



УДК 616.89-008.441.44(470.61-25)

**СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ  
В ГОРОДЕ РОСТОВЕ-НА-ДОНУ ЗА ПЕРИОД 2012–2013 ГГ.**

**С. Н. Белик**

*Кандидат медицинских наук*

**О. Э. Кушнарева**

*Студентки 3 курса;*

**К. Ю. Федорова**

**Д. В. Давыдов**

*Студент 3 курса,  
Ростовский государственный  
медицинский университет;*

**А. В. Васильев**

*Врач, судебно-медицинский эксперт,  
Бюро судебной медицинской экспертизы  
Ростовской области,  
г. Ростов-на-Дону, Россия*

**THE STRUCTURAL PECULIARITIES OF THE COMPLETED SUICIDES  
IN THE CITY OF ROSTOV-ON-DON FOR THE PERIOD 2012–2013**

**S. N. Belik**

*Candidate of medical sciences;*

**O. E. Kushnareva**

*3d year student;*

**K. Y. Fedorova**

**D. V. Davidov**

*3d year student,  
Rostov State Medical University,  
Rostov-on-Don, Russia;*

**A. V. Vasilyev**

*Doctor, forensic expert,  
Buro forensic medical examination  
of the Rostov region,  
Rostov-on-Don, Russia*

---

**Summary.** In order to study the structural peculiarities of the completed suicides in the city of Rostov-on-Don for the period 2012-2013, there were studied 157 acts of the forensic examination of the body. It is established that men of working age commit suicide more often than women; the most common method of suicide is hanging; half of the cases of the suicides combined with alcohol intoxication; districts of the city with high population density can be considered critical frequency suicidality; the largest share of suicides accounted for summer and spring.

**Keywords:** suicides; structure of suicide; factors of suicidality; gender; age; season; area.

---

По оценкам ВОЗ ежегодно 900 000 случаев смерти происходит в результате самоубийств, что составляет одну смерть каждые 40 секунд. Во всем мире суицид входит в число трех основных причин смерти людей 15–44 лет [12]. Именно поэтому комплексный план действий по охране психического здоровья на 2013–2020 годы, принятый на 66-й сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения, определяет

конкретные меры по предупреждению суицидов, включающие такие социальные детерминанты, как возможность получения образования, повышение уровня дохода, улучшение жилищно-бытовых условий, наличие социальных услуг и др. Результатом реализации данных мер должно стать уменьшение числа самоубийств в 135 странах, являющихся членами ВОЗ, к 2020 году на 10 % [11].



При анализе суицидальной активности в России за последние 20 лет явно просматривается тенденция к снижению числа самоубийств. Так, если в 1995 году самоубийство совершили 61 тысяча человек, то в 2005 г. уже на 15 тысяч меньше, а в 2012 году этот показатель достиг абсолютного минимума за последние 20 лет – 29,7 тысячи [4, 5], но при этом уровень самоубийств в стране неизменно превышает критическое значение ВОЗ (20 случаев на 100000 населения) [7]. Среди европейских государств в рейтинге ВОЗ по уровню самоубийств Россия замыкает десятку неблагополучных стран. Отсутствие государственной программы по превенции суицидов усложняет ситуацию суицидальности, и как результат – самоубийство в нашей стране занимает 5-е место среди всех причин смертности [2].

Структура и частота суицидального процесса обусловлена рядом социальных факторов и факторами окружающей среды. Возрастной фактор в США, Европе и России характеризуется двумя «пиковыми» периодами: для парасуицидов – подростковый и юношеский возраст, для завершённых суицидов – пожилой и старческий [1]. Достаточно значимы такие факторы, как доступность средств самоубийства, место жительства человека, трудовая занятость, иммиграционные процессы, принадлежность к определённой религии, экономические и экологические условия [2].

Наиболее важными представляются социально-психологические факторы, для понимания которых большое значение имеют две концепции – психосоциальная модель Дануты Вассерман и концепция биологической предрасположенности к суициду Джона Манна. Модель Д. Вассерман в большей степени психосоциальная, однако, она также учитывает нейробиологические и генетические факторы. Согласно этой модели, на суицидальный процесс воздействуют факторы риска и протек-

тивные факторы. От соотношения этих факторов, а также от стрессоустойчивости зависит вероятность суицидальных действий. Согласно модели Д. Манна, с существует конституциональная предрасположенность к самоубийству, в которую вносят свой вклад наследственность, хронические заболевания (особенно центральной нервной системы), злоупотребление алкоголем и наркотиками [8].

Высокие показатели суицидальности в России, фактическое отсутствие глубоких исследований в данной области актуализируют проблему изучения структурных особенностей самоубийств на территориальном уровне. В связи с этим целью наших исследований явился комплексный анализ структурных особенностей завершённых суицидов в городе Ростове-на-Дону за период 2012–2013 гг. с учетом возрастных, медико-социальных, территориальных и хронологических факторов.

Работа выполнена на базе архива Государственного бюджетного учреждения Ростовской области «Бюро судебной медицинской экспертизы». Был изучен практический судебно-медицинский материал в виде «Актов судебно-медицинского исследования трупа» (учетная форма № 171/у–80) по поводу смерти в результате суицида жителей города Ростова-на-Дону за период 08.07.2012–05.08.2013 гг. Анализировались следующие признаки: пол, возраст, способ самоубийства, дата смерти, место смерти, факт алкогольного опьянения. Все взятые из актов признаки, представляющие собой единицу наблюдения (завершённый суицид), вносились в базу данных. База данных была сформирована на основе программы Microsoft Excel 2002, в которой были созданы таблицы, соответствующие цели проводимого исследования. Анализ полученных результатов осуществлялся с помощью общепринятых медико-статистических методов.



При анализе судебно-медицинского материала за исследуемый период выявлено 157 случаев завершённого суицида (112 мужчин и 45 женщин). При анализе гендерных факторов самоубийств установлено, что мужской суицид превалирует над женским в соотношении 3,4/1. Это объясняется тем, что мужчины более социально контактны, поэтому они испытывают больше психологических проблем, связанных с социумом. Кроме того, в силу особенностей мышления и мировосприятия мужчины действуют более радикально и выбирают способы самоубийства, гарантирующие верную смерть (самопо-

вешение, самострел, падение с высоты) [3]. В то время как женщины выбирают способы ухода из жизни, оставляющие шанс на спасение (вскрытие вен, отравление лекарственными препаратами). Этим объясняется значительно более высокий уровень самоубийств среди лиц мужского пола и превалирование суицидальных попыток среди женщин.

Анализ данных по возрастным категориям свидетельствует о том, что проблема самоубийств широко распространена среди трудоспособного населения (рис. 1). Это имеет большое значение в плане анализа смертности трудящихся от неестественных причин.

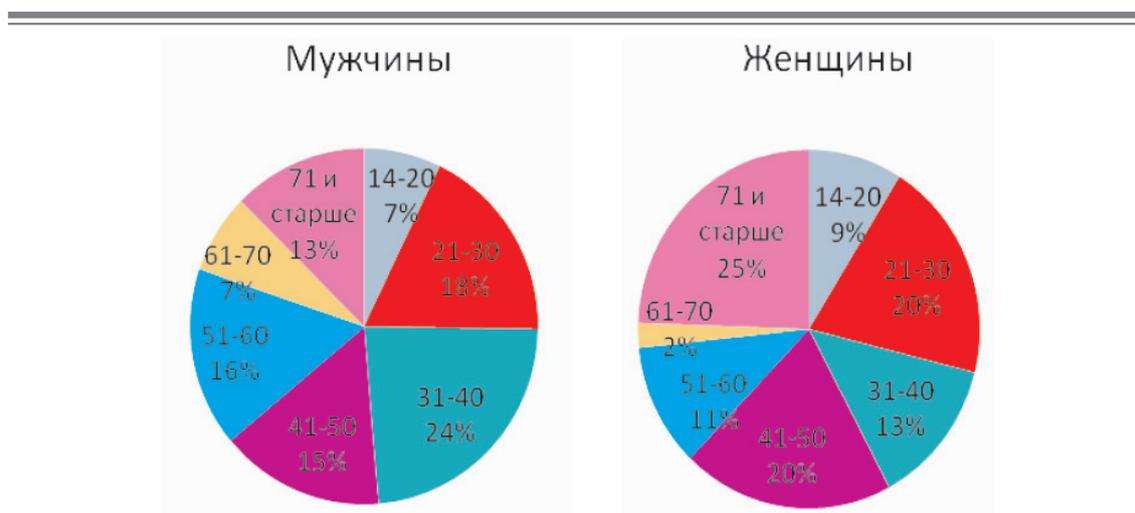


Рис. 1. Структура суицидальности по возрастным категориям

Так наибольшая суицидальная активность характерна для мужчин в возрастной период 21–30 лет – 18% суицидов, в 31–40 лет – 24%.

У женщин максимальное число самоубийств приходится на периоды 21–30 лет и 41–50 лет – по 20%, в возрасте старше 71 года абсолютное максимальное число суицидов – 25%. Минимальным числом суицидальных случаев, как для женщин, так и для мужчин, характеризовался возрастной период

61–70 лет. В тоже время установлено, что для всех возрастных групп доля мужчин, совершивших самоубийство, существенно превышает соответствующую долю женщин.

Высокий процент смертности среди женщин старше 71 года, выявленный нами, подтверждает мнение ряда учёных о том, что с суицидологической точки зрения самым опасным является пожилой возраст. Наиболее частыми причинами суицида является потеря



близких, соматическая патология, сопровождающаяся болевым симптомом, бедность, социальная изоляция, бесперспективность будущего, психические отклонения [9, 11].

Предпочтительные способы самоубийств могут сильно отличаться, в зависимости от региона. Но преимущественно, по данным ВОЗ, самоповешение – ведущий способ суицида во всем мире, что подтверждается результатами нашего исследования (рис. 2).

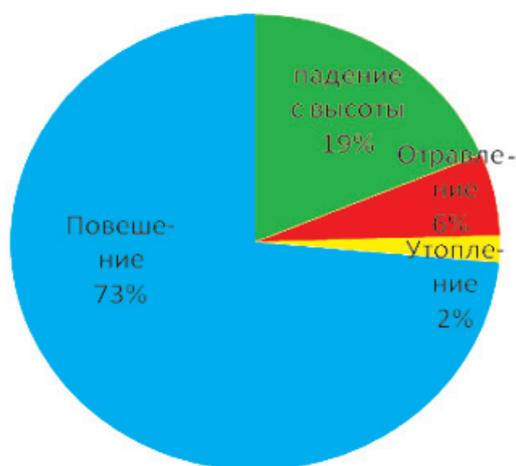


Рис. 2. Структура общей суицидальной смертности

Нами установлено, что в общей структуре суицидальной смертности по способам самоубийств первое место занимает самоповешение – свыше 73 % от общего числа, далее с большим отрывом следуют: падение с высоты – 19 %, отравление – 6 %, утопление – 2 %.

В тоже время, результаты наших исследований не подтвердили мнение о том, что женщины выбирают наиболее щадящие способы самоубийства. Так нами установлено, что самый распространённый способ суицида среди женщин – это самоповешение (71,4 %), и второй способ – это падение с высоты (23,8 %); такие

способы, как отравление и утопление составили всего по одному случаю.

Установлено, что самоубийства неравномерно распределены по территории г. Ростова-на-Дону. Повышенное число самоубийств наблюдались в Первомайском и Ворошиловском районах, соответственно 19 и 17 %. Вероятно, это обусловлено высокой плотностью населения этих селитебных территорий. Самый низкий уровень суицидов наблюдался в Ленинском районе и Кировском районах – 6 % (рис. 3).

Анализ сезонного распределение самоубийств показал, что количество завершенных суицидов заметно варьировалось в зависимости от времени года. Пик общей суицидальности приходится на летний период (свыше 33 %). Весенний и осенний периоды по количеству суицидов не имели существенных различий (24 и 25 %), минимальная суицидальная активность наблюдалась зимой (18 %). Наибольшее количество смертей среди мужчин приходилось на летний период – 32,5 % от общего количества мужских самоубийств.

В целом следует говорить о весенне-летнем пике суицидальной активности. Полученные нами результаты хорошо согласуются с материалами исследований ряда авторов, сделавших вывод о существовании верхнего и нижнего пиков самоубийств, приходящихся соответственно на весенне-летний и осенне-зимний периоды [3; 6].

1. Вместе с тем, наши результаты существенно расходятся с литературными данными в отношении сезонных закономерностей самоубийств у женщин [3, с. 69–75]. Нами выделен летне-осенний верхний пик самоубийств, составивший 64,2 % от всех женских самоубийств и нижний пик – зимний (14,2 %).

Из общего количества лиц, совершивших суицид, 35,6 % мужчин и 14,0 % женщин находились в состоянии алкогольного опьянения. В структуре мужской суицидальной смертности



алкогольная интоксикация наблюдалась у 47,8% мужчин, в структуре женской – 51,2%.

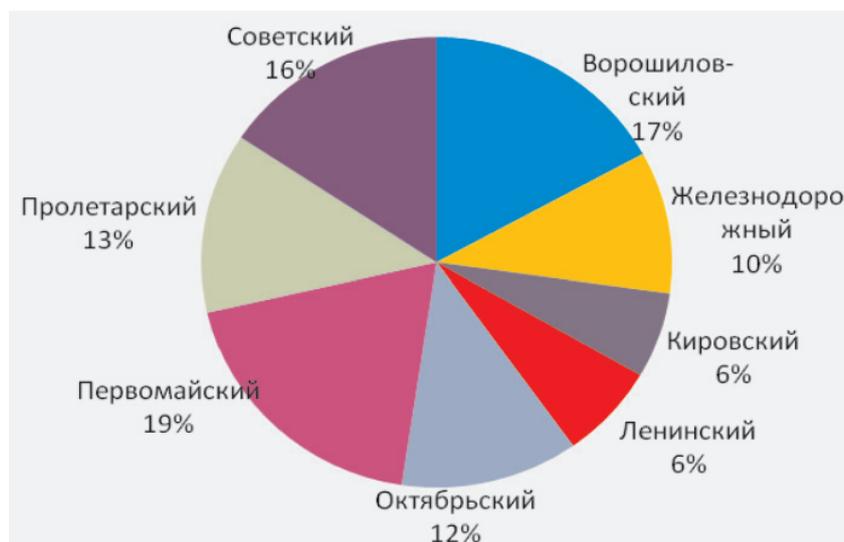


Рис. 3. Территориальное распределение суицидов в г. Ростове-на-Дону

Таким образом, на основании результатов нашего исследования можно сделать выводы, что структура завершенных суицидов в городе Ростове-на-Дону за исследуемый период имела следующие особенности: мужчины трудоспособного возраста заканчивают жизнь самоубийством чаще, чем женщины; наиболее частый выбор способа самоубийства, как среди мужчин, так и среди женщин – повешение; нередко суицид сочетается с алкогольным опьянением; критическими районами города по частоте суицидальности можно считать районы с самой высокой селитебной плотностью; наибольшая доля самоубийств у мужчин приходится на летний и весенний период, у женщин – на летне-осенний.

#### Библиографический список

1. Антонова А. А., Бачило Е. В., Барыльнич Ю. Б. Факторы риска развития суицидального поведения // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – № 2. – Т. 8. – С. 403–409.
2. Войцех В. Ф. Динамика суицидов в регионах России // Социальная и клиническая психиатрия – 2008. – № 1. – Т. 18. – С. 81–88.
3. Гулин К. А., Морев М. В. Анализ факторов и причин суицидальных попыток // Проблемы развития территории. – 2008. – № 42. – Т. 2.
4. Демографический ежегодник России 2013: Стат. сб. / Росстат. – М., 2013. – 530 с.
5. Зотов П. Б., Родяшин Е. В. «Суицидологический паспорт территории» как этап развития системы суицидальной превенции / Суицидология. – 2013. – № 4 (13). – С. 55–60.
6. Миронец Е. Н. Некоторые хронобиологические аспекты самоубийств // Проблемы экспертизы в медицине. – 2003. – № 12–4. – Т. 3. – С. 30–31.
7. Морев М. В., Шматова Ю. Е., Любов Е. Б. Динамика суицидальной смертности населения России: региональный аспект // Суицидология. – 2014. – № 1 (14). – Т. 5. – С. 3–11.
8. Розанов В. А. Нейробиологические основы суицидального поведения // Вестник Биологического факультета Саратовского государственного университета имени Н. Г. Чернышевского. – 2014. – № 1. – С. 10–14.



- логической психиатрии – 2004. – № 6. – URL: <http://scorcher.ru/neuro/science/data/mem102.php> (дата обращения 16.04. 2013).
9. Goldney R. D. Suicide Prevention. – Oxford University Press, 2008. – 256 p.
  10. WHO. Comment peut-on prévenir le suicide? – URL: <http://www.who.int/features/qa/24/fr/> (дата обращения 15.07.2013).
  11. WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Sixty-sixth world health assembly WHA 66.8. 27 May 2013. – URL: [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/en/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/) (дата обращения 15.07.2013).
  12. WHO. Santé mentale et vieillissement // Aide-mémoire N°381 Septembre 2013. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/> (дата обращения 15.07. 2014).
- Bibliograficheskiy spisok**
1. Antonova A. A., Bachilo E. V., Barylnik Yu. B. Faktory riska razvitiya suitsidalnogo povedeniya // Saratovskiy nauchno-meditsinskiy zhurnal. – 2012. – № 2. – Т. 8. – S. 403–409.
  2. Voytseh V. F. Dinamika suitsidov v regionah Rossii // Sotsialnaya i klinicheskaya psixiatriya – 2008. – № 1. – Т. 18. – S. 81–88.
  4. Gulin K. A., Morev M. V. Analiz faktorov i prichin suitsidalnykh popyitok // Problemy razvitiya territorii. – 2008. – № 42. – Т. 2.
  5. Demograficheskiy ezhegodnik Rossii 2013 : Stat. sb. / Rosstat. – М., 2013. – 530 с.
  6. Zotov P. B., Rodyashin E. V. «Suitsidologicheskiy pasport territorii» kak etap razvitiya sistemy suitsidalnoy preventsii // Suitsidologiya. – 2013. – № 4 (13). – S. 55–60.
  7. Mironets E. N. Nekotorye hronobiologicheskie aspektyi samoubiystv // Problemyi ekspertizyi v meditsine. – 2003. – № 12–4. – Т. 3. – S. 30–31.
  8. Morev M. V., Shmatova Yu. E., Lyubov E. B. Dinamika suitsidalnoy smertnosti naseleniya Rossii: regionalnyy aspekt // Suitsidologiya. – 2014. – № 1 (14). – Т. 5. – S. 3–11.
  9. Rozanov V. A. Neyrobiologicheskie osnovy suitsidalnogo povedeniya / Vestnik Biologicheskoy psixiatrii – 2004. – № 6. – URL: <http://scorcher.ru/neuro/science/data/mem102.php> (дата obrascheniya 16.04. 2013).
  10. Goldney R. D. Suicide Prevention. – Oxford University Press, 2008. – 256 p.
  11. WHO. Comment peut-on prevenir le suicide? – URL: <http://www.who.int/features/qa/24/fr/> (дата obrascheniya 15.07.2013).
  12. WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2020. Sixty-sixth world health assembly WHA 66.8. 27 May 2013. – URL: [http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/en/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/) (дата obrascheniya 15.07.2013).
  13. WHO. Sante mentale et vieillissement // Aide-memoire N°381 Septembre 2013. – URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/fr/> (дата obrascheniya 15.07. 2014).
- © Белик С. Н., Фёдорова К. Ю.,  
Кушнарёва О. Э., Давыдов Д. В.,  
Васильев А. В., 2014*