among Inmates: Testing for Gender and Type Differences* // *Suicide and Life Threatening Behavior*. — 2006. — Vol. 36. — № 6. — P. 670 – 681.
13. Hawton K. *Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour* // *The British Journal of Psychiatry*. — 2000. — Vol. 177. — P. 484–485.
14. Mann J.J., Waternaux C., Haas G., Malone K. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients* // *Am. J. Psychiatry*. — 1999. — Vol. 156. — P. 181–189.
15. McAndrew F.T., Garrison A.J. *Beliefs about gender differences in methods and causes of suicide* // *Arch. Suicide Res.* — 2007. — V. 11. — P. 271–279.
16. Mead M. *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. New York: Perennial an impr. of Harper Collins Publ. — 2003. — 352 p.
17. Moller-Leimkuhler A.M. *The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable?* // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* — 2003. — Vol. 253. — P. 1–8.
18. Moscicki E.K. *Gender differences in completed and attempted suicides* // *Annals of Epidemiology*. — 1994. — № 4. — P. 152–158.
19. Remafedi G., Farrow J., Deisher, R. *Risk factors for attempted suicide in gay and bisexual youth* // *Pediatrics*. — 1991. — V. 87. — P. 869–875.
20. Rutz W. Rihmer Z. *Suicidality in men — practical issues, challenges, solutions* // *The Journal of Men's Health & Gender*. — 2007. — Vol. 4. — P. 393–401.
21. Skegg K., Nada-Raja S., Dickson N., Paul C., Williams S. *Sexual Orientation and Self-Harm in Men and Women* // *Am. J. Psychiatry*. — 2003. — Vol. 160. — P. 541–546.
22. Walinder J., Rutz W. *Male depression and suicide* // *Int Clin Psychopharmacology*. — 2001. — Vol. 16. — P. 21–24.
23. WHO/EURO Multicentral Study on Parasuicide/ *Facts and Figures* WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen. — 1999. — P. 99.
24. WHO *mortality database documentation: 1 May 2013 update*. Geneva: World Health Organization. — 2013 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortality_rawdata/en)

Сведения об авторах

Попов Юрий Васильевич – д-р мед. наук, профессор, зам. директора института по научной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: popov62@yandex.ru

Пичиков Алексей Александрович – врач-психиатр отделения лечения психических расстройств у лиц молодого возраста Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: sigurros@mail.ru