

Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.
На 1 странице обложки: Г. Каньяччи «Смерть Клеопатры», 1660 г.

УДК 616.89-008.441.44 (477-74)

ДАнные МОНИТОРИНГА СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК И ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В г. ОДЕССЕ ЗА ПЕРИОД 2001-2011 гг.

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

Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова, Украина
Одесское областное судебно-медицинское бюро, Украина
Одесская городская станция скорой медицинской помощи, Украина

Контактная информация:

Захаров Сергей Евгеньевич – аспирант кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования (ИИПО) Одесского национального университета им. И.И. Мечникова (ОНУ), Украина. Телефон: +380-50-384-83-03, e-mail: zagar7@gambler.ru

Розанов Всеволод Анатолиевич, д.м.н., профессор. Место работы: профессор кафедры клинической психологии Института инновационного последипломного образования (ИИПО) Одесского национального университета им. И.И. Мечникова (ОНУ), Украина. Телефон: +380-50-520-21-27, e-mail: rozanov@te.net.ua

Кривда Григорий Федорович, д.м.н., профессор, главный областной судебно-медицинский эксперт, директор Одесского областного судебно-медицинского бюро. E-mail: kvik@soborka.net

Жужуленко Петр Николаевич – главный врач Одесской городской станции скорой медицинской помощи. E-mail: ambulance@paco.net

Статья посвящена анализу суицидальной активности населения миллионного города. Данные многолетнего мониторинга позволяют выявить совпадающую динамику уровней суицидальных попыток и самоубийств в течение 11 лет наблюдения (2001-2011 гг.). Выявлены типичные различия между мужчинами и женщинами (преобладание попыток среди женщин и завершенных самоубийств среди мужчин). Способы попыток и суицидов свидетельствуют о том, что мужчины используют более агрессивные методы самоповреждения. В последние годы наблюдается рост самоубийств среди мужчин в возрастной группе 25-29 лет.

Ключевые слова: суицид, суицидальная попытка.

Несмотря на то, что самоубийство – это индивидуальный и глубоко интимный акт, оно может анализироваться и как статистически устойчивое явление, например, отражающее различия между отдельными социальными группами или динамику суицидальной активности в социуме во времени [11]. Суицидальное поведение на популяционном уровне постоянно изменяется, причем эти колебания можно рассматривать как результат изменений внутренних (проксимальных), присущих каждому конкретному человеку факторов, и внешних (дистальных) факторов, действующих в масштабе страны или в более широком контексте. К внутренним факторам однозначно можно отнести психические расстройства, например депрессию, злоупотребление психоактивными веществами, а также психо-социальные факторы, такие как наличие личных экономических проблем, неспособность справляться со стрессом и др. [6]. К внешним факторам можно отнести макроэкономическую статистику, ситуацию на рынке труда и в сфере социальной защиты граждан, вовлеченность в процесс ре-

форм или стабильность в обществе и т.д. Зачастую достаточно сложно объяснить динамику суицидального поведения, в связи с чем желательнее охватывать как можно более длительные периоды наблюдения и регистрировать различные показатели, например, суицидальные попытки и самоубийства.

В данной статье мы представляем динамику суицидального поведения в г. Одессе, которое мониторируется нами уже на протяжении 12 лет. В работе представлены обработанные данные по суицидальным попыткам и завершенным суицидам за период 2001-2011 гг.

Материал и методы исследований.

Данные о суицидальных попытках (СП) представлены Одесской городской станцией скорой медицинской помощи в следующем формате: дата суицидальной попытки, время вызова бригады скорой помощи, пол, возраст, характер самоповреждения, социальное положение и наличие внешних признаков алкогольного опьянения. Данные о завершенных суицидах (ЗС) представлены Одесским бюро судебно-медицинских экспертиз в следующем фор-

мате: пол, возраст, способ самоповреждения, дата вскрытия.

Таблица 1

Число суицидальных попыток и завершенных самоубийств в г. Одессе за период 2001-2011 гг., абс.

Годы	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Число попыток	518	607	573	526	471	462	415	471	413	395	331
Число самоубийств	222	229	218	175	174	158	142	157	167	137	145

Данные о численности населения в регионе по годам и в гендерном разрезе получены в Одесском областном бюро статистики. Возрастные группы сформированы в соответствии с демографическими нормами (интервалы 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 2011 гг. Всего в базе данных обработано 5182 случая суицидальных попыток и 1924 случая завершенных суицидов. Полнота охвата завершенных суицидов обеспечивается тем обстоятельством, что все случаи в городе, квалифицируемые как самоубийства, подлежат судебно - медицинскому патологоанатомическому исследованию, вследствие чего вся информация сводится в областное судебно-медицинское бюро. Данные по суицидальным попыткам, вероятно, неполные, т.к. в «Скорую» обращаются не все суициденты. Поэтому соотношение попыток к завершенным случаям составляет в нашем исследовании 2,69, тогда как по данным других исследований, число попыток в 5-10 раз превышает число завершенных самоубийств [10]. Исходя из этого, взяв за основу завершённые случаи, можно предположить, что реальное количество суицидальных попыток в Одессе от 800 до 1800 случаев в год, в то время как регистрируется 400-600 случаев.

Кратко характеризуя регион, следует отметить, что общая численность населения в городе Одессе (по данным на 2011 г.) 1010 тыс. человек.

Одесская область по площади относится к крупнейшим в Украине, г. Одесса по экологическому состоянию и социально - экономическому развитию характеризуется относительно благополучными показателями.

Результаты и их обсуждение.

Вначале целесообразно проанализировать данные об общем числе суицидальных попыток и суицидов (табл. 1, рис. 1).

Обращает на себя внимание тот факт, что динамика суицидальных попыток почти полно-

стью соответствует таковой для завершённых суицидов, за исключением 2005, 2009 и 2011 годов, когда отмечена разнонаправленность данных (рис. 1). Совпадение общего тренда (снижение, начиная с 2002 г.) для попыток и завершённых суицидов свидетельствует о том, что эти проявления суицидального поведения зависят от неких общих действующих факторов, присутствующих в обществе.

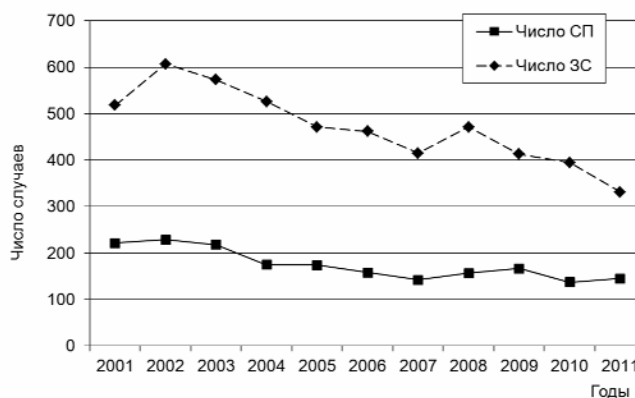


Рис. 1. Динамика суицидальных проявлений в г. Одессе с 2001 по 2011 гг.

Далее были проанализированы данные в разрезе гендерных различий (табл. 2).

Таблица 2

Количество суицидальных попыток и самоубийств среди мужчин и женщин

Пол	Число случаев, абс.		
	Попытки	Суициды	Соотношение попытки/суициды
Мужчины	2477	1476	1,68
Женщины	2705	448	6,04
Соотношение м/ж	0,92	3,29	

Как видно из табл. 1 в городской среде женщины в среднем совершают попытки ненамного чаще, чем мужчины, в то время как мужчины завершают жизнь самоубийством в

3,3 раза чаще, чем женщины. Для суицидального поведения мужчин характерно преобладание попыток над самоубийствами в 1,68 раза, для поведения женщин – в более, чем 6 раз. По сравнению с данными, которые были получены несколько лет назад [1], можно отметить тот факт, что в общем числе и мужчин и женщин уменьшилась доля суицидальных попыток и, соответственно, увеличилась доля завершенных суицидов. Соотношение М : Ж как в случае попыток, так и в случае завершенных суицидов практически не изменилось.

При рассмотрении общего числа случаев попыток и суицидов в гендерном разрезе можно отметить, что как в случае суицидальных попыток (рис. 2), так и в случае завершенных суицидов (рис. 3), у мужчин и у женщин в целом отмечается тенденция к уменьшению суицидальной активности за последние 9-10 лет. Об этом свидетельствуют линии тренда. В то же время, необходимо обратить внимание на подъёмы числа попыток и суицидов в отдельные годы. Так, число попыток среди мужчин и женщин плавно снижалось с 2002 по 2005 г., однако в 2006 и 2008 г. наблюдались заметные подъёмы среди мужчин, а в 2007 и в 2010 г. – среди женщин. Что касается суицидов, то среди женщин имел место кратковременный подъём в 2005 г., а среди мужчин наблюдался значительно более выраженный и длительный подъём с 2008 по 2010 г.

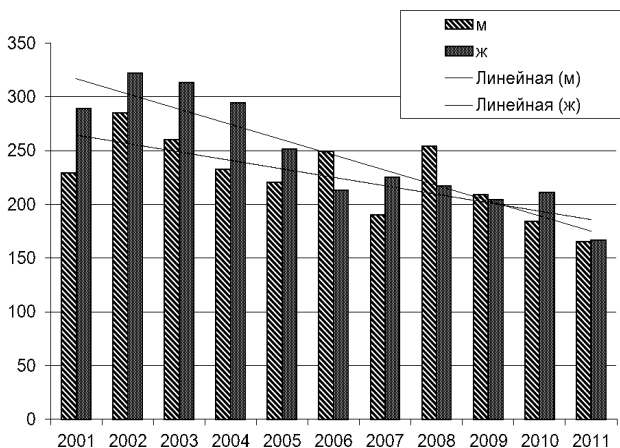


Рис. 2. Случаи суицидальных попыток среди мужчин и женщин в г. Одессе в 2001-2011 годы.

Вероятнее всего отчетливый подъем самоубийств среди мужчин в 2008-2010 гг. связан с кризисными явлениями в экономике Украины, пик которых пришелся на осень 2008 г. В то же время, ранее наш анализ выявил, что некоторый подъем суицидальной активности среди

мужчин начался еще с начала 2008 г., т.е. до начала кризисных явлений [1].

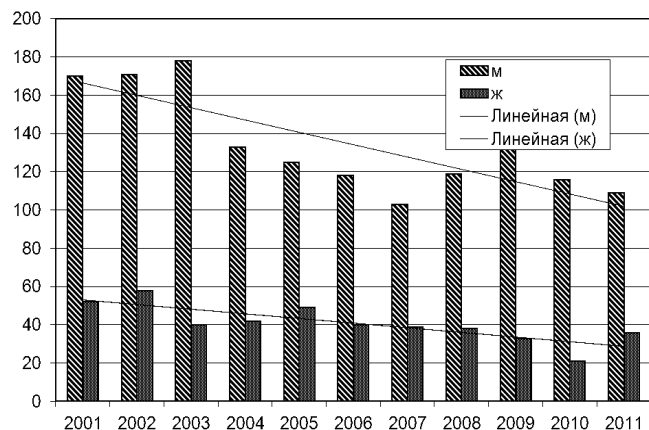


Рис. 3. Случаи самоубийств среди мужчин и женщин в г. Одессе в 2001-2011 годы.

Трудно объяснить наблюдаемый подъем самоубийств среди женщин в 2005 г. при том, что самоубийства среди мужчин снижались с 2003 по 2007 г. Это еще раз подчеркивает, что попытки трактовать наблюдаемые динамические изменения часто бывают либо ошибочными, либо слишком поспешными и необоснованными. Тем не менее, совпадение трендов разных форм суицидального поведения (рис. 2 и 3) указывают на закономерный характер сдвигов – начиная с 2002-2003 гг. суицидальная активность в Одессе снижается, что совпадает с общей статистикой по Украине. Данное обстоятельство можно рассматривать как следствие стабилизации социо-экономической ситуации в стране. Кстати, годы, отмеченные периодами политической нестабильности и высокой протестной активности (президентские выборы 2004 г. – «оранжевая революция», очередные президентские выборы 2010 года), когда СМИ в Украине нагнетали обстановку относительно роста суицидов в стране, являются вполне благополучными, и на них приходится волна снижения суицидальной активности.

Далее проанализированы имеющиеся данные по месяцам и сезонам. Ниже представлены данные по распределению суицидальных попыток (рис. 4) и завершенных суицидов (рис. 5).

Как видно из данных рис. 4 и 5 общее число попыток нарастает в летний период и снижается зимой, минимальные значения наблюдаются в феврале, максимальные – в июле.

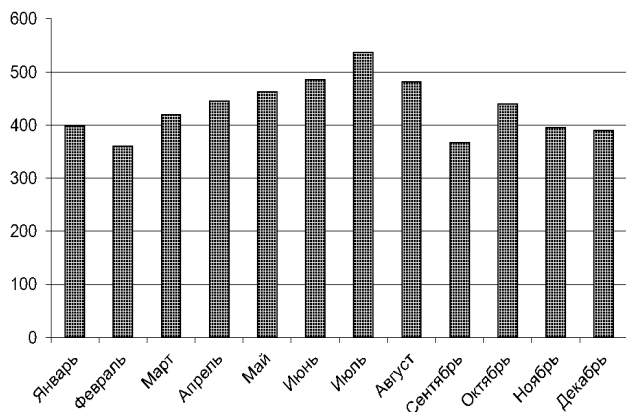


Рис. 4. Распределение суицидальных попыток по месяцам года (среднее за период наблюдения).

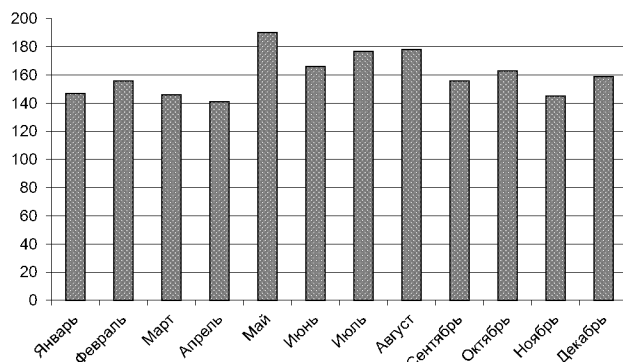


Рис. 5. Распределение случаев самоубийств по месяцам года (среднее за период наблюдения).

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. Вероятнее всего весенне-летний подъем связан с влиянием температуры внешней среды, в то время как осенний – с сезонным аффективным расстройством (осенней депрессией). Сезонность суицидов выявлялась нами и ранее [2, 4] и находит подтверждение в литературе [7, 10, 12]. Однако сезонность суицидальных попыток некоторыми авторами отрицается [7]. Необходимо отметить, что выявленные нами различия между месяцами незначительны и статистически недостоверны. Из-за того, что из года в год картина меняется, наблюдается «сглаживание» усредненных данных. Возможно, следует более детально сопоставлять данные о сезонности с метеорологическими показателями, например, с контрастностью температур, быстротой перехода от прохладного периода к жаркому и т.д. Данные по завершенным суицидам имеют некоторые различия, в частности это резкий

подъем завершенных суицидов в мае. Этот месяц показывает максимальные значения, тогда как в случае попыток максимум приходится на июль. Различие наблюдается также и в минимальных данных, в случае попыток это февраль, в случае завершенных суицидов – апрель. Если рассматривать сезоны года, то динамика абсолютно схожа, за исключением того, что подъем летом значительно более выражен. Такая более общая сезонная закономерность характерна для всех регионов с выраженной широтной сезонностью [7, 10, 12].

Ряд авторов отмечают, что попытки совершаются с большей частотой в определенные дни недели, а также в связи с теми или иными социально значимыми или традиционными датами календаря [10]. Ранее мы наблюдали, что наибольшее число попыток происходит по вторникам, пятницам и воскресеньям, минимальное – по средам и субботам [2]. Данные за более продолжительный срок показывают, что минимум приходится на вторник, затем активность растет до воскресенья, с последующим снижением в понедельник. Завершенные суициды имеют обратную тенденцию – постепенное снижение от понедельника к воскресенью.

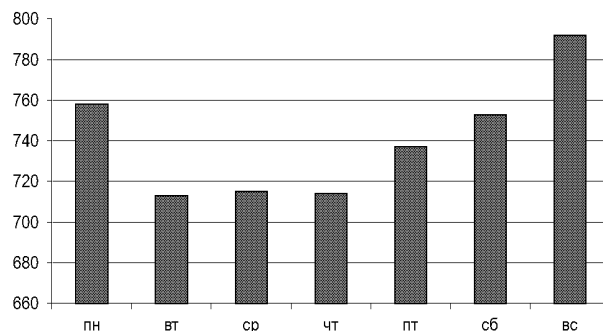


Рис. 6. Распределение суицидальных попыток по дням недели.

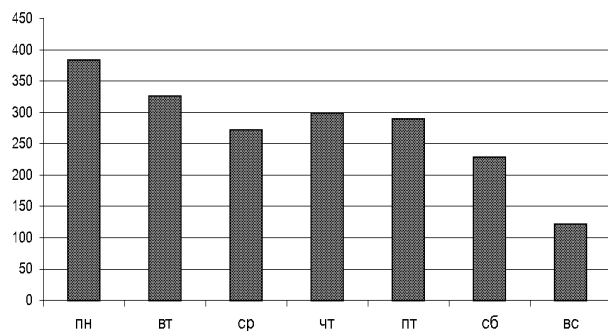


Рис. 7. Распределение завершенных самоубийств по дням недели.

Визуально информацию о распределении по дням недели, можно увидеть на рис. 6 и 7.

Схожие данные по попыткам описаны в литературе [8, 10]. Что касается самоубийств, то на основе анализа большого числа случаев авторы также пришли к выводу, что наибольшее число самоубийств совершается по понедельникам [14].

Определенный интерес представляет время дня, наиболее характерное для суицидальной активности. Учитывая то, что данных о времени совершения самоубийств нет, мы представим данные о времени совершения суицидальных попыток. По времени суток попытки распределяются неоднородно (рис. 8).

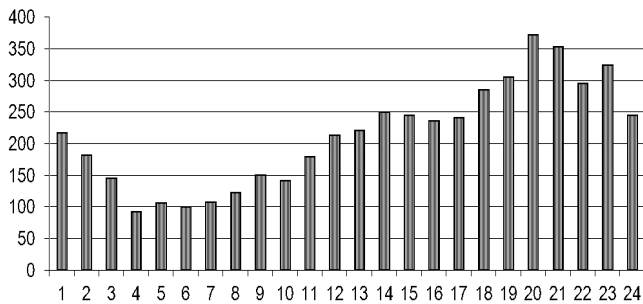


Рис. 8. Распределение суицидальных попыток в г. Одессе по времени суток.

Абсолютный минимум приходится на 4 часа утра, первый незначительный подъем отмечается в 7-9 часов утра, далее достигается довольно высокий уровень с 14 до 15 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.

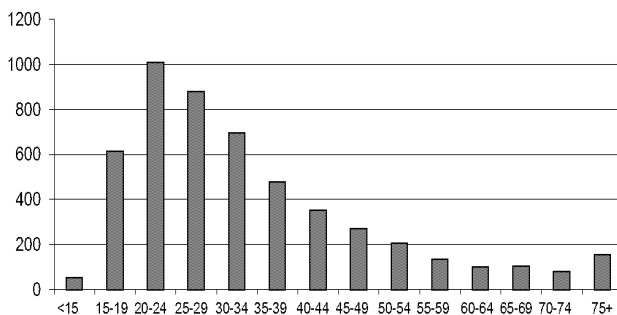


Рис. 9. Распределение случаев попыток по возрастам.

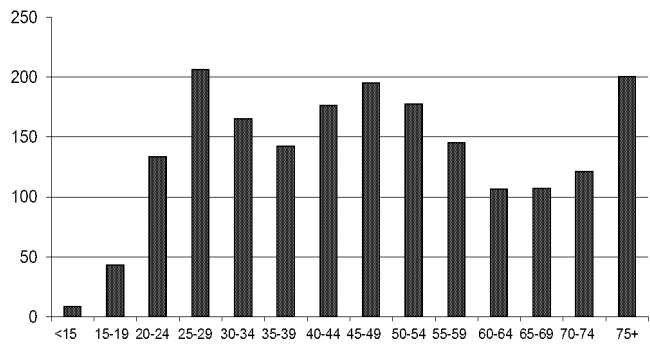


Рис. 10. Распределение случаев самоубийств по возрастам.

Тем не менее ясно, что основная масса вызовов происходит вечером, причем разница между минимальным и максимальным значениями (в 4 часа и 20 часов) четырехкратная.

Далее перейдем к анализу половозрастных характеристик суицидов (рис. 9, 10).

Как видно из представленных суммарных данных (если рассматривать в целом все случаи по городу, принадлежащие обоим полам), основная масса суицидальных попыток (50%) совершается в возрасте от 15 до 29 лет, т.е. молодыми людьми. В более старших возрастных группах число попыток снижается, достигая минимума в возрасте 65-69 лет. При анализе завершенных суицидов можно выделить первый подъем в возрасте 25-29 лет (который одновременно является самым большим значением среди всех возрастных групп), затем следующий подъем в возрастной группе 45-49 и еще один подъем в возрастной группе 75+, который можно объяснить включением в данную группу большого количества возрастов (до 84 лет). В связи с неоднородностью демографической структуры общества, целесообразно провести анализ в указанных возрастных группах в пересчете на 100 тыс. населения для мужчин и женщин отдельно (рис. 11, 12).

Расчет индексов самоубийств с учетом демографической картины дает более объективную оценку ситуации. При анализе индексов попыток в возрастных группах (рис. 11) заметно, что частота попыток у женщин растет значительно быстрее, чем у мужчин до возраста 20-24 года и затем постоянно снижается до группы 70+, в которой вновь намечается подъем. У мужчин пик приходится на чуть более поздний возраст (25-29 лет), затем снижается до 60-64 лет и вновь идет вверх в группе 65-70 лет.

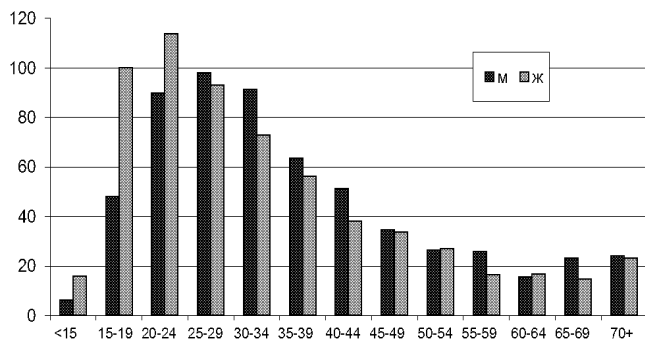


Рис. 11. Индексы суицидальных попыток среди мужчин и женщин (на 100000 живущих в каждой возрастной группе).

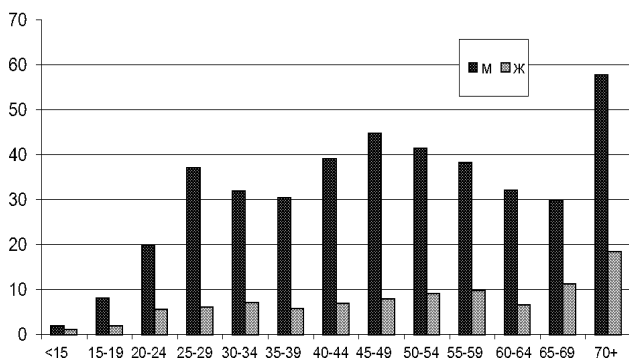


Рис. 12. Индексы завершённых самоубийств среди мужчин и женщин (на 100000 живущих в каждой возрастной группе).

При анализе завершённых суицидов среди мужчин и женщин при расчете на 100000 населения более заметна значительная разница в суицидальной активности между мужчинами и женщинами. Так в группе 25-29 лет суицидов среди мужчин больше в 6,6 раз, в группе 45-49 лет – в 5,5 раза. Можно заметить еще один тревожный факт, выявляемый при сравнении с нашей работой [3]. Если в 2000-2001 гг. возрастная группа мужчин 25-29 лет ничем особенно не выделялась, сейчас эта группа имеет четкий пик, что говорит об увеличении доли молодых мужчин, совершающих самоубийства. Это тенденция последних лет. У женщин индексы самоубийств свидетельствуют о нарастании суицидальной активности начиная с 15 лет до возраста 30-34 г, после чего наблюдается спад и последующее нарастание до возраста 50-59 лет. Далее вновь наблюдается спад и дальнейший рост до позднего возраста 75+. У мужчин можно выделить несколько критических возрастных периодов – 25-29, 45-49 и 70+. Максимальный уровень самоубийств у обоих полов наблюдается в позднем возрасте.

Из рисунков 11 и 12 также 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 мы наблюдаем в этой же популяции при анализе завершённых самоубийств (значительное преобладание мужских самоубийств над женскими, максимум среди мужчин в среднем возрасте и т.д.). Данный факт хорошо документирован в суицидологии и многими авторами расценивается как свидетельство того, что контингенты самоубийц и лиц, совершающих попытки, хотя и частично перекрываются, на самом деле представлены разными людьми [5]. Это не отменяет то положение, что суицидальная попытка является фактором риска завершённого суицида.

Здесь уместно сравнить наблюдаемые в Одессе абсолютные значения индексов самоубийств с данными других стран и регионов. Данные за 2011 год позволяют получить усредненный уровень для всего населения Одессы – 14,4 на 100000. Такой показатель относится к среднему, т.е. относительно благополучному уровню суицидов согласно классификации ВОЗ (от 10 до 20 на 100000) и примерно соответствуют среднепопуляционному уровню суицидов в Молдове, Сербии и Хорватии. В то же время, следует иметь в виду, что мы изучали городское население, поскольку только для городского населения имеются сопоставимые данные по попыткам и завершённым самоубийствам. В связи с этим необходимо отметить, что по данным судебно-медицинского бюро уровень завершённых суицидов в Одесской области составляет 46,6 на 100000, т.е. примерно в 3 раза выше, чем в городе. Преобладание сельских самоубийств над городскими в последние годы характерно как для постсоветских стран, так и для стран Запада [9, 13].

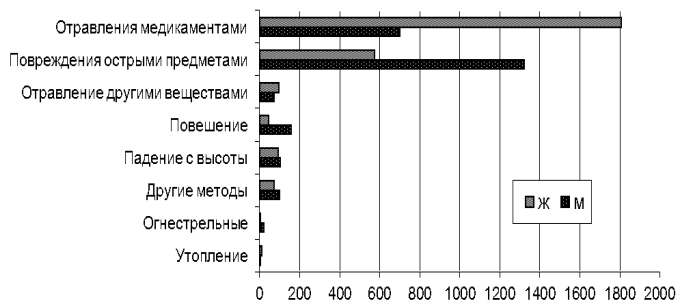


Рис. 13. Способы суицидальных попыток среди мужчин и женщин.

Имеющиеся данные также позволяют проанализировать способы самоповреждений. Анализ способов дает представление о наиболее приемлемых в данном социуме средствах самоубийств. Ниже представлены данные по способам суицидальных попыток и завершённых суицидов среди мужчин и женщин (рис. 13, 14). Как видно из рис. 13 основную массу попыток (48%) составляют отравления медикаментами, далее следуют самопорезы, в основном в области предплечий (37%). Вместе эти два метода составляют подавляющее большинство (85%) и характеризуются в суицидологии как «неагрессивные» [6]. Эти два метода имеют явно выраженную гендерную направленность – мужчины предпочитают повреждения острыми предметами, женщины – отравление медикаментами. В этих случаях есть больший промежуток времени, когда человеку можно оказать помощь. Такие методы как отравления другими веществами (преимущественно препаратами бытовой химии), попытки повешения и падения с высоты составляют каждый небольшую часть от общего числа. Попытки, связанные с огнестрельным оружием и утоплением, крайне редки. Некоторое количество составляют так называемые «другие методы», сюда попадают большей частью экзотические способы, например, повреждения тупыми предметами, инородные тела в глотке и гортани и т.д.

Что касается завершённых суицидов, то здесь 72% составляют самоповешения, наиболее травматичный способ (наравне с падениями с высоты), когда вероятность оказать помощь минимальна. Этот способ преобладает как среди мужчин (76%), так и среди женщин (60%). У женщин заметно больший процент составляют отравления. В связи с этой особенностью суицидального поведения потенциальная эффективность такого широко обсуждаемого на Западе метода превенции как снижение доступности средств самоубийства в нашем обществе представляется низкой.

Таким образом, приведенные данные позволяют составить представление об особенностях суицидального поведения среди населения миллионного города в течение 11 лет постоянного мониторинга. Эти данные, на наш взгляд, представляют ценность с точки зрения выявления наиболее уязвимых возрастных и гендерных групп. Ими являются мужчины в возрасте 25-29, 45-49 и 70 и более лет.

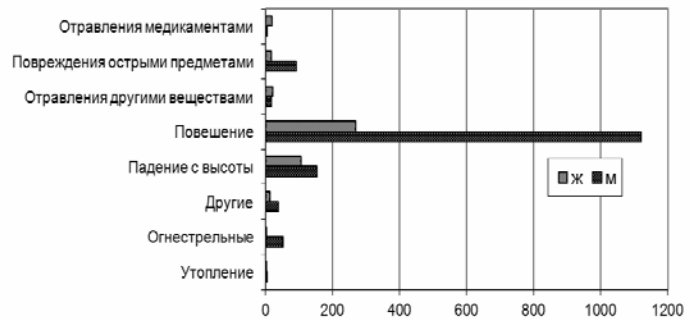


Рис. 14. Способы самоубийств среди мужчин и женщин.

Особое внимание следует обратить на растущее число самоубийств среди молодых мужчин в возрасте 25-29 лет. Это является тенденцией последних лет и отражает «помолодение» самоубийств. Причины наблюдаемых явлений нуждаются в дальнейшем исследовании на междисциплинарном уровне.

Литература:

1. Захаров С.Е., Розанов В.А. Динамика самоубийств и суицидальных попыток в Одессе в 2001-2008 гг. – первые признаки влияния мирового кризиса? // Медична психологія. – 2009. – Том 4, № 4 (16). – С. 38-47.
2. Розанов В.А., Захаров С.Е., Жужуленко П.Г., Кривда Г.Ф. Данные мониторинга суицидальных попыток в г. Одессе за период 2000-2005 гг. // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Том 19, вып. 2. – С. 35-41.
3. Розанов В.А., Захаров С.Е., Кривда Г.Ф., Пироженко Л.А. Завершённые самоубийства в Одесском регионе за период 2000-2002 гг. // Український Вісник Психоневрології. – 2006. – Том 14, вип. 1 (46). – С. 92-95.
4. Розанов В.А., Таран А.В. Характеристика суицидального поведения в связи с факторами внешней среды (мониторинг суицидальных попыток в г. Одессе). – Мат. 7-й междисциплинарной конф. по биол. психиатрии «Стресс и поведение» (Москва, 26-28 февраля 2003 г.). – 2003. – С. 97-98.
5. Смертность российских подростков от самоубийств. Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2011.
6. Суицид – напрасная смерть / Д. Вассерман (ред.), Лондон: Martin Dunitz, 2001. – 246 с.
7. Christodoulou C., Douzenis A., Papadopoulou F.C., Papadopoulou A., Bouras G., Gournellis R., Lykouras L. Suicide and seasonality // Acta Psychiatr. Scand. – 2012. – Vol. 125, № 2. – P.127-146.
8. Johnson H., Brock A., Griffiths C., Rooney C. Mortality from suicide and drug-related poisoning by day

- of the week in England and Wales, 1993-2002 // Health Stat. Q. – 2005. – Vol. 27. – P. 13-16.
9. Kapusta N.D., Zorman A., Etzersdorfer E., Ponochny-Seliger E., Jandl-Jager E., Sonneck G. Rural-urban differences in Austrian suicides // Soc. Psychiatry Epidemiol. – 2008. – Vol. 43, № 4. – P. 311-318.
10. Kerkhof Ad J.F.M. Attempted suicide: patterns and trends. – In: Suicide and attempted suicide / K.Hawton, K. van Heeringen (eds.), N-Y: J. Wiley and Sons, 2000. – P. 49-64.
11. Makinen I.H. Social theories of suicide – In: Wasserman D., Wasserman C. (Eds.) Oxford textbook on suicidology and suicide prevention, Oxford University Press, New-York. – P. 140-147.
12. Młodozieniec A., Brodniak W.A., Polewka A., Bembenek A. Seasonality of suicide in Poland. Analysis of the Main Statistical Office data for the years 1999-2003 // Psychiatr. Pol. – 2010. – Vol. 44, № 1. – P.61-69.
13. Razvodovsky Y., Stickley A. Suicide in urban and rural regions of Belarus, 1990-2005 // Public Health. – 2009. – Vol. 123, № 1. – P. 27-31.
14. Yang, B., Lester, D. Sociology and suicide. – In: D. Lester, Thinking of Suicide, Hauppauge, NY: Nova Science, 2004, Chapter 6. – P. 51-68.

SUICIDE ATTEMPTS AND COMPLETED SUICIDES MONITORING IN ODESSA IN 2001-2011

S.Ye. Zaharov, V.A. Rozanov,
G.F. Kryvda, P.N. Zhuzhulenko

Odessa National Mechnikov University
Odessa Regional Forensic Medicine Bureau
Odessa Municipal Ambulance, Ukraine

The study deals with the suicidal activity of the population of a million city. Long-lasting monitoring data revealed very similar changes of attempted and completed suicides rates over 11 years of monitoring. Rather typical differences between males and females suicidal behaviors are found: higher attempts rates in females and higher completed suicides in males. Methods of attempts and suicides testify that males choose more violent means. During last period growing suicides are registered in males aged 25-29 years.

Key words: suicide, completed suicide

УДК 616.89-008.441.07

СМИ И ПОДРАЖАТЕЛЬНОЕ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ. ЧАСТЬ II. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ САМОУБИЙСТВ: РЕСУРСЫ ПРОФЕССИОНАЛОВ СМИ

Е.Б. Любов

Московский НИИ психиатрии, г. Москва, Россия

Контактная информация:

Любов Евгений Борисович, д.м.н., профессор, руководитель отделения суицидологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Минздравсоцразвития РФ». Телефон: (495) 963-75-72, e-mail: lyubov.evgeny@mail.ru

СМИ как ключевая стратегия осведомления общества играют позитивную роль в просвещении общественности о риске самоубийств и формировании отношения к проблеме суицида. Руководящие принципы работы СМИ для освещения конкретных случаев суицидов могут минимизировать риск подражательных самоубийств и быть полезными для профилактических программ, указывают на необходимость постоянного диалога и взаимодействия со СМИ об ответственных отчетах.

Ключевые слова: самоубийства, профилактика, сообщения СМИ, руководство.

«Способная, беспристрастная, общественно вдохновленная пресса с отточенным рассудком, который будет знать, что такое правильно, и будет иметь мужество следовать этому, сможет сохранить достоинство общества...»

Дж. Пулитцер

Профилактика суицидов в средствах массовой информации (СМИ¹). Риск

подражательных суицидов вслед за соответствующими сообщениями подчеркнул меру ответственности новостей и вымышленных историй в освещении сложной биопсихосоциальной проблемы [52, 58, 101]. Сочетанные и подпадающие модификации при целевых мероприятиях факторы влияния СМИ включают характеристики («агент»), атрибуты физического лица, «хозяина» (читателя, зрителя, слушателя) и социальный контекст сообщения

¹ Средства донесения словесной, звуковой, визуальной информации, постоянно охватывающие большую

аудиторию: печатные издания (газеты, журналы) и электронные СМИ: телевидение, радио, интернет (Википедия).