

В. А. Розанов, С. Е. Захаров, П. Г. Жужуленко, Г. Ф. Кривда
 Институт инновационного и последипломного образования
 Одесского национального университета им. И. И. Мечникова,
 Одесская городская станция скорой медицинской помощи,
 Одесское областное бюро судебно-медицинских экспертиз

ДАНЫЕ МОНИТОРИНГА СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК в г. ОДЕССЕ ЗА ПЕРИОД 2001—2005 гг.¹

Изучение суицидального поведения существенно зависит от качества регистрации соответствующих его проявлений — завершённых самоубийств и суицидальных попыток. 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 социодемографический 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 после попытки совершают самоубийство [1].

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 оценивать изменения индексов парасуицидов во времени и выявившие значительный их подъем в 1985—1995 гг., особенно среди мужчин [2]. Наиболее полную характеристику суицидальных попыток дает единственное в мире объединенное единой методологией многоцентровое исследование, проводимое ВОЗ в Европе [2, 3], участниками которого мы являемся с 2000 г. 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 тыс. для мужчин и 95—540 на 100 тыс. для женщин (данные 1989—1995 гг.) [2, 3].

Нами ранее были представлены данные о социально-демографических характеристиках завершённых самоубийств в Одесском регионе в 2000—2002 гг. [4]. В настоящей работе мы приводим данные о суицидальных попытках в г. Одессе за период с 01.01.2001 г. по 31.12.2005 г. в сопоставительном плане с завершёнными самоубийствами.

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 являлась учетная карточка суицидальной попытки, разработанная для целей данного исследования². Данные о численности населения в г. Одессе по годам предоставлены Одесским областным бюро статистики. Сведения о завершённых суицидах предоставлены 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. Всего в базе данных обработано 2695 случаев за период с 2001 по 2005 гг.

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

Таблица 1

Общие количественные показатели суицидальных попыток в г. Одессе в 2001—2005 гг.

Год	В случаях			На 100 тыс. населения		Соотношение мужчины/женщины	
	всего	мужчины	женщины	мужчины	женщины	случаи	на 100 тыс. населения
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	2695	1229	1466	—	—	—	—
Среднее	539	246 (45,6 %)	293 (54,4 %)	52,34	54,32	0,84	0,96

¹ Результаты работы сотрудничающего Центра Европейской сети ВОЗ по мониторингу и превенции суицидальных попыток (многоцентровое исследование ВОЗ по парасуицидам).

² Авторы выражают искреннюю признательность коллективу врачей и фельдшеров ОГССМП за неоценимую помощь в сборе необходимой информации.

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. населения) 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) [4]. В то же время следует отметить, что выявленная нами общая частота попыток на 100 тыс. населения ниже, чем большинство данных, приведенных в источниках [2, 3], 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 данным, представленным недавно группой исследователей из Канады [5].

Обсуждая наблюдаемые гендерные различия, следует подчеркнуть, что если в случае завершенных самоубийств соотношение мужчины/женщины в г. Одессе за 2000—2002 гг. 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) [3].

Данные таблицы 1 дают возможность наблюдать изменения суицидального поведения населения г. Одессы за последние 5 лет. Так, с 2001 по 2002 г. наблюдалось увеличение числа попыток, максимальный уровень за период мониторинга был достигнут в 2002 г. 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 г. около 20 %, что соответствует примерно 6 % в год (суммарно — в одинаковой степени как для мужчин, так и для женщин). Следует подчеркнуть, что в последнее время общенациональная статистика завершенных самоубийств свидетельствует о постепенном снижении уровня самоубийств, в частности, с 2000 по 2004 г. соответствующие показатели снизились на 22 % [6], т. е. вероятно, мы наблюдаем общее снижение суицидальной активности населения.

Рассмотрим половозрастные различия суицидальных попыток (рис. 1).

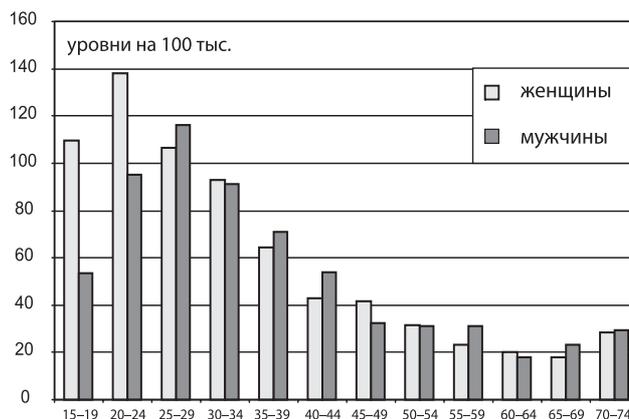
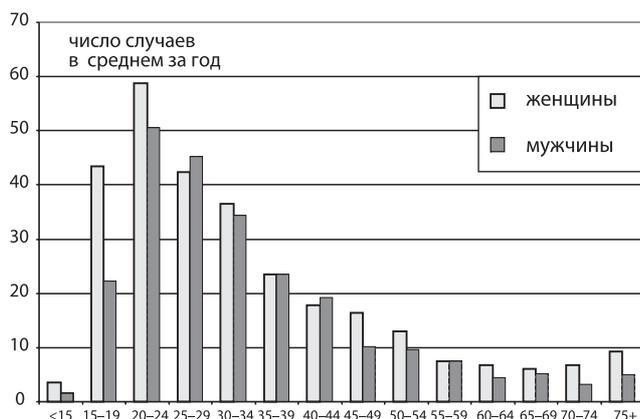


Рис. 1. Половозрастная характеристика суицидальных попыток в случаях (слева) и во взвешенных показателях (справа), среднее за 5 лет наблюдений

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).

Как видно из представленных данных, по числу случаев в год основная масса суицидальных попыток (47 % среди женщин и 53 % среди мужчин) 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, после чего вновь наблюдается незначительный рост у обоих полов. В возрасте от 15 до 19 лет число попыток среди женщин вдвое превышает таковое среди мужчин, в следующих возрастных группах это различие нивелируется (в группе 25—29 лет и 40—44 года число суицидальных 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 преобладает над числом у мужчин.

При пересчете данных на 100 тыс. 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.) [4]. Данный факт описан в суицидологии многими авторами и расценивается как свидетельство того, что контингенты самоубийц и совершающих попытки лишь частично перекрываются и в значительной степени представлены разными людьми [6, 7].

В то же время ряд наблюдаемых закономерностей характерен как для завершенных самоубийств, так и для суицидальных попыток. Это касается, прежде всего,

сезонности. В более ранней работе [4] 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, выявлена в настоящем исследовании (рис. 2).

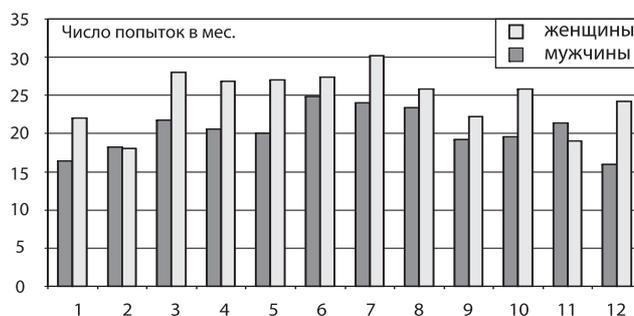
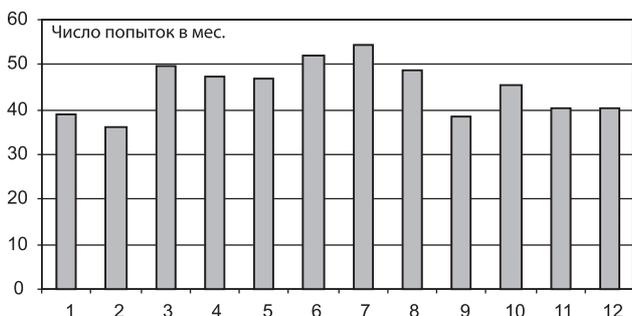


Рис. 2. Распределение среднего числа суицидальных попыток в г. Одессе по месяцам за период наблюдения суммарно (слева) и раздельно для мужчин и женщин (справа)

Как следует из результатов исследования (рис. 2), общее число суицидальных попыток увеличивается в летний период и уменьшается 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. Вероятнее всего весенне-летний подъем связан с влиянием температуры внешней среды, в то время как осенний — с сезонным аффективным расстройством (осенней депрессией). Имеются некоторые особенности сезонности у мужчин и женщин — похоже, что женщины более подвержены сезонности колебаний суицидального поведения. Во всяком случае, весенний подъем у них более выражен, а осенний почти полностью определяется поведением женской популяции. Наблюдаемая сезонность суицидальных попыток выявлялась нами и ранее [8] и находит подтверждение в литературе [2]. 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 работе [9] авторы на материале Гонконга отмечают несоответствие сезонности суицидов и суицидальных попыток, что может быть связано с значительными отличиями в географической широте, а также с вмешательством социокультурного фактора.

Ряд авторов отмечают, что суицидальные попытки совершаются с большей частотой в определенные дни недели, а также в связи с теми или иными социально значимыми или традиционными датами календаря. 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 (см. рис 3).

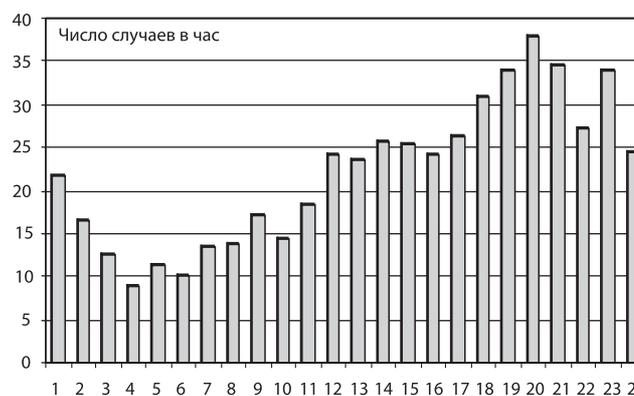
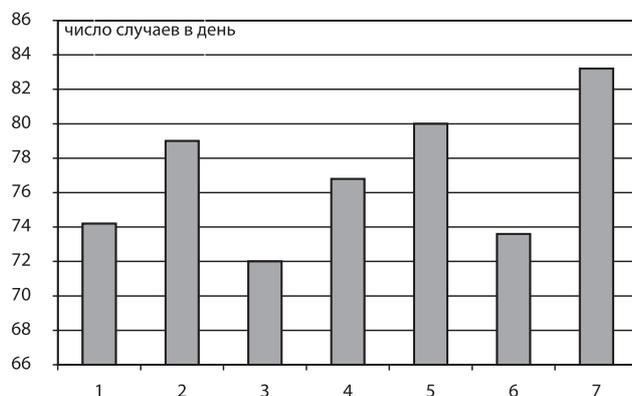


Рис. 3. Среднегодовые показатели распределения общего числа попыток по дням недели и времени суток

Абсолютный минимум приходится на 4 часа утра, первый незначительный подъем отмечается в 7—9 час 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 гендерном аспекте, приведены на рис. 4.

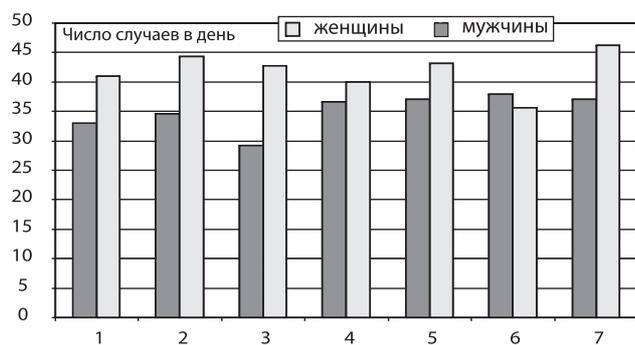


Рис. 4. Среднегодовые показатели распределения общего числа суицидальных попыток по дням недели и времени суток раздельно для мужчин и женщин

Недельный ритм суицидального поведения у обоих полов примерно одинаков, различия касаются только 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 у мужчин имеет место спад. В работе [10] 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 (табл. 2, рис. 5).

Таблица 2
Способы суицидальных попыток среди населения г. Одессы (суммарно за 5 лет наблюдения)

Способы попыток самоубийств	Число случаев		
	всего	мужчины	женщины
Отравления медикаментами	1338	361	977
Повреждения острыми предметами (самопорезы)	937	630	307
Отравления другими веществами	117	48	68
Повешение	116	81	31
Падения с высоты	101	53	48
Другие методы	73	44	29
Огнестрельные ранения	12	11	1
Утопления	6	1	5

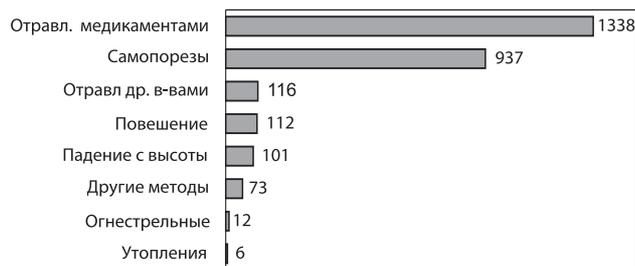


Рис. 5. Распределение по способам попыток самоубийств среди населения г. Одессы (суммарно за 5 лет наблюдения)

В отличие от завершенных самоубийств, где подавляющую массу (81,0 %) составляли самоповешения, далее в убывающем порядке следовали падения с высоты, огнестрельные ранения, самопорезы и т. д., способы попыток распределяются совершенно иначе. Основную массу (49,6 %) составили отравления медикаментами, далее следуют самопорезы в области предплечий (34,8 %). Вместе эти два метода составляют подавляющее большинство (84,4 %). 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 (2,7 %) составляют т. н. «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 способов попыток самоубийств у мужчин и женщин (см. табл. 2, рис. 6).

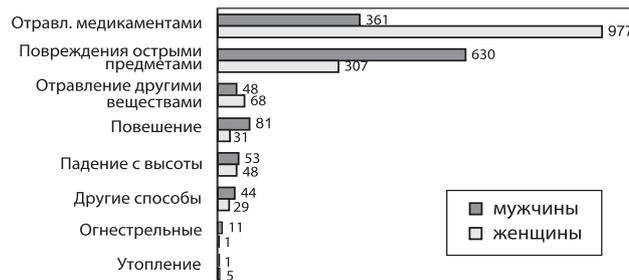


Рис. 6. Способы суицидальных попыток среди мужчин и женщин (суммарно за 5 лет наблюдения)

Как видно из представленных данных, среди женщин отравления медикаментами встречаются почти в три раза чаще, 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 принадлежит им. Среди женщин — большее число утоплений. Эти данные подтверждают, что мужчины избирают более повреждающие способы (это проявляется как при анализе завершенных самоубийств, так и попыток).

В рамках настоящей работы были проанализированы роль алкоголя в таком виде суицидального поведения, как попытка самоубийств, а также процент повторных попыток и завершенных суицидов. Фиксация факта алкогольной интоксикации в момент оказания помощи бригадами скорой помощи осуществляется по симптоматическим признакам, т. е. не вполне объективно, но врачи уделяют этому обстоятельству большое внимание во всех потенциально криминальных случаях, к которым относят и попытки самоубийства, поэтому достоверность и полнота этой информации должна быть велика.

По нашим данным 26,93 % лиц, совершивших суицидальные попытки, находились в состоянии алкогольного опьянения (мужчин — 31,45 %. женщин — 23,19 %). Эта цифра поразительно совпадает с данными Hawton et al. [11], который приводит по данным мониторинга суицидальных попыток в Оксфорде число алкогольных опьянений в пределах 22—26 %. Как и в нашем случае, авторы отмечают, что мужчины потребляют алкоголь до или во время попытки чаще, чем женщины (в нашем случае — в 1,35 раза).

Повторность суицидальных попыток выявляли по базе данных, рассчитывали число дней между первой и второй, третьей, четвертой попыткой.

За весь период наблюдения зарегистрировано 82 повторные попытки самоубийств, что составляет 3 % от общего числа случаев (табл. 3).

Таблица 3

Повторные попытки за 5 лет наблюдения, в т. ч. среди мужчин и женщин

	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

Следует подчеркнуть, что в различных исследованиях процент повторов колебался в значительных пределах — от 42 % (Дания) до 1,4 % (Венгрия) [1]. Уровень выявления повторов значительно колеблется в зависимости от применяемой схемы исследования. При опросе впервые выявленных лиц, совершивших суицидальные 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 распределены практически поровну. Время между первой и второй попыткой колебалось от 1 до 1363 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 завершенных 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 завершенных самоубийств среди контингента ранее совершавших 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 %, [12] а A. Beautrais в Австралии приводит данные о примерно 5 % смертей от самоубийства среди совершивших попытки за 5 лет наблюдения [13]. Мы относим заниженные данные в нашем случае за счет недостатков регистрации данных.

Подводя итог, следует отметить, что проведенное исследование позволяет сделать ряд вполне определенных выводов, а также ставит ряд вопросов. Прежде всего, нами подтверждено, что оценка суицидального поведения по такому показателю как суицидальные попытки дает совершенно иные результаты по сравнению с завершенными самоубийствами. Попытки совершаются мужчинами и женщинами примерно с равной частотой, в основном молодými людьми. Показатель частоты попыток превышает таковой для самоубийств, особенно среди женщин. Весьма незначительный процент тех, кто совершал попытки, в последующем совершают самоубийство. Структура способов суицидальных попыток совершенно иная, преобладают «неагрессивные» методы, в частности, отравления медикаментами. В то же время, сезонность суицидальных действий в случае попыток и завершенных самоубийств довольно близка. Эти особенности самоповреждающего поведения во многом близки к тем закономерностям, которые характерны для западной и восточно-европейской цивилизации, судя по имеющимся в нашем распоряжении публикациям [14—16]. В то же время, наши данные свидетельствуют о том, что различия между контингентами тем тех, кто совершает попытки и кто завершает суицид, весьма значительны.

Мы считаем, что полученные результаты могут быть полезными при разработке стратегий суицидальной превенции применительно к нашим социокультуральным условиям. Довольно низкий процент покончивших с собой из числа совершавших суицидальные 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) по-

моці лицам, совершающим суицидальные попытки и обеспечения доступа к службам, осуществляющим различные психотерапевтические интервенции [6, 7]. 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 в кризисных ситуациях.

Список литературы

1. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behavior. — In: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Ed. Keith Hawton & Kees van Heeringen. — John Wiley & Sons Ltd, 2002. — P. 385—404.
2. Kerkhof A. J. F. M. Attempted suicide: patterns and trends. — Ibid. — P. 49—64.
3. WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Facts and Figures / Ed. U. Bille-Brahe. — WHO, 1999. — 100 p.
4. Розанов В. А., Захаров С. Е., Кривда Г. Ф., Пирожено Л. А. Завершенные самоубийства в Одесском регионе в период 2000—2002 гг. // Український вісник психоневрології. — 2006. — Т. 14, вип. 1 (46). — С. 92—97
5. Alaghebandan R., Gates K. D., MacDonald D. Suicide attempts and associated factors in Newfoundland and Labrador // Can. J. Psychiatry. — 2005. — V. 50, № 12. — P. 762—768.
6. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология, Днепропетровск: Пороги, 2006. — 470 с.
7. Суицид. Напрасная смерть / ред. Данута Вассерман, Тарту: Tartu university press, 2001. — 288 с.
8. 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 февр. 2003). — 2003, с. 97—98.
9. Yip P. S., Yang K. C. A comparison of seasonal variations between suicide deaths and attempts in Hong Kong SAR // J. Affect. Disord. — 2004. — V. 81, No. 3. — P. 251—257.
10. Doganay Z., Sunter A. T., Guz H. et al. Climatic and diurnal variations in suicide attempts in the ED // Am. J. Emerg. Med. — 2003. — V. 21, No. 4. — P. 271—275.
11. Hawton K., Fagg J., Simkin S. et al. Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985—1995 // Br. J. Psychiatry. — 1997. — V. 171. — P. 556—560.
12. 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. — V. 62, № 6. — P. 419—421.
13. Beautrais A. L. Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5-year follow-up // Aust. N. Z. J. Psychiatry. — 2003. — V. 37, № 5. — P. 595—599.
14. Lester D., Yang B. Suicide and homicide in the twentieth century: changes over time. — Commack, NY: Nova Science. — 1998.
15. Polewka A., Groszek B., Targosz D. et al. The frequency of suicide attempts depending on gender/age structure // Przegl. Lek. — 2004. — V. 61, No. 4. — P. 265—268.
16. Polewka A., Bolechała F., Kołodziej J., et al // Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults in Krakow in the years 2002—2003. — Przegl. Lek. — 2005. — V. 62, № 6. — P. 422—4266.

Надійшла до редакції 25.07.2007 р.

В. А. Розанов, С. Е. Захаров, П. Г. Жужуленко, Г. Ф. Кривда **Мониторинг суїцидальних спроб у м. Одесі** **за період 2001—2005 рр.**

*Інститут інноваційної та післядипломної освіти
Одеського національного університету ім. І. І. Мечникова,
Одеська міська станція швидкої медичної допомоги,
Одеське обласне бюро судово-медичних експертиз*

У статті наведено дані моніторингу суїцидальних спроб у м. Одесі за період з 2001 по 2005 р. Дослідження проведено у межах Європейської мережі моніторингу та превенції суїцидальних спроб ВООЗ. Проведено аналіз даних з урахуванням загальної кількості та рівнів на 100 тис. населення, серед чоловіків та жінок, для різних вікових груп та у порівняльному аспекті з завершеними самогубствами. Виявлено, що майже половину спроб (47 % у жінок та 53 % у чоловіків) було скоєно молодими особами (до 29 років). Також висвітлені основні методи суїцидальних спроб, які суттєво відрізняються від тих, що використовуються у випадках завершених самогубств. У 26 % випадків особи, що скоїли суїцидальні спроби, були у стані алкогольної інтоксикації. У 3 % випадків виявлено повторні спроби. Результати дослідження обговорюються з позицій того, як вони можуть бути використані для розробки основних положень національної стратегії суїцидальної превенції.

V. A. Rozanov, S. E. Zaharov, P. N. Zhuzhulenko, G. F. Krivda **Suicide attempts monitoring in the city of Odesa** **for the period of 2001—2005**

*Institute of Innovation and Postgraduate Education
of the Odesa National University named after Mechnikov,
Odesa municipal Station of first aid,
Odesa Regional Forensic Medicine Bureau*

Results of suicide attempts monitoring in the city of Odesa 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 some known facts about differences in gender and age patterns of attempted and completed suicide. 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 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 main risk groups and formulating goals of the National Strategy for Suicide Prevention.