

# ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ: СПОСОБЫ, ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТАТУСА И БИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ

О.И. Паровая<sup>1</sup>, Е.В. Ласый<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск

<sup>2</sup> ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск

*Обследованы лица, совершившие суицидальную попытку и госпитализированные в психиатрический стационар в течение месяца после акта самоповреждения (N=264, 114 мужчин, 149 женщин). Использовано клинико-психопатологическое наблюдение; оценка суицидального поведения, семейного и индивидуального анамнеза, социально-экономического статуса.*

*У мужчин и женщин высокая частота суицидальных попыток и травматических событий в анамнезе. Мужчины чаще используют высоколетальные и жестокие способы парасуицида. Женщины чаще заявляют о суицидальных намерениях.*

**Ключевые слова:** парасуицид, мужчины, женщины, способы парасуицида, различия.

## Введение

Хорошо известны следующие особенности суицидального поведения (СП): более высокая частота суицидов среди мужчин, более высокие уровни парасуицидов среди женщин и определённые различия способов, обстоятельств и факторов риска СП [1-7]. По информации, доступной авторам, до настоящего момента в Восточной Европе не проводилось исследований, направленных на изучение именно гендерных различий СП, так как большинство их нацелено на изучение определённых паттернов СП в изолированных группах мужчин и женщин или в смешанных, но без дискриминации данных по признаку пола [1; 6; 9-11]. По нашему мнению, данный факт может значительно затруднять разработку профилактических мер, специфичных для разных половых групп.

Стратегии профилактики СП заключаются в выявлении групп риска СП и базируются на многофакторной модели, включающей социально-экономические, возрастные, биографические, семейные, психологические и психопатологические факторы риска, которые, обладая определённой универсальностью, имеют и значительные различия в выборках мужчин и женщин [1; 11; 12]. Выборки лиц, умерших от суицидов и предпринявших парасуициды, существенно отличаются по своим клиническим и социально-демографическим характеристикам, однако одним из самых статистически значимых предикторов суицида является анамнез суицидальных попыток [13]. В связи с этим изучение и профилактика парасуицидов являются важными и обязательными звеньями профилактики суицидов.

Связанные с полом различия факторов риска суицида и парасуицида напрямую ассоциированы с вариациями таких характеристик СП, как обстоятельства, способы, триггеры, мотивы, выраженность стремления к смерти, коммуникация суицидальных угроз, тяжесть медицинских последствий и протекторы суицидальных актов [1].

Так, данные исследований свидетельствуют, что *выраженность стремления к смерти* в суицидальном акте у женщин ниже, чем у мужчин, а мотивы могут быть в большей степени обусловлены потребностью в экспрессии негативных эмоций и поиске помощи [14].

По зарубежным исследованиям, самыми частыми *способами парасуицида* являются отравления и повреждение острыми предметами [2]. В исследовании, прове-

дённом в 2006 г. на базе женского отделения Республиканской клинической психиатрической больницы, самым распространённым способом парасуицида также было медикаментозное отравление (33 %) [15]. Во многих исследованиях различия способов парасуицида, связанные с полом, обычно сводятся к тому, что мужчины чаще, чем женщины, выбирают самоповреждения тканей острыми предметами (например, порезы предплечий), а женщины – отравления медикаментами [3; 16].

Для различий *обстоятельств парасуицида* характерно более частое употребление мужчинами алкоголя на момент суицидальной попытки [16]. Так, в исследовании, проведённом в Бразилии, факт употребления алкоголя перед парасуицидом был зафиксирован у 28,3% мужчин и только у 16% женщин [16]. В вышеупомянутом исследовании, проведённом в Беларуси, доля пациентов, совершивших суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения, была значительно больше – 29% [15]. Возможно, это объясняется значительно большей актуальностью проблемы потребления алкоголя населением в Республике Беларусь.

*Возрастные характеристики* имеют чёткую статистическую связь с характером СП. Суицидальные попытки совершают в основном молодые лица и люди среднего возраста [2; 17]. Самый высокий риск суицидального мышления у более молодых и относящихся к сексуальным меньшинствам, а самый низкий – у пожилых женщин и женщин европеоидной расы [18]. Чем старше популяционная группа, тем ниже в ней уровень суицидальных попыток, но выше уровень суицидов. В исследовании, проведённом среди пожилых лиц (старше 65 лет), показано, что частота суицидальных попыток была очень низкой и в 75% случаев суицидальная попытка была первой в жизни. В то же время при рассмотрении всего возрастного континуума выявлено, что с увеличением возраста росло число лиц, имеющих ранее в анамнезе суицидальные попытки [19]. По данным исследования [17] было обнаружено, что лица женского пола, совершившие суицидальную попытку, были моложе мужчин.

Хорошо известно, что *социально-экономические факторы* – безработица, выход на пенсию, одиночество и длительные болезни – увеличивают риск суицида у мужчин, особенно молодых [20]. В одном из исследований парасуицидов найдены гендерные различия в занятости – среди мужчин было больше безработных и студентов; среди женщин – домохозяйек и пенсионеров [17].

Психическое расстройство является наиболее стойким фактором риска суицида для обоих полов, особенно для женщин [21; 22].

Протекторы СП также имеют связанные с полом различия. Для мужчин брак сам по себе является защитным фактором, в то время как наличие маленького ребёнка может объяснить защитный эффект брака для женщин [6]. В ряде исследований беременность также была определена как фактор, уменьшающий риск суицида у женщин [23].

Неблагоприятные жизненные события ожидаемо увеличивают риск совершения суицидальной попытки. Одним из таких стрессоров, который находится на стыке с факторами риска, обусловленными психическими расстройствами (ПР), является госпитализация в психиатрический стационар. В лонгитудинальных исследованиях данное событие и недавняя выписка из больницы были определены как наиболее серьёзные факторы риска суицида [21; 13].

Среди психосоциальных стрессоров большое внимание уделяется неблагоприятным событиям детства. Например, известно, что пережитое сексуальное насилие увеличивает риск суицидального поведения (особенно суицидальных мыслей и суицидальных попыток) у женщин [18]. При этом женщины чаще, чем мужчины, становятся жертвами физического и сексуального насилия, особенно в детском возрасте [16; 24].

Таким образом, выборки лиц, предпринявших суицидальную попытку (парасуицид), являются группами повышенного риска суицида и повторной суицидальной попытки. Изучение гендерных различий способов, обстоятельств, особенностей социально-экономического статуса и биографических данных в этих группах может способствовать корректному, ориентированному на половую специфичность планированию стратегий оценки риска суицида.

Целью исследования было: выявить специфичные для каждого пола различия ряда характеристик парасуицида и биографических данных в выборке мужчин и женщин, предпринявших суицидальную попытку.

Задачи исследования – изучение гендерных различий: 1) способов, обстоятельств и анамнеза суицидального поведения; 2) социально-экономического статуса; 3) анамнеза неблагоприятных жизненных событий; 4) семейного анамнеза суицидальных действий.

#### Материалы и методы исследования

Обследовано 264 человека в возрасте от 15 до 70 лет (114 мужчин, средний возраст 33,5 года и 149 женщин, средний возраст 33,1 года), госпитализированных в течение трёх календарных лет (2008–2010 гг.) в Республиканский научно-практический центр психического здоровья.

Помимо указанного возрастного диапазона, основными критериями включения были факт парасуицида, предпринятого в течение 30 дней до госпитализации, информированное согласие пациента на участие в исследовании, его способность к полноценному вербальному контакту и участию в заполнении анкет. По различным причинам отказались принимать участие в исследовании 17 женщин и 13 мужчин.

Под парасуицидом, согласно рекомендациям ВОЗ и определению N. Kreitman (1997), понималось любое намеренное самоповреждение или самоотравление, совершённое с целью изменения жизненных обстоятельств путём физических последствий [25]. В качестве диагнос-

тических применялись критерии Классификации психических и поведенческих расстройств МКБ 10-го пересмотра [26].

В качестве инструмента исследования использовался набор анкет и шкал, направленных на изучение личного и семейного анамнеза, социально-экономического статуса, обстоятельств, мотивов, триггеров и тяжести парасуицида, анамнеза неблагоприятных жизненных событий. Анкеты «Личная и семейная история» и «Семья» разработаны авторами на базе набора шкал «Схема интервью Европейского исследования парасуицидов» (EPSIS 5.1), созданного экспертами ВОЗ для проведения Мультицентрового исследования парасуицидов в Европе и адаптированного в Беларуси в 1999 г. [27; 28].

Статистическая обработка данных проводилась средствами пакета SPSS 18.0 [29]. Статистическая значимость различий между двумя независимыми выборками (мужчины и женщины), распределёнными по качественным категориям, рассчитывалась с помощью критерия хи-квадрат [29]. Для оценки различий показателей психометрических шкал использовался простой непараметрический критерий Манна-Уитни [29]. Угловое преобразование Фишера применялось для оценки достоверности различий между процентными долями интересующего непараметрического признака в двух выборках. Во всех случаях опровержение нулевой гипотезы предполагало уровень значимости различий между выборками мужчин и женщин  $\square \square 0,05$  [29].

#### Результаты

**Индивидуальный и семейный анамнез суицидальных действий.** Суицидальная попытка была повторной для 25,0% опрошенных и третьей – для 11,4%; 7,6% совершили более трёх парасуицидов до последнего, приведшего к текущей госпитализации. Среди женщин частота повторных парасуицидов была выше (26,8%) по сравнению с мужской выборкой (11,3%)\*. В женской выборке была также выше частота многократных парасуицидов (три и более) – 10,4% женщин и 17,4% мужчин\*\* (таблица 1). Предыдущая суицидальная попытка была совершена в течение года 38,7% опрошенных, и 28% совершили её в течение прошедшего месяца до текущего парасуицида. Среди способов парасуицидов, совершённых ранее, самым распространённым среди женщин было отравление лекарствами (35,6%)\*, а среди мужчин – порезы острыми предметами (40,9%).

У 19,8% опрошенных пациентов были родственники, совершившие суицид, и у 18,3% – совершившие суицидальную попытку. При этом самоповреждающее поведение в анамнезе со статистической значимостью чаще встречалось в женской популяции\*\*.

**Коммуникация суицидальных мыслей до парасуицида.** Одна треть опрошенных отметили, что до совершения суицидальной попытки они говорили окружающим о своих суицидальных мыслях, и 20,1% делали это в форме прямых высказываний. Женщины сообщали о своих суицидальных фантазиях и мыслях более чем в два раза чаще мужчин\*. Интересно, что преимущественно женщины сообщали о том, что слышали суицидальные высказывания от своих родственников и близких, которыми, как правило, были матери и подруги\*\* (таблица 2).

**Способы парасуицида.** Большая часть парасуицидов во всей выборке была совершена путём нанесения порезов (50,1%), на втором месте по частоте шло отравле-

\* Здесь и далее уровень значимости различий  $\square < 0,01$ .

\*\* Здесь и далее уровень значимости различий  $\square$  от 0,01 до 0,05.

Таблица 1 – Личный анамнез суицидального поведения

Фактор	Мужчины		Женщины		Всего		□ <sup>1</sup>
	N=115	%	N=149	%	N=264	%	
Ранее были суицидальные попытки:	39	33,9	77	51,8	116	44	<0,01
однократно	18	15,7	48	32,2	66	25	<0,01
дважды	15	13	15	10,1	30	11,4	>0,05
более двух раз	6	5,2	14	9,5	50	7,6	<0,05
Способ совершения парасуицида ранее:							
повреждение острыми предметами	47	40,9	49	32,9	96	36,4	>0,05
самоповешение, удушье	4	3,5	8	5,4	12	4,5	>0,05
отравление лекарствами	13	11,3	53	35,6	66	25	<0,01
Когда произошла предыдущая суицидальная попытка:							
в течение года	42	36,6	60	40,2	102	38,7	>0,05
в течение предыдущего месяца	34	29,6	40	26,8	74	28	>0,05
больше, чем год назад	16	13,9	27	18,1	43	16,3	>0,05
Наличие мыслей о смерти, самоповреждении, самоубийстве ранее:	60	52,2	92	61,8	152	57,6	>0,05
в течение последних 12 месяцев	30	26,1	47	31,5	77	29,2	>0,05
Высказывал(а) эти мысли:	23	20	54	36,2	77	29,2	<0,01
да, говорил об этом прямо	13	11,3	40	26,8	53	20,1	<0,01

Примечание: <sup>1</sup> Статистическая значимость различия между мужчинами и женщинами;

Таблица 2 – Семейный анамнез суицидального поведения

Фактор	Мужской		Женский		Итого		□
	N=115	%	N=149	%	N=264	%	
Есть родственник(и), умерший в результате самоубийства	17	14,8	35	23,6	52	19,8	<0,05
Есть родственник(и), совершивший суицидальную попытку или намеренное самоповреждение	13	11,4	35	20,1	48	18,3	<0,05
Суицидальные высказывания от близких и родных:							
да, я об этом слышал(а)	4	3,5	27	18,0	31	11,9	<0,01
это была мать	2	1,7	8	5,4	10	3,8	<0,05
это был близкий друг (подруга)	1	0,9	6	4	7	2,7	<0,05

ние психотропными препаратами (22,4%), затем – повешение (12,5%), отравление другими лекарственными средствами (11,5%), выбрасывание с высоты (5,7%) и другие способы (2,7%). Из них сочетанные способы парасуицида использовали 5,8%. Были обнаружены статистически значимые различия частоты способов парасуицида, используемых женщинами и мужчинами. Несмотря на то, что и в женской, и в мужской выборке самым распространённым способом являлось повреждение острыми предметами, этот метод значительно чаще использовался мужчинами (59,1%), чем женщинами (44,4%)\*. Среди мужчин также чаще был отмечен такой высоклетальный способ самоповреждения, как повешение (17,4% мужчин и 8,7% женщин)\*. В то же время женщины чаще применяли отравление психотропными пре-

паратами (30,2% женщин и 12,1% мужчин)\*. Важно отметить, что женщины достоверно чаще использовали для самоотравления лекарства, выписанные им для лечения психиатром или психотерапевтом (21,5%)\* (таблица 3).

Таблица 3 – Текущий способ парасуицида

Метод	Мужской		Женский		Итого		□
	N=121	%*	N=158	%*	N=279	%*	
Повреждение острыми предметами X 78	68	59,1	64	44,4	132	50,1	<0,01
Отравление психотропными препаратами X 61	14	12,1	45	30,2	59	22,4	<0,01
Повешение X 70	20	17,4	13	8,7	33	12,5	<0,01
Прыжок с высоты X 80	3	2,6	12	8,1	15	5,7	<0,05
Отравление другими лекарственными средствами X 60,63,64	10	8,7	20	13,5	30	11,5	<0,05
Другие способы самоповреждения	5	4,4	2	1,4	7	2,7	<0,01
Наличие сочетанных способов парасуицида	6	5,2	9	6	15	5,8	>0,05

**Обстоятельства парасуицида (место, меры против спасения, привлечение помощи).** В основном суицидальные попытки совершались дома (63,3%). Суицидальная записка была написана каждым десятым пациентом. Действия по привлечению помощи после парасуицида распределились равными пропорциями: одна треть обследованных прямо сообщили кому-либо о совершённой суицидальной попытке, вторая треть сделали это косвенно, оставшиеся не сообщали никому о самоповреждении (таблица 4). При этом активные меры против спасения предприняли 10,2%, а пассивные – 24,2% опрошенных. Под пассивными мерами против спасения подразумевалась попытка избежать прерывания акта парасуицида другими людьми, не требующая значимых усилий (например, индивид находился один в комнате,

Таблица 4 – Обстоятельства совершения парасуицида

Обстоятельство	Мужской		Женский		Итого		□
	N=115	%	N=149	%	N=264	%	
Алкогольная интоксикация на момент совершения парасуицида	80	69,6	84	56,4	164	62,1	<0,01
Совершил(а) парасуицид вне дома	21	18,2	16	10,9	37	11,3	<0,05
Использование медикаментов, выписанных психиатром и/или психотерапевтом	6	5,2	32	21,5	38	14,4	<0,01
Наличие суицидальной записки	12	10,4%	14	9,4	26	9,8	>0,05
Сообщил(а) кому-либо о суицидальной попытке	28	24,3	52	34,9	80	30,3	<0,05
Пассивные (дома один (одна), дверь не закрыта)	36	31,3	28	18,8	64	24,2	<0,01

но оставил дверь не закрытой). Под активными мерами против спасения подразумевались активные действия, препятствующие возможному прерыванию акта парасуицида (удаление глубоко в лес, закрытие изнутри двери комнаты или квартиры). Была выявлена статистически значимая более высокой частоты применения пассивных мер против спасения мужчинами (31,3%) по сравнению с женщинами (18,8%)\*.

**Алкогольное опьянение.** Неоднократно сообщалось о значимости связи употребления алкоголя и суицидального поведения. Это подтверждается и нашим исследованием, где 62,1% обследуемых на момент совершения парасуицида находились в состоянии алкогольного опьянения. Доля этих лиц была высокой и среди мужчин, и среди женщин, хотя мужчины находились в состоянии алкогольного опьянения чаще (69,9%), чем женщины (56,4%)\*.

Таблица 5 – Социально-экономический статус

Характеристика	Мужской N=115		Женский N=149		Итого N=264		□
		%		%		%	
<b>Место жительства:</b>							
Минск	61	53	80	53,7	141	53,4	?
областной центр	2	1,7	10	6,7	12	4,5	<0,05
город или крупный городской посёлок	30	26,1	38	25,5	68	25,8	>0,05
село	12	10,4	14	9,4	26	9,8	>0,05
другое государство			1	0,7	1	0,4	>0,05
<b>Семейное положение:</b>							
никогда не состоял(а) в браке	47	40,9	48	32,2	95	36	>0,05
вдовец (вдова)	2	1,7	12	8,1	14	5,3	<0,01
разведен(а)	19	16,5	22	14,8	41	15,5	>0,05
проживаю с партнёром или в браке	37	32,2	61	40,9	98	37,1	>0,05
<b>С кем проживает:</b>							
один (одна)	15	13,0	12	8,1	27	10,2	>0,05
совместно с партнёром	21	18,3	34	22,8	55	20,8	>0,05
с родителями (одним родителем)	55	47,8	47	31,5	102	38,6	<0,01
с детьми	17	14,8	50	33,6	67	25,4	<0,01
с супругом (супругой), с которой (которым) состою в разводе	6	5,2	7	4,7	13	4,9	>0,05
в государственном учреждении	2	1,7	10	6,7	12	4,5	<0,05
<b>Образование:</b>							
незаконченное среднее	11	9,6	13	8,7	24	9,1	>0,05
среднее	30	26,1	43	28,9	73	27,7	>0,05
среднее специальное или среднее техническое	47	40,9	59	39,6	106	40,2	>0,05
высшее	14	12,2	26	17,4	40	15,2	>0,05
<b>Профессиональная занятость:</b>							
работают и имеют средства к существованию	59	51,3	71	47,7	130	49,2	>0,05
пенсионер по инвалидности или выслуге	4	3,5	11	7,4	15	5,7	>0,05
безработный	39	33,9	58	39	97	36,8	>0,05
<b>Уровень доходов:</b>							
менее 100\$	5	4,3	11	7,4	16	6,1	>0,05
от 100\$ до 160\$	15	13	29	19,5	44	16,7	>0,05
от 160\$ до 320\$	27	23,5	40	26,8	67	25,4	>0,05
320\$ – 500\$	28	24,3	12	8,1	40	15,2	<0,01
выше 500\$	9	7,8	4	2,7	13	4,9	<0,05

**Диагнозы.** Самыми распространёнными диагнозами у обследуемых были расстройства, связанные с употреблением алкоголя (28%), расстройства адаптации (26,5%) и депрессивные расстройства (14%). Мужчины и женщины различались по частоте диагнозов ПР: у мужчин чаще встречались расстройства, связанные с употреблением алкоголя (39,1% против 1,5%)\* и употреблением наркотических средств (6,1% против 2,0%)\*; у женщин – депрессивные расстройства (9,6% против 17,4%)\*\*.

Результаты оценки **социально-экономического статуса** приведены в таблице 5.

**Неблагоприятные жизненные события в личном анамнезе.** До 5-летнего возраста большинство мужчин и женщин воспитывались обоими биологическими родителями (70,3% и 61,7%, соответственно). В оставшейся группе больше женщин, чем мужчин, воспитывались только родной матерью (26,2% против 12,2%)\*. 17% лиц, принявших участие в исследовании, пережили развод родителей в возрасте до 5 лет. Статистически значимых различий по этим показателям среди мужчин и женщин не выявлялось (таблица 6).

Таблица 6 – Анамнез неблагоприятных событий

Фактор	Мужской N=115		Женский N=149		Итого N=264		□
		%		%		%	
<b>Судимость родственников:</b>							
отец	11	9,6	6	4	17	6,4	<0,05
супруг(а), партнёр	1	0,9	16	10,7	17	6,4	<0,01
Судимость личная	34	29,5	24	16,2	58	21,9	<0,01
<b>Смерть родных и близких людей:</b> □							
ребёнок	1	0,9	10	6,7	11	4,2	<0,01
супруг(а), партнёр	2	1,7	15	10,1	17	6,4	<0,01
близкий друг, подруга	24	20,9	15	10,1	39	14,8	<0,01
<b>Сексуальное насилие:</b>							
да, было сексуальное насилие в детском и/или подростковом возрасте	13	11,3	45	30,1	58	22,1	<0,01
да, это было грубое изнасилование	1	0,9	9	6	10	3,8	<0,01
неоднократное сексуальное насилие	1	2,6	26	23,5	27	10,2	<0,01

Объектами **сексуального насилия** в детском и подростковом возрасте чаще были женщины (6,0% против 0,9% мужчин)\*. Неоднократные случаи сексуального насилия также чаще наблюдались в женской выборке (12,1%), чем в мужской (0,9%)\*.

28,2% опрошенных сообщили о том, что их часто и регулярно **наказывали** родители такими методами, как «поставить в угол», «запереть в комнате». О **физическом насилии** со стороны отца сообщили 14,4% опрошенных, со стороны матери – 13%. О редком (1-3 раза в год) физическом насилии со стороны отца в детстве чаще сообщали мужчины (25,2%), чем женщины (12,1%)\*. Женщин чаще, чем мужчин, физически наказывали в детстве матери, и это происходило регулярно у 1,7% мужчин и 5,4% женщин.

Судимость у супруга/супруги достоверно чаще встречалась у женщин (10,4%), чем у мужчин (0,9%)\*, в то время как у мужчин чаще, чем у женщин, был осуждён отец (9,6% против 4,0%)\*. Судимость отсутствовала у подавляющего большинства опрошенных мужчин (60,9%) и женщин (79,9%), но в целом чаще встречалась у мужчин (29,5%) по сравнению с женщинами (16,2%)\*. Мужчины чаще сообщали о нанесении повреждений другим лицам (54,7% против 33,6% женщин)\*.

### Обсуждение и выводы

Наше исследование подтверждает, что в суицидальном поведении мужчин и женщин существует множество различий.

Обстоятельства совершения парасуицида доказывают амбивалентность данного акта как для мужчин, так и для женщин. Гипотеза о том, что при совершении парасуицида мужчины проявляют более выраженное стремление к смерти, не подтверждена. Большая часть обследуемых (и мужчин, и женщин) использовали способы парасуицида с низкой летальностью (порезы), сообщали о своём поступке окружающим, что облегчало возможность спасения. Более частое использование женщинами психотропных препаратов для самоотравления может быть связано с тем, что они чаще обращались за помощью в психиатрическую службу и им чаще прописывали лекарственные препараты. Кроме этого, известно, что женщины проявляют больше беспокойства о том, как выглядит их тело после самоповреждения [30]. И для мужчин, и для женщин суицидальная попытка часто является привычной формой поведения, используемой для взаимодействия с окружающим миром, или способом справиться с испытываемой фрустрацией.

Алкоголь часто становится фактором, провоцирующим парасуицид. По нашим данным, большая часть мужчин и женщин совершали суицидальную попытку в состоянии алкогольного опьянения (62,1%). При этом мужчинам чаще, чем женщинам, ставился диагноз зависимости или злоупотребления алкоголем.

Женщины чаще, чем мужчины, заявляли о наличии у себя суицидальных мыслей. И также чаще, чем мужчины, говорили об этом окружающим. Это согласуется с данными исследований о том, что мужчины в меньшей степени склонны к предьявлению окружающим своих внутренних проблем [31]. Женщины чаще, чем мужчины, слышали суицидальные высказывания от своих близких (матерей или подруг). Это подтверждает то, что женщины чаще, чем мужчины, напрямую обращаются за помощью, когда испытывают психологический дискомфорт, и, возможно, более восприимчивы к эмоциональным проявлениям других. Можно также предполагать, что индивид в состоянии кризиса с большей вероятностью среди близких людей выбирает как объект поддержки именно лицо женского пола.

По социально-экономическим характеристикам в популяции обнаружены различия между мужчинами и женщинами по уровню доходов и доле вдов и вдовцов. Данные характеристики соответствуют тенденциям в белорусской популяции [7; 32]. По остальным признакам различий не обнаружено.

В личном анамнезе лиц, совершивших суицидальную попытку, часто встречались травматические события, такие, как развод родителей, сексуальное и физическое насилие, грубое обращение, смерть близкого человека в раннем возрасте. При этом женщины значительно чаще подвергались сексуальному насилию в детстве, в том числе многократно. Исходя из этого, терапия в случае суицидального кризиса должна включать (для мужчин и женщин) работу с ранними травмами и агрессией, направленной на себя и вовне.

В нашем исследовании суицидальное поведение часто наблюдалось как семейная черта. Известно, что поведенческие особенности воспитывающих объектов могут формировать (путём идентификации) соответствующие модели реагирования индивида в кризисных ситуациях [33]. Помимо этого, большую роль играют биологические механизмы наследования поведенческих черт, име-

ющих отношение к импульсивности и агрессивности [33].

Таким образом:

1. В прогнозировании увеличенного риска актуальной суицидальной попытки для мужчин и женщин важно учитывать анамнестические данные о следующих фактах: а) перенесённых психосоциальных травматических событиях в жизни индивида; б) предыдущих суицидальных попытках.

2. В прогнозировании риска для женщин особое значение имеет выявление факта сексуального насилия, перенесённого в детском возрасте. Кроме того, наличие парасуицида в анамнезе является более весомым фактором риска для женщин, чем для мужчин.

3. Для оценки текущего риска самоповреждения необходимо фокусирование внимания специалистов на актуальных вербальных и невербальных проявлениях суицидальных тенденций. Женщины охотнее, чем мужчины, предьявляют прямые вербальные заявления о суицидальных намерениях. Для мужчин характерны косвенные невербальные «знаки» и стратегии избегания внутреннего конфликта (злоупотребление алкоголем).

4. Состояние алкогольной интоксикации увеличивает риск намеренного самоповреждения, особенно в выборке лиц мужского пола.

5. Для улучшения качества контроля средств суицидального акта необходимо учитывать данные о гендерных предпочтениях способов самоповреждения. Мужчины чаще женщин используют более импульсивные способы аутоагрессии, связанные с нарушением целостности кожных покровов и тканей тела и сопровождающиеся большей болезненностью (повешение, повреждение острыми предметами). Женщины чаще используют отравление психотропными препаратами, которые часто выписываются им специалистами.

Полученные результаты позволяют не только лучше понять природу суицидальных попыток, но и разработать специфичные подходы к профилактике суицидальных актов и терапии лиц, совершивших суицидальную попытку.

### Список использованной литературы

1. Вассерман, Д. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Д. Вассерман // М. : Смысл, 2005. – 310 с.
2. The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland / P. Corcoran [et al.] // European Journal of Public Health. – 2004. – № 14. – P. 19-23.
3. Fekete, S. Gender differences in suicide attempters in Hungary: retrospective epidemiological study / S. Fekete, V. Voros, P. Osvath // Croat Med J. – 2005. – Vol. 46, № 2. – P. 288-293.
4. Estimates of the real levels of violent death rates in Russia / V. G. Semyonova [et al.] // Public Health Dis. Prev. – 2005. – № 3. – P. 14-23.
5. Wasserman, D. Reliability of statistics on violent death and suicide in the former USSR, 1970-1990 / D. Wasserman, A. Varnik // Acta Psychiatr. Scand. Suppl. – 1998. – № 394. – P. 34-41.
6. Wasserman, D. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention / D. Wasserman, C. Wasserman, editors // Oxford University Press, 2009. – 569 p.
7. Статистический ежегодник Республики Беларусь. – Минск, 2009. – 600 с.
8. Kung, H. C. Risk factors for male and female suicide decedents ages 15-64 in the United States: results from the 1993 National Mortality Followback Survey / H. C. Kung, J. L. Pearson, X. Liu // Soc Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. – 2003. – № 38. – P. 419-426.
9. Maries, R. W. Review of Suicidology / R. W. Maries, M. M. Silverman, SS. Canetto – The Guilford Press; 1997. – 280 с.
10. Hawton, K. Why has suicide increased in young males? / K. Hawton // Crisis. – 1998. – № 19. – P. 119-24.

11. Qin, P. Suicide risk in relation to socio-economic, demographic, psychiatric and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark 1981-1997 / P. Qin, E. Agerbo, B. Mortensen // *Am J Psychiatry*. – 2003. – № 160. – P. 765-772.
12. Bertolote, J. M. A global perspective in the epidemiology of suicide / J. M. Bertolote, A. Fleischmann // *Suicidology*. – 2002. – Vol. 7, № 2. – P. 6-8.
13. Hawton, K. Sex and suicide / K. Hawton // *Br. Journal of Psychiatry*. – 2000. – № 177. – P. 484-485.
14. Canetto, S. S. Women and suicidal behavior: A cultural analysis / S. S. Canetto // *American Journal of Orthopsychiatry*. – 2008. – № 2. – P. 259-266.
15. Погосская, В. А. Анализ суицидального поведения женщин (по данным общепсихиатрического отделения стационара) / В. А. Погосская, С. Л. Тарасюк // *Психиатрия*. – 2008. – № 14. – С. 32-37.
16. Stefanello, S. Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brasil / S. Stefanello, C. Cais, F. da Silva // *Rev Bras Psiquiatr*. – 2008. – Vol. 30, № 2. – P. 139-43.
17. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE – MISS community survey. / J. M. Bertolote [et al.] // *Psychol Med*. – 2005. – Vol. 35, № 10. – P. 1457-65.
18. Ulman, S. E. Sexual assault victimization and suicidal behavior in women: a review of the literature / S. E. Ulman // *Aggression and Violent Behavior*. – 2004. – № 9. – P. 331-351.
19. Sex differences in Correlates of Suicide Attempt Lethality in Late Life. / Y. Alexandre, K. Dombrovski, K. Szanto et al // *Am J Geriatr Psychiatry*. – 2008. – Vol. 16, № 11. – P. 905-914.
20. Hawton, K. Why has suicide increased in young males? / K. Hawton // *Crisis*. – 1998. № 19. – P. 119-24.
21. Comorbidity of Axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide / K. Hawton [et al.] // *Am J Psychiatry*. – 2003. – № 160. – P. 1494-1500.
22. Harris, E. C. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis / E. C. Harris, B. Barraclough // *Br J Psychiatry*. – 1997. – № 170. – P. 205-28.
23. Lower risk of suicide during pregnancy. / P. M. Marzuk [et al.] // *Am J Psychiatry*. – 1997. – № 154. – P. 122-123.
24. Roy, A. Gender in suicide attempt rates and childhood sexual rates: is there an interaction? / A. Roy, M. Jahal // *Suicide Life Threat Behav*. – 2006. – Vol. 36, № 3. – P. 329-35.
25. Kreitman, N. S. Parasuicide /N. S. Kreitman. – New York, NY: John Wiley and Sons, 1997.
26. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / пер. на рус. яз.; под. ред. Ю. А. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб. : Аддис, 1994. – 304 с.
27. Attempted suicide in Europe. Findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe / Eds. F. M. Kerkhof [et al.]. – DSWO Press, Leiden University, the Netherlands, 1994. – 299 p.
28. Epidemiological study of suicidal behavior in Belarus / V. B. Poznyak [et al.] [Electronic resource]. – Mode of access: [http://www.med.by/english/dn01\\_en/St18\\_40engl.htm](http://www.med.by/english/dn01_en/St18_40engl.htm). – Date of access : 31.05.2011.
29. Гланц, С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц; пер. с англ. – М. : Практика, 1998. – 459 с.
30. Stack, S. Gender and suicide risk: the role of wound site / S. Stack, I. Wasserman // *Suicide and Life Threatening Behavior*. – 2009. – Vol. 39 (1). – P. 13-20.
31. Moller Leimkuhler, A. M. Subjective well-being and 'male depression' in male adolescents / A. M. Moller Leimkuhler, J. Heller, N.-C. Paulus // *Journal of Affective disorders*. – 2007. – № 98. – P. 65-72
32. Мужчины и женщины по состоянию в браке и возрасту. Перепись на селения Республики Беларусь 2009 года // Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Electronic resources]. – 2008. – Mode of access: [http://belstat.gov.by/homepage/ru/perepic/2009/vihod\\_tables/3.1-0.pdf](http://belstat.gov.by/homepage/ru/perepic/2009/vihod_tables/3.1-0.pdf). – Access: 31.06.2011.
33. Расстройства поведения детского и подросткового возраста / под ред. Д. Хилла, Б. Мозн; пер. с англ. – Киев : Сфера, 2005. – 528 с.

## Gender differences of suicidal behaviour: means, circumstances, peculiarities of socio-economic state

O.I. Parovaya<sup>1</sup>, Ye.V. Lasyj<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Republican Scientific and Practical Centre for Mental Health, Minsk

<sup>2</sup> Belarusian Medical Academy of Postgraduate Education, Minsk

*Suicide attempters admitted to psychiatric hospital within one month after parasuicide. (N=264, 114men, 149 women) were examined. The implemented methods were clinical and psychological observation, evaluation of suicidal behavior and socio-economical status, collecting of family and individual anamneses.*

*Both men and women showed high level of parasuicides and traumatic events in life history. Men used more violent and lethal means of parasuicide. Women declared their wish to die more often than men.*

**Key words:** parasuicide, men, women, means of parasuicide, differences.

Поступила 10.04.2012