

К ВОПРОСУ О ГЕНДЕРНОМ ПАРАДОКСЕ В СУИЦИДОЛОГИИ – СОВРЕМЕННЫЙ КОНТЕКСТ

В.А. Розанов

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», г. Санкт-Петербург, Россия
ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Россия

ON THE GENDER PARADOX IN SUICIDOLGY – A CONTEMPORARY CONTEXT

V.A. Rozanov St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

Информация об авторе:

Розанов Всеволод Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Место работы и должность: профессор кафедры психологии здоровья и отклоняющегося поведения факультета психологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет». Адрес: Россия, 199034, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6. Телефон: +7 (812) 324-25-74; Главный научный сотрудник отделения пограничных расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева». Адрес: Россия, 192019, ул. Бехтерева, 3. Телефон: +7 (812) 324-25-74, электронный адрес: v.rozanov@spbu.ru

Information about the author:

Rozanov Vsevolod Anatolievich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 1978-9868; Researcher ID: M-2288-2017; ORCID iD: 0000-0002-9641-7120). Place of work and position: Professor at the Chair of Psychology of Health and Deviant Behavior, Department of Psychology of “St. Petersburg State University”. Address: Russia, 199034, St. Petersburg, 6 Makarova embankment. Phone: +7 (812) 324-25-74; Chief Scientist, Department of Borderline Disorders and Psychotherapy, “V.M.Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology”. Address: Russia, 192019, St. Petersburg, 3 Bekhtereva st., email: v.rozanov@spbu.ru

Обсуждение суицидов среди мужской и женской части населения нельзя сводить исключительно к так называемому суицидальному парадоксу. Несмотря на то, что мужчины заметно чаще погибают от суицида, а женщины чаще совершают попытки, эти различия нивелируются в разных возрастных группах. Если рассуждать с позиций суицидального поведения, включая в это понятие и мысли, и замыслы, намерения, попытки, и собственно суицид, различия становятся ещё менее заметными. В различных социокультурных контекстах эти различия вообще отсутствуют. Судя по многим признакам, суицидальность женщин сильно недооценена, и их меньшая смертность только маскирует ситуацию. Обсуждая такие факторы риска, как нарушения психического здоровья, роль стресса, толерантность к боли и многие другие, приходится констатировать, что почти во всех случаях трудно отделить влияние биологических и социальных факторов, поскольку они тесно взаимодействуют между собой. Повышение экономической активности женщин во второй половине прошлого века в странах Запада и их большее вовлечение в трудовые отношения в целом сопровождалось благоприятными сдвигами как среди мужчин, так и среди женщин. Однако ультрасовременные тенденции в продвижении концепции гендера как социального пола, дополняющего (а в ряде случаев отрицающего) биологический пол, как свидетельствуют данные, не улучшают показатели с суицидальным поведением и тех, и других. Проблема половых и/или гендерных различий суицидального поведения далека от разрешения, многочисленные сложности в интерпретациях и оценках очень затрудняют получение объективной картины. Необходимы дальнейшие исследования, в различных культурных контекстах, с учётом возрастной динамики и социальной обстановки.

Ключевые слова: суицидальное поведение, мужчины и женщины, гендерный парадокс, биологические и социальные факторы, гендерные роли, модернизация, трансгендерность

Гендерный парадокс в суицидологии – понятие, впервые вошедшее в обиход после статьи американских авторов Silvia Canetto и Isaak Sakinofsky [1]. В работе, опубликованной в 1998 г., они сформулировали этот парадокс следующим образом: «Во всех странах, где изучается распространённость суицидов, среди

The gender paradox in suicidology is a concept that first came into use after an article by American authors Silvia Canetto and Isaak Sakinofsky [1]. In a paper published in 1998, they formulated this paradox as follows: “In all countries that study the prevalence of suicide, women have higher rates of suicidal

женщин наблюдаются более высокие уровни суицидальных мыслей и суицидального поведения, в то время как смертность от суицидов среди женщин чаще всего ниже, чем среди мужчин» [1]. Ещё одно проявление парадоксальности, по мнению американского психиатра George Murphy, связано с тем общеизвестным фактом, что примерно половина всех самоубийств происходит на фоне серьёзной депрессии, при этом женщины, которые вдвое чаще подвержены депрессии, совершают суицид в 3-4 раза реже, чем мужчины [2]. Нужно отметить, что Canetto и Sakinofsky специально упомянули, что их наблюдения касаются стран Западного мира (в основном обсуждались Великобритания, Канада и США, поэтому можно скорее говорить о Евро-Атлантической группе стран), и что они мало осведомлены о ситуации с суицидальным поведением мужчин и женщин в других цивилизациях.

После этих публикаций гендерный парадокс обсуждался в десятках суицидологических статей, при этом всегда отмечалось, что упомянутые выше различия в суицидальном поведении мужчин и женщин не наблюдаются в Китае, Индии, Пакистане и некоторых других странах, что говорит о культурно-обусловленном характере этого явления [3-5]. Постепенно термин «гендерный парадокс» приобрёл широкое распространение и даже вышел за пределы суицидологии. В это понятие стали включать и другие ситуации, когда между женщинами и мужчинами наблюдаются существенные различия в смертности, не объяснимые с точки зрения предрасполагающих к этому факторов. Например, Ю.Е. Разводовский описывает с этих позиций более высокую общую (а не только суицидальную) смертность мужчин при том, что женщины декларируют в самоотчётах худшие показатели психического и соматического здоровья [6].

Нужно отметить, что авторы оригинальной статьи [1] были очень осторожны, объявляя о наличии этого парадокса, и посвятили значительную часть работы обсуждению вопроса, реальны ли различия между полами, не искажаются ли они сложностями учёта суицидов, суицидальных мыслей и попыток или неточностями при интерпретации суицидальных действий мужчин и женщин. В этой части работы авторы, опять же, применительно к западным стандартам в сфере учёта смертельных случаев и «нефатальных суицидов» (попыток) приходят к заключению, что отличия между мужчинами и женщинами всё же не являются артефактом. Далее, опираясь на публикацию эпидемиолога Eve Moscicki [7], они обсуждают возможные причины наблюдаемого парадокса. В частности, причинами могут быть:

thoughts and suicidal behavior, while mortality rates from suicide among women are often lower than among men” [1]. Another manifestation of paradox, according to the American psychiatrist George Murphy, is associated with the well-known fact that about half of all suicides occur along with severe depression, while women, who are twice as likely to be depressed, commit suicide 3-4 times less often than men [2]. It should be noted that Canetto and Sakinofsky specifically mention that their observations relate to the countries of the Western world (mainly the United Kingdom, Canada and the United States were discussed, so we can rather talk about the Euro-Atlantic group of countries), and that they are little aware of the situation with suicidal behavior of men and women in other civilizations.

After these publications, the gender paradox has been discussed in dozens of suicidological articles and it was always noted that the above differences in the suicidal behavior of men and women are not observed in China, India, Pakistan and some other countries, which indicates the culturally determined nature of this phenomenon. [3-5]. Gradually, the term "gender paradox" became widespread and even went beyond the limits of suicidology. This concept began to include other situations when significant differences in mortality are observed between women and men, which cannot be explained from the point of view of factors predisposing to this. For example, Yu.E. Razvodovsky uses these positions to interpret a higher overall (and not just suicidal) mortality in men, while women declare in self-reports the worst indicators of mental and somatic health [6].

It should be noted that the authors of the original article [1] were very careful in announcing the existence of this paradox, and devoted a significant part of the work to discussing the question of whether the differences between the sexes are real, whether they are not distorted by the difficulties of accounting for suicides, suicidal thoughts and attempts, or inaccuracies in interpreting suicidal actions of men and women. In this part of the work, the authors, again, in relation to Western standards in the field of recording deaths and “non-fatal suicides” (attempts), come to the conclusion that the differences between men and women are still not an artifact. Further, based on the publication of the epidemiologist Eve Moscicki [7], they discuss the possible causes of the observed paradox. In particular, the reasons may be:

1) различия в летальности суицидальных действий (мужчины используют более «агрессивные» или «летальные» методы самоубийства);

2) различия в самоотчётах о суицидальных мыслях и попытках (женщины более склонны сообщать о своих психологических проблемах, в то время как мужчины их просто скрывают);

3) различия в паттернах психического здоровья и распределении диагнозов (мужчины имеют более высокие уровни потребления алкоголя и чаще имеют зависимость, в то время как женщины чаще получают диагноз депрессии, но при этом депрессия легче поддаётся лечению, чем алкоголизм, и, соответственно, в их случае реже завершается суицидом); и наконец

4) различиями в социализации и принятии гендерных ролей (самоубийство в обществе считается мужским поступком, в то время, как суицидальная попытка – женским) [1, 2, 7].

В настоящей работе мы попытаемся оценить приемлемость этих (и иных, ранее не прозвучавших) теорий с позиций сегодняшнего дня, через более чем 20 лет после того, как различия в индексах суицида среди мужчин и женщин впервые были описаны как некое парадоксальное явление. Мы постараемся доказать, что на самом деле никакого парадокса не существует, особенно если рассматривать суицидальное поведение мужчин и женщин как единый суицидальный процесс. Кроме того, нас интересует, насколько изменившиеся тенденции в понимании гендерных ролей, а также их заметно возросшее значение как фактора социального поведения мужчин и женщин, оказали влияние на выраженность тех различий, которые были известны ещё со времен Бехтерева (он писал о различиях в суицидах мужчин и женщин примерно то же, что пишут и сейчас), но были так изложены американскими авторами, что это вызвало оживлённую дискуссию, не утихающую до сих пор. В связи с этим особый интерес также вызывают проявления особенностей суицидального поведения современной молодёжи, наиболее подверженной новым тенденциям в сфере противопоставления биологических и социальных сущностей пола и манипулирования альтернативными гендерными идентичностями.

Суицидальное поведение мужчин и женщин на современном этапе

С точки зрения концепции суицидального поведения имеет смысл сравнивать среди мужчин и женщин распространённость различных проявлений суицидальности, а именно самоубийств, суицидальных попыток и суицидальных мыслей одновременно. За последние 40-50 лет во всём мире значительно повыси-

1) differences in the lethality of suicidal actions (men use more "aggressive" or "lethal" methods of suicide);

2) differences in self-reports of suicidal thoughts and attempts (women are more inclined to report their psychological problems, while men simply hide them);

3) differences in mental health patterns and distribution of diagnoses (men have higher levels of alcohol consumption and are more likely to be addicted, while women are more likely to be diagnosed with depression, but depression is easier to treat than alcoholism, and, as a result in their case, it rarely ends in suicide); and finally

4) differences in socialization and acceptance of gender roles (suicide in society is considered a masculine act, while a suicidal attempt is feminine) [1, 2, 7].

In this paper, we will try to assess the acceptability of these (and other, previously not mentioned) theories from the standpoint of today, more than 20 years after the differences in suicide indices among men and women were first described as a kind of paradoxical phenomenon. We will try to prove that in fact there is no paradox, especially if we consider the suicidal behavior of men and women as a single suicidal process. In addition, we are interested in how much the changed trends in the understanding of gender roles, as well as their noticeably increased importance as a factor in the social behavior of men and women, influenced the severity of those differences that have been known since the time of Bekhterev (who wrote about the differences in suicide of men and women about the same as they write now), but were so outlined by American authors that it caused a lively discussion that has not been over until now. In this regard, the manifestations of the peculiarities of suicidal behavior of modern youth, who are most susceptible to new trends in the field of opposing biological and social essences of gender and manipulating alternative gender identities, are also of particular interest.

Suicidal behavior of men and women at the present stage

From the point of view of the concept of suicidal behavior, it makes sense to compare the prevalence of various manifestations of suicidality among men and women, namely, suicide, suicidal attempts and suicidal thoughts at the same time. Over the past 40-50 years, the quality and accuracy of statistical data, including data on deaths from suicides, have significantly increased throughout the world.

лось качество и точность сведений статистического характера, в том числе данных о смертности от самоубийств. По состоянию на первое десятилетие XXI века среди почти 100 стран, подающих сведения в базы данных ВОЗ, соотношение между индексами суицидов у мужчин и женщин колебалось в пределах от 9,4 (Белиз) до 0,9 (Китай), то есть различия между странами – десятикратные [8]. Если сравнивать регионы (по классификации ВОЗ), то при среднемировом значении $M : Ж = 1,8$ самое высокое соотношение имеет место в Европе (4,0), далее следуют американский континент (3,6), Африка (2,2), Ю.-В. Азия (1,5), Западно-Тихоокеанский регион (1,3) и Восточное Средиземноморье (1,1). Среди стран с самым высоким ($\geq 6,0$) соотношением присутствуют такие довольно разные государства, как Белиз, Пуэрто-Рико, Маврикий, Словакия, Польша, Босния-Герцеговина, Румыния и Греция. На втором полюсе (соотношение около 1,0) – Китай, Бахрейн, Кувейт и Таджикистан. Интересно, что в первой десятке стран с самым высоким уровнем самоубийств (на 2010 г. это были Литва, Южная Корея, Шри Ланка, Россия, Белоруссия, Гайана, Казахстан, Венгрия, Япония, Латвия) соотношение тоже существенно различалось – от 5,9 в Литве до 1,8 в Корее [8]. Таким образом, география, общий уровень суицидов, преобладающая культура или религия не являются определяющими факторами. В то же время, среди стран с высоким соотношением $M : Ж$ много славянских и постсоветских республик, а среди стран с низким соотношением – много мусульманских государств Ближнего Востока и Азии. Тем не менее, это не позволяет сделать какие-либо обоснованные выводы относительно причин наблюдаемых различий, очевидно, что на них влияют слишком много факторов, каждый из которых может оказать решающее влияние, перечеркнув остальные.

Суицидальные попытки в мире регистрируются значительно менее систематично, и статистика охватывает относительно небольшое число стран, тем не менее, имеющиеся наблюдения тоже позволяют судить об устойчивых соотношениях между полами. В одном из наиболее объективных многоцентровых исследований авторы рассчитывали уровни попыток (на 100000 населения) с учётом степени полноты сбора информации в 16-ти центрах, принадлежащих 13 странам западной и северной Европы [9]. Среднее соотношение между индексами попыток среди мужчин и женщин старше 15 лет составило $1 : 1,5$, оно колебалось от $1 : 2,2$ (Сержи-Понтуаз, Франция) до $1 : 0,8$ (Хельсинки, Финляндия). Финляндия была единственной страной, где частота попыток среди женщин была ниже, чем среди мужчин [9]. Интересно, что значимая корреляция между по-

As of the first decade of the 21st century, among almost 100 countries submitting information to the WHO databases, the ratio between suicide indices for men and women ranged from 9.4 (Belize) to 0.9 (China), that is, differences between countries reach tenfold difference [8]. If we compare the regions (according to the WHO classification), then with the world average ratio $M:W = 1.8$, the highest ratio is observed in Europe (4.0), followed by the American continent (3.6), Africa (2.2), South-East Asia (1.5), West Pacific (1.3) and Eastern Mediterranean (1.1). Among the countries with the highest (> 6.0) ratio, there are quite different states such as Belize, Puerto Rico, Mauritius, Slovakia, Poland, Bosnia-Herzegovina, Romania and Greece. The second pole (the ratio is about 1.0) includes China, Bahrain, Kuwait and Tajikistan. Interestingly, in the top ten countries with the highest suicide rates (in 2010 they were Lithuania, South Korea, Sri Lanka, Russia, Belarus, Guyana, Kazakhstan, Hungary, Japan, Latvia), the ratio also differed significantly, from 5.9 in Lithuania to 1.8 in Korea [8]. Thus, geography, general suicide rates, prevailing culture or religion are not the determining factors. At the same time, among the countries with a high $M:F$ ratio there are many Slavic and post-Soviet republics, and among the countries with a low ratio there are many Muslim states of the Middle East and Asia. However, this does not allow us to draw any reasonable conclusions regarding the reasons for the observed differences, it is obvious that they are influenced by too many factors, each of which can have a decisive influence, crossing out the rest.

Suicide attempts in the world are recorded much less systematically, and statistics cover a relatively small number of countries, however, the available observations also allow us to judge the stable ratios between the sexes. In one of the most objective multicenter studies, the authors calculated the levels of attempts (per 100,000 population), taking into account the degree of completeness of information collection in 16 centers belonging to 13 countries of western and northern Europe [9]. The average ratio between the indices of attempts among men and women over 15 years old was $1:1.5$, it ranged from $1: 2.2$ (Cergy-Pontoise, France) to $1: 0.8$ (Helsinki, Finland). Finland was the only country where the frequency of attempts among women was lower than among men [9]. Interestingly, a significant correlation between attempted and completed suicides was found only among men

пытками и завершёнными суицидами была выявлена только среди мужчин [10]. По результатам другого исследования, в 17 странах Европы среди подростков 15-16 лет частота суицидальных попыток и мыслей о суициде у женщин в среднем была вдвое выше, чем у мужчин (13,7% против 6,9% и 41,2% и 20,2% соответственно) [11]. Мета-анализ 67 отдельных исследований (США, страны западной Европы и Китай) показал, что риск суицидальной попытки выше у женщин примерно в 2 раза, в то время как у мужчин выше риск завершённого суицида примерно в 2,5 раза [12].

М. Уманский и Е. Зотова обобщили наблюдения в 8 регионах Российской Федерации, а также в Белоруссии и на Украине. Соотношения между попытками среди мужчин и женщин колебались в пределах от 1 : 10 (Башкортостан) до 1 : 0,67 (Бурятия), при том, что соотношения между завершёнными суицидами во всех случаях были порядка 4 : 1 [13]. Нами совместно с А.С. Рахимкуловой проанализированы транскультуральные различия распространённости суицидальных мыслей среди молодёжи. Подавляющее число данных говорит о более выраженных проявлениях среди женщин (на 20-30%) [14]. По данным опросов проекта Global School-based Health Surveys в 32 странах с низким и средним доходом населения (страны Африки, Латинской Америки, Восточного средиземноморья и Ю.-В. Азии), среднегодовая распространённость суицидальных мыслей среди женщин составила 16,2%, а среди мужчин – 12,2% [14]. Более конкретные мысли (планирование суицида) встречались у 8,3% женщин и 5,8% мужчин. При этом самое высокое соотношение М : Ж (1,70) наблюдалось в странах Латинской Америки, самое низкое (1,04) – на Африканском континенте [15].

Все эти факты, а также многие другие, о чём пойдет речь ниже, говорят о том, что различия между мужчинами и женщинами относительно завершённых суицидов, попыток и суицидальных мыслей в различных этносах, культурах и социально-политических контекстах сильно различаются. В ряде случаев можно говорить, что гендерный парадокс как таковой отсутствует, например, когда частота суицидов среди мужчин ненамного превышает таковую среди женщин, а частота попыток среди женщин существенно превышает таковую среди мужчин. Иными словами, если исходить из концепции суицидального поведения, которое предусматривает континуум «мысли – замыслы – планы – попытки – завершённый суицид», то сравнения могут оказаться в отдельных контекстах вовсе не в пользу мужчин. При этом нужно иметь в виду, что «превращение» суицидальной попытки в завершённый суицид с первого раза, как и обратное, – отсутствие летального

[10]. According to the results of another study, in 17 European countries among adolescents aged 15-16, the frequency of suicidal attempts and thoughts of suicide among women was, on average, twice as high than among men (13.7% versus 6.9% and 41.2% and 20, 2%, respectively) [11]. A meta-analysis of 67 individual studies (USA, Western Europe and China) showed that the risk of a suicide attempt is about 2 times higher in women, while the risk of completed suicide is about 2.5 times higher in men [12].

M. Umansky and E. Zotova summarized observations in 8 regions of the Russian Federation, as well as in Belarus and Ukraine. The ratio between attempts among men and women ranged from 1:10 (Bashkortostan) to 1: 0.67 (Buryatia), while the ratio between completed suicides in all cases reached about 4:1 [13]. Together with A.S. Rakhimkulova we analyzed transcultural differences in the prevalence of suicidal thoughts among young people. The overwhelming number of data speaks of more pronounced manifestations among women (by 20-30%) [14]. According to surveys of the Global School-based Health Surveys project in 32 countries with low and middle income of the population (countries of Africa, Latin America, the Eastern Mediterranean and Southeast Asia), the average annual prevalence of suicidal thoughts among women was 16.2% , and among men it was 12.2% [14]. More specific thoughts (suicide planning) were found in 8.3% of women and 5.8% of men. At the same time, the highest M: F ratio (1.70) was observed in the countries of Latin America, the lowest (1.04) – on the African continent [15].

All these facts, as well as many others, which will be discussed below, indicate that the differences between men and women regarding completed suicides, attempts and suicidal thoughts in different ethnic groups, cultures and socio-political contexts vary a lot. In a number of cases, we can say that the gender paradox as such is absent, for example, when the frequency of suicides among men is not much higher than that among women, and the frequency of attempts among women is significantly higher than those of men. In other words, if we proceed from the concept of suicidal behavior, which provides for the continuum “thoughts – intent – plans – attempts – completed suicide,” then comparisons may turn out in some contexts not in favor of men at all. It should be borne in mind that the “transformation” of a suicidal attempt into a

исхода и квалификация произошедшего в качестве «нефатального суицида», часто является результатом либо случайности (например, доступности и эффективности медицинской или иной помощи), либо неправильной оценки летальности выбранного метода самоповреждения, либо вообще, как в случае детей и подростков, непонимания необратимости своих действий. Поэтому крайне важно учитывать возраст и намеренность суицидального акта.

Фактор возраста и намеренности суицидального акта

Различия в суицидальном поведении между полами по-разному выглядят в разном возрасте. Так, в самом широком плане, преобладание попыток среди женщин над попытками среди мужчин наиболее заметно в подростковом и молодом возрасте. По мере приближения к зрелости, оно нивелируется, в то время как преобладание мужских завершённых суицидов над женскими, наоборот, по мере взросления нарастает [16]. При более детальном анализе применительно к нашей культурной среде, ситуация выглядит чуть сложнее: женщины значительно чаще (почти вдвое) совершают попытки в возрастных группах <15 и 15-19 лет, затем начинают незначительно преобладать мужчины (до 44 лет), после чего в группе 45-49 лет индексы женских попыток вновь берут верх, а затем ситуация вновь выравнивается, даже с некоторым преобладанием среди мужчин, особенно в старших возрастных группах [17, 18]. Что касается завершённых суицидов, то уже в группе 15-19 лет намечается М : Ж соотношение 4 : 1, которое достигает 6 : 1 в 25-29 лет и сохраняется примерно на этом уровне до пожилого возраста, снижаясь до 3 : 1 после 65 лет [17, 18].

Таким образом, в молодом возрасте трёх-четырёхкратное преобладание завершённых суицидов среди мужчин «компенсируется» более чем двукратным преобладанием попыток, суицидальных мыслей, намерений и планов среди женщин. Важно при этом отметить, что различий в намеренности суицидального акта (оцениваемой обычно в постсуицидальном периоде, то есть после попытки с помощью опросников суицидальных намерений Бека или Пирса) между мужчинами и женщинами, либо нет, либо есть очень небольшое преобладание баллов у мужчин [19]. В нашем исследовании молодые мужчины и женщины (24,89±0,98 лет) совершившие попытки, демонстрировали в постсуицидальном периоде практически идентичную намеренность, как по баллам объективно-приготовительных действий, так и по баллам субъективно сообщаемого желания умереть [20].

completed suicide the first time, as well as the opposite – the absence of a lethal outcome and the qualification of the incident as a "non-fatal suicide", is often the result of either an accident (for example, the availability and the effectiveness of medical or other care), or an incorrect assessment of the mortality of the chosen method of self-harm, or in general, as in the case of children and adolescents, a lack of understanding of the irreversibility of their actions. Therefore, it is extremely important to take into account the age and intention of the suicidal act.

The factor of age and intention of committing suicide

Differences in suicidal behavior between the sexes look different at different ages. For example, in the broadest sense, the predominance of attempts among women over attempts among men is most noticeable during adolescence and young age. As maturity approaches, it levels off, while the prevalence of male completed suicides over female suicides, on the contrary, grows as they grow older [16]. A more detailed analysis in relation to our cultural environment, the situation looks a little more complicated: women much more often (almost twice) make attempts in the age groups <15 and 15-19 years of age, then men begin to slightly prevail (up to 44 years of age), after which in the 45-49 age group, the indices of women's attempts take over again, and then the situation levels out again, even with some predominance among men, especially in older age groups [17, 18]. As for the completed suicides, in the age group of 15-19 the M:F ratio of 4:1 is already observed, then reaches 6:1 at 25-29 years of age and remains approximately at this level until old age, decreasing to 3:1 after 65 years of age [17, 18].

Thus, at a young age, the three-fourfold prevalence of completed suicides among men is "compensated" by the more than twofold prevalence of attempts, suicidal thoughts, intentions and plans among women. It is important to note that there are either no differences in the intentionality of a suicidal act (usually assessed in the post-suicidal period, that is, after an attempt using Beck's or Pearce's suicidal intentions questionnaires) between men and women, or there is a very small prevalence of scores in men [19]. In our study, young men and women (24.89 ± 0.98 years of age) who made attempts demonstrated almost identical intentions in the post-suicidal period, both in terms of the scores of objective preparatory actions and scores of the subjectively reported desire to die [20].

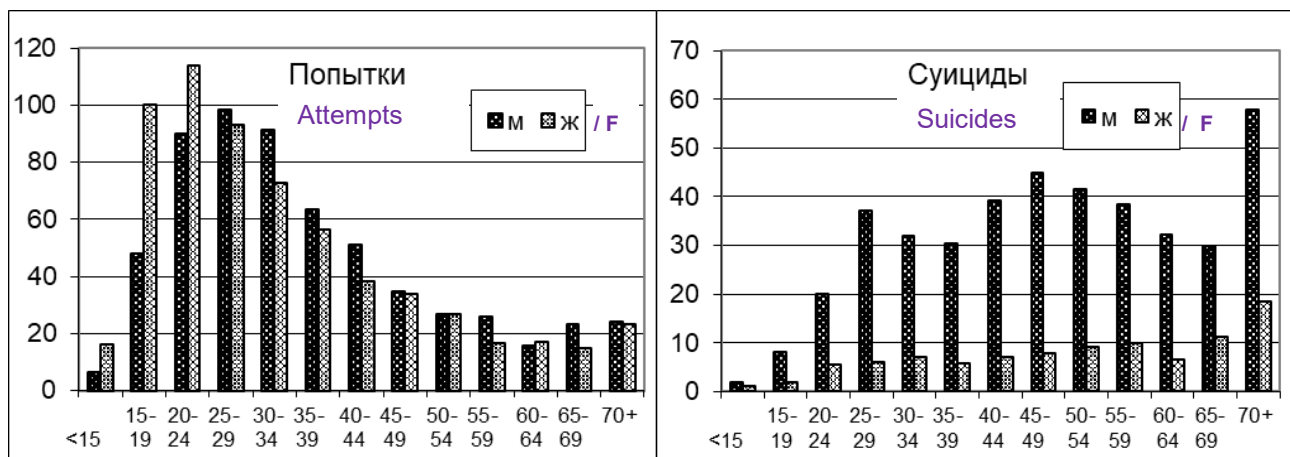


Рис. 1 / Fig. 1. Половозрастная характеристика суицидальных попыток и самоубийств (в случаях на 100000 живущих в каждой возрастной группе), среднее за 11 лет наблюдений, городское население около 1 млн человек [18]. Sex and age characteristics of suicidal attempts and suicides (in cases per 100,000 living in each age group), the average for 11 years of observation, the urban population is about 1 million people [18].

Что касается пожилого возраста, то в этом периоде жизни соотношение смертности от суицидов М : Ж в РФ составляет 2 : 1 при том, что среднее по всем возрастным группам в стране достигает 4,6 : 1. Снижение соотношения происходит за счёт увеличения индексов среди женщин [21]. В ещё более старшем возрасте (≥ 85 лет) в России мужской коэффициент смертности от суицидов лишь в 1,1 раза превышает женский [22]. В то же время, как свидетельствуют наши данные, соотношение между женскими и мужскими попытками в этом возрасте также близко к 1 : 1 [18]. Таким образом, в конце жизни суицидальное поведение мужчин и женщин выравнивается, и парадокс почти не заметен. По всем признакам, колебания соотношения М : Ж происходят в основном за счёт суицидального поведения женщин, которые в течение своего жизненного цикла подвержены влиянию специфических факторов риска и протективных факторов, связанных с деторождением [23]. Так, по нашим данным, у женщин до наступления возраста 70+ подъёмы индексов завершённых суицидов наблюдаются в возрастных группах 30-34 и 55-59 лет, в то время как у мужчин они происходят раньше, в периоды 25-29 и 45-49 лет, соответственно в 25-29 лет соотношение близко к 6, а в 55-59 лет оно составляет 3,9 (рис. 1).

Подводя промежуточный итог обсуждению этих фактов, можно сказать, что суицидальное поведение женщин в разные периоды жизни (особенно в начале и в конце жизни) и в различных социокультурных обстоятельствах довольно часто примерно такое же, а иногда и выше, чем среди мужчин. Даже если в целом в той или иной культуре мужчины характеризуются более высокими индексами суицидов, это правило может нарушаться в зависимости от возраста. Мужчины и

As for the elderly, in this period of life, the ratio of mortality from suicides M:F in the Russian Federation is 2: 1, while the average for all age groups in the country reaches 4.6: 1. The decrease in the ratio is due to the increase in indices among women [21]. At an even older age (> 85 years) in Russia, the male death rate from suicide is only 1.1 times higher than that of the female [22]. At the same time, according to our data, the ratio between female and male attempts at this age is also close to 1:1 [18]. Thus, at the end of life, the suicidal behavior of men and women levels out, and the paradox is almost invisible. By all indications, fluctuations in the M:F ratio occur mainly due to the suicidal behavior of women, who during their life cycle are subject to the influence of specific risk factors and protective factors associated with childbirth [23]. So, according to our data, before reaching the age of 70+, there are observed rises in the female indices of completed suicides in the age groups of 30-34 and 55-59, while in men they occur earlier, in the periods 25-29 and 45-49, respectively, at 25-29 years of age the ratio is close to 6, and at 55-59 years old it is 3.9 (Fig. 1).

Summing up the intermediate result of the discussion of these facts, we can say that the suicidal behavior of women in different periods of life (especially at the beginning and at the end of life) and in various socio-cultural circumstances is quite often about the same, and sometimes even higher than among men. Even if, in general, in a particular culture, men are characterized by higher suicide indices, this rule may be violated depending on age. Men and women show approximately equal

женщины демонстрируют примерно равную интенцию при суицидальном кризисе, что противоречит расхожему мнению, что женщины чаще совершают суицидальные действия с целью манипулирования своим окружением. Возможно, такое и происходит, но в молодом возрасте. В связи с этим целесообразно обратить внимание на довольно часто упоминаемую особенность мужчин – использование более летальных методов, – возможно именно это является причиной более высокой смертности.

Фактор летальности (агрессивности, насильственности) способа самоубийства и роль уровня болевого порога

Судя по самоотчётам, мужчины и женщины в момент совершения самоповреждения хотели умереть примерно в одинаковой степени, однако если посмотреть на медицинские последствия их действий и отобрать только тех, кто совершил тяжёлые по медицинским последствиям попытки и едва выжил, то среди них мужчин оказывается намного больше [16]. Причины этого принято обсуждать в контексте различий между мужчинами и женщинами в агрессивности, импульсивности и склонности к рискованному поведению. Действительно, мужчины скорее прибегнут к физической агрессии там, где женщины ограничатся вербальной, в большинстве полевых наблюдений за поведением детей и подростков мальчики чаще проявляют физическую агрессию. С этим согласуется то, мужчины чаще получают сроки за насильственные преступления, в то время как женщины чаще получают обвинения за преступления, связанные с собственностью и т.д. [24]. В то же время, при попытке объяснить эти различия (которые также далеко не всегда выявляются в специальных исследованиях, когда точнее учитывается возраст и контекст) возникают те же гипотезы, что и при объяснении различий в самоубийствах – от недостатков учёта и искажённой трактовки действий мужчин и женщин в обществе и в системе права, или от преимущественной роли биологических факторов (тестостерон), до наоборот, исключительно сильного влияния гендерных ролей [24]. Таким образом, получается замкнутый круг доказательств.

Тем не менее, эмпирические данные, а также анализ всей мировой статистики, свидетельствуют о том, что мужчины и женщины действительно имеют определённые предпочтения в выборе способов самоповреждения, однако они не диаметрально противоположны, а лишь отличаются в нюансах [25]. Так, в различных регионах России и у мужчин, и у женщин ведущими способами самоубийств являются самоповешение, однако у женщин процент ниже, при этом у женщин далее по рангу следуют самоотравления, в то время как у

intentions in suicidal crises, which contradicts the rule of thumb that women are more likely to commit suicidal acts in order to manipulate their environment. Perhaps this happens, but at a young age. In this regard, it is advisable to pay attention to the rather often mentioned feature of men – the use of more lethal methods – perhaps this is the reason for the higher mortality rate.

The lethality factor (aggressiveness, violence) of the method of suicide and the role of the pain threshold level

Judging by self-reports, women at the time of committing self-harm men and wanted to die to about the same extent, but if you look at the medical consequences of their actions and select only those who made serious medical attempts and barely survived, they turn out to be mostly men [16]. The reasons for this are usually discussed in the context of the differences between men and women in aggressiveness, impulsivity and a tendency to take risky behavior. Indeed, men are more likely to resort to physical aggression while women are more into verbal aggression; in most field observations of the children and adolescent behavior, boys are more likely to manifest physical aggression. Consistent with this, men are more likely to get sentenced for violent crimes, while women are more likely to be charged with crimes related to property, etc. [24]. At the same time, when trying to explain these differences (which are also not always revealed in special studies, when age and context are more accurately taken into account), the same hypotheses arise as when explaining the differences in suicides – from lack of accounting and distorted interpretation of the actions of men and women in society and in the legal system, or from the predominant role of biological factors (testosterone), to the contrary, the extremely strong influence of gender roles [24]. Thus, a closed circle of proofs is obtained.

Nevertheless, empirical data, as well as an analysis of all world statistics, indicate that men and women do have certain preferences in choosing methods of self-harm, but they are not diametrically opposed, even though they differ in nuances [25]. So, in various regions of Russia, both men and women resort to self-hanging as the leading methods of suicide, but women have a lower percentage, while in women self-poisoning follows further in rank, while for men self-shooting and self-cuts would be more typical [26]. According to our observations, in the urban population the first positions for both women and men are taken

мужчин – самострелы и самопорезы [26]. По нашим наблюдениям, в городской популяции на первых позициях и у женщин, и у мужчин стоят самоповешения и прыжки с высоты, и лишь затем следуют различия: среди женщин первенствуют отравления, а среди мужчин – самопорезы и самострелы [18]. Что касается способов попыток, то и у мужчин, и у женщин на первых местах стоят самоотравления и самопорезы, с той лишь разницей, что у женщин самоотравления первенствуют, в то время как у мужчин наблюдается обратная картина, однако мужчины действительно чаще совершают намного более редкие попытки самоповешения и самострела [18, 27, 28].

Таким образом, когда речь идёт о завершённых суицидах, и мужчины и женщины демонстрируют приверженность высоколетальным методам, дело лишь в процентном соотношении внутри мужской и женской популяции, что может быть связано с множеством факторов, таких как доступность средств (огнестрельное оружие более доступно мужчинам), популярность способа, традиции и социальная приемлемость тех или иных действий. В Индии, где мужчины кончают с собой всего в 1,8 раза чаще чем женщины, единственным значимым отличием в процентном распределении способов оказалось самосожжение (больше среди женщин), то есть выбор метода связан не столько с агрессивностью и склонностью к насилию, а с традициями (широко известно такое индийское явление, как сати – самосожжение вдов) [29]. В связи с этим интересна работа Steven Stack и Ira Wasserman, в которой авторы проанализировали 807 случаев самострела, обращая внимание на расположение раны у мужчин и женщин, при этом оказалось, что женщины примерно вдвое реже стреляют себе в голову, а также значительно реже используют для этой цели охотничье ружье (дробовик) [30]. Авторы считают, что женщины более обеспокоены своим внешним видом после смерти, и что у них в целом слабее выражено желание умереть (то есть они даже при использовании такого средства, как огнестрельное оружие, надеются, что рана будет несмертельной, и их спасут). Интересный анализ был проведён группой авторов, которые использовали данные мониторинга суицидов и попыток четырёх европейских стран (Германия, Венгрия, Ирландия и Португалия), и рассчитали «метод - специфическую летальность». Вывод сводится к тому, что более высокая летальность среди мужчин объясняется в основном выбором более летального способа самоповреждения, и в меньшей степени – большей летальностью при использовании одних и тех же способов [31].

Всё это говорит о том, что выбор метода несомненно имеет значение. Однако нужно признать, что

by self-hanging and jumping from a height, and only then the differences follow: among women, poisoning prevails, and men tend to choose self-cuts and crossfire [18]. As for the methods of attempts, both men and women choose self-poisoning and self-cuts in the first place, with the only difference that self-poisoning is more often chosen by women not men, while for their attempts men actually tend to choose self-hanging and self-shooting, which are more rare means of suicide [18, 27, 28].

Thus, when it comes to completed suicides, both men and women demonstrate a commitment to highly lethal methods, it is only a percentage within the male and female population that may be determined by many factors, such as the availability of means (firearms are more affordable for men), popularity of the method, tradition and social acceptability of certain actions. In India, where men commit suicide only 1.8 times more often than women, the only significant difference in the percentage distribution of methods was self-burning (more among women), that is, the choice of method is associated not so much with aggressiveness and propensity to violence, but rather with traditions (such an Indian phenomenon as sati – self-immolation of widows is widely known) [29]. In this regard, the work of Steven Stack and Ira Wasserman is interesting, in which the authors analyzed 807 cases of self-shooting, paying attention to the location of the wound in men and women, while it turned out that women are about half as likely to shoot themselves in the head, and also much less often use for this purpose a hunting rifle (shotgun) [30]. The authors believe that women are more concerned about their appearance after death, and that they generally have a weaker desire to die (that is, even when using means such as a firearm, they hope that the wound will be non-fatal and they will be rescued). An interesting analysis was carried out by a group of authors who used data from monitoring suicides and attempts from four European countries (Germany, Hungary, Ireland and Portugal), and calculated the "method – specific lethality". The conclusion is that the higher mortality among men is explained mainly by the choice of a more lethal method of self-harm, and to a lesser extent – by the higher mortality when using the same methods [31].

All this suggests that the choice of method undoubtedly matters. However, it must be admitted that there is no convincing evidence of the exclusive role of high aggressiveness in

убедительных доказательств исключительной роли высокой агрессивности мужчин нет. Кроме того, агрессивность и летальность не связаны напрямую. Некоторые насильственные попытки могут оказаться нелетальными (верёвка оборвалась, выжил при падении с высоты), и наоборот, некоторые отравления (традиционно считающиеся ненасильственными) приводят к смертельному исходу.

В связи с этим необходимо обратить внимание на фактор толерантности к боли. Israel Orbach в своё время выдвинул гипотезу, согласно которой некоторые виды хронического стресса могут вызывать вариант диссоциативного расстройства, результатом которого может стать функциональная аналгезия, что повышает риск суицида [32]. Одновременно может возникать безразличие к своему телу. Причём это может сопровождаться различными самоповреждениями, которые тесно ассоциированы с суицидом [32, 33]. Многие современные теории суицида, в частности межличностная теория Т. Joiner и трехкомпонентная теория Е. Klonsky и А. May придают фактору боли большое значение. Первая рассматривает «привыкание» к самоповреждениям как важный элемент, позволяющий реализовать желание умереть, возникшее из-за одиночества, утраченной принадлежности и ощущения себя как бремени для других, в то время как вторая рассматривает боль как ведущий фактор, неспособность приспособиться к которому приводит к суициду [34, 35]. Ещё более важное значение придаёт боли (прежде всего душевной, которая, впрочем, иногда может становиться почти физической) теория Е. Shneidman [36].

Многочисленные исследования подтверждают, что хроническая боль значительно увеличивает риск суицида, однако удивительно мало упоминаний, насколько этот фактор может иметь разное значение для мужчин и женщин [37]. Естественно было бы предположить, что переносимость боли может иметь значение. Изучение различий в болевом пороге и переносимости хронической боли среди мужчин и женщин имеют долгую историю. Считается, что женщины имеют более низкий порог болевых ощущений, особенно в экспериментальных психофизиологических исследованиях [38]. В то же время, в клинических наблюдениях результаты не столь однозначны, и по некоторым данным, мужчины на самом деле хуже переносят боль, и, в связи с этим, более уязвимы [38]. Толерантность к боли сильно зависит от типа боли, эмоционального состояния и контекста, способов оценки, степени выраженности сопутствующего стресса, принятия норм поведения и множества других факторов, включая биологические характеристики [39]. Фактически при обсуждении этих различий возникают те же вопросы и споры, что были пе-

men. In addition, aggressiveness and mortality are not directly related. Some violent attempts can be non-lethal (the rope tore down, the suicide attempter survived a fall from a height), and vice versa, some poisonings (traditionally considered non-violent) are fatal.

In this regard, it is necessary to pay attention to the factor of pain tolerance. Israel Orbach once put forward a hypothesis according to which some types of chronic stress can cause a variant of dissociative disorder, which can result in functional analgesia, which increases the risk of suicide [32]. At the same time, indifference to the body itself may arise. Moreover, this can lead to starting practicing various forms of self-harm, which are closely associated with suicide [32, 33]. Many modern theories of suicide, in particular the interpersonal theory of T. Joiner and the three-component theory of E. Klonsky and A. May, impose great importance to the pain factor. The first one considers "addiction" to self-harm as an important element that allows the desire to die, which arose from loneliness, lost belonging and feeling like a burden for others, to be realized, while the latter views pain as a leading factor, inability to adapt which leads to suicide [34, 35]. The theory of E. Shneidman [36] believe pain (primarily mental, which, however, sometimes can become almost physical) is of even greater importance.

Numerous studies confirm that chronic pain significantly increases the risk of suicide, but there is surprisingly little mentioned on how this factor can have a different meaning for men and women [37]. It would be natural to assume that pain tolerance may matter. The study of differences in pain threshold and chronic pain tolerance among men and women has a long history. It is believed that women have a lower pain threshold, especially in experimental psychophysiological studies [38]. At the same time, in clinical observations, the results are not so unambiguous, and according to some data, men actually tolerate pain worse, and, therefore, are more vulnerable [38]. Pain tolerance is highly dependent on the type of pain, emotional state and context, methods of assessment, severity of associated stress, acceptance of behavioral norms, and many other factors, including biological characteristics [39]. In fact, when discussing these differences, the same questions and controversies arise that were listed earlier (biology or socio-cultural influences). Perhaps, it is not so much pain tolerance that is of decisive importance, but rather the fear of pain, psychological methods of coping with pain in a situation, and

речислены ранее (биология или социо - культурные влияния). Возможно, решающее значение имеет не столько переносимость боли, сколько страх перед болью, психологические способы преодоления в ситуации болевого синдрома и следование социально одобряемым моделям поведения [38].

Фактор различий в психопатологиях и психических расстройствах

Как уже упоминалось, парадоксальность часто усматривается в том, что среди женщин более распространена депрессия, а убивают себя чаще мужчины. Данное утверждение тоже нельзя считать непреложным. С одной стороны, если опираться на данные психиатрической эпидемиологии (например, на мета-анализы сотен исследований, основанных на принципах психиатрической эпидемиологии), то среди женщин на популяционном уровне действительно примерно вдвое больше аффективных и тревожных расстройств, в то время как среди мужчин больше химических зависимостей [40]. Среди женщин также больше расстройств, связанных со стрессом, и, в частности, ПТСР [41], в то время как частота психотравмирующих ситуаций у женщин и мужчин в эпидемиологических исследованиях обычно одинакова (хотя качественные характеристики и восприятие стрессовых событий могут отличаться) [42]. Однако на распространённость ПТСР тоже сложно ориентироваться, во-первых, сам диагноз является предметом споров и не всеми признается, во-вторых, вполне возможно, что эти различия связаны с особенностями переживания эмоции страха у мужчин и женщин [43]. Индексы страха (условная характеристика, основанная на самоотчётах) у женщин выше, чем у мужчин [44].

Что касается депрессии у мужчин и женщин, то различия в баллах, полученные при опросах, а также различия в частоте выставляемых диагнозов также могут не вполне отражать истинное положение вещей. В своё время W. Rutz и Z. Rihmer обратили внимание на интересное обстоятельство – в некоторых сообществах, например, среди мормонов в Пенсильвании и среди евреев-ортодоксов в США и Израиле, где существует табу на потребление алкоголя, индексы самоубийств у мужчин и женщин почти одинаковы, но при этом и депрессия встречается с примерно равной частотой [45]. Они высказали предположение, что более низкие баллы и более редкие диагнозы депрессии у мужчин в большинстве исследований – это на самом деле артефакт, связанный с неверным пониманием сущности депрессии у мужчин. W. Rutz, анализируя результаты своего проекта на о. Готланд, в ходе которого врачей общей практики обучали выявлять депрессию и назначать антидепрессанты в тех ситуациях, в которых они

adherence to socially approved behaviors [38].

The Difference Factor in Psychopathologies and Mental Disorders

As we already mentioned, the paradox is often seen in the fact that depression is more common among women, while men kill themselves more often. This statement also cannot be considered inappropriate. On the one hand, if we rely on data from psychiatric epidemiology (for example, on meta-analyses of hundreds of studies based on the principles of psychiatric epidemiology), then among women at the population level there are actually about twice as many affective and anxiety disorders, while chemical addictions are more common for men [40]. Among women, there are also more stress-related disorders, PTSD in particular [41], while the frequency of traumatic situations among women and men in epidemiological studies is usually the same (although the qualitative characteristics and perception of stressful events may differ) [42]. However, it is also difficult to be in the know of prevalence of PTSD, firstly because the diagnosis itself is a subject of controversy and is not yet recognized by everyone, and secondly, it is quite possible that these differences are associated with the peculiarities of experiencing the emotion of fear in men and women [43]. Fear indices (a conditional characteristic based on self-reports) are higher in women than in men [44].

As for male and female depression, differences in scores obtained from surveys, as well as differences in the frequency of diagnoses, may also not fully reflect the true state of the situation. Once W. Rutz and Z. Rihmer drew attention to an interesting circumstance – in some communities, for example, among Mormons in Pennsylvania and among Orthodox Jews in the United States and Israel, where there is a taboo on alcohol consumption, suicide indices in men and women are almost the same, but at the same time depression occurs with approximately equal frequency [45]. They suggested that lower scores and more rare diagnoses of depression in men in most studies are actually an artifact associated with misunderstanding of depression in men. W. Rutz, analyzing the results of their project on Gotland island where general practitioners were trained to detect depression and prescribe antidepressants in situations in which they were previously prone to prescribing anxiolytics, found that these measures did not lead to a decrease in suicide among men, while among women, suicide was significantly decreased [45, 46]. Analyzing the possible

ранее были склонны назначать анксиолитики, обнаружил, что эти меры не приводят к снижению суицидов среди мужчин, в то время как среди женщин самоубийства достоверно снизились [45, 46]. Анализируя возможные причины этого, он пришел к выводу, что мужчины проявляют свою депрессию по-другому, поэтому они либо избегают диагноза, либо вообще не попадают в поле зрения врачей. Среди мужчин с острова Готланд (потомков готов, варваров-язычников, в своё время разрушивших Римскую империю), как пишет Rutz, в конце 90-х годов не принято было часто посещать врачей и жаловаться на угнетённое настроение. В то же время, среди них часто встречались алкогольные эксцессы, рискованное и конкурентное поведение, агрессия, драки и стычки с полицией, то есть это тот тип мужчин, которые создают себе и окружающим максимально возможное число проблем [45, 46].

Rutz предположил, что на самом деле все типичные проблемы мужского населения Готланда (разумеется, небольшой части этого населения) – это на самом деле проявления депрессии по «мужскому» типу. Характерными чертами «мужской» депрессии являются не столько эмоции (внутренние состояния), сколько поведенческие реакции (внешние проявления), причём с преобладанием активного отреагирования в любую сферу, которая позволяет сбросить внутреннее напряжение (сопоставительность, конфликт, алкоголь, агрессия). Всё это происходит в противовес «женскому» варианту депрессии, для которого характерны типичные тревожно-депрессивные симптомы (соматизация, жалобы на своё состояние) и общая жертвенно-зависимая позиция. Совершенно очевидно, что главным фактором этих различий является социальная неприемлемость противоположных типов поведения для мужчин и женщин – первые никогда не станут жаловаться на свои проблемы, а вторые вряд ли станут вести себя агрессивно и искать возможность вступить в драку, когда им плохо. Rutz пишет, что невозможность снизить суициды среди мужчин была связана, прежде всего, с их активным избеганием контактов с врачами (многие из которых – женщины), а также с присущей им (и внутренне одобряемой и даже высоко ценимой) алекситимией, которая не позволяет им, даже если такой контакт состоится, артикулировать свои переживания. Иными словами, если у мужчины проблемы – он должен скрывать свои чувства и бороться со своим дистрессом «до последнего патрона», пока не наступит предел, после чего логично следует использование этого последнего патрона для себя.

Эти взгляды высказывались и ранее, так, в ряде клинических и популяционных исследований сформировалось понятие «мужской депрессивный синдром»,

reasons for this, he came to the conclusion that men manifest their depression in a different way, so they either avoid the diagnosis or do not visit doctors at all. Among the men from the Gotland island (the descendants of the Goths, pagan barbarians who once destroyed the Roman Empire), according to Rutz, at the end of the 90s it was not customary to visit doctors and complain about a depressed mood. At the same time, there were incidences of alcoholic excesses, risky and competitive behavior, aggression, fights and clashes with the police, that is, this is the type of men who create the maximum possible number of problems for themselves and those around them [45, 46].

Rutz suggested that in fact all the typical problems of the male population of Gotland (of course, a small part of this population) are in fact manifestations of the "male" type of depression. The characteristic features of "male" depression are not emotional manifestations (internal states) such but rather behavioral reactions (external manifestations), and with a predominance of active response to any area that allows you to relieve internal tension (competitiveness, conflict, alcohol, aggression). All this happens in contrast to the "female" version of depression, which is characterized by typical anxiety-depressive symptoms (somatization, complaints about one's condition) and a general sacrificial-dependent position. It is quite obvious that the main factor of these differences is the social unacceptability of opposite types of behavior for men and women – the former will never complain about their problems, and the latter are unlikely to behave aggressively and look for an opportunity to enter a fight when they feel bad. Rutz writes that the inability to reduce suicide among men was associated primarily with their active avoidance of contact with doctors (many of whom are women), as well as with their inherent (and internally approved and even highly valued) alexithymia, which is not allows them, even if such contact takes place, to articulate their experiences. In other words, if a man has problems, he must hide his feelings and fight his distress "to the last bullet" until it comes to the limit, after which it is logical to use this last bullet for themselves.

These views were expressed earlier, for example, in a number of clinical and population studies, the concept of "male depressive syndrome" was formed, the most striking signs of which are impulsiveness, alcohol consumption and hyperactivity [47, 48]. The emergence of this concept prompted the develop-

наиболее яркие признаки которого – импульсивность, потребление алкоголя и гиперактивность [47, 48]. Появление этого понятия подтолкнуло к разработке специальной шкалы мужской депрессии, которая получила название Готландской Шкалы Мужской Депрессии (Gotland Male Depression Scale, GMDS) [49]. Шкала в настоящее время переведена на многие языки и валидизирована. Её вопросы, в отличие от классических шкал депрессии Бека или Зунга, касаются таких проявлений, как частота употребления алкоголя для ослабления напряжения и недовольства собой, агрессивность и приступы гнева, враждебность, неоправданный риск, нарушения социальных норм и суицидальные тенденции [49]. У этой шкалы появились аналоги, например, Мужская Шкала Депрессии (Masculine Depression Scale, MDS) [50], после чего появилась идея объединить традиционные вопросы (по сути «женские», если внимательно прочитать шкалу Бека) с «мужскими», в результате возникла Гендерно-Инклюзивная Шкала Депрессии (Gender Inclusive Depression Scale, GIDS) [51]. Применение инклюзивной шкалы, как свидетельствуют её авторы, на выборке из 5692 случайных жителей США, показало, что по результатам «мужских» вопросов депрессия выявляется у 26,3% мужчин и 21,9% женщин, а по суммарным баллам «мужских» и «традиционных» вопросам критериям наличия депрессии отвечают 30,6% мужчин и 33,3% женщин, причём разница между ними несущественна ($p = 0,57$). В России использование Готландской шкалы на выборке современных молодых людей позволяет выявить примерно 15% лиц с депрессией, причём интересно, что при обследовании индивидуумов обоего пола эта шкала выявляет среди молодых женщин даже больше лиц с проблемами, чем среди мужчин того же возраста [52, 53].

Таким образом, большая выраженность депрессии среди женщин, чем среди мужчин, подвергается серьёзному сомнению. Возможно, всё дело в том, что считать депрессией применительно к мужчинам и женщинам, поскольку депрессия не является гендерно-нейтральной патологией [54]. Соответственно, ещё один элемент парадокса, о котором шла речь выше, не выдерживает критики, или по крайней мере, является предметом дискуссии.

Фактор различий в переживании стресса, импульсивности и проявлений рискованного поведения

Депрессия и самоубийство непосредственно связаны со стрессом, который испытывает индивидуум, а суицидальная попытка или суицид часто обусловлены импульсивными действиями, наступающими вслед за критическим стрессовым событием (триггером). Стресс в суицидологии обычно понимается как реак-

ment of a special scale for male depression, which was called the Gotland Male Depression Scale (GMDS) [49]. The scale has now been translated into many languages and validated. Its questions, in contrast to the classic Beck or Zung Depression Scales, concern such manifestations as the frequency of alcohol use to relieve tension and self-dissatisfaction, aggressiveness and tantrums, hostility, unnecessary risk, social disturbances, and suicidal tendencies [49]. This scale had analogs, for example, the Masculine Depression Scale (MDS) [50], after which the idea emerged to combine traditional questions (essentially “female” if you read Beck’s scale carefully) with “male” ones, in the result was the Gender Inclusive Depression Scale (GIDS) [51]. The use of an inclusive scale, according to its authors, on a sample of 5692 random residents of the United States, showed that according to the results of “male” questions, depression is detected in 26.3% of men and 21.9% of women, and according to the total scores of “male” and “traditional” questions, the criteria for the presence of depression are answered by 30.6% of men and 33.3% of women, and the difference between them is insignificant ($p = 0.57$). In Russia, the use of the Gotland scale on a sample of modern young people makes it possible to identify about 15% of people with depression, and it is interesting that when examining individuals of both sexes, this scale identifies even more people with problems among young women than among men of that the same age [52, 53].

Thus, the greater severity of depression among women than among men is seriously questioned. Perhaps the whole point is what is considered depression in relation to men and women, since depression is not a gender-neutral pathology [54]. Accordingly, one more element of the paradox, which was discussed above, does not stand up to criticism, or at least is a subject of discussion.

Factor of differences in experience of stress, impulsivity and manifestations of risky behavior

Depression and suicide are directly related to the stress experienced by the individual mind, and suicide attempt or suicide is often caused by impulsive actions following a critical stressful event (trigger). Stress in suicidology is usually understood as a reaction to negative life events, the accumulation of which at a certain moment exceeds the ability to cope with stressful life events [55], or as chronic psychosocial stress associated with daily frustrations, dissatisfaction with oneself and

ция на негативные события жизни, накопление которых в определённый момент превышает способность справляться с ударами судьбы [55], или как хронический психосоциальный стресс, связанный с ежедневными фрустрациями, недовольством собой и неприятностями, отравляющими жизнь [56]. Распространено мнение, что девочки-подростки не склонны переживать стресс внутри себя, но за счёт социально приемлемых для них способов свободного выражения эмоций и обращения за помощью способны справляться с психоэмоциональным стрессом лучше, чем мальчики-подростки [57]. Однако другие авторы считают, что это мальчики-подростки ещё больше не склонны переживать стресс «внутри себя», а напротив, стараются «выплеснуть» вызванное им эмоциональное напряжение, выбирая для этого более активные и агрессивные формы [58,59]. С учётом этого логично предположить, что одним из способов адаптации к стрессу у мальчиков-подростков является вовлечение в различные виды рискованного поведения, которое для них весьма характерно. Оно служит у них, наряду со способом преодоления эмоционального напряжения, ещё и способом подтверждения своего статуса «крутого парня» [59]. Что касается биологических маркеров состояния стресс-систем (уровень кортизола в слюне и моче), то существенных и устойчивых различий между мальчиками и девочками выявить не удастся, хотя в отдельные периоды развития можно видеть небольшое преобладание уровня этого гормона у мальчиков [60].

В целом, несмотря на большое число исследований, нельзя твердо утверждать, что мужчины и женщины справляются со стрессом разными способами или имеют разные способности и возможности пережить стрессовую ситуацию. В конечном итоге всё зависит от контекста, характера стрессора (определённого события, его значимости), и т.д. Например, среди южнокорейских подростков (в этой стране стресс и темп жизни необычайно высоки, что поддерживается конкуренцией и стремлением достичь «успеха» в жизни) употребление алкоголя и курение были ассоциированы с большей интенсивностью суицидальных мыслей, а просмотр телепрограмм, компьютерные игры и сон – с меньшей, причём у мальчиков и девочек в равной степени. Различия касались только таких копингов, как спортивные игры и обсуждение проблемы с другими – первое больше помогало мальчикам, а второе девочкам [57]. Что касается импульсивности, то хотя и считается, что мужчины более импульсивны, но после такого стрессового события как разрыв отношений, женщины совершали импульсивные суицидальные попытки чаще [59]. В нашем исследовании более сильное ожидание смерти в момент попытки у молодых мужчин и жен-

troubles that poison life [56]. It is widely believed that adolescent girls are not inclined to experience stress within themselves, but to freely express emotions and seek help due to that being a socially acceptable way to cope for them. As a result, they are able to cope with psychoemotional stress better than adolescent boys [57]. However, other authors believe that adolescent boys are no longer inclined to experience stress “inside themselves” as well, on the contrary, they try to get rid of the emotional stress choosing for this more active and aggressive forms [58,59]. Taking this into account, it is logical to assume that one of the ways adolescent boys adapt to stress is to engage in various types of risky behavior, which is very typical for them. It serves for them, along with a way to overcome emotional stress, also a way to confirm their status as a “tough guy” [59]. As for biological markers of the state of stress systems (the level of cortisol in saliva and urine), significant and stable differences between boys and girls cannot be identified, although in some periods of development one can see a slight predominance of the level of this hormone in boys [60].

In general, despite the large number of studies, it cannot be firmly argued that men and women deal with stress in different ways or have different abilities and opportunities to cope with stressful situations. Ultimately, everything depends on the context, the nature of the stressor (a particular event, its significance), etc. For example, among South Korean adolescents (in this country, stress and pace of life are unusually high, which is supported by competition and the desire to achieve “success” in life) drinking and smoking were associated with a higher intensity of suicidal thoughts, and watching TV, playing computer games and sleeping – to a lesser extent with boys and girls equally. The differences concerned only such coping as sports games and discussion of the problem with others – the former helped boys more, and the latter helped girls [57]. As for impulsivity, although it is believed that men are more impulsive, after such a stressful event as a break in relationships, women made impulsive suicidal attempts more often [59]. In our study, a stronger expectation of death at the time of an attempt in young men and women was associated with different factors – in men with a feeling of hopelessness, and in women – with the accumulation of negative stressful life events, which indicates different risk factors [20].

щин было ассоциировано с разными факторами – у мужчин с ощущением безнадежности, а у женщин – с накоплением негативных стрессовых событий жизни, что говорит о разных факторах риска [20].

В целом, нет оснований считать, что существуют выраженные устойчивые отличия между мужчинами и женщинами в вопросах склонности к риску, стрессуязвимости, способности справляться со стрессом или, наоборот, неспособности его пережить. Они склонны использовать разные стратегии, а результат зависит от слишком многих обстоятельств. Таким образом, и с этой точки зрения мужчины и женщины не имеют принципиальных различий, поэтому аргументация, основанная на роли рискованного поведения и реагирования на стресс, не объясняет гендерный парадокс. В то же время, есть теории, которые предлагают весьма убедительные объяснения гендерного парадокса в суицидологии – это биологические и социально-культурные теории.

Объяснения парадокса, основанные на биологических различиях между полами

Аргументы биологического плана сводятся к тому, что женщины и мужчины различаются по своим психобиологическим и поведенческим характеристикам потому, что такими их сделала эволюция, причём с определенной целью. Эти особенности мужчин и женщин служат целям выживания и экспансии человека как вида. Одна из таких наиболее разработанных теорий принадлежит советскому биологу В.А. Геодакяну [61, 62]. Главный тезис теории заключается в том, что для эффективного приспособления и отслеживания экологических сигналов биологической системе (популяции) выгодно разделиться на два пола, один из которых (мужской) более приближен к среде, активно взаимодействует с ней и быстро реагирует на все изменения, а второй (женский) – относительно отдалён от среды, более консервативен и сохраняет стабильность. Таким образом, женский пол обеспечивает сохранение генофонда и является хранилищем «памяти о прошлом», в то время как мужской обеспечивает поиск всего нового и выявление наиболее подходящих адаптивных вариантов для будущего.

Взаимодействуя между собой, эти две субпопуляции создают более эффективные стратегии выживания и эволюции вида в целом. С этой точки зрения женщины или мужчины не хуже и не лучше друг друга, они созданы друг для друга и взаимно дополняют друг друга. Мужчины для поиска выхода из угрожающих ситуаций идут путём опробования новых способов преодоления, что связано с поисковой активностью и риском, в силу чего у них выше шансы либо погибнуть, либо действительно выработать новую эффективную

Generally, there is no reason to believe that there are pronounced persistent differences between men and women in terms of risk propensity, stress vulnerability, ability to cope with stress, or, conversely, inability to cope with it. They tend to use different strategies, and the outcome depends on too many circumstances. Thus, from this point of view, men and women do not have fundamental differences; therefore, the argumentation based on the role of risk behavior and stress response does not explain the gender paradox. At the same time, there are theories that offer very convincing explanations of the gender paradox in suicidology – these are biological and socio-cultural theories.

Explanations of the paradox based on biological differences between the sexes

The arguments of the biological plan come down to the fact that women and men differ in their psychobiological and behavioral characteristics because evolution made them so, and there is a specific purpose for that. These features of men and women serve the purposes of survival and expansion of humans as a species. One of these most developed theories belongs to the Soviet biologist V.A. Geodakyan [61, 62]. The main thesis of the theory is that in order to effectively adapt and track ecological signals, a biological system (population) should be divided into two sexes, one of which (male) is closer to the environment, actively interacts with it and quickly reacts to everything, changes, and the second (female) is relatively distant from the environment, more conservative and remains stable. Thus, the female sex ensures the preservation of the gene pool and is a repository of the “memory of the past”, while the male sex ensures the search for everything new and the identification of the most suitable adaptive options for the future.

Interacting with each other, these two subpopulations create more effective strategies for survival and evolution of the species as a whole. From this point of view, women or men are not worse or better than each other, they are created for each other and mutually complement each other. Men, in order to find a way out of threatening situations, go by testing new ways of overcoming, which is associated with search activity and risk, due to which they have a higher chance of either dying or really developing a new effective strategy and leaving a large offspring. Women are attuned to the perception of strategies developed by men, bringing them to perfection, storing knowledge about them and promoting them

стратегию и оставить большое потомство. Женщины настроены на восприятие стратегий, выработанных мужчинами, доведение их до совершенства, хранение знаний о них и их социальное продвижение. Это определенным образом коррелирует с тем, что у мужчин лучше развиты пространственные функции мозга, способность концентрировать внимание и выслеживать добычу или врага, они также физически сильнее, однако они не отличаются социальностью и адаптивностью. У женщин лучше развиты функции, ответственные за выживание и адаптацию, они лучше переносят кровопотерю, во многом они выносливее, у них лучше вербальные способности, они более социальны и лучше ориентируются в социальных взаимоотношениях.

В процессе эволюции появился целый ряд биологических и поведенческих механизмов, которые обеспечивают более тесную связь мужского пола с окружающей средой, то есть актуальным (оперативным) потоком информации, а женского пола – с генеративным (консервативным) потоком. Так, у мужского пола выше агрессивность, активнее поисковое и рискованное поведение и другие качества, как бы «приближающие к среде». Прямой доступ к изменяющейся среде и повышенная смертность из-за столкновений с опасностями компенсируется массовостью мужских гамет, большей активностью и мобильностью самцов, их склонностью к полигамии. Одновременно для мужских особей менее характерно желание «вкладывать ресурсы» в воспитание потомства. Наоборот, поведенческие особенности самок связаны с длительными периодами беременности, необходимостью выкармливания и длительной заботы о потомстве (внешнего донашивания). В итоге биолого-поведенческие качества мужских особей превращают мужской пол в «избыточный», то есть, в некотором смысле, «дешёвый» ресурс, а женский – в «дефицитный» и более «ценный».

При этом теория подчеркивает, что малое число мужских особей передает потомству столько же информации, сколько и большое число женских, то есть генетическая информация, переданная по мужской линии более селективна, а по женской линии более репрезентативна. Иными словами, как утверждает теория, в мужской линии отражается генотип, соответствующий актуальной обстановке, в то время как в женской линии сохраняется прошлое разнообразие генотипов. Это имеет большое значение в связи со степенью стрессовости среды в каждый данный исторический момент – когда ситуация стабильна, то есть в оптимальных условиях, снижается рождаемость и смертность мужских особей, сужается дисперсия привносимых ими признаков, уменьшается половой диморфизм,

socially. This correlates in a certain way with the fact that men have better developed spatial brain functions, the ability to concentrate and track down prey or an enemy, they are also physically stronger, but they are not distinguished by their sociability and adaptability. Women have better developed functions responsible for survival and adaptation, they better tolerate blood loss, they are in many ways more resilient, they have better verbal abilities, they are more social and better oriented in social relationships.

In the process of evolution, a number of biological and behavioral mechanisms have appeared that provide a closer connection between the male sex with the environment, that is, the actual (operational) flow of information, and the female sex with the generative (conservative) flow. So, the male sex has higher aggressiveness, more active search and risky behavior and other qualities, as it were, "closer to the environment." Direct access to a changing environment and increased mortality due to collisions with dangers is compensated by the massiveness of male gametes, greater activity and mobility of males, and their tendency to polygamy. At the same time, the desire to "invest resources" in raising offspring is less typical for males. On the contrary, the behavioral characteristics of females are associated with long periods of pregnancy, the need for feeding and long-term care for the offspring (external maturation). As a result, the biological and behavioral qualities of males turn the male sex into an "excess", that is, in a sense, a "cheap" resource, and the female sex into a "scarce" and more "valuable" one.

At the same time, the theory emphasizes that a small number of males transmit as much information to their offspring as a large number of females, that is, genetic information transmitted through the male line is more selective, and along the female line it is more representative. In other words, according to the theory, the genotype corresponding to the current situation is reflected in the male line, while the past diversity of genotypes is preserved in the female line. This is of great importance in connection with the degree of stressfulness of the environment at each given historical moment – when the situation is stable, that is, under optimal conditions, the fertility and mortality of males decreases, the dispersion of the traits they introduce narrows, sexual dimorphism decreases, and when the environment is highly stressful and requires efforts to survive, all these characteristics

а когда среда является высокострессовой и требует усилий для выживания – все эти характеристики растут. При этом повышается «оборачиваемость» мужского пола (растёт смертность и рождаемость, как например, во время войны, голода, любой катастрофы, угрожающей популяции). Согласно теории, когда для данного признака среда становится стрессовой и требует напряжения и адаптации, начинается эволюция признака у мужского пола, в то время как у женского он сохраняется неизменным [61, 62].

С данной точкой зрения хорошо сочетаются многие психологические и поведенческие особенности мужчин и женщин. Это касается рискованного поведения, смертности мужчин от стрессовых заболеваний и внешних причин, общей продолжительности жизни, различий в межполушарной асимметрии, способностей к ориентации в пространстве и т.д. [63]. Согласно современным данным, многие упомянутые когнитивные и поведенческие отличия, а также различия в психопатологии и психиатрической заболеваемости мужчин и женщин сочетаются с клеточными и структурными различиями мозговых структур мужчин и женщин, выявляемых в прижизненных и посмертных исследованиях [64]. Таким образом, эволюционно предсказываемые различия подкрепляются структурными. В целом аргументы этого рода действительно претендуют на то, чтобы объяснить гендерный парадокс в суицидологии. Более того, указания теории на повышенную «оборачиваемость» мужского пола в высокострессовой среде вполне совпадают с фактами подъема суицидов среди мужчин в условиях психосоциального стресса, при том, что женщины остаются более устойчивыми [65]. В то же время, существует и альтернативная точка зрения, изложенная в следующем разделе.

Объяснения парадокса, основанные на признании исключительно социокультурного характера этого явления

Во многих статьях высказывается мысль, что гендерный парадокс – это явление, прежде всего, культурное, связанное с традициями в определенной культурной среде [1, 2, 7, 23]. Наиболее убедительно в этом смысле выглядят примеры антропологического характера. Так, неоднократно указывалось на то, что высокий (сопоставимый с мужским) уровень суицидов среди молодых женщин в Китае связан с некоторыми традициями в сельских районах этой страны. Фактором, влияющим на суицидальное поведение женщин в данном случае, является укоренившийся в традиционной многовековой культуре глубокий пиетет перед родителями и лояльность семье, что вступает в противоречие с тем, что при вступлении в брак семья многое решает, не принимая во внимание мнение молодой женщины

increase. At the same time, the "turnover" of the male sex increases (mortality and birth rates increase, as, for example, during war, famine, any catastrophe threatening the population). According to the theory, when the environment for a given trait becomes stressful and requires tension and adaptation, the evolution of the trait begins in the male sex, while in the female it remains unchanged [61, 62].

With this point of view, many psychological and behavioral characteristics of men and women are well combined. This applies to risky behavior, mortality in men from stress diseases and external causes, overall life expectancy, differences in hemispheric asymmetry, ability to orientate in space, etc. [63]. According to modern data, many of the above-mentioned cognitive and behavioral differences, as well as differences in psychopathology and psychiatric morbidity of men and women, are combined with cellular and structural differences in the brain structures of men and women, revealed in intravital and postmortem studies [64]. Thus, evolutionarily predicted differences are reinforced by structural differences. In general, such arguments can claim to explain the gender paradox in suicidology. Moreover, the theory's indications of an increased male "turnover" in a high-stress environment quite coincide with the facts of an increase in suicides among men in conditions of psychosocial stress, while women remain more stable [65]. At the same time, there is also an alternative point of view, set out in the next section.

Explanations of the paradox based on the recognition of the exclusively sociocultural nature of this phenomenon

Many articles suggest that the gender paradox is primarily a cultural phenomenon associated with traditions in a particular cultural environment [1, 2, 7, 23]. The most convincing examples in this sense are anthropological examples. Thus, it has been repeatedly pointed out that the high (comparable to male) suicide rate among young women in China is associated with some traditions in the rural areas of this country. The factor influencing the suicidal behavior of women in this case is deep piety for parents and loyalty to the family rooted in the traditional centuries-old culture, which contradicts the fact that the family decides a lot when getting married, without taking into account the opinion of the young woman. [66]. In family life, the pressure from other traditions is increasing, pushing young women to commit suicide, for example, if they remain childless, or after the death of their husband.

[66]. В семейной жизни усиливается давление других традиций, подталкивающих молодых женщин к суициду, например, если они остаются бездетными, или после смерти мужа. Впрочем, традиционная культура во всем мире, в том числе в Китае и Индии, все больше сдаёт позиции в пользу вестернизированного образа жизни, возможно самые глубинные её проявления – это как раз суицидальное поведение мужчин и женщин. Очевидной причиной высокой смертности женщин, уравнивающих их с мужчинами, является также доступность средств суицида – в материковом сельскохозяйственном Китае это почти всегда пестициды, что в сочетании с недостаточным уровнем медицинской помощи и территориальной отдалённостью с большой вероятностью заканчивается смертельным исходом [66].

Другим ярким примером является Папуа Новая Гвинея, так, D. Lester приводит данные о том, что самоубийство в этой культуре является способом указать на обидчика и подвергнуть его общественному порицанию (довольно распространённый мотив в традиционных культурах, в том числе среди народов Севера и Сибири). В этом смысле самоубийство женщины, например, после бесчестия или отвержения мужчиной является своеобразным политическим актом, символизирующим отмщение, и иногда единственным выбором в создавшейся ситуации [67]. Уже упоминалась давно отжившая традиция добровольного самосожжения вдов в Индии (аналогичные факты есть и у других народов, например, ритуальное ассистированное самоубийство вдов народности Люси, желающих смерти, чтобы не быть зависимыми от своих детей). Интересно, что, хотя в современной Индии такие случаи уже не встречаются, частота самосожжений среди женщин (особенно молодых) в этой стране очень высока, поскольку в индуизме смерть в огне символизирует очищение [68]. Подборку аналогичных данных приводит О.И. Паровая в своем обзоре, ею собраны сведения о странах и культурах, в которых суицидальное поведение является культурно более приемлемым среди женщин, чем среди мужчин [69]. Silvia Canetto считает, что ключевым фактором, определяющим суицидальное поведение является «культурный сценарий». Если рассматривать все различия с этих позиций, то суицидальное поведение становится наиболее вероятным не тогда, когда люди испытывают разнообразные лишения или стрессы, а тогда, когда возникает определённая ситуация, при которой самоубийство является социально приемлемым и даже одобряемым. Культура устанавливает рамки и непосредственно предписывает не только в каких ситуациях, но даже каким способом следует лишить себя жизни, как для мужчин, так и для женщин [70].

However, traditional culture all over the world, including in China and India, is losing ground more and more in favor of a westernized way of life, perhaps its deepest manifestations are just the suicidal behavior of men and women. An obvious reason for the high mortality rate of women who equate them with men is also the availability of means of suicide – in mainland agricultural China, these are almost always pesticides, which, combined with insufficient medical care and territorial remoteness, are likely to result in death [66].

Another striking example is Papua New Guinea, for example, D. Lester cites data that suicide in this culture is a way to point out the offender and subject them to public censure (a fairly common motive in traditional cultures, including among peoples of the North and Siberia). In this sense, the suicide of a woman, for example, after dishonor or rejection by a man, is a kind of political act symbolizing revenge, and sometimes the only choice in the current situation [67]. The long-outdated tradition of the voluntary self-immolation of widows in India has already been mentioned (similar facts exist among other peoples, for example, the ritual assisted suicide of widows of the Lucy nation, who want death so as not to be dependent on their children). Interestingly, although in modern India such cases no longer occur, the frequency of self-immolations among women (especially young women) in this country is very high, since in Hinduism, death in fire symbolizes purification [68]. A selection of similar data is given by O.I. Parovaya in her review, where she collected information about countries and cultures in which suicidal behavior is culturally more acceptable among women than among men [69]. Silvia Canetto believes that the key determinant of suicidal behavior is the "cultural scenario". If we consider all the differences from these positions, then suicidal behavior becomes most likely not when people experience various deprivations or stresses, but when a certain situation arises in which suicide is socially acceptable and even approved. Culture establishes a framework and directly prescribes not only in what situations, but even in what way one should take her own life, both for men and women [70].

This reasoning is supported by research. For example, Janet Hyde conducted a meta-analysis of several thousand works in which intellectual abilities, verbal and non-verbal communication, aggression and leadership, self-esteem, endurance, spatial abilities, motivation, some psychophysical characteristics

Эти рассуждения подкрепляются и исследованиями. Так, Janet Hyde провела мета-анализ нескольких тысяч работ, в которых изучались интеллектуальные способности, вербальные и невербальные коммуникации, агрессия и лидерство, самооценка, выносливость, пространственные способности, мотивация, некоторые психофизические характеристики и др. показатели у мужчин и женщин. Различия между полами имели или нулевой, или очень маленький эффект на изученные психологические характеристики, за исключением выносливости, некоторых аспектов сексуальности и повышенной физической агрессии у мужчин [71]. В конечном итоге аргументы социокультурного характера могут быть сведены к следующей формуле – мужчины и женщины психологически на самом деле совершенно одинаковы, их очевидные биологические различия не имеют отношения к их поведению и психическим реакциям. Если какие-то различия и выявляются, то их истинная причина в том, что это общество заставляет мужчин и женщин вести себя и мыслить по-разному, то есть всё дело в воспитании и давлении социума, который навязывает соответствующие стереотипы и модели поведения. В связи с этим необходимо рассмотреть такое относительно новое культурное явление как гендеризм.

Пол и гендер

Длительное время, когда заходила речь о различиях в психологии и поведении между мужчинами и женщинами, они рассматривались исключительно как «половые различия». Затем в психологической терминологии наметился определённый сдвиг, появилось понятие «различия, связанные с полом». Во второй половине XX века появились новые понятия, такие как «половая роль», «полорольевые ожидания», «половая идентичность», что завершилось появлением абсолютно нового понятия «гендер». После появления этого термина почти повсеместно стало использоваться словосочетание «гендерные отличия», при этом большинство медицинских авторов (за исключением тех, кто непосредственно вовлечён в так называемые «гендерные исследования»), по-прежнему, продолжали иметь в виду «половые различия», не вникая в суть вопроса и пользуясь наиболее широко применяемым термином. В последнее время в некоторых англоязычных работах используется «sex / gender differences» с тем, чтобы охватить оба контекста [16]. В связи с этим необходимо уделить внимание понятию «гендер» и его применению в современных медико-биологических науках.

Слово «гендер» в данном контексте ввёл в обиход американский сексолог John Money, заимствовав термин из английской грамматики (что само по себе уже предусматривает три варианта – он, она и оно). Однако

and other indicators were studied in men and women. Differences between the sexes had either zero or very little effect on the studied psychological characteristics, with the exception of endurance, some aspects of sexuality and increased physical aggression in men [71]. Ultimately, the arguments of a sociocultural nature can be reduced to the following formula – men and women are psychologically in fact exactly the same, their obvious biological differences have nothing to do with their behavior and mental reactions. If any differences are revealed, then their true reason is that this society forces men and women to behave and think in different ways, that is, the whole point is in the upbringing and pressure of society, which imposes the corresponding stereotypes and behavioral models. In this regard, it is necessary to consider such a relatively new cultural phenomenon as genderism.

Sex and gender

For a long time, when it came to the differences in psychology and behavior between men and women, they were viewed exclusively as "sex differences." Then there was a certain shift in psychological terminology, the concept of "differences related to sex" appeared. In the second half of the twentieth century, new concepts such as "sex role", "sex-role expectations", "gender identity" appeared, which culminated in the emergence of an absolutely new concept of "gender". After the appearance of this term, the phrase "gender differences" began to be used almost everywhere, while the majority of medical authors (with the exception of those who are directly involved in the so-called "gender research"), as before, continued to keep in mind "sex differences" without going into the essence of the issue and using the most widely used term. Recently, some English-language works have used "sex / gender differences" in order to cover both contexts [16]. In this regard, it is necessary to pay attention to the concept of "gender" and its application in modern biomedical sciences.

The word "gender" in this context was introduced into everyday life by the American sexologist John Money, borrowing a term from English grammar (which in itself already provides three options – he, she and it). However, the founder of the concept of "social gender" is considered to be Robert Stoller who discussing "transsexuals, people who like to dress in clothes of the opposite sex, people with unusual sex scenarios, homosexuals, bisexuals, people with an incorrectly assigned gender at birth, as well as intersex people"¹ in

основателем концепции «социального пола» считается Robert Stoller, который в своей психоаналитической монографии «Sex and Gender», обсуждая «транссексуалов, любителей одеваться в одежду противоположного пола, людей с необычными половыми сценариями, гомосексуалов, бисексуалов, людей с неверно приписанным полом при рождении, а также интерсексуалов»¹ уже твёрдо различал биологический пол, обусловленный хромосомным набором, пол, приписываемый человеку при рождении, а также усваиваемые личностью в процессе социализации устойчивые модели мужественности и женственности [72]. Таким образом, в социальный и психологический дискурс были введены понятия «маскулинности» и «феминности», появились опросники для выявления этих конструктов и сформировалось представление о гендере как о социальном варианте пола, что привело к взрывному росту исследований с использованием этих понятий.

Разумеется, авторы концепции социального пола не были новаторами. Интерес к вопросам соотношения «мужского» и «женского» в личности появился с развитием психологии. Так, ещё в начале XX века в книге «Пол и характер» австрийский психолог Otto Weininger утверждал, что «Существуют бесчисленные переходные степени между мужчиной и женщиной, так называемые «промежуточные половые формы. С психологической точки зрения относительно человека приходится установить, что он во всякий момент неизбежно является или мужчиной, или женщиной». Интересно, что книга этого автора стала особенно популярной после его демонстративного самоубийства, совершённого в доме, в котором умер Бетховен, и сопровождавшемся написанием нескольких прощальных писем.

Дальнейшее теоретизирование в этой области, особенно в сочетании с либеральной идеологией безграничной свободы личности, привело к мысли о том, что человек не только может в разные периоды своей жизни считать себя мужчиной или женщиной, но и произвольно менять свой социальный пол в зависимости от самоощущения, что на практике привело к появлению трансгендеров, лиц с небинарной половой идентичностью, гендерфлюидов и т.д. В настоящее время доля таких людей в социуме (в основном на Западе, но не только, поскольку эти веяния быстро находят своих адептов в разных странах и культурах) достигла значительных величин, в связи с чем вся медицинская наука вынуждена считаться с этим обстоятельством. Как пишут наиболее авторитетные медицинские журналы «до сих пор трансгендеры, как правило, были недостаточно представлены в клинических исследованиях, но ситуа-

his psychoanalytic monograph "Sex and Gender" already firmly distinguished the biological sex due to the chromosome set, the sex assigned to a person at birth, as well as the stable models of masculinity and femininity assimilated by the individual in the process of socialization [72]. Thus, the concepts of "masculinity" and "femininity" were introduced into social and psychological discourse, questionnaires appeared to identify these constructs, and the idea of gender as a social variant of gender was formed, which led to an explosive growth in research using these concepts.

Of course, the authors of the concept of social gender were not innovators. Interest in the issues of the relationship between "masculine" and "feminine" in personality appeared with the development of psychology. For example, at the beginning of the twentieth century in the book "Gender and Character" the Austrian psychologist Otto Weininger argued that "There are countless transitional degrees between a man and a woman, the so-called" intermediate sexual forms. From a psychological point of view, it is necessary to establish in relation to a person that at any moment he is inevitably either a man or a woman. "Interestingly, this author's book became especially popular after his demonstrative suicide, committed in the house in which Beethoven died, and accompanied by writing of several farewell letters.

Further theorizing in this area, especially in combination with the liberal ideology of unlimited individual freedom, led to the idea that a person can not only consider themselves a man or a woman at different periods of their life, but also arbitrarily change their social gender depending on sense of self, which in practice led to the emergence of transgender people, persons with non-binary gender identity, gender fluids, etc. At present, the share of such people in society (mainly in the West, but not only, since these trends quickly find their adherents in different countries and cultures) has reached significant levels, and therefore the entire medical science is forced to consider this phenomenon. As the most authoritative medical journals write, "so far transgender people have generally been underrepresented in clinical trials, but the situation is changing" [73, 74]. Gradually, the social sex acquired such great importance that it began to suppress and displace the biological sex, in connection with which gender reassignment, with the use

¹ Цитата из краткого описания монографии на ресурсе Amazon.com / Quote from the brief description of the monograph on the resource Amazon.com

ция меняется» [73, 74]. Постепенно социальный пол приобрёл настолько большое значение, что стал подавлять и вытеснять пол биологический, в связи с чем всё более широкое распространение получила смена пола, с использованием гормональной терапии, хирургических вмешательств и т.д. Эта ситуация, несомненно, является новой и для суицидологии, предстоит понять, что изменилось в связи с этими веяниями в сфере суицидального поведения мужчин и женщин.

Гендерное равенство, феминизм, трансгендеризм и суицид среди мужчин и женщин

Исторически «гендеризм» возник из феминизма и в значительной степени им подпитывался идеологически. Кроме того, по времени он совпал с активизацией борьбы за свои права не только женщин, но и других «угнетённых» групп, например, представителей сексуальных меньшинств или этнических групп. Это движение приобрело наиболее сильное звучание в университетской среде в США, где «woman studies», «feminist studies», «black studies», «ethnic studies» и т.д. чрезвычайно распространены [75]. Как любые идеологизированные направления мысли, эти взгляды выливаются в определённые политические движения и практики, представленные в широком спектре – от вполне конструктивных и оправданных (как например, борьба женщин за равные экономические права с мужчинами во всём мире, или борьба чернокожих за равные политические права с белыми в США), до проявлений гендерного экстремизма, как например, радикальный феминизм [76, 77].

Исторически интересно оценить, как изменение положения женщин в системе трудовых отношений повлияло на суицидальное поведение, поскольку именно это было первым шагом на пути к равноправию в его рациональном варианте. Интерес в этом смысле представляет работа, описывающая ситуацию с самоубийствами и суицидальными попытками в г. Данди в Шотландии в период борьбы женщин за равное участие в трудовой и экономической жизни (вторая половина XIX-первая половина XX вв.). Увеличение доли женщин в промышленности привело к снижению суицидов как среди мужчин, так и среди женщин, причём среди женщин в большей степени [78]. Таким образом, выход женщины за пределы роли матери и хранительницы семейного очага и приближение её к типично мужской роли кормильца семьи не привёл к «маскулинизации» её суицидального поведения и сближению уровней среди мужчин и женщин. Впрочем, следует иметь в виду, что исследование охватывает тот период в истории этого города, когда росла местная джутовая промышленность, требующая рабочей силы, в результате чего в начале XX в. женщины составляли 70%

of hormonal therapy, surgical interventions, etc., became more and more widespread. This situation is undoubtedly new for suicidology, it remains to be understood what has changed in connection with these trends in the field of suicidal behavior of men and women.

Gender equality, feminism, transgenderism and suicide among men and women

Historically, "genderism" came out of feminism and was largely ideologically fueled by it. In addition, in time it coincided with the intensification of the struggle for their rights, not only of women, but also of other "oppressed" groups, for example, representatives of sexual minorities or ethnic groups. This movement has acquired the strongest sound in the university environment in the United States, where "woman studies", "feminist studies", "black studies", "ethnic studies", etc. have become extremely common [75]. Like any ideologized line of thought, these views are poured into certain political movements and practices, represented in a wide range – from quite constructive and justified (such as the struggle of women for equal economic rights with men around the world, or the struggle of blacks for equal political rights with whites in the USA), before manifestations of gender extremism, such as radical feminism [76, 77].

Historically, it is interesting to assess how the change in the position of women in the system of labor relations influenced suicidal behavior, since this was the first step towards equality in its rational version. Of interest in this sense is the work describing the situation with suicides and suicidal attempts in the city of Dundee in Scotland during the period of women's struggle for equal participation in labor and economic life (second half of the 19th – first half of the 20th centuries). An increase in the proportion of women in industry has led to a decrease in suicide rates among both men and women, and to a greater extent among women [78]. Thus, the woman's departure from the role of mother and guardian of the family hearth and her taking on the typically male role of the family breadwinner did not lead to the "masculinization" of her suicidal behavior and the convergence of levels among men and women. However, it should be borne in mind that the study covers the period in the history of this city when the local jute industry was growing, requiring labor, as a result of which at the beginning of the twentieth century women accounted for 70% of the employed, that is, there was economic development, not unemployment [78].

работающих, то есть имело место экономическое развитие, а не безработица [78].

В других экологических исследованиях были получены схожие результаты, например, вовлечение женщин в США в оплаченную трудовую деятельность в период с 1970 по 1980 г. не привело к повышению уровня суицида среди них, однако при этом выросли суициды среди мужчин [79]. В качестве объяснения выдвигалась идея о том, что для мужчин это означало потерю самооценки в связи с утратой их роли кормильцев семьи [80]. В то же время, уже в 80-х годах, вероятно в связи с признанием новой роли женщин, суициды снижаются у обоих полов [79]. Похожие сдвиги наблюдались в Канаде в этот же исторический период – от подъёма суицидов у обоих полов сразу после активного вовлечения замужних женщин в трудовую деятельность, к снижению этого показателя по мере того, как новая тенденция на рынке труда стала более приемлемой психологически и финансово, примерно через 10 лет [81].

Фактор трудовой занятости женщин имеет разное значение в зависимости от исторических реалий и экономической ситуации. Так, при оценке влияния глобального экономического кризиса 2008 г. (охвачено 54 страны Европы и Америки) верифицирован подъём суицидов среди мужчин (на 4,5%), но не среди женщин, при этом наблюдалась явная связь с безработицей [82]. Период распада бывшего СССР и последовавший за этим жесточайший экономический кризис сопровождался резким подъёмом суицидов среди мужчин в основном в индустриально развитых республиках, при этом среди женщин подъём был значительно менее выраженным [65, 83]. Очень характерно объяснение этому феномену, которое дают западные авторы. Они считают, что мужчины в гораздо большей степени, чем женщины были «пойманы в ловушку между высокими ожиданиями и невозможностью их осуществления». Это положение способствовало развитию накоплению фрустрации и усилению чувства беспомощности и безнадежности среди них [84]. Авторы справедливо полагают, что «тот факт, что дом и семья традиционно были (и часто ещё остаются) вотчинами женщин, послужил своего рода смягчающим обстоятельством для женщин и позволил им более стойко перенести процесс резкой социальной, экономической и политической трансформации советского общества в 1990-е годы» [84].

Современная ситуация такова, что многие стереотипные представления о роли женщины в обществе и семье кардинально изменились или исчезли [75]. Как отмечает О.Ю. Суралева, «появляется совершенно новый образ женщины – независимой, уверенной в себе, раскрепощённой (в том числе и сексуально), преуспе-

In other environmental studies, similar results were obtained, for example, the involvement of women in the United States in paid work during the period from 1970 to 1980 did not lead to an increase in the suicide rate among them, however, there was an increase in suicide among men observed at the same time [79]. As an explanation, the idea was put forward that for men this meant a loss of self-esteem due to the loss of their role as breadwinners of the family [80]. At the same time, already in the 1980s, probably in connection with the recognition of the new role of women, suicides decreased for both sexes [79]. Similar shifts were observed in Canada in the same historical period – from an increase in suicides in both sexes immediately after the active involvement of married women in the labor force to a decrease in this indicator as a new trend in the labor market became more psychologically and financially acceptable, in about 10 years [81].

The factor of employment of women has different meanings depending on historical realities and economic situation. Thus, when assessing the impact of the 2008 global economic crisis (54 countries in Europe and America), an increase in suicides among men (by 4.5%) was verified, but not among women, while there was a clear link with unemployment [82]. The period of the collapse of the former USSR and the subsequent severe economic crisis was accompanied by a sharp rise in suicide rates among men, mainly in the industrially developed republics, while among women the rise was much less pronounced [65, 83]. The explanation of this phenomenon, which is given by Western authors, is very characteristic. They believe that men, far more than women, have been "trapped between high expectations and the impossibility of fulfilling them." This situation contributed to the development of the accumulation of frustration and increased feelings of helplessness and hopelessness among men [84]. The authors rightly believe that "the fact that the home and family have traditionally been (and often still remain) the fiefdoms of women served as a kind of mitigating circumstance for women and allowed them to more resiliently endure the process of dramatic social, economic and political transformation of the Soviet society in the 1990s" [84].

The current situation is such that many stereotypical ideas about the role of women in society and the family have radically changed or disappeared [75]. As noted by O.Yu. Suraleva, "a completely new image of a woman

вающей в бизнесе и других сферах деятельности, экономически и психологически не зависящей от мужчины». Можно согласиться и с тем, что «у многих женщин формируется маскулинный тип мышления и женщина всё больше стремится занять доминирующую позицию и упрочить свой социальный статус» [75]. Примерно в этот же период во многих западных странах (которые идут впереди всех в вопросах гендерного равенства и других «прогрессивных» тенденций либерального толка) многие авторы стали с беспокойством отмечать рост показателей самоубийств среди молодых женщин, при этом общие показатели в основном оставались неизменными. Это, в частности, касается США, Канады, Австралии, Швеции и Финляндии [85-90]. Некоторые авторы специально отмечают, что риск суицидов среди молодых женщин растёт сильнее всего в развитых странах [91].

Наметились и другие тенденции – так, в странах Северной Европы почти выравнивается потребление алкоголя среди молодых мужчин и женщин [92, 93]. Все это позволяет заметить, что по мере продвижения идей гендерного равенства из сферы экономических отношений в более идеологизированную сферу, в которой сама идея равенства становится самоценной, меняется суицидальное и иные виды поведения. В то же время, если проанализировать связь с безработицей, среди мужчин ассоциации с суицидальным поведением намного заметнее, более того, в странах Восточной Европы, куда гендерные идеи стали проникать позднее, различия в поведении мужчин и женщин остаются более выраженными [94]. В последнее время в суицидологической литературе призывают «внимательно присмотреться к суицидальному поведению мужчин и женщин сквозь линзу гендера как социального конструкта» и высказывают мысль о необходимости преодоления неравенства и в этой сфере [95]. В частности, все формы девиантного и асоциального поведения мужчин, потенциально вредного для них самих, включая суицидальность, предлагается рассматривать сквозь призму «токсичной» или «гегемонистской, подавляющей» маскулинности, то есть излишней приверженности своей мужской роли в социуме [96]. Это ставит мужчин в положение, когда они «сами виноваты» в том, что с ними происходит, что вряд ли будет способствовать снижению смертности от суицида среди них, при том, что всё более активная позиция женщин может привести к дальнейшему росту суицидов среди них.

Суицидальное поведение трансгендеров ещё недостаточно изучено, однако, по мере того, как таких лиц становится всё больше, данные накапливаются. Это новая тема по сравнению с суицидальным поведением представителей ЛГБТ, относительно которых уже

appears – independent, self-confident, liberated (including sexually), successful in business and other spheres of activity, economically and psychologically independent of a man”. One can also agree that “many women develop a masculine type of thinking and a woman is increasingly striving to take a dominant position and strengthen her social status” [75]. Around the same period, in many Western countries (which are leading the way on gender equality and other “progressive” liberal trends), many authors began to feel concerned about the rise of suicide rates among young women, while the overall rates remained largely unchanged. This, in particular, relates to the USA, Canada, Australia, Sweden and Finland [85-90]. Some authors specifically note that the risk of suicide among young women increases most strongly in developed countries [91].

Other trends have also emerged – for example, in the Nordic countries, alcohol consumption among young men and women has almost equalized [92, 93]. All this allows us to note that as the ideas of gender equality move from the sphere of economic relations to a more ideological sphere, in which the very idea of equality becomes valuable in itself, suicidal and other types of behavior change. At the same time, if we analyze the relationship with unemployment, associations with suicidal behavior among men are much more noticeable, moreover, in Eastern Europe, where gender ideas began to penetrate later, differences in the behavior of men and women remain more pronounced [94]. Recently, in the suicidological literature, they have called to “carefully look at the suicidal behavior of men and women through the lens of gender as a social construct” and express the idea of the need to overcome inequality in this area as well [95]. In particular, all forms of deviant and asocial behavior of men, potentially harmful to them in the first place, including suicidality, are proposed to be viewed through the prism of “toxic” or “hegemonic, suppressive” masculinity, that is, excessive adherence to their male role in society [96]. This puts men in a position where they are “to blame” for what is happening to them, which is unlikely to contribute to a decrease in mortality from suicide among them, despite the fact that an increasingly active position of women can lead to a further increase in suicide among them.

The suicidal behavior of transgender people is still not well understood, however, as the number of such individuals increases, data is accumulating. This is a new topic in com-

довольно много данных, свидетельствующих о большей выраженности суицидальных мыслей, преднамеренных самоповреждений и суицидальных попыток (причём в большей степени среди гомосексуальных мужчин) [97, 98, 99]. В одном исследовании (авторам удалось проинтервьюировать 393 male-to-female и 123 female-to-male индивидуумов) было показано, что трансгендеры имеют более высокий риск, в частности распространённость суицидальных попыток в данном образце составила 32% [100]. Предикторами повышенного риска были сравнительно молодой возраст (до 25 лет), а также депрессия, история злоупотребления психоактивными веществами, история сексуального насилия и виктимизация, связанная с гендерной идентичностью. Авторы справедливо высказывают опасения относительно роста суицидов, но не выступают за прекращение практик, когда мужчина, считающий себя женщиной (или наоборот) посещает туалеты или раздевалки не своего пола, а призывают общество к большей толерантности и дестигматизации этого контингента [99].

В другом исследовании (91 трансгендер и 676 не-трансгендерных гомосексуалов) подтверждается более высокий риск среди трансгендеров по сравнению с ЛГБТ. У трансгендеров были выше баллы депрессии, более часты суицидальные попытки (в 2,5 раза), и они чаще сообщали о дискриминации [101]. Исследований, в которых трансгендерные лица сравниваются с цисгендерными накопилось больше. В систематический обзор вошла 31 работа, вывод заключается в том, что транс-лица имеют более высокую частоту несуйцидальных самоповреждений и суицидальности, причём транс-мужчины в большей степени [102]. Таким образом, уже имеющаяся информация не оставляет сомнения, что всё более широкое распространение гендерной и трансгендерной идеологии чревато появлением ещё одной уязвимой группы в отношении суицида. Лица с альтернативной гендерной идентичностью всё чаще становятся пациентами психиатров в России [103].

Как уже отмечалось, крайней формой либерального гендеризма становится убеждение, что социальный пол на самом деле важнее, чем биологический, и при ощущении несоответствия между этими характеристиками человек вправе (и даже должен с тем, чтобы снизить уровень внутреннего конфликта) сменить биологический пол. Данный подход считается лучшим способом снизить так называемую гендерную дисфорию (расстройство половой идентификации, код МКБ-10 F64) – состояние, которое, как выяснилось в одном исследовании, может быстро развиваться у подростка под влиянием социальных сетей, то есть представляет собой социально-индуцированную, а не эндогенную

parison with the suicidal behavior of LGBT people, about which there is already quite a lot of data indicating a greater severity of suicidal thoughts, deliberate self-harm and suicidal attempts (and to a greater extent among homosexual men) [97, 98, 99]. One study (the authors interviewed 393 male-to-female and 123 female-to-male minds) showed that transgender people have a higher risk, in particular the prevalence of suicidal attempts in this sample was 32% [100]. Predictors of increased risk were relatively young age (under 25), as well as depression, a history of substance abuse, a history of sexual abuse, and victimization associated with gender identity. The authors rightly express fears about an increase in suicides, but do not advocate an end to the practice when a man who considers himself a woman (or vice versa) visits toilets or locker rooms not of his gender, but call on society for greater tolerance and destigmatization of this contingent [99].

Another study (91 transgender and 676 non-transgender homosexuals) confirmed a higher risk among transgender people compared to LGBT people. Transgender people had higher depression scores, more frequent suicide attempts (2.5 times), and more often reported discrimination [101]. There are more studies comparing transgender people with cisgender people. The systematic review included 31 studies, the conclusion is that trans people have a higher incidence of non-suicidal self-harm and suicidality, with trans men showing it to a greater extent [102]. Thus, the information already available leaves no doubt that the increasingly widespread dissemination of gender and transgender ideology is fraught with the emergence of another vulnerable group in relation to suicide. People with an alternative gender identity are increasingly becoming psychiatric patients in Russia [103].

As already noted, the extreme form of liberal genderism is the belief that the social gender is actually more important than the biological one, and if there is a feeling of discrepancy between these characteristics, a person has the right (and even should, in order to reduce the level of internal conflict) to change biological sex. This approach is considered the best way to reduce the so-called gender dysphoria (gender identity disorder, code МКБ-10 F64) – a condition that, as it turned out in one study, can quickly develop in adolescents under the influence of social networks, that is, it is socially-induced, and not endogenous pathology [104]. Currently, data on suicidal risk are already accumulating among this cate-

патологию [104]. В настоящее время уже накапливаются данные о суицидальном риске среди и этой категории лиц (которые в отличие от трансгендеров иногда именуется транссексуалами, поскольку они уже могут находиться на разных стадиях смены пола, от гормональных воздействий до хирургии). В Дании проследили судьбу 5107 транс-женщин и 3156 транс-мужчин, обратившихся в клинику по поводу гендерной дисфории в период с 1978 по 2017 г. и подвергшихся смене пола. Среди них уровень покончивших с собой с 2013 по 2017 г. был выше, чем в общей популяции примерно в четыре раза, в 2,9 выше среди мужчин и в 4,9 – среди женщин [105].

Заключение

Приведённые здесь аргументы свидетельствуют о том, что различия в суицидальном поведении между полами определяются сложным комплексом факторов, как биологических, так и психосоциальных, а также организационных (например, сознательно или бессознательно возникающих интерпретациях такого поведения, в свою очередь связанных с различными факторами, в том числе полом эксперта, оценивающего ситуацию). Для мужчин и женщин факторы риска и протективные факторы могут существенно различаться, при этом нужно ещё и принимать во внимание возраст. При обсуждении такого явления как гендерный парадокс мы всегда опираемся на официальные данные смертности, в то же время, практически во всех странах они не полностью отражают ситуацию, а недооценка суицидов, их попадание в категорию «повреждений с неопределёнными намерениями» может быть разной для разных полов. По данным российских демографов индексы суицидов среди мужчин можно условно увеличивать на 60%, в то время как среди женщин – на все 100% [106]. Обсуждение суицидов среди мужской и женской части населения нельзя сводить исключительно к так называемому суицидальному парадоксу. Несмотря на то, что мужчины заметно чаще погибают от суицида, а женщины чаще совершают попытки, эти различия нивелируются в разных возрастных группах. Если рассуждать с позиций суицидального поведения, включая в это понятие и мысли, и замыслы, и намерения, и попытки и собственно суицид, различия становятся ещё менее заметными. Можно согласиться с теми авторами, которые отстаивают мысль о том, что суицидальность женщин сильно недооценена, и их меньшая смертность только маскирует ситуацию [107]. Тенденции в сфере пола и гендера в современном мире также должны учитываться. Они, как свидетельствуют данные, не улучшают показатели с суицидальным поведением как мужчин, так и женщин. Подводя итог, можно сказать, что проблема половых / гендерных различий

category of persons (who, unlike transgender people, are sometimes referred to as transsexuals, since they may already be at different stages of gender reassignment, from hormonal influences to surgery). In Denmark, 5107 trans women and 3156 trans men who went to the clinic for gender dysphoria between 1978 and 2017 and underwent gender reassignment were followed. Among them, the level of those who committed suicide from 2013 to 2017 was about four times higher than in the general population, 2.9 higher among men and 4.9 higher among women [105].

Conclusion

The arguments presented here indicate that the differences in suicidal behavior between the sexes are determined by a complex set of factors, both biological and psychosocial, as well as organizational (for example, consciously or unconsciously arising interpretations of such behavior, associated in its turn with different factors, including the gender of the expert assessing the situation). For men and women, risk factors and protective factors can differ significantly, while age must also be taken into account. When discussing such a phenomenon as a gender paradox, we always rely on official mortality data, at the same time, in almost all countries they do not fully reflect the situation, and the underestimation of suicides, their falling into the category of "injuries with undetermined intentions" can be different for different genders. According to Russian demographers, suicide indices among men can be conditionally increased by 60%, while among women it could be by 100% [106]. The discussion of suicides among the male and female part of the population cannot be reduced exclusively to the so-called suicidal paradox. Despite the fact that men are significantly more likely to die from suicide, and women are more likely to make attempts, these differences are leveled out in different age groups. If we argue from the standpoint of suicidal behavior, including in this concept and thoughts, and plans, and intentions, and attempts and suicide itself, the differences become even less noticeable. We can agree with those authors who express the idea that the suicidality of women is greatly underestimated, and their lower mortality only masks the situation [107]. Trends in sex and gender in the modern world must also be taken into account. They, as evidenced by the data, do not improve the rates of suicidal behavior in both men and women. Summing up, we can say that the problem of sex / gender differences in suicidal behavior is far from being re-

суицидального поведения далека от разрешения, многочисленные сложности в интерпретациях и оценках очень затрудняют получение объективной картины. Необходимы дальнейшие исследования и обобщения, в различных культурных контекстах, с учётом возрастной динамики и социальной обстановки.

solved; numerous difficulties in interpretations and assessments make it very difficult to obtain an objective picture. Further research and generalizations are needed, in different cultural contexts, taking into account age dynamics and social settings.

Литература / References:

1. Canetto S.S., Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1998; 28: 1-23.
2. Murphy G.E. Why women are less likely than men to commit suicide. *Compr Psychiatry*. 1998; 39 (4): 165-175. DOI: 10.1016/S0010-440X(98)90057-8
3. McLoughlin A.B., Gould M.S., Malone K.M. Global trends in teenage suicide: 2003-2014. *QJM*. 2015; 108 (10): 765-780. DOI: 10.1093/qjmed/hcv026
4. Turecki G., Brent D.A., Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016; 387(10024): 1227-1239. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
5. Mendez-Bustos P., Lopez-Castroman J., Baca-García E., Ceverino A. Life cycle and suicidal behavior among women. *Scientific World Journal*. 2013; 485851. DOI: 10.1155/2013/485851
6. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и гендерный парадокс общей смертности. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2017; 4: 24-29. [Razvodovsky Yu.E. Alcohol and the gender paradox of general mortality. *Questions of organization and informatization of health care*. 2017; 4: 24-29.] (In Russ)
7. Moscicki E.K. Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology*. 1994; 4: 152-158.
8. Varnik P. Suicide in the World. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012; 9: 760-771. DOI: 10.3390/ijerph9030760
9. Schmidtke A., Bille-Brahe U., DeLeo D. et al. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1996; 93: 327-338. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb10656.x
10. Hawton K., Arensman E., Wasserman D. et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52: 191-194. DOI: 10.1136/jech.52.3.191
11. Kokkevi A., Rotsika V., Arapaki A., Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012; 53 (4): 381-389. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2011.02457.x
12. Miranda-Mendizabal A., Castellvi P., Pare's-Badell O., et al. Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*. 2019; 64: 265-283. DOI: 10.1007/s00038-018-1196-1(0123456789
13. Уманский М.С., Зотова Е.П. Суицидальные попытки: соотношение мужчин и женщин. *Девантология*. 2018; 2 (1): 30-35. [Umansky M.S., Zotova E.P. Suicide attempts: the ratio of men and women. *Deviant Behavior (Russia)*. 2018; 2 (1): 30-35.] (In Russ)
14. Rozanov V.A., Rakhimkulova A.S. Suicidal ideation in adolescents – a transcultural analysis. In: *Handbook of Suicidal Behavior* / Ed. Updesh Kumar, Springer, 2017, pp. 267-286.
15. McKinnon B., Gariépy G., Sentenac M., et al. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull WHO*. 2016; 94: 340-350. DOI: 10.2471/BLT.15.163295
16. Rhodes A.E., Boyle M.H., Bridge J.A., et al. Antecedents and sex/gender differences in youth suicidal behavior. *World J Psychiatry*. 2014; 4 (4): 120-32. DOI: 10.5498/wjp.v4.i4.120
17. Розанов В.А., Захаров С.Е., Жужуленко П.Г. и др. Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2001-2005 гг. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2009; 19 (2): 35-41. [Rozanov V.A., Zakharov S.E., Zhuzhulenko P.G., et al. Data of monitoring of suicide attempts in Odessa for the period 2001-2005. *Social and clinical psychiatry*. 2009; 19 (2): 35-41.] (In Russ)
18. Захаров В.Е., Розанов В.А., Кривда Г.Ф. и др. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе за период 2001-2011 гг. *Суицидология*. 2012; 4: 3-10. [Zaharov S.Ye., Rozanov V.A., Kryvda G.F., Zhuzhulenko P.N. Suicide attempts and completed suicides monitoring in Odessa in 2001-2011. *Suicidology*. 2012; 4: 3-10.] (In Russ)
19. Freedenthal S. Assessing the wish to die: A 30-year review of the suicide intent scale. *Archives of Suicide Research*. 2008; 12: 277-298. DOI: 10.1080/13811110802324698
20. Розанов В.А., Каневский В.И. Намеренность суицидальной попытки: психосоциальные и психиатрические корреляты трех групп пациентов с различной субъективно-оцениваемой вероятностью смертельного исхода. Мат. XVII Съезда психиатров России (Санкт-Петербург, 15-18 мая 2021 г.). [Rozanov V.A., Kanevsky V.I. The intention of a suicide attempt: psychosocial and psychiatric correlates of three groups of patients with different subjectively estimated probability of death. Mat. XVII Congress of Psychiatrists of Russia (St. Petersburg, May 15-18, 2021)] (In Russ)
21. Любов Е.Б., Магурдумова Л.Г., Цупрун В.Е. Суицидальное поведение пожилых. *Суицидология*. 2017; 8 (1): 3-16. [Lyubov E.B., Magurdumova L.G., Tsuprun V.E. Suicide behavior in older adults. *Suicidology*. 2017; 8 (1): 3-16.] (In Russ)
22. Данилова И. Смертность пожилых от внешних причин в России. *Демографическое обозрение*. 2014; 1 (2): 58-84. [Danilova I. Mortality of the elderly from external causes in Russia. *Demographic review*. 2014; 1 (2): 58-84.] (In Russ)
23. Mendez-Bustos P., Lopez-Castroman J., Baca-García H., et al. Life cycle and suicidal behavior among women. *The Scientific World Journal*. 2013; Article ID 485851, 9 pages. DOI: 10.1155/2013/485851
24. Берковиц Л. Агрессия. Причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2020, 512 с. [Berkowitz L. Aggression. Causes, consequences, and control. St. Petersburg: Prime-EUROZNAK, 2020, 512 p.] (In Russ)
25. Ajdacic-Gross V., Weiss M.G. Ring M. et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin WHO*. 2008; 86 (9): 657-736.
26. Зотов П.Б., Бузик О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суицидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 3 (100): 62-66. [Zotov P.B., Buzik O.J., Umansky M.S., Khokhlov M.S., Zotova E.P. Methods of suicides: a comparative aspect. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2018; 3 (100): 61-64.] DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66 (In Russ)
27. Зотов П.Б., Родяшин Е.В. Суицидальные попытки в г. Тюмени. *Тюменский медицинский журнал*. 2013; 1: 8-10. [Zotov P.B., Rodyashin E.V. Suicidal attempts in Tyumen. *Tyumen Medical Journal*. 2013; 1: 8-10.] (In Russ)
28. Tsirigotis K., Gruszczynski W., Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*. 2011; 17 (8): 65-70.
29. Kanchan T., Menon A., Menezes R.G. Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *J*

- Forensic Sci.* 2009; 54 (4). DOI: 10.1111/j.1556-4029.2009.01054.x
30. Stack S., Wasserman I. Gender and suicide risk: the role of wound site. *Suicide Life Threat Behav.* 2009; 39 (1): 13-20. DOI: 10.1521/suli.2009.39.1.13
 31. Mergl R., Koburger N., Heinrichs K. et al. What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *PLoS ONE.* 2015; 10 (7): e0129062. DOI: 10.1371/journal.pone.0129062
 32. Orbach I. Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 1994; 24 (1): 68-79. DOI: 10.1111/j.1943-278X.1994.tb00664.x
 33. Orbach I. Suicide and the suicidal body. *Suicide and Life-Threatening Behavior.* 2005; 33 (1): 1-8. DOI: 10.1521/suli.33.1.1.22786
 34. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge, MA, US: Harvard University Press; 2005
 35. Klonsky E.D., May A.M. The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "Ideation-to-Action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy.* 2015; 8 (2): 114-129. DOI: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
 36. Shneidman E. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181: 147-149. DOI: 10.1097/00005053-199303000-00001
 37. Зотов П.Б., Любов Е.Б., Фёдоров Н.М. и др. Хроническая боль среди факторов суицидального риска. *Суицидология.* 2019; 10 (2): 99-115. [Zotov P.B., Lyubov E.B., Fedorov N.M., Bychkov V.G., Fadeeva A.I., Garagashev G.G., Korovin K.V. Chronic pain among suicidal risk factors. *Suicidology.* 2019; 10 (2): 99-115.] DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-02(35)-99-115 (In Russ / Engl)
 38. Bartley E.J., Fillingim R.B. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings *Br J Anaesth.* 2013; 111 (1): 52-58. DOI: 10.1093/bja/aet127
 39. Samulowitz A., Gremyr I., Eriksson E. "Brave men" and "emotional women": A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Res Manag.* 2018; 6358624. DOI: 10.1155/2018/6358624
 40. Steel Z., Marnane C., Iranpour C., et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43 (2): 476-493. DOI: 10.1093/ije/dyu038
 41. Breslau N., Davis G.C., Andreski P., et al. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1997; 54: 1044-1048. DOI: 10.1001/archpsyc.1997.01830230082012
 42. Farhood L., Fares S., Hamady C. PTSD and gender: could gender differences in war trauma types, symptom clusters and risk factors predict gender differences in PTSD prevalence? *Arch Womens Ment Health.* 2018; 21: 725-733. DOI: 10.1007/s00737-018-0849-7
 43. Ramikie T.S., Ressler K.J. Mechanisms of Sex Differences in Fear and Posttraumatic Stress Disorder. *Biol Psychiatry.* 2018; 83 (10): 876-885. DOI: 10.1016/j.biopsych.2017.11.016
 44. Сумароков А.А. Бундало Н.Л. Курицына А.А. Соотношение страхов и агрессии у мужчин и женщин при посттравматическом стрессовом расстройстве. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2008; 2 (49): 12-14. [Sumarokov A.A. Bundalo N. L. Kuritsyna A. A. The ratio of fears and aggression in men and women with post-traumatic stress disorder. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology.* 2008; 2 (49): 12-14.] (In Russ)
 45. Rutz W., Rihmer Z. Suicide in men. In: D. Wasserman, C. Wasserman (eds). *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention.* 2009, pp. 249-256.
 46. Rutz W., von Knorring L., Pihlgren H. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet.* 1995; 345 (8948): 524. DOI: 10.1016/s0140-6736(95)90622-3
 47. Riley W.T., Treiber F.A., Woods M.G. Anger and hostility in depression. *J Nerv Ment Dis.* 1989; 177: 668-674. DOI: 10.1097/00005053-198911000-00002
 48. Winkler D, Pjrek E, Kasper S. Anger attacks in depression—evidence for a male depressive syndrome. *Psychother Psychosom.* 2005; 74 (5): 303-307. DOI: 10.1159/000086321
 49. Wallinder J., Rutz, W. Male depression and suicide. *International Clinical Psychopharmacology.* 2001; 16 (Suppl2): 21-24. DOI: 10.1097/00004850-200103002-00004
 50. Magovcevic M., Addis M.E. The masculine depression scale: development and psychometric evaluation. *Psychol Men Masc.* 2008; 9 (3): 117-132. DOI: 10.1037/1524-9220.9.3.117
 51. Martin L.A., Neighbors H.W., Griffith D.M. The experience of symptoms of depression in men vs women analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry.* 2013; 70 (10): 1100-1106. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1985
 52. Гречко Т.Ю., Васильева Ю.Е. Возможности выявления признаков депрессии у студентов ВГМУ с помощью Готландской шкалы мужской депрессии (GSMD). *Прикладные информационные аспекты медицины.* 2016; 19 (1): 33-37. [Grechko T.Yu., Vasilyeva Yu.E. The possibility of detecting signs of depression in VSMU students using the Gotland Scale of male depression (GSMD). *Applied information aspects of medicine.* 2016; 19 (1): 33-37.] (In Russ)
 53. Гречко Т.Ю., Едигарян Э.С., Корчагин В.В. Использование Готландской шкалы депрессии и опросника «Мой темперамент» для оценки психического здоровья студентов. *Прикладные информационные аспекты медицины.* 2018; 21 (2): 23-27. [Grechko T.Yu., Edigaryan E.S., Korchagin V.V. Using the Gotland scale of depression and the questionnaire "My temperament" for assessing the mental health of students. *Applied information aspects of medicine.* 2018; 21 (2): 23-27.] (In Russ)
 54. Call J.B., Shafer K. Gendered manifestations of depression and help seeking among men. *Am J Men Health.* 2018; 12: 41-51. DOI: 10.1177/1557988315623993
 55. Liu R.T., Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2014; 34 (3): 181-192. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.01.006
 56. Kogler L., Müller V.I., Chang A., et al. Psychosocial versus physiological stress - Meta-analyses on deactivations and activations of the neural correlates of stress reactions. *Neuroimage.* 2015; 119: 235-251. DOI: 10.1016/j.neuroimage.2015.06.059
 57. Kim S.M., Han D.H., Trksak G.H., et al. Gender differences in adolescent coping behaviors and suicidal ideation: findings from a sample of 73,238 adolescents. *Anxiety, Stress and Coping.* 2013; 27 (4): 439-454. DOI: 10.1080/10615806.2013.876010
 58. Brent D.A., Perper J.A., Moritz G., et al. Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide and Life-threatening Behavior.* 1993; 23: 179-187.
 59. Weyrauch K.F., Roy-Byrne P., Katon W., et al. Stressful life events and impulsiveness in failed suicide. *Suicide Life Threatening Behavior.* 2001; 31 (3): 311-319. DOI: 10.1521/suli.31.3.311.24240
 60. van der Voorn B., Hollanders J.J., Ket J.C.F., et al. Gender-specific differences in hypothalamus-pituitary-adrenal axis activity during childhood: a systematic review and meta-analysis. *Biol Sex Differ.* 2017; 8: 3. DOI: 10.1186/s13293-016-0123-5
 61. Геодакян В.А. Эволюционная логика дифференциации полов. *Природа.* 1983; 1: 70-80. [Geodakyan V.A. The evolutionary logic of gender differentiation. *Nature.* 1983; 1: 70-80.] (In Russ)
 62. Геодакян В.А. Теория дифференциации полов в проблемах человека / В кн.: Человек в системе наук. М., 1989. С. 171-189. [Geodakyan V.A. Theory of gender differentiation in human problems / In: Man in the System of Sciences, Moscow, 1989, pp. 171-189.] (In Russ)
 63. Геодакян В.А. Эволюционные теории асимметризации организмов, мозга и тела. Успехи физиологических наук. 2005; 36 (1): 24-53. [Geodakyan V.A. Evolutionary theories of the asymmetry of organisms, brain and body. *Advances in physiological sciences.* 2005; 36 (1): 24-53.] (In Russ)

64. McCarthy M.M. Multifaceted origins of sex differences in the brain. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2016; 371 (1688): 20150106. DOI: 10.1098/rstb.2015.0106
65. Розанов В.А. Самоубийства, психо-социальный стресс и потребление алкоголя в странах бывшего СССР. *Суицидология.* 2012; 4: 28-40. [Rozanov V.A. Suicides, psycho-social stress and alcohol consumption in the countries of the former USSR. *Suicidology.* 2012; 4: 28-40.] (In Russ)
66. Shuiyan X. Suicide study and suicide prevention in mainland China. In: D. Wasserman, C. Wasserman (eds). *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention.* 2009, pp. 231-240.
67. Lester D. Suicide and culture. *World Cultural Psychiatry Research Review.* 2008: 51-68.
68. Mythri S.V., Ebenezer J.A. Suicide in India: Distinct epidemiological patterns and implications. *Indian J Psychol Med.* 2016; 38: 493-498. DOI: 10.4103/0253-7176.194917
69. Паровая О.И. Что такое гендерный парадокс суицидального поведения. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* 2011; 3 (05): 85-92. [Parovaya O.I. What is the gender paradox of suicidal behavior. *Psychiatry, psychotherapy, and clinical psychology.* 2011; 3 (05): 85-92.] (In Russ)
70. Canetto S. Prevention of suicidal behavior in females. Opportunities and obstacles. In: D. Wasserman, C. Wasserman (eds). *Oxford Textbook on Suicidology and Suicide Prevention.* 2009, pp. 242-247.
71. Hyde J.S. The gender similarities hypothesis. *American Psychologist.* 2005; 60 (6): 581-592. DOI: 10.1037/0003-066X.60.6.581
72. Здравомыслова Е.А., Темкина А.А. Социальное конструирование гендера. *Социологический журнал.* 1998; 3-4: 171-182. [Zdravomyslova E.A., Temkina A.A. Social construction of gender. *Sociological Journal.* 1998; 3-4: 171-182.] (In Russ)
73. Shannon G., Jansen M., Williams K., et al. Gender equality in science, medicine, and global health: where are we at and why does it matter? *Lancet.* 2019; 393 (10171): 560-569. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)33135-0
74. Mauvais-Jarvis F., Merz N.B., Barnes P.J., et al. Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *Lancet.* 2020; 396 (10250): 565-582. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31561-0
75. Суралева О.Ю. Феминизм как фундамент развития гендерных исследований. *Электронно-образовательный журнал ВГПУ «Грани познания».* 2011; 2 (12). [Suraleva O.Yu. Feminism as a foundation for the development of gender studies. *Electronic scientific and educational journal of VSPU "Facets of Knowledge".* 2011; 2 (12).] www.grani.vspu.ru (In Russ)
76. Яворский М.А., Агакишиев С.А. Гендерно ориентированный экстремизм: миф или реальность? *Вестник Российского нового университета. Сер. «Человек и общество».* 2020; 2: 170-175. [Yavorsky M.A., Agakishiev S.A. Gender-oriented extremism: myth or reality? *Bulletin of the Russian New University: "Man and society".* 2020; 2: 170-175.] DOI: 10.25586/RNU.V9276.20.02 (In Russ)
77. Лысова А.В. О границах радикальной феминистской теории в объяснении насилия в семье. *Социологические исследования.* 2012; 4: 110-117. [Lysova A.V. On the limits of radical feminist theory in explaining domestic violence. *Sociological research.* 2012; 4: 110-117.] (In Russ)
78. Moore F., Taylor S., Beaumont J., et al. The gender suicide paradox under gender role reversal during industrialisation. *PLoS ONE.* 2018; 13 (8): e0202487. DOI: 10.1371/journal.pone.0202487
79. Burr J.A., McCall P.L., Powell-Griner E. Female labor force participation and suicide. *Social Science & Medicine.* 1997; 44 (12): 1847-859. DOI: 10.1016/S0277-9536(96)00294-8
80. Moëller-Leimkuëhler A.M. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience.* 2003; 253 (1): 1-8. DOI: 10.1007/s00406-003-0397-6
81. Trovato F, Vos R. Married female labor force participation and suicide in Canada, 1971 and 1981. *Sociological Forum.* 1992; 7: 661-677.
82. Chang S.-S., Stuckler D., Yip P., et al. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ.* 2013; 347: f5239. DOI: 10.1136/bmj.f5239
83. Разводовский Ю.Е., Кандрьчын С.В. Алкоголь как фактор гендерного градиента уровня самоубийств в Беларуси. *Девантология.* 2018; 2 (2): 25-30. [Razvodovsky Y.E., Kandrychyn S.V. Alcohol as a factor of gender gap in suicide mortality in Belarus. *Deviant Behavior (Russia).* 2018; 2 (2): 25-30.] (In Russ)
84. Watson P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Social Science & Medicine.* 1995; 41 (7): 923-934.
85. Sullivan E.M., Anest J.L., Simon T.R. et al. Suicide trends among persons aged 10-24 years - United States, 1994-2012. *MMWR Surveill Summ.* 2015; 64: 201-205.
86. Skinner R., McFaul S. Suicide among children and adolescents in Canada: trends and sex differences, 1980-2008. *Can Med Assoc J.* 2012; 184 (9): 1029-1034.
87. Lahti A., Rasanen P., Riala K., et al. Youth suicide trends in Finland, 1969-2008. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2011; 52 (9): 984-991.
88. Roh B.-R., Jung E.H., Hong H.J. A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries. *Psychiatry Investig.* 2018; 15 (4): 376.
89. Stefanac N., Hetrick S., Hulbert C., et al. Are young female suicides increasing? A comparison of sex-specific rates and characteristics of youth suicides in Australia over 2004-2014. *BMC Public Health.* 2019; 19: 1389. DOI: 10.1186/s12889-019-7742-9
90. Богданов С.В., Богданова Ю.С. Самоубийства в Великобритании (1981-2011 гг.): динамика, тенденции, особенности *Вестн. Моск. ун-та. сер. 18. Социология и политология.* 2015; 3: 175-191. [Bogdanov S.V., Bogdanova Yu.S. Suicides in Great Britain (1981-2011): dynamics, trends, features Bulletin of the Moscow University. Series 18. *Sociology and Political Science.* 2015; 3: 175-191.] (In Russ)
91. Höfer P., Rockett I.R.H., Värnik P. Forty years of increasing suicide mortality in Poland: Undercounting amidst hanging epidemic? *BMC Public Health.* 2012; 12: 644. DOI: 10.1186/1471-2458-12-644
92. WHO, Adolescent Health Epidemiology. Geneva, World Health Organization, 2015. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescent-deaths-burden-disease/en/
93. WHO, Mortality, morbidity and disability in adolescence. - Geneva, World Health Organization, 2014. <https://apps.who.int/adolescent/second-decade/section3/page3/morbidity.html>
94. Yur'yev A., Värnik A., Värnik P., Sisask M., Leppik L. Employment status influences suicide mortality in Europe. *International Journal of Social Psychiatry.* 2010; XX (X): 1-7. DOI: 10.1177/0020764010387059
95. Payne S., Swami V., Stanistreet D.L. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health.* 2008; 5 (1): 23-35. DOI: 10.1016/j.jomh.2007.11.002
96. Connell R.W., Messersmidt J.W. Hegemonic masculinity: rethinking the concept. *Gender Soc.* 2005; 19: 829-859. DOI: 10.1177/0891243205278639
97. Paul J.P., Catania J., Pollack L. et al. Suicide attempts among gay and bisexual men: lifetime prevalence and antecedents. *Am J Public Health.* 2002; 92 (8): 1338-1345. DOI: 10.2105/ajph.92.8.1338
98. Skegg K., Nada-Raja S., Dickson N., Paul C., Williams S. Sexual orientation and selfharm in men and women. *Am J Psychiatry.* 2003; 160 (3): 541-546. DOI: 10.1176/appi.ajp.160.3.541
99. Ворошилин С.И. Расстройства половой идентификации и Интернет. *Академический журнал Западной Сибири.* 2011; 3: 6-8. [Voroshilin S.I. Disorders of sexual identification and the Internet. *Academic Journal of Western Siberia.* 2011; 3: 6-8.] (In Russ)

100. Clements-Nolle K., Marx R., Katz M. Attempted suicide among transgender persons: the influence of gender-based discrimination and victimization. *J Homosexuality*. 2006; 51 (3): 53–69. DOI: 10.1300/J082v51n03_04
101. Su D., Irwin J.A., Fisher C., et al. Mental health disparities within the LGBT population: A comparison between transgender and nontransgender individuals. *Transgend Health*. 2016; 1 (1): 12-20. DOI: 10.1089/trgh.2015.0001
102. Marshall E., Claes L., Bouman W.P., et al. Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *Int Rev Psychiatry*. 2016; 28 (1): 58-69. DOI: 10.3109/09540261.2015.1073143
103. Соловьева Н.В., Макарова Е.В., Вильянов В.Б. и др. Социально-демографический портрет транссексуальных пациентов в России. *Медицинский совет*. 2019; 6: 148-153. [Solov'eva N.V., Makarova E.V., Vilyanov V.B., et al. Socio-demographic portrait of transsexual patients in Russia. Medical advice. 2019; 6: 148-153.] DOI: 10.21518/2079-701X-2019-6-148-153 (In Russ)
104. Littman L. Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*. 2018; 13 (8): e0202330. DOI: 10.1371/journal.pone.0202330
105. Wiepjes C.M., den Heijer M., Bremmer M.A., et al. Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017). *Acta Psychiatr Scand*. 2020; 141 (6): 486–491. DOI: 10.1111/acps.13164
106. Семенова В.Г., Иванова А.Е., Сабгайда Т.П. и др. Смертность трудоспособного населения России от суицидов: официальные и реальные уровни. В книге: II Всероссийский демографический форум с международным участием. Материалы форума. Москва, 2020. С. 70-73. [Semenova V. G., Ivanova A. E., Sabgaida T. P., et al. Mortality of the working-age population of Russia from suicides: official and real levels. In the book: II All-Russian Demographic Forum with international participation. Forum materials. Moscow, 2020, p. 70-73.] (In Russ)
107. Положий Б.С., Васильев В.В. Эпидемиология женского суицида (на материалах крупного промышленного города). *Психическое здоровье*. 2009; 9: 28-32. [Polozhiy B.S., Vasiliev V.V. Epidemiology of female suicide (based on the materials of a large industrial city). *Mental health*. 2009; 9: 28-32.] (In Russ)

ON THE GENDER PARADOX IN SUICIDOLGY – A CONTEMPORARY CONTEXT

V.A. Rozanov St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia; v.rozanov@spbu.ru
V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia

The discussion of suicides among the male and female part of the population cannot be reduced exclusively to the so-called suicidal paradox. Despite the fact that men are much more likely to die from suicide, and women make attempts more often, these differences are leveled out in different age groups. If we argue from the standpoint of suicidal behavior, including in this concept and thoughts, and plans, intentions, attempts, and actually suicide, the differences become even less noticeable. In various socio-cultural contexts, these differences are generally absent. Judging by many signs, the suicidality of women is greatly underestimated, and their lower mortality only masks the situation. When discussing such risk factors as mental health disorders, the role of stress, pain tolerance and many others, it must be admitted that in almost all cases it is difficult to separate the influence of biological and social factors, since they closely interact with each other. The increase in the economic activity of women in the second half of the last century in Western countries and their greater involvement in labor relations in general was accompanied by favorable shifts both among men and among women. However, the ultra-modern trends in the promotion of the concept of gender as a social sex, complementing (and in some cases denying) biological sex, as evidenced by the data, do not improve the indicators with suicidal behavior of both. The problem of sex and / or gender differences in suicidal behavior is far from resolved; numerous difficulties in interpretations and assessments make it very difficult to obtain an objective picture. Further research is needed, in different cultural contexts, taking into account age dynamics and social settings.

Keywords: suicidal behavior, men and women, gender paradox, biological and social factors, gender roles, modernization, transgeneriness

Финансирование: Данное исследование не имело финансовой поддержки.
Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest: The author declares no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 31.01.2021. Принята к публикации / Accepted for publication: 20.04.2021.

Для цитирования: Розанов В.А. К вопросу о гендерном парадоксе в суицидологии – современный контекст. *Суицидология*. 2021; 12 (1): 80-108. doi.org/10.32878/suiciderus.20-12-01(42)-80-108

For citation: Rozanov V.A. On the gender paradox in suicidology – a contemporary context. *Suicidology*. 2021; 12 (1): 80-108. doi.org/10.32878/suiciderus.20-12-01(42)-80-108 (In Russ / Engl)