

## ДАННЫЕ МОНИТОРИНГА СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В г. ОДЕССЕ ЗА ПЕРИОД 2001–2005 гг. \*

В. А. Розанов, С. Е. Захаров, П. Г. Жужуленко, Г. Ф. Кривда

*Институт инновационного и последипломного образования ОНУ  
им. И.И.Мечникова, Одесская городская станция скорой медицинской помощи,  
Одесское областное бюро судебно-медицинских экспертиз, Украина*

В отличие от завершённых самоубийств, информация о которых концентрируется в нашей стране в региональных бюро судебно-медицинских экспертиз и впоследствии сводится в отделах демографической статистики, суицидальные попытки официально никем не регистрируются. В то же время социо-демографический анализ такого явления как парасуициды представляет значительный интерес с точки зрения характеристики суицидального поведения в данном регионе. Знание характеристик контингента лиц, совершающих попытки, является необходимым для планирования мер превенции самоубийств, поскольку считается, что значительная часть совершивших попытки (по разным данным от 5 до 15%) в ближайшие годы совершают самоубийство [19].

Продолжительный целенаправленный мониторинг суицидальных попыток в определенных фиксированных регионах наблюдения – достаточно редкое явление. Один из наиболее известных источников информации – данные мониторинга в Оксфорде и Эдинбурге, позволившие оценить изменения индексов парасуицидов во времени и выявившие значительный их подъем в 1985–1995 годы, особенно среди мужчин [13]. Наиболее полную характеристику суицидальных попыток дает единственное в мире объединенное единой методологией многоцентровое исследование, проводимое ВОЗ в Европе [14, 20], участниками которого мы являемся с 2000 года. Данные различных центров свидетельствуют о несколько более высокой частоте попыток среди женщин (в среднем соотношение мужчины/женщины составляет 0,83), уровни колеблются в пределах 61–370 на 100 тысяч для мужчин и 95–540 на 100 тысяч для женщин (данные 1989–1995 гг.) [14, 20].

---

\*Результаты работы, выполненной в рамках сотрудничества с Европейской сетью ВОЗ по мониторингу и превенции суицидальных попыток (многоцентрового исследования ВОЗ по парасуицидам).

Нами ранее был представлен анализ завершённых самоубийств в Одесском регионе в 2000–2002 годы [6]. Полученные результаты позволили выявить достаточно типичную для юго-восточных регионов Украины картину – высокий уровень самоубийств (порядка 34 на 100 тыс. нас.), значительное преобладание мужских суицидов над женскими (примерно в 5 раз, если принимать во внимание городское и сельское население суммарно), мужчины среднего возраста представляют собой группу максимального риска, подавляющее число суицидов (81%) составляет повешение [2, 6, 9]. Эти данные в значительной степени совпадают с результатами анализа ситуации в России [1].

В настоящей работе мы приводим данные о суицидальных попытках в г.Одессе за период с 01.01.2000 года по 31.12.2005 года в сопоставительном плане с завершёнными самоубийствами. Поскольку данные получены благодаря сотрудничеству с коллективом Одесской городской станции скорой медицинской помощи, сравнительно недавно отметившей свое 100-летие, хотелось бы отметить, что суицидологические исследования на базе станции активно проводились еще в дореволюционном периоде, и уже тогда были разработаны и внедрены первые карточки учета самоубийств и «покушений на самоубийства» [5]. Одесса, будучи во второй половине XIX века третьим по численности народонаселения и по значимости городом Российской империи, в отдельные периоды занимала первое место по уровню самоубийств [3], что делает современные исследования суицидального поведения в Одессе весьма актуальными.

### Материал и методы

Сбор данных осуществлялся в соответствии со стандартами Европейской сети ВОЗ по мониторингу и превенции суицидальных попыток. Мониторинг осуществлялся по данным обращений в Одесскую городскую станцию скорой медицинской помощи. Основным источником информации явля-

лась учетная карточка суицидальной попытки, разработанная для целей данного исследования.\*

### Результаты и обсуждение

Вначале целесообразно проанализировать данные об общем числе попыток по годам за период наблюдения и оценить уровни с учетом гендерного признака (табл. 1).

Как видно из представленных данных, в г.Одессе за период наблюдения ежегодно совершалось в среднем около 540 суицидальных попыток, из них мужчинами – 45,6%, женщинами – 54,4%. При расчете индексов суицидальных попыток (на 100 тыс. нас.) и сопоставлении с уровнями завершенных самоубийств полученные данные свидетельствуют о том, что среди мужчин всех возрастов в г.Одессе среднегодовая частота попыток примерно в полтора раза превышает частоту завершенных суицидов (52,34 против 34,31). Среди женщин это превышение составляет 6 раз (54,32 против 9,12) [6]. В то же время следует отметить, что выявленная нами общая частота попыток на 100 тысяч населения ниже, чем большинство данных, приведенных в источниках [14, 20], которые, впрочем, также значительно варьируют. Наши данные совпадают с результатами, полученными в Падуе (Италия) и наиболее контрастно (в сторону более низких цифр) отличаются от результатов, полученных в Хельсинки (Финляндия) и Ренне (Франция). Они также довольно близки к результатам, представленным недавно группой исследователей из Канады [10]. Судя по имеющимся данным о примерно 5 600–5 700 суицидальных попытках в году в Мос-

кве в эти же годы [4], суммарный показатель частоты суицидальных попыток на 100 тысяч населения в Одессе очень близок к таковому в Москве, учитывая примерно десятикратное превышение населения Москвы по сравнению с Одессой.

Обсуждая наблюдаемые гендерные различия, следует подчеркнуть, что если в случае завершенных самоубийств соотношение мужчины/женщины в г.Одессе за 2000–2002 годы составляло 3,30 при расчете в случаях и 3,76 при расчете во взвешенных показателях, то при анализе суицидальных попыток соответствующие показатели составляют 0,84 и 0,96 соответственно. Эти результаты совпадают с общемировыми тенденциями (за некоторыми исключениями), а что касается суицидальных попыток, то очень близки к результатам таких городов Европы, как Корк (Ирландия) и Любляна (Словения) [20].

Данные табл. 1 также дают возможность наблюдать изменения суицидального поведения населения г.Одессы за последние 5 лет. Так, с 2001 по 2002 год наблюдалось увеличение числа попыток, максимальный уровень за период мониторинга был достигнут в 2002 году, после чего наблюдалось постепенное снижение их числа, сопровождающееся также снижением уровней (даже несмотря на постоянное снижение численности населения в г.Одессе за последние 5 лет). Снижение частоты суицидальных попыток составило за период с 2002 по 2005 год примерно 20%, что соответствует примерно 6% в год (в одинаковой степени как для мужчин, так и для женщин). Следует подчеркнуть, что в период с 2000 по 2004 год общенациональная статистика завершенных самоубийств также свидетельствует о постепенном снижении уровня самоубийств, в частности, соответствующие показатели снизились на 22% [9], то есть вероятнее мы наблюдаем в данном случае общее снижение суицидальной активности населения. Рассмотрим половозрастные различия суицидальных попыток (рис. 1).

Как видно из представленных данных, если обращать внимание на число случаев, то основная масса суицидальных попыток (47% среди жен. и 53% среди муж.) совершается в возрасте от 15 до 29 лет, то есть молодыми людьми. В старших возрастных группах число попыток снижается, достигая минимума в возрасте 65–69 лет, после чего вновь наблюдается незначительный рост у обоих полов. В воз-

\* Авторы выражают искреннюю признательность коллективу врачей и фельдшеров ОГССМП за неоценимую помощь в сборе необходимой информации. Данные о численности населения в г.Одессе по годам представлены Одесским областным бюро статистики. Согласно данным всеукраинской переписи населения 2001 года официальная численность населения города составила 1 млн. 29 тысяч человек, эта цифра незначительно снижается за последние 6 лет. Сведения о завершенных суицидах представлены Одесским областным бюро судебно-медицинских экспертиз. Возрастные группы сформированы в соответствии с демографическими нормами (по 5 лет, лица старше 70 лет объединялись в общую группу). Данные вносили в таблицы Excel и обрабатывали с помощью встроенных программ. Охвачен период с 2001 по 2005 год, всего в базе данных обработано 2 695 случаев.

Таблица 1

Общие количественные показатели суицидальных попыток в г. Одессе в 2000–2005 гг.

Год	В случаях			На 100 тысяч населения		Соотношение м/ж	
	Всего	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Случаи	На 100 тысяч
2001	518	229	289	47,72	52,70	0,79	0,91
2002	607	286	321	59,60	58,58	0,89	1,02
2003	573	261	312	55,93	58,13	0,84	0,96
2004	526	232	294	50,23	55,12	0,79	0,91
2005	471	221	250	48,20	47,09	0,88	1,02
Всего	2 695	1 229	1 466	-	-	-	-
Среднее	539	246 (45,6 %)	293 (54,4 %)	52,34	54,32	0,84	0,96

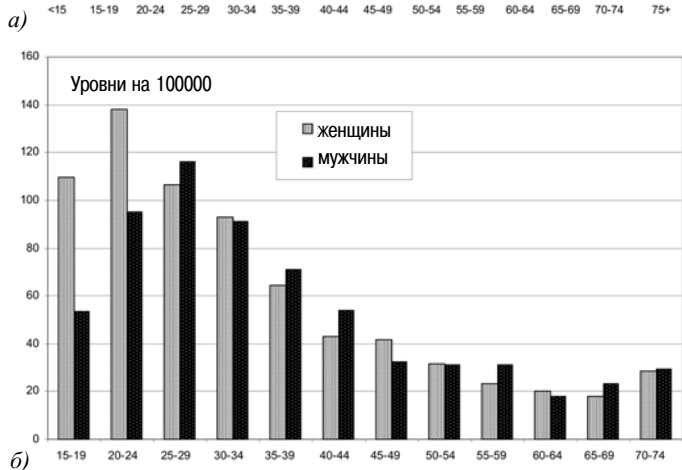
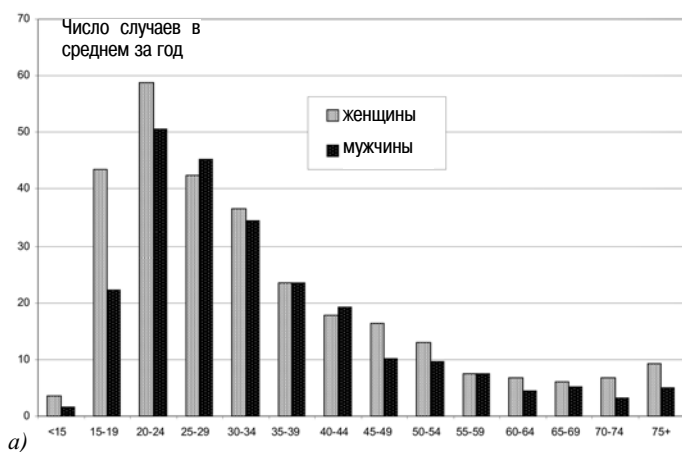


Рис. 1. Половозрастная характеристика суицидальных попыток в случаях (а) и во взвешенных показателях (б), средней за 5 лет наблюдений

Примечания: при расчете взвешенных показателей исключены из рассмотрения группа до 15 лет (ввиду неоднозначности установления границ группы) и группа более 75 лет (ввиду отсутствия выделенных демографических данных).

расте от 15 до 19 лет число попыток среди женщин вдвое превышает таковое среди мужчин, в последующих возрастных группах это различие нивелируется (в группе 25–29 лет и 40–44 года число попыток у мужчин даже несколько превышает таковое у женщин), далее в группах 45–54 лет и, начиная с 60 лет, число попыток у женщин вновь заметно превышает их число у мужчин.

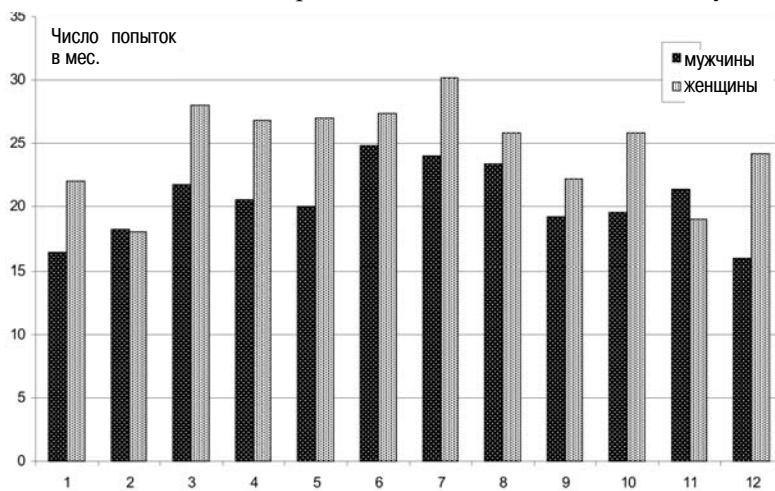
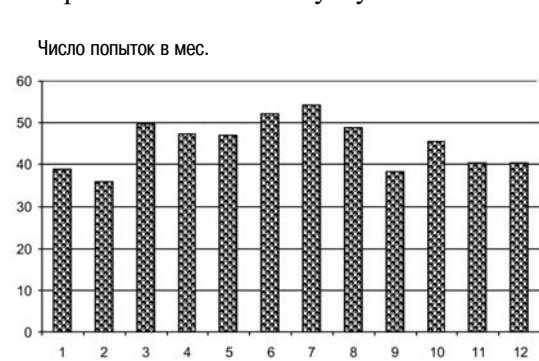


Рис. 2. Распределение среднего числа попыток в г.Одессе по месяцам за период наблюдения суммарно (слева) и раздельно для мужчин и женщин (справа)

При пересчете данных на 100 тысяч населения соответствующих возрастных групп картина немного меняется. Как видно из диаграммы, в возрастных группах 35–44 года, 55–59, 65–69 лет частота попыток среди мужчин все же выше, чем среди женщин, а в самой старшей возрастной группе эти показатели практически не различаются. Из обеих диаграмм видно, что максимум суицидальной активности, регистрируемой по суицидальным попыткам, у женщин приходится на возраст 20–24 года, а у мужчин несколько позже – в возрасте 25–29 лет. Эти данные являются противоположными тем, которые наблюдались нами в этой же популяции при анализе такого явления как завершённые самоубийства (значительное преобладание мужских самоубийств над женскими, максимум среди мужчин в среднем возрасте и т.д.) [6]. Данный факт описан в суицидологии многими авторами и рассматривается как свидетельство того, что контингенты самоубийц и совершающих попытки лишь частично перекрываются и в значительной степени представлены разными людьми [8, 9].

В то же время, ряд наблюдаемых закономерностей характерен как для завершённых самоубийств, так и для суицидальных попыток. Это касается, прежде всего, сезонности. В некоторых работах [6, 7] мы наблюдали на примере населения одесского региона широко распространенную тенденцию, проявляющуюся в минимальной частоте самоубийств в декабре–январе с выраженным подъемом в апреле, высокими значениями в течение лета и постепенным снижением к концу года. Аналогичная сезонность попыток, в том числе в гендерном аспекте, представлена на рис. 2.

Как видно из данных рис. 2, общее число попыток максимально в летний период и минимально зимой, минимальные значения наблюдаются в феврале, максимальные – в июле. Обращает на себя внимание значительный подъем при переходе от февраля к марту-апрелю, максимум в летние месяцы, снижение в сентябре и некоторый подъем в октябре. Имеются некоторые особенности сезонности у мужчин и женщин – похоже, что женщины более подвержены сезонности колебаний суици-

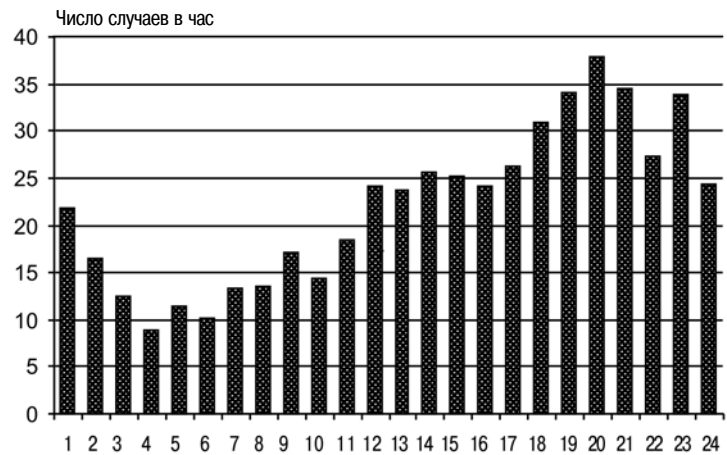
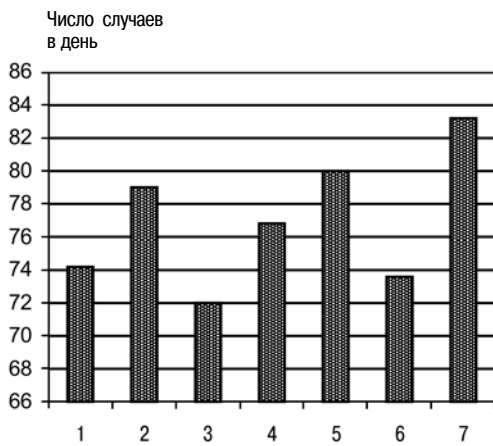


Рис. 3. Среднегодовые показатели распределения общего числа попыток по дням недели и времени суток

дальнего поведения. Во всяком случае, весенний подъем у них более выражен, а осенний почти полностью определяется поведением женской популяции. Наблюдаемая сезонность суицидальных попыток находит подтверждение в литературе [14]. В то же время, различия между месяцами в нашем случае ввиду незначительного периода наблюдения не доказаны статистически и их следует рассматривать лишь как неподтвержденную закономерность. Нами замечено, что из года в год картина меняется, что приводит к «сглаживанию» усредненных данных. Следует отметить, что в одной из работ [21] авторы на материале жителей Гонконга отмечают несовпадение сезонности суицидов и суицидальных попыток, что может быть связано со значительными отличиями в географической широте по сравнению с Одессой, а также с влиянием социо-культурных факторов.

Есть наблюдения, что попытки совершаются с большей частотой в определенные дни недели, а также в связи с теми или иными социально значимыми или традиционными датами календаря [14]. Наши данные свидетельствуют о том, что наибольшее число попыток происходит по вторникам, пятницам и воскресеньям, минимальное – по средам и субботам (рис. 3). В то же время, разница между минимальным и максимальным значениями не превышает 16%. По времени суток попытки распределяются более неоднородно (рис. 3).

Абсолютный минимум приходится на 4 часа утра, первый незначительный подъем отмечается в 7–9 часов утра, далее достигается довольно высокий уровень с 12 до 17 часов, после чего наблюдается основной подъем около 20 часов и в более позднее вечернее время. Следует иметь в виду, что в данном случае нами регистрируется время вызова скорой медицинской помощи, следовательно, сами попытки происходят раньше, причем установить насколько раньше практически не представляется возможным. Тем не менее, ясно, что основная масса вызовов происходит вечером, причем разница между минимальным и максимальным значениями (в 4 часа и 20 часов) более чем четырехкратная. Эти же данные, представленные в аспекте различий между мужчинами и женщинами представлены на рис. 4.

Как видно из рис. 4, недельный ритм суицидального поведения у обоих полов примерно одинаков, но у женщин он «сдвинут вправо» на сутки, причем основные различия касаются субботы и воскресенья. У мужчин в конце недели число попыток остается неизменным, в то время как у женщин в воскресенье наблюдается заметный подъем суицидальной активности. Что касается суточного ритма, то различия наблюдаются, по крайней мере, в нескольких временных периодах – в полдень, в вечернее время и ближе к полуночи. В эти периоды у женщин в отличие от мужчин наблюдается увеличение числа обращений за помощью, в то время как

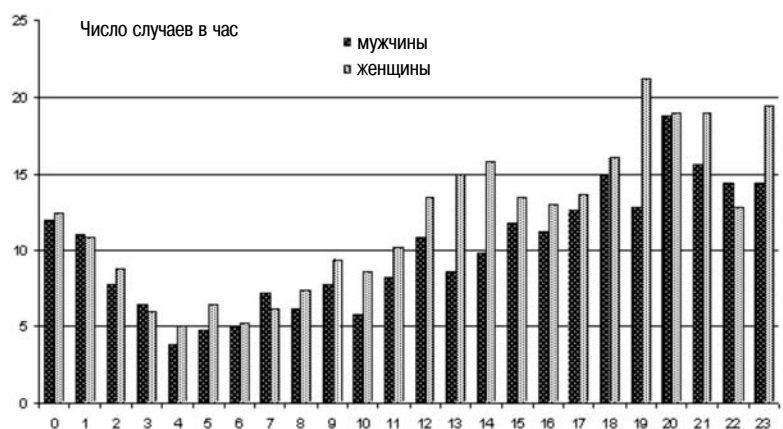


Рис. 4. Среднегодовые показатели распределения общего числа попыток по дням недели и времени суток раздельно для мужчин и женщин

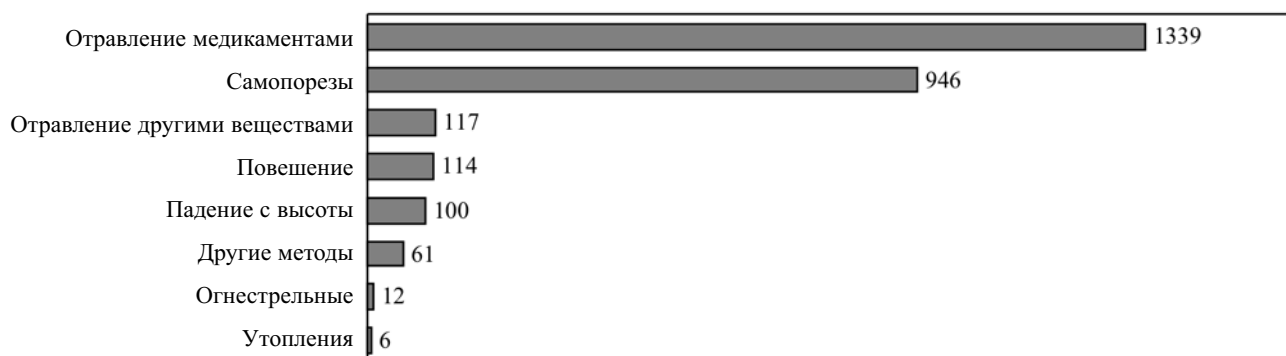


Рис. 5. Способы попыток самоубийств среди населения г.Одессы (суммарно мужчины и женщины за 5 лет наблюдения)



Рис. 6. Методы суицидальных попыток среди мужчин и женщин (суммарно за 5 лет наблюдения)

у мужчин имеет место спад. В некоторых работах [12] также отмечены различия в суточном ритме попыток у женщин и мужчин весьма напоминающее выявленное нами, но максимумы приходятся на более раннее время.

Проанализируем способы попыток самоубийств среди населения г.Одессы (рис. 5).

В отличие от завершенных самоубийств, где подавляющую массу (81,0%) составляли самоповешения, а далее в убывающем порядке следовали падения с высоты, огнестрельные ранения, самопорезы и т.д. [6], способы попыток распределяются совершенно иначе. Основную массу (49,6%) составили отравления медикаментами, далее следуют самопорезы в области предплечий (35,1%). Вместе эти два метода составляют подавляющее большинство (85%). Отравления другими веществами (преимущественно препаратами бытовой химии), попытки повешения и падения с высоты составляют каждый около 4% от общего числа. Попытки, связанные с огнестрельным оружием и утоплением крайне редки. Некоторое количество (2,2%) составляют «другие методы», сюда попадают неясные или экзотические способы, например, повреждения тупыми предметами, инородные тела в глотке и гортани и т.д.

Определенный интерес представляет сопоставление методов попыток самоубийств у мужчин и женщин (рис. 6).

Как видно из представленных данных, среди женщин отравления медикаментами встречаются почти в три раза в большем числе случаев, чем среди мужчин. В то же время, число случаев самопорезов или

иных повреждений острыми предметами среди мужчин вдвое больше, чем среди женщин. У мужчин также вдвое больше случаев попыток повешения, почти все случаи попыток связанных с огнестрельным оружием также принадлежат им. Среди женщин – большее число утоплений. Эти данные подтверждают, что мужчины избирают более повреждающие методы (это проявляется как при анализе завершенных самоубийств, так и попыток).

В рамках настоящей работы были также проанализированы вопросы о роли алкоголя при таком виде суицидального поведения, как попытки, а также о проценте повторных попыток и завершенных суицидов. Фиксация факта алкогольной интоксикации в момент оказания помощи бригадами скорой помощи осуществляется по симптоматическим признакам, то есть не вполне объективно, но врачи уделяют этому обстоятельству большое внимание во всех потенциально криминальных случаях, к которым относятся попытки самоубийства, поэтому достоверность и полнота этой информации должна быть велика. Результаты приведены в табл. 2.

Как видно из приведенных данных, в общем около 27% суицидентов находились в состоянии алкогольного опьянения. Эта цифра совпадает с наблюдениями К.Нawton и соавт. [13], который приводит по данным мониторинга суицидальных

Таблица 2

Процент алкогольных интоксикаций среди лиц, совершивших суицидальные попытки

	Мужчины	Женщины	Всего
Алкогольное опьянение	31,45%	23,19%	26,93%

## Повторные суицидальные попытки за 5 лет наблюдения

	Мужчины	Женщины	Всего
Всего повторов	41	41	82
Совершили 2 попытки	34	36	70
Совершили 3 попытки	6	3	9
Совершили 4 попытки	1	2	3

попыток в Оксфорде число алкогольных опьянений в пределах 22–26%. Как и в нашем случае, авторы отмечают, что мужчины потребляют алкоголь перед или во время попытки чаще, чем женщины (в нашем случае – в 1,35 раза).

Повторность попыток выявляли по базе данных, рассчитывали число дней между первой и второй, третьей и четвертой попыткой. Данные о повторных попытках приведены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, за весь период наблюдения зарегистрировано 82 повторные попытки, что составляет 3% от общего числа случаев. Следует подчеркнуть, что в различных исследованиях процент повторов колебался в значительных пределах – от 42% (Дания) до 1,4% (Венгрия) [19]. Уровень выявления повторов значительно колеблется в связи с применяемой схемой исследования. При опросе впервые выявленных лиц, совершивших попытки, довольно значительная часть сообщает о предыдущих попытках, в условиях мониторинга число выявляемых повторов обычно ниже. Обращает на себя внимание тот факт, что среди повторных попыток мужчины и женщины распределились практически поровну. Время между первой и второй попыткой колебалось от 1 до 1 363 дней, в среднем оно составило 280 дней. Промежуток между 2 и 3 попытками в среднем составил 140 дней, между 3 и 4 – 141 день.

При сопоставлении баз данных попыток и завершённых самоубийств за весь период наблюдения удалось выявить 43 случая, когда одно и то же лицо было зарегистрировано в числе совершивших попытку и в числе смертельных случаев. В первичном анализе учитывали все ситуации, когда разница между днем попытки и днем смерти была больше 1 суток. Из них достоверными можно считать 16 случаев, когда период между попыткой и смертельным исходом превышал 7 дней и составлял от нескольких месяцев до нескольких лет. Таким образом, число завершённых самоубийств среди тех, кто ранее совершал попытки, составляет 1,59% (при формальном подходе) и 0,59% (при осторожном подходе). Сразу отметим, что, используя такой же подход (сопоставление баз данных) польские авторы получили значение порядка 4%, [17] а A.L. Beautrais в Австралии приводит данные о примерно 5% смертей от самоубийства среди совершивших попытки за 5 лет наблюдения [11]. Мы относим заниженные данные в нашем случае за счет возможных недостатков регистрации данных, касающихся как попыток, так и завершённых самоубийств. Кроме того, эти данные предстоит уточнить по базе данных суицидов спустя 2–3 года.

Подводя итог, следует отметить, что проведенное исследование позволяет сделать ряд вполне определенных выводов, а также ставит ряд вопро-

сов. Прежде всего, нами подтверждено, что оценка суицидального поведения по такому показателю как суицидальные попытки дает совершенно иные результаты по сравнению с завершёнными самоубийствами. Попытки совершаются мужчинами и женщинами примерно с равной частотой, в основном молодыми людьми. Показатель частоты попыток превышает таковой для самоубийств, особенно среди женщин. Весьма незначительный процент тех, кто совершал попытки, в последующем совершают самоубийство. Структура методов попыток совершенно иная, преобладают «неагрессивные» методы, в частности, отравления медикаментами. В то же время, сезонность суицидальных действий в случае попыток и завершённых самоубийств довольно близка. Эти особенности самоповреждающего поведения во многом соответствуют тем закономерностям, которые характерны для западной и восточно-европейской цивилизации, судя по имеющимся в нашем распоряжении публикациям [1, 2, 15, 16, 18]. Таким образом, наши данные являются еще одним свидетельством тому, что различия между контингентами тех, кто совершает попытки и кто завершает суицид, весьма значительны.

Полученные результаты могут быть полезными при разработке стратегий суицидальной превенции применительно к социо-культурным условиям. Довольно низкий процент покончивших собой из числа совершивших попытки не означает, что концентрация усилий в плане оказания помощи этому контингенту нецелесообразна. Безусловно, все совершившие попытки нуждаются в помощи, как в плане превенции повторных попыток, так и самоубийств. Все это является обоснованием для совершенствования мер по повышению качества медицинской (прежде всего, психиатрической) помощи лицам, совершающим попытки, и обеспечения доступа к службам, осуществляющим различные психотерапевтические интервенции [8, 9]. Одновременно на повестке дня стоит вопрос об увеличении емкости соответствующих ресурсов, в частности, расширения сети телефонов доверия, кризисных центров и стационаров, иных психологических служб и центров, способных оказывать помощь лицам в кризисных ситуациях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, № 3. С. 22–27.
2. Волошин Н.В., Бачериков А.Н., Бровина Н.Н. и соавт. Завер-

шенные самоубийства в городе Харькове (1999–2002) годы // Украинский вестник психоневрологии. 2004. Т. 12, Вып. 4 (41). С. 5–7.

3. Гилинский Я., Румянцева Г. Основные тенденции динамики

самоубийств в России // Население и общество: Информ. бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования АН. 1998. № 25. <http://www.demoscope.ru/acrobat/ps25.pdf>

4. Диагностика суицидального поведения и профилактика суицидальных попыток в общесоматической практике: Методические рекомендации / Под ред. В.Н.Козырева, А.Б.Смулевича, И.И.Сергеева и соавт. М., 2004. 28 с.

5. Островский И.П. К вопросу о самоубийствах в Одессе за пятилетие 1903–1908 гг. Одесса: Типография акционерного южнорусского общества печатного дела, 1908. 54 с.

6. Розанов В.А., Захаров С.Е., Кривда Г.Ф., Пироженко Л.А. Завершенные самоубийства в Одесском регионе в период 2000–2002 гг. // Український вісник психоневрології. 2006. Т. 14, Вип. 1 (46). С. 92–97.

7. Розанов В.А., Таран А.В. Характеристика суицидального поведения в связи с факторами внешней среды (мониторинг суицидальных попыток в г. Одессе) // Материалы 7-ой междисциплинарной конференции по биологической психиатрии «Стресс и поведение». М., 2003. С. 97–98.

8. Суицид. Напрасная смерть / Под ред. Д.Вассерман. Тарту: Tartu university press, 2001. 288 с.

9. Юрєва Л.Н. Клиническая суицидология. Днепропетровск: Пороги, 2006. 470 с.

10. Alaghebandan R., Gates K.D., MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador // Can. J. Psychiatry. 2005. Vol. 50, N 12. P. 762–768.

11. Beautrais A.L. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5-year follow-up // Aust. N.Z. J. Psychiatry. 2003. Vol. 37, N

5. P. 595–599.

12. Doganay Z., Sunter A.T., Guz H. et al. Climatic and diurnal variations in suicide attempts in the ED // Am. J. Emerg. Med. 2003. Vol. 21, N 4. P. 271–275.

13. Hawton K., Fagg J., Simkin S. et al. Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985–1995 // Br. J. Psychiatry. 1997. Vol. 171. P. 556–560.

14. Kerkhof A.J.F.M. Attempted suicide: patterns and trends // The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Keith Hawton & Kees van Heeringen (Eds.). John Wiley & Sons Ltd, 2002. P. 49–64.

15. Lester D., Yang B. Suicide and homicide in the twentieth century: changes over time. Commack, NY: Nova Science, 1998.

16. Polewka A., Bolechaia F., Koiodziej J. et al. Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults in Krakow in the years 2002–2003 // Przegl. Lek. 2005. Vol. 62, N 6. P. 422–426.

17. Polewka A., Chrostek M.J., Kamenchak A. et al. Committed suicide in the background of the history of previous suicide attempts – a 5-year perspective study of suicide attempts // Przegl. Lek. 2005. Vol. 62, N 6. P. 419–421.

18. Polewka A., Groszek B., Targosz D. et al. The frequency of suicide attempts depending on gender/age structure // Przegl. Lek. 2004. Vol. 61, N 4. P. 265–268.

19. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behavior // The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Keith Hawton & Kees van Heeringen (Eds.). John Wiley & Sons Ltd, 2002. P. 385–404.

20. WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures / U.Bille-Brahe (Ed.). WHO, 1999. 100 p.

21. Yip P.S., Yang K.C. A comparison of seasonal variations between suicide deaths and attempts in Hong Kong SAR // J. Affect. Disord. 2004. Vol. 81, N 3. P. 251–257.

## ДАНИЕ МОНИТОРИНГА СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В Г. ОДЕССЕ ЗА ПЕРИОД 2001–2005 гг.

В. А. Розанов, С. Е. Захаров, П. Г. Жужуленко, Г. Ф. Кривда

Представлены результаты мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2001–2005 гг. (в рамках сотрудничества с Европейской сетью ВОЗ по мониторингу и превенции суицидальных попыток). Результаты анализа подтверждают гендерные и возрастные отличия незавершенных и завершенных суицидов, известные во многих странах. Если говорить о суицидальных попытках, то соотношение мужчины/женщины составляет около 0,83 по числу случаев и 0,96 по уровню распространенности в населении; большинство попыток (47% у жен. и 53% у муж.) совершаются молодыми людьми в возрасте моложе 29 лет. У мужчин всех возрастов соотношение суицидальных попыток к завершенным суицидам составляет около 1,5, а у женщин – около 6. В возрастной группе 15–19 лет женщины совершают суицидальные попытки почти в 2 раза чаще, чем мужчины, тогда как в возрастных группах 25–44 и 55–59 лет у мужчин их частота на 5–10% выше. С другой стороны, у суицидальных попыток и завершенных суицидов есть некоторые общие черты, выражающие-

ся в их сезонности (рост с февраля по апрель, в июле и в сентябре–октябре). Суицидальные попытки чаще совершаются по вторникам, пятницам и воскресеньям, и наибольшее число вызовов скорой помощи приходится на вторую половину дня. Преобладающие способы суицидальных попыток – медикаментозное отравление и самопорезы, вместе составляющие 85%. Частота алкогольных интоксикаций – около 26% всех случаев. В 3% случаев попытка являлась повторной. За 5 лет мониторинга около 1,6% суицидальных попыток приводили к завершенному суициду. В целом понятно, что существуют большие различия между теми, кто совершает суицидальные попытки и завершенные суициды. В статье обсуждается, каким образом полученные данные могут помочь выявить основные группы риска и сформулировать стратегию предупреждения суицидов.

**Ключевые слова:** суицид, суицидальные попытки, завершенные суициды, распространенность, гендерные и возрастные отличия, превенция.

## SUICIDE ATTEMPTS MONITORING IN THE CITY OF ODESSA IN 2001–2005

V. A. Rozanov, S. E. Zakharov, P. G. Zhuzhulenko, G. F. Krivda

Results of suicide attempts monitoring in the city of Odessa for the period of 2001–2005 (within the frame of the WHO-Euro suicide attempts monitoring and prevention network) are presented. The results of the analysis confirm differences in gender and age patterns of attempted and completed suicide known for many countries. When speaking about attempts, men/women ratio is about 0.83 (in cases) and 0.96 (in rates); most of the attempts (47% in women and 53% in men) are made by younger people (under age 29). In men of all ages the suicide attempts/completed suicides rates ratio is about 1.5; in women – about 6. In age group 15–19 years females attempt suicide almost 2 times more frequent than males, while in age groups 25–44 and 55–59 males have 5–10% higher rates. On the other hand there are some common features between attempted and completed suicide, and this is the seasonal pattern (rise from February to April, in July

and in September–October). Suicide attempts are more frequent on Tuesdays, Fridays and Sundays, the biggest number of referrals to the ambulance occur in the second half of the day. Methods of suicide attempts are predominantly medications overdose and wrist cutting (together making 85%). The incidence of alcohol intoxication is about 26% of all cases. In 3% of cases the attempt was repeated. About 1.6% of suicide attempts resulted in completed suicide during 5 years of monitoring. In general it is clear that those who are attempting and completing suicides differ to a great degree. It is discussed how obtained data may help in identifying the main risk groups and formulating goals of suicide prevention strategies.

**Key words:** suicide, attempted and completed suicide, incidence, gender and age differences, prevention.

**Розанов Всеволод Анатоліевич** – профессор кафедри клінічної психології інститута інноваційного післядипломного освіти Одеського національного університету ім. І.І.Мечникова, e-mail: rozanov@te.net.ru

**Захаров Сергій Євгенівич** – соискатель кафедри клінічної психології інститута інноваційного післядипломного освіти Одеського національного університету ім. І.І.Мечникова, e-mail: zagar7@rambler.ru

**Жужуленко Петр Николаевич** – главный врач Одесской городской станции скорой медицинской помощи, e-mail: ambulance@raco.net, веб-адрес: www.ambulance.odessa.ua/

**Кривда Григорий Федорович** – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой судебной медицины Одесского государственного медуниверситета, начальник Одесского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, e-mail: smexpert@te.net.ru