

Научная статья

УДК 614.2

doi:10.25742/NRIPH.2022.04.002

Немая эпидемия мужских самоубийств: региональный аспект

Евгения Сергеевна Носова

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва, Российская Федерация;
Калужская областная психиатрическая больница им. А. Е. Лифшица, г. Калуга, Российская Федерация
nosova.evgenya@lenta.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8275-7749>

Аннотация. Мероприятия по предотвращению мужских самоубийств могут существенно сократить общие показатели суицидальной смертности. Настоящее исследование, проведенное на региональном уровне, формирует общее представление о мужчинах, как группе риска и задает направление для возможных профилактических мероприятий. С использованием материалов ТОФС ГС «Калугастат» и применением программы Microsoft Excel осуществлен анализ динамических рядов и регрессионный анализ показателей мужской суицидальной смертности в Калужской области. Общее число самоубийств за изученный период составило 3251, из них мужских — 83,9% (2728), что обусловило абсолютное превосходство мужских суицидов во всех районах Калужской области. В 2003 г. сверхвысокие показатели суицидальной смертности наблюдались в 23 районах из 26, в 2018 г. — лишь в 8, при этом в 7 районах мужских самоубийств зарегистрировано не было. 65,9% всех погибших за исследованный период мужчин — горожане, при этом частота суицидов у мужчин ощутимо выше в сельской местности. Большая часть мужских самоубийств происходит в трудоспособном возрасте, в данной когорте на 1 женский суицид приходится 8 мужских. Локальные показатели мужской суицидальной смертности обращают наше внимание на необходимость совершенствования кризисной помощи данной группе населения.

Ключевые слова: мужские самоубийства, профилактика, общественное здоровье, суицидальная смертность.

Для цитирования: Носова Е. С. Немая эпидемия мужских самоубийств: региональный аспект // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2022. № 4. С. 11–14. doi:10.25742/NRIPH.2022.04.002.

Original article

The silent epidemic of male suicides: a regional aspect

Evgeniia S. Nosova

N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russian Federation;
Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Kaluga, Russian Federation
nosova.evgenya@lenta.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8275-7749>

Abstract. Measures to prevent male suicides can significantly reduce the overall rates of suicide mortality. The present study of male suicides at the regional level forms a general idea of men as at risk group and sets the direction for possible preventive measures. Time series analysis and regression analysis of indicators of male suicidal mortality in the Kaluga region were carried out using the materials of the Regional statistical bureau «Kalugastat» and the Microsoft Excel. The total number of suicides during the studied period was 3251, of which 83.9% (2728) were male, which led to the absolute superiority of male suicides in all districts of the Kaluga region. In 2003, extremely high rates of suicide mortality were observed in 23 out of 26 districts, in 2018 — only in 8 districts, while no male suicides were registered in 7 districts. 65.9% of all men who committed suicide during the studied period were urbanites, while the frequency of suicide per 100 000 among men is significantly higher in rural areas. The majority of male suicides occur at the working age, in this cohort there are 8 male suicides for 1 female. Local indicators of male suicide mortality draw our attention to the crisis care improvement for this population group.

Key words: male suicides, prevention, public health, suicide mortality.

For citation: Nosova E. S. The silent epidemic of male suicides: a regional aspect. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health*. 2022;(4):11–14. (In Russ.). doi:10.25742/NRIPH.2022.04.002.

Введение

Согласно данным Глобальной обсерватории ВОЗ показатели мужских суицидов в среднем в два-три раза превышают женские в большинстве стран мира¹ при более высокой частоте суицидальных мыс-

лей у женщин [1,2]. Среди факторов, объясняющих «гендерный парадокс», более импульсивная природа поведения мужчин и выбор летальных, жестоких методов [3], недиагностированные психические расстройства [4], в частности алкогольная зависимость [5], трудности, возникающие у мужчин при обращении за специализированной психиатрической помощью [6]. Сюда же можно отнести уязвимость перед рядом социально-экономических факторов, та-

¹ [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-\(per-100-000-population\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/age-standardized-suicide-rates-(per-100-000-population)) (дата обращения 25.10.21)

ких, как доход, благосостояние и рабочий статус [7], а также традиционно маскулинный, стоический тип поведения, ограничивающий эмоциональные проявления [8,9]. Неудачи, поражения, проблемы на пути к достижению целей, депрессия — независимые факторы риска суицидального поведения у мужчин в сравнении с женщинами [10].

Совершившие попытки мужчины чаще являются сторонниками традиционных мужских норм [11]. Отмечено, что агрессивные модели поведения и самостоятельность связаны с сообщениями о суицидальных мыслях [12]. В исследовании Andoh-Arthur et al. мужским суицидам способствовали переживание стыда, связанные с потерей экономического контроля, нарушением патриархальных норм и угрозой сексуальной компетентности [13]. По мнению Vörös et al. портрет типичного суицидента выглядит следующим образом: мужчина, безработный, холостяк и никогда не был женат, живет один, отдает предпочтение насильственному методу самоубийства [5].

Суицидальное поведение у мужчин тесно ассоциируется с представлениями о самоубийстве, как о героическом акте, запретом на проявления слабости и необходимостью скрывать отчаяние при утрате всякой надежды за маской благополучия [14].

В ряде отечественных работ, посвященных эпидемиологическим и клинико-социальным особенностям суицидов показано доминирование мужских суицидов [15,16], однако, все еще мало подобных узких исследований на уровне регионов.

Целью данного исследования является анализ мужской суицидальной смертности в Калужской области (далее — КО), выделение районов области с высокими показателями и формирование общего представления о мужском населении, как группе риска самоубийств, требующей первоочередных интервенций.

Материалы и методы

Использованы материалы ТОФС ГС «Калуга-стат» по естественному движению населения КО с 2003 по 2018 гг., с помощью программы Microsoft Excel осуществлен анализ динамических рядов и регрессионный анализ показателей мужской суицидальной смертности за изученный период.

Результаты

Общее число самоубийств за изученный период составило 3251, из них мужских — 83,9% (2728). Соотношение мужских и женских самоубийств в абсолютных числах составило 5:1, обусловив абсолютное превосходство мужских суицидов во всех районах КО.

Коэффициенты мужской суицидальной смертности (далее — КСС) позволяют распределить все районы КО на 4 группы: низкий уровень (от 0 до 9 на 100 тыс. нас.), средний (от 10 до 19 на 100 тыс. нас.), высокий (от 20 до 29 на 100 тыс.нас.) и сверхвысокий (более 30 на 100 тыс.нас.) (таблица 1).

В 2003 г. в 23 районах из 26 наблюдались сверхвысокие показатели суицидальной смертности, в

Таблица 1

Распределение районов КО по КСС у мужчин в 2003 и 2018 гг., количество случаев на 100 000 нас.

КСС	Район КО
2003	
Низкий	ГО Обнинск (4,1)
Средний	—
Высокий	Износковский (28,8), Ульяновский (25,5)
Сверх-высокий	ГО Калуга (38,4), Бабынинский (38,9), Баятинский (137,9), Боровский (47,3), Дзержинский (27,9), Думиничский (122,2), Жиздринский (118,4), Жуковский (42,3), Кировский (78,0), Козельский (104,9), Куйбышевский (70,3), Людиновский (61,7), Малоярославецкий (97,8), Медынский (58,5), Мещовский (67,6), Мосальский (86,4), Перемышльский (62,9), Спас-Деменский (46,2), Сухиничский (96,3), Тарусский (70,5), Ферзиковский (153,1), Хвастовичский (103,6), Юхновский (134,4)
2018	
Низкий	Боровский (9,9), Баятинский (н/о), Жиздринский (н/о), Жуковский (н/о), Износковский (н/о), Людиновский (н/о), Медынский (н/о), Перемышльский (н/о),
Средний	ГО Калуга (19,5), ГО Обнинск (15,0), Мещовский (16,8), Тарусский (14,4)
Высокий	Кировский (21,4), Козельский (28,2), Мосальский (25,3), Сухиничский (27,4), Ферзиковский (22,9), Хвастовичский (20,9)
Сверх-высокий	Бабынинский (47,5), Дзержинский (39,4), Думиничский (45,1), Куйбышевский (55,8), Малоярославецкий (43,9), Спас-Деменский (60,9), Ульяновский (61,5), Юхновский (40,6)

2018 г. такие уровни отмечались лишь в 8 районах, в 7 районах области мужских самоубийств в 2018 г. не зарегистрировано. Тем не менее, более чем в половине районов Калужской области КСС у мужчин по-прежнему превышают критическую отметку по ВОЗ в 20 случаев на 100 000 нас., подразумевая неблагоприятие в вопросах психического здоровья и социального климата.

Общий показатель КСС у мужчин изменяется от сверхвысокого в 2003 г. до высокого спустя 16 лет. При изучении динамики уровней суицидов за определенный отрезок времени сделано предположение о существовании линейного тренда смертности от самоубийств у мужского населения (рис. 1).

На основании анализа графика выбрана квадратичная модель. Таким образом, зависимость КСС (y) от временного показателя x будет задаваться следующим уравнением:

$$y = 0,068x^2 - 3,3084x + 58,296.$$

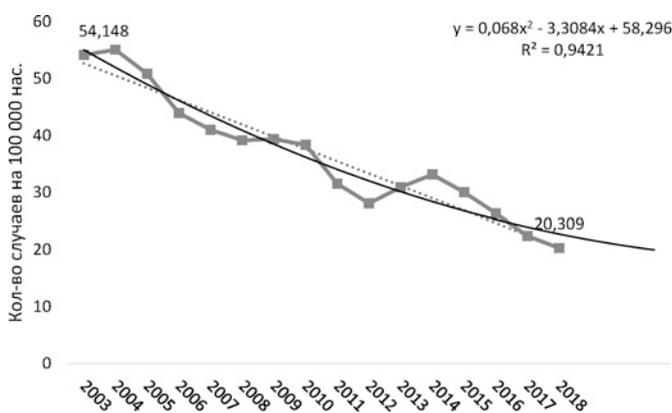


Рис. 1. Динамика показателей суицидальной смертности мужчин в КО с 2003 по 2018 гг., кол-во случаев на 100 тыс. нас.

Таблица 2

Показатели мужской суицидальной смертности в КО, в разрезе
город/село, 2003—2018 гг.

Год	Город		Село	
	количество случаев	количество случаев на 100 000 нас.	количество случаев	количество случаев на 100 000 нас.
2003	148	41,870	108	90,518
2006	124	35,495	81	69,046
2009	126	36,302	57	48,374
2012	89	25,597	41	35,468
2015	98	27,903	42	36,486
2018	67	19,118	28	23,869
Показатель наглядности 2018/2003	37,821%	38,731%	25,926%	26,369%

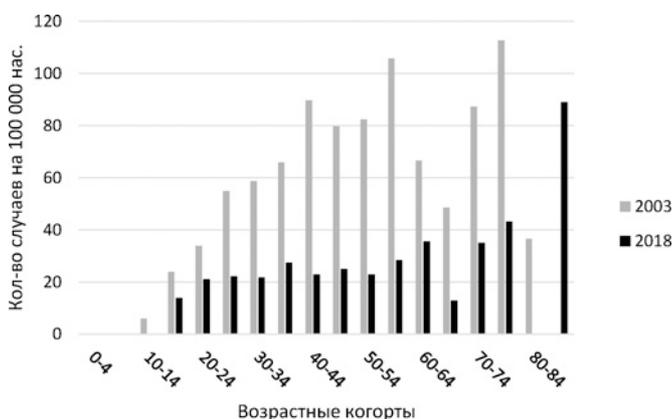


Рис. 2. Распределение показателей КСС в различных возрастных когортах мужского населения КО в 2003 г. и 2018 г., кол-во случаев на 100 тыс. населения.

F-критерий Фишера был использован для оценки значимости коэффициентов данного уравнения. Фактическое значение $F_{\text{факт}} = 176,56$. Критическое значение F-критерия Фишера со степенями свободы $k_1 = 1$ и $k_2 = 14$ для уровня значимости $\alpha = 0,05$, $F_{\text{табл}} = 4,6$. Поскольку $F_{\text{факт}} > F_{\text{табл}}$, то коэффициент детерминации значим статистически: оценка уравнения регрессии является статистически надежной и указывает на вероятное дальнейшее снижение КСС мужского населения региона при сохранении заданных условий.

65,9% всех погибших за исследованный период мужчин — горожане, при этом КСС у мужчин ощутимо выше в сельской местности. Анализ динамических рядов по признаку места жительства указывает на выраженное снижение как абсолютных, так и относительных показателей и в городе, и на селе, при сохранении КСС на высоком уровне (таблица 2).

Проанализированы показатели мужских самоубийств в возрастных когортах (рис.2).

Несмотря на снижение КСС практически во всех возрастных когортах, большая часть мужских самоубийств происходит в трудоспособном возрасте: 78% случаев за исследованный период. При этом в когорте трудоспособного возраста на 1 женское самоубийство приходится 8 мужских. В совокупности за изученные 16 лет наибольшее количество смертей зарегистрировано в следующих возрастных интервалах: 20—29 лет (454 случая), 30—39 лет (527

случаев), 40—49 лет (565 случаев) и 50—59 лет (518 случаев).

Выводы

Мужские суициды вносят весомый вклад в показатели мужской смертности при отсутствии должного внимания к этой проблеме, что позволяет назвать их «немой эпидемией» [17]. Тот факт, что большинство суицидов совершают мужчины, красноречиво свидетельствует: предотвращение самоубийств — это в первую очередь предотвращение мужских самоубийств.

В то время, как основной массив исследований посвящен отказу мужчин от специализированной помощи, River J. отмечает, что большинство обследованных мужчин, совершивших попытку, искали медицинскую помощь, но вынуждены были отвергнуть услуги, которые стигматизировали эмоциональный стресс и определяли суицидальное поведение как психическое заболевание [18]. Т.о. распространение позитивных знаний по психическому здоровью, кампании по дестигматизации, поощряющие обращение мужчин за помощью², играют ключевую роль в вопросах предотвращения мужских самоубийств, наряду с решением социально-экономических вопросов и организацией комфортного пространства для безопасного раскрытия эмоций [13].

Повышение общественной настороженности осуществляется путем распространения информации в местах наибольшего контакта с мужчинами: спортивные клубы, профессиональные сообщества, пабы — это должно привлечь мужчин среднего и молодого возраста. Возможны публикации информационного характера в мужских журналах, в т.ч. и деловых. Подобные сообщения составляются с привлечением специалистов в области психического здоровья и призваны не только распространять информацию о знаках суицидального поведения, но и освещать возможности получения помощи, необходимость лечения депрессии и зависимости от ПАВ³.

Стоит упомянуть инструктажи и тренинги для сотрудников системы социального обеспечения, особенно бирж труда с целью повышения готовности персонала к идентификации и поддержке уязвимых лиц⁴.

С учетом гендерной специфики заключенных⁵ не менее актуальными являются программы предотвращения суицидов в местах лишения свободы: инструменты оценки риска, мероприятия по выявлению склонных к потреблению ПАВ, доступ к кризисным сервисам, обучение лиц из числа заключенных основам диагностирования суицидального поведения и оказания помощи.

Все описанное выше не исключает необходимости проведения универсальных мероприятий по

² <https://www.mindbank.info/item/269> (дата обращения 09.11.21)

³ <https://www.mindbank.info/item/6336> (дата обращения 09.11.21)

⁴ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK109917/> (дата обращения 09.11.21)

⁵ <https://fsin.gov.ru/structure/inspector/iao/statistika/Kratkaya%20har-ka%20UIS/> (дата обращения — 06.11.21)

профилактике, координации работы скоромощных подразделений, улучшения качества оказания психиатрической помощи, регулярного пополнения знаний о группах риска, сотрудничества с полицией.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(6):484—485.
2. Villanueva P., Arteaga A., Fernández-Montalvo J. Gender Differences in Risk Factors Related to Suicidal Ideation Among Callers to Telephone Helplines in Spain. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2019;23(4):605—615.
3. Kocić S., Radovanović S., Vasiljević D. et al. Sex as Suicidal Risk Factor. *Medicinski pregled*. 2012;65(9—10):415—420.
4. Keohane A., Richardson N. Negotiating Gender Norms to Support Men in Psychological Distress. *American journal of men's health*. 2018;12(1):160—171.
5. Vörös V., Osváth P., Fekete S. Nemi különbségek a szuicid viselkedésben [Gender differences in suicidal behavior]. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakológiai Egyesület lapja — official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*. 2004;6(2):65—71.
6. Rice S. M., Purcell R., McGorry P. D. Adolescent and Young Adult Male Mental Health: Transforming System Failures Into Proactive Models of Engagement. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2018;62(3S):9—17.
7. Sher L. Per capita income is related to suicide rates in men but not in women. *The Journal of Men's Health & Gender*. 2006;(3):39—42.
8. Cleary A. Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social science & medicine*. 2012;74(4):498—505.
9. Möller-Leimkühler A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2003;253(1):1—8.
10. Dhingra K., Debowska A., Boduszek D. et al. Gender Differences in Risk and Protective Factors for Resolved Plans and Preparations for Suicide among University Students. *Suicidology Online*. 2016;(7):73—82.
11. Houle J., Mishara B. L., Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of affective disorders*. 2008;107(1—3):37—43.
12. King T. L., Shields M., Sojo V. et al. Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):228.
13. Andoh-Arthur J., Knizek B. L., Osafo J. et al. Suicide among men in Ghana: The burden of masculinity. *Death studies*. 2018;42(10):658—666.
14. Rasmussen M. L., Haavind H., Dieserud G. Young Men, Masculinities, and Suicide. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2018;22(2):327—343.
15. Войцех В. Ф. Динамика суицидов в регионах России. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2008;(1):81—88.
16. Арсланов Р. М., Шарафутдинова Н. Х., Борисова М. В. и др. Динамика смертности от суицидов в республике Башкортостан. *Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2017;(7):6—10.
17. Sher L. Men's mental health and suicide. *Psychiatria Danubina*. 2014;26(3):298.
18. River J. Diverse and Dynamic Interactions: A Model of Suicidal Men's Help Seeking as It Relates to Health Services. *American journal of men's health*. 2018;12(1):150—159.

REFERENCES

1. Hawton K. Sex and suicide. Gender differences in suicidal behavior. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(6):484—485.
2. Villanueva P., Arteaga A., Fernández-Montalvo J. Gender Differences in Risk Factors Related to Suicidal Ideation Among Callers to Telephone Helplines in Spain. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2019;23(4):605—615.
3. Kocić S., Radovanović S., Vasiljević D. et al. Sex as Suicidal Risk Factor. *Medicinski pregled*. 2012;65(9—10):415—420.
4. Keohane A., Richardson N. Negotiating Gender Norms to Support Men in Psychological Distress. *American journal of men's health*. 2018;12(1):160—171.
5. Vörös V., Osváth P., Fekete S. Nemi különbségek a szuicid viselkedésben [Gender differences in suicidal behavior]. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakológiai Egyesület lapja — official journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*. 2004;6(2):65—71.
6. Rice S. M., Purcell R., McGorry P. D. Adolescent and Young Adult Male Mental Health: Transforming System Failures Into Proactive Models of Engagement. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*. 2018;62(3S):9—17.
7. Sher L. Per capita income is related to suicide rates in men but not in women. *The Journal of Men's Health & Gender*. 2006;(3):39—42.
8. Cleary A. Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social science & medicine*. 2012;74(4):498—505.
9. Möller-Leimkühler A. M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2003;253(1):1—8.
10. Dhingra K., Debowska A., Boduszek D. et al. Gender Differences in Risk and Protective Factors for Resolved Plans and Preparations for Suicide among University Students. *Suicidology Online*. 2016;(7):73—82.
11. Houle J., Mishara B. L., Chagnon F. An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of affective disorders*. 2008;107(1—3):37—43.
12. King T. L., Shields M., Sojo V. et al. Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males. *BMC psychiatry*. 2020;20(1):228.
13. Andoh-Arthur J., Knizek B. L., Osafo J. et al. Suicide among men in Ghana: The burden of masculinity. *Death studies*. 2018;42(10):658—666.
14. Rasmussen M. L., Haavind H., Dieserud G. Young Men, Masculinities, and Suicide. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*. 2018;22(2):327—343.
15. Wojciech V. F. Dynamics of suicides in the regions of Russia. *Social and clinical psychiatry [Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya]*. 2008;(1):81—88. (in Russian)
16. Arslanov R. M., Sharafutdinova N. Kh., Borisova M. V. et al. Dynamics of suicide mortality in the Republic of Bashkortostan. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health. [Byulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko]*. 2017;(7):6—10.
17. Sher L. Men's mental health and suicide. *Psychiatria Danubina*. 2014;26(3):298.
18. River J. Diverse and Dynamic Interactions: A Model of Suicidal Men's Help Seeking as It Relates to Health Services. *American journal of men's health*. 2018;12(1):150—159.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

The author declares no conflicts of interests.

Статья поступила в редакцию 30.06.2022; одобрена после рецензирования 03.08.2022; принята к публикации 01.09.2022.

The article was submitted 30.06.2022; approved after reviewing 03.08.2022; accepted for publication 01.09.2022.