

## **ЛИЦА С УСТАНОВЛЕННЫМ ПСИХИАТРИЧЕСКИМ ДИАГНОЗОМ СРЕДИ ПОКОНЧИВШИХ С СОБОЙ ПОСРЕДСТВОМ САМОПОВЕШЕНИЯ И ПАДЕНИЯ С ВЫСОТЫ (НА ПРИМЕРЕ РЯЗАНИ, РЯЗАНСКОГО И РЫБНОВСКОГО РАЙОНОВ)**

*А.В. Меринов, З.Е. Газарян, А.В. Косырева, С.В. Нагибина, В.В. Комаров*

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова»  
Минздрава России, г. Рязань, Россия

ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова», г. Рязань, Россия

## **PERSONS WITH AN ESTABLISHED PSYCHIATRIC DIAGNOSIS AMONG THOSE WHO COMMITTED SUICIDE BY SELF-HANGING AND FALLING FROM A HEIGHT (BASED ON THE EXAMPLE OF CITY OF RYAZAN, RYAZAN AND RYBNOVSKY REGIONS)**

*A. V. Merinov, Z. E. Gazaryan, A. V. Kosyрева,  
S. V. Nagibina, V. V. Komarov*

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia  
Regional Clinical Psychiatric Hospital named after  
N.N. Bazhenov, Ryazan, Russia

### Сведения об авторах:

Меринов Алексей Владимирович – доктор медицинских наук, профессор (SPIN-код: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (4912) 75-43-73, электронный адрес: merinovaalex@gmail.com

Газарян Зинаида Егоровна – врач ординатор (SPIN-код: 1149-3624; Researcher ID: AAR-1680-2021; ORCID iD: 0000-0002-8082-6077). Место учёбы: врач ординатор кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (910) 637-13-87, электронный адрес: gazaryan.zinaida@mail.ru

Косырева Ангелина Владимировна – студентка (SPIN-код: 6011-7217; Researcher ID: JWP-2959-2024; ORCID iD: 0009-0004-3864-2698). Место учёбы: студентка ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390026, г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Телефон: +7 (910) 620-94-23, электронный адрес: kosyreva.angelina@inbox.ru

Нагибина Светлана Васильевна (Researcher ID: KQU-7239-2024; ORCID iD: 0009-0003-0169-0402). Место работы: главный врач ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова», г. Рязань, Россия. Адрес: Россия, 390035, г. Рязань, ул. Баженова, 35. Телефон: +7 (4912) 92-22-06, электронный адрес: rokpb@ryazan.gov.ru

Комаров Вадим Владимирович – врач (SPIN-код: 7458-9868; ORCID iD: 0009-0009-3275-5911). Место работы: ассистент кафедры психологического консультирования и психотерапии с курсом психиатрии ФДПО ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: Россия, 390035, г. Рязань, ул. Баженова, 24. Телефон: +7 (4912) 92-22-13, электронный адрес: rokprd\_komarov@mail.ru

### Information about the authors:

Merinov Alexey Vladimirovich – MD, PhD, Professor (SPIN-code: 7508-2691; Researcher ID: M-3863-2016; ORCID iD: 0000-0002-1188-2542). Place of work and position: Professor of the Department of Psychiatry of Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Address: 9 Visokovoltynaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (4912) 75-43-73, email: merinovaalex@gmail.com

Gazaryan Zinaida Egorovna – resident doctor (SPIN-code: 1149-3624; ResearcherID: AAR-1680-2021; ORCID iD: 0000-0002-8082- 6077). Place of study: resident physician at the Department of psychiatry of Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Address: 9 Visokovoltynaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (910) 637-13-87, email: gazaryan.zinaida@mail.com

Kosyreva Angelina Vladimirovna – student (SPIN-code: 6011-7217; Researcher ID: JWP-2959-2024; ORCID iD: 0009-0004-3864-2698). Place of study: student of Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Address: 9 Visokovoltynaya str., Ryazan, 390026, Russia. Phone: +7 (910) 620-94-23, email: kosyreva.angelina@inbox.ru

Nagibina Svetlana Vasilievna – psychiatrist (Researcher ID: KQU-7239-2024; ORCID iD: 0009-0003-0169-0402). Place of work: chief physician of the Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov. Address: 35 Bazhenova str., Ryazan, 390035, Russia. Phone: +7 (4912) 92-22-06, email: rokpb@ryazan.gov.ru

Komarov Vadim Vladimirovich (SPIN-code: 7458-9868; ORCID iD: 0009-0009-3275-5911). Place of work: assistant at the department of psychological counseling and psychotherapy with a course in psychiatry at the Faculty of Postgraduate Education of Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov. Address: Russia, 390035, Ryazan, 24 Bazhenova str. Phone: +7(4912) 92-22-13, email: rokpd\_komarov@mail.ru

В настоящий момент существуют единичные работы, касающиеся посмертной оценки ранее выставленных психиатрических диагнозов лицам, впоследствии покончившими с собой. *Цели исследования:* изучить представленность установленных психиатрических диагнозов среди покончивших собой посредством самоповешения и прыжка с высоты в 2013-2015 и 2019-2021 годы (на примере Рязани, Рязанского и Рыбновского районов). *Материалы и методы:* проанализировано более 20 тысяч актов о смерти, из которых выбраны 540, включающие коды МКБ-10 по двум причинам наступления смерти: повешение, удушение и утопление с неопределёнными намерениями (код МКБ-10 – Y20) и преднамеренное самоповреждение путём прыжка с высоты (код МКБ-10 – X80). На втором этапе исследования произведено соотнесение данных погибших с базами данных ранее обращавшихся за психиатрической или наркологической помощью в ГБУ РО «Областную клиническую психиатрическую больницу им. Н.Н. Баженова» и ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер», которым был при этом установлен психиатрический или наркологический диагноз. *Результаты.* Из общего числа наблюдений (540 актов) в 26,5% случаев были обнаружены прижизненно установленные психиатрические и наркологические диагнозы (143 актов). Из 406 погибших мужчин 109 (26,9%) имели верифицированный диагноз; в женской группе данный показатель составил 25,4% (34 случая из 134 наблюдений). В рассматриваемые временные отрезки, при погодовой оценке отмечается существенный разброс значений изучаемого параметра (от 0 до 60%), который существенно сглаживался при укрупнении оцениваемых периодов до трёх лет, находясь в диапазоне 20-36%. Частота выявления прижизненно установленных психиатрических или наркологических диагнозов не имеет заметной связи с способом осуществления суицида (падение с высоты и самоповешение) и полом погибших. В группе покончивших с собой мужчин, наиболее часто встречаемыми диагностическими рубриками были (по мере убывания значений): F10 (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), F00-09 (Органические, включая симптоматические, психические расстройства), F11-19 (Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ), F20-29 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства). В женской группе аналогичный список выглядит следующим образом: F00-09 (Органические, включая симптоматические, психические расстройства), F20-29 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), F10 (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), F30-39 (Расстройства настроения (аффективные расстройства)). Способ осуществления суицида не оказал существенного влияния на выявленный рейтинг диагнозов, как и не было обнаружено заметных отличий в оцениваемые временные периоды (2013-2015 гг. и 2019-2021 гг.). *Выводы:* частота тех или иных диагностических рубрик ожидаемо связана не только с их «индексом» проспективной суицидогенности: в значительной степени данные значения определяются их распространённостью и вероятностью обращения (добровольного или недобровольного) за специализированной медицинской помощью.

*Ключевые слова* суицидология, самоубийство, суицид, прижизненно установленные психиатрические диагнозы у покончивших с собой

Ни для кого не является секретом, что среди лиц, покончивших собой, существует некое количество таковых, страдающих психическими заболеваниями. Известно достаточное число работ, в которых обсуждаются количественная и процентная представленность диагнозов у суицидентов, как, впрочем, рассматривается и их потенциальная суицидогенность [1, 2, 3, 4, 5]. По разным данным, от 30 до 100% лиц, покончивших с собой, имели или могли бы иметь какой-либо психиатрический диагноз на

It is no secret that among those who committed suicide, there are a certain number of those suffering from mental illness. There are a sufficient number of works that discuss the quantitative and percentage representation of diagnoses in suicide victims, as well as their potential suicidogenicity [1, 2, 3, 4, 5]. According to various sources, from 30 to 100% of people who committed suicide had or could have had some kind of psychiatric diagnosis at the time of suicide

момент совершения суицида [6, 7, 8]. Однако подобные цифры, особенно стремящиеся к ста процентам, обычно констатируются не в результате изучения имеющейся медицинской документации, позволяющей объективно формализовать присутствие диагнозов, а с привлечением психологической или психиатрической аутопсии [9]. То есть, прижизненно диагноз установлен не был, речь скорее идёт о вероятном предположении наличия такового, основанного на разговоре с родственниками, анализе поступков в пресуицидальном периоде, изучении неких документов (например, эпистолярного характера) и многого другого.

Гораздо больший методологический и организационный интерес представляет изучение установленных психиатрических и наркологических диагнозов у погибших с целью анализа качественных и количественных характеристик контакта будущих суицидентов с психиатрической службой. Мы прекрасно осознаём, что сам факт обращения к психиатру является предиктором, повышающим изучаемые риски. Но традиционно далеко не все в подобной помощи нуждающиеся за таковой обращаются, что связано со множеством причин, например, страхом стигматизации. Более того, многие диагноз получили «не по доброй воле» (принудительные госпитализации в связи с тяжестью состояния, постановка на наркологический учёт после перенесённого психотического состояния). Тем не менее значительная часть наших пациентов всё чаще обращается за помощью добровольно и вполне самостоятельно, представляя собой достаточно уникальный срез «лиц с диагнозами». Поскольку в последнем случае речь часто идёт о «несерьёзной» патологии, например, невротических расстройствах, мы должны отдавать себе отчёт в том, насколько эгодистонным и субъективно тяжело переносимым должно быть это «лёгкое заболевание», раз человек не побоялся обратиться за столь «специфической» помощью. И это, с большой долей вероятности, также люди, требующие внимания суицидологической службы.

В настоящий момент имеются некоторые обобщённые представления о соответствующей суицидогенности диагнозов, о так называемой «большой тройке», включающей в себя рубрики: F10-F19 (психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ), F20-F29 (шизофрения и другие бредовые расстройства), F30-F39 (расстройства настроения, аффективные расстройства), однако проспективные

[6, 7, 8]. However, such figures, especially those tending to one hundred percent, are usually established not as a result of studying the available medical documentation, which makes it possible to objectively formalize the presence of diagnoses, but with the involvement of a psychological or psychiatric autopsy [9]. That is, a diagnosis was not established during lifetime; rather, we are talking about a probable assumption of the presence of one, based on a conversation with relatives, an analysis of actions in the pre-suicidal period, the study of certain documents (for example, epistolary) and much more.

Of much greater methodological and organizational interest is the study of established psychiatric and drug addiction diagnoses in the deceased in order to analyze the qualitative and quantitative characteristics of the contact of future suicide attempters with psychiatric services. We are well aware that the very fact of contacting a psychiatrist is a predictor that increases the risks being studied. But traditionally, not everyone who needs such help applies for it, which is due to many reasons, for example, fear of stigmatization. Moreover, many received the diagnosis “not of their own free will” (forced hospitalization due to the severity of the condition, registration with drug treatment after suffering a psychotic state). Nevertheless, a significant portion of our patients are increasingly seeking help voluntarily and quite independently, representing a rather unique cross-section of “diagnosed individuals.” Since in the latter case we are often talking about a “non-serious” pathology, for example, neurotic disorders, we must be aware of how egodystonic and subjectively difficult to tolerate this “mild illness” must be, since a person was not afraid to seek such a “specific” help. And these, with a high degree of probability, are also people who require the attention of a suicide service.

At the moment, there are some generalized ideas about the corresponding suicidogenicity of diagnoses, about the so-called “Big Three”, which includes the headings: F10-F19 (mental disorders and behavioral disorders associated with the use of psychoactive substances), F20-F29 (schizophrenia and other delusional disorders), F30-F39 (mood disorders, affective disorders), how-

риски далеко не всегда позволяют представить реальные потери по тем или иным диагностическим рубрикам [10, 11].

Как бы то ни было, у нас существует два «потока» погибших в результате самоубийств: попавшие до осуществления суицида в поле зрения психиатров или наркологов, и нет. Каково число первых в общих показателях суицидальной гибели, какие диагнозы наиболее часто встречаются у погибших, связан ли пол суицидента с вероятностью посмертного обнаружения диагноза – большинство из этих вопросов требуют уточнения с целью корректировки ряда организационных мероприятий.

*Цель исследования:* изучить представленность установленных психиатрических диагнозов среди покончивших собой посредством самоповешения и прыжка с высоты в 2013-2015 и 2019-2021 годы (на примере Рязани, Рязанского и Рыбновского районов).

*Задачи:* сравнительный анализ числа суицидентов с прижизненно установленными психиатрическим диагнозом и без него; сравнительный анализ числа суицидентов с прижизненно установленным диагнозом с учётом механизма осуществления суицидов (повешение или падение с высоты); сравнительный анализ суицидентов с прижизненно установленным диагнозом и без него с учётом пола; выявление диагнозов, наиболее связанных с фактом завершённого суицида.

#### *Материалы и методы*

В ходе проведения исследования на базе ГБУ РО «Бюро судебно-медицинской экспертизы имени Д.И. Мастбаума» (г. Рязань) были проанализировано более 20 тысяч актов о смерти на условиях анонимности, согласно статье 13 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в соответствии с актом ЛЭК [12]. В качестве временных периодов сравнения выбраны: с 2013 по 2015 годы и 2019 по 2021 годы, ассоциированные с двумя нестабильными промежутками (финансово-экономический кризис и пандемия COVID-19).

На первом этапе из всех рассмотренных актов были выбраны 540, включающие коды МКБ-10 по двум причинам наступления смерти: повешение, удушение и удушение с неопределёнными намерениями (код МКБ-10 – Y20) и преднамеренное самоповреждение путём прыжка с высоты (код МКБ-10 – X80). Другие коды МКБ, касающиеся потенциально

ever, prospective risks do not always allow us to imagine real losses according to certain diagnostic categories [10, 11].

Be as it may, we have two “streams” of deaths as a result of suicide: those who came to the attention of psychiatrists or narcologists before committing suicide, and those who did not. What is the number of the first in the overall indicators of suicide deaths, what diagnoses are most common among those who died, is the gender of the suicidal person associated with the likelihood of a post-mortem diagnosis – most of these questions require clarification in order to adjust a number of organizational measures.

*Aim of the study:* to study the representation of established psychiatric diagnoses among those who committed suicide by self-hanging and jumping from a height in 2013-2015 and 2019-2021 (using the example of city of Ryazan, Ryazan and Rybnovsky districts).

*Objectives:* comparative analysis of the number of suicides with and without a lifetime psychiatric diagnosis; comparative analysis of the number of suicides with a lifetime diagnosis, taking into account the mechanism of suicide (hanging or falling from a height); comparative analysis of suicides with and without a lifetime diagnosis, taking into account gender; identification of diagnoses most associated with the fact of completed suicide.

#### *Materials and methods*

During the research on the basis of the State Budgetary Institution of the Russian Federation “Bureau of Forensic Medical Examination named after D.I. Mastbaum” (Ryazan), more than 20 thousand death reports were analyzed on conditions of anonymity, in accordance with Article 13 of the Federal Law of November 21, 2011 No. 323-Federal Law "On the fundamentals of protecting the health of citizens in the Russian Federation", in accordance with the Local ethical committee act [12]. The time periods for comparison chosen were from 2013 to 2015 and 2019 to 2021, associated with two unstable periods (financial and economic crisis and the COVID-19 pandemic).

At the first stage, 540 people were selected from all the acts examined, including ICD-10 codes for two causes of death: hanging, strangulation and strangulation with undetermined intentions (ICD-10 code

возможной суицидальной причины смерти, не использовались ввиду сложности верификации суицидальной природы смерти. Из исследования исключались и случаи возможной насильственной причины смерти в результате действия других лиц, а также установленные факты наступления смерти в результате несчастных случаев и неосторожных действий (в основном, последние обстоятельства касались лиц, погибших в результате падений с высоты).

Распределение суицидов по годам, полу и вариантам осуществления приведено в таблице 1.

Таким образом, у 157 погибших (29%) из 540, причиной смерти было падение с высоты, в 383 наблюдениях (71%) смерть наступила в результате самоповешения.

Следующий этап исследования подразумевал анонимное соотнесение погибших, включённых в исследование на первом этапе, с базами данных ранее обращавшихся за психиатрической или наркологической помощью в ГБУ РО «Областную клиническую психиатрическую больницу им. Н.Н. Баженова» и ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» (амбулаторная и стационарная помощь), которым был при этом установлен психиатрический или наркологический диагноз. Все диагнозы оформлены медучреждениями в соответствии с МКБ-10.

– Y20) and intentional self-harm by jumping from a height (ICD-10 code – X80). Other ICD codes regarding a potential suicidal cause of death were not used due to the difficulty of verifying the suicidal nature of death. Cases of possible violent causes of death as a result of the actions of other persons, as well as established facts of death as a result of accidents and careless actions (mainly, the latter circumstances concerned persons who died as a result of falls from a height), were also excluded from the study.

The distribution of suicides by year, gender and mode of implementation is shown in Table 1. Thus, in 157 deaths (29%) out of 540, the cause of death was a fall from a height, in 383 observations (71%) death occurred as a result of self-hanging.

The next stage of the study involved an anonymous correlation of the dead, included in the study at the first stage, with databases of those who had previously sought psychiatric or drug treatment at the "Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov" and "Regional Clinical Narcological Dispensary" (outpatient and inpatient care), which established a psychiatric or drug addiction diagnosis. All diagnoses were formalized by medical institutions in accordance with ICD-10.

Таблица / Table 1

Описание и содержание актов экспертизы, вошедших в исследование  
Description and content of examination reports included in the study

Год Year	Акты падения с высоты Acts of falling from heights			Акты самоповешения Acts of self-hanging		
	Мужчины Male	Женщины Female	Оба пола Both sexes	Мужчины Male	Женщины Female	Оба пола Both sexes
2013	5	3	8	56	19	75
2014	12	5	17	67	16	83
2015	15	7	22	54	20	74
Общее число актов за период 2013-2015 Total number of acts for the period 2013-2015	32	15	47	177	55	232
2019	29	13	42	42	9	51
2020	22	11	33	38	9	47
2021	20	15	35	46	7	53
Общее число актов за период 2019-2021 Total number of acts for the period 2019-2021	71	39	110	126	25	151

В работе использованы методы описательной статистики.

*Результаты и их обсуждение*

Из общего числа наблюдений (540 актов) в 143 случаях были обнаружены прижизненно установленные психиатрические и наркологические диагнозы (26,5%), таковые отсутствовали в оставшихся 397 наблюдениях, что соответственно составило 73,5%. Из 406 погибших мужчин – 109 (26,9%) имели верифицированный диагноз; соответственно в женской группе из 134 наблюдений в 34 случаях было прижизненно диагностировано психическое или наркологическое расстройство, что составило 25,4%. Пол суицидента (без учёта временных периодов и причины смерти) не оказывал, таким образом, заметного влияния на вероятность присутствия искомых диагнозов.

The work used descriptive statistics methods.

*Results and its discussion*

Of the total number of observations (n=540), in 143 cases lifetime psychiatric and drug addiction diagnoses were found (26.5%), which were absent in the remaining 397 observations, which respectively amounted to 73.5%. Of the 406 dead men, 109 (26.9%) had a verified diagnosis; Accordingly, in the female group of 134 observations, 34 cases were diagnosed with a mental or drug addiction disorder during their lifetime, which amounted to 25.4%. The gender of the suicide victim (without taking into account time periods and cause of death) thus did not have a noticeable effect on the likelihood of the presence of the desired diagnoses.

*Таблица / Table 2*

Анализ наличия прижизненно установленных диагнозов у мужчин и женщин, погибших в результате преднамеренного самоповреждения путём падения с высоты  
 Analysis of the presence of intravital diagnoses in men and women who died as a result of intentional self-harm by falling from a height

Год Year	Общее кол-во актов, учитывающих умерших в результате падения с высоты (A) Total number of acts taking into account died as a result falls from height (A)			Кол-во умерших с прижизненно установленным диагнозом Number of deaths with a lifetime diagnosis			% лиц установленным диагнозом % of people with an established diagnosis		% лиц обоих полов с установленным диагнозом от общего числа актов (A) % of persons of both sexes with an established diagnosis from the total number of acts (A)
	М M	Ж F	М+Ж M+F	М M	Ж F	М+Ж M+F	М M	Ж F	
2013	5	3	8	3	0	3	60	0	37,5
2014	12	5	17	1	1	2	8,3	20	11,8
2015	15	7	22	2	0	2	13,3	0	9,1
% лиц с установленным диагнозом от общего числа актов за 2013-2015 гг. % of persons with an established diagnosis of the total number of acts for 2013-2015							27,2	20	19,5
2019	29	13	42	9	5	14	31,0	38,5	33,3
2020	22	11	33	3	5	8	13,6	45,5	24,2
2021	20	15	35	6	3	9	30,0	20	25,7
% лиц с установленным диагнозом от общего числа актов за период 2019-2021 % of persons with an established diagnosis of the total number of acts for the period 2019-2021							24,9	34,6	27,7

Рассмотрим детальнее временные промежутки 2013-2015 гг. и 2019-2021 гг. в отношении частоты обнаружения психиатрических или наркологических диагнозов у лиц, погибших в результате падения с высоты (табл. 2).

В первом оцениваемом временном периоде (2013-2015 гг.) наблюдается достаточно заметный количественный разброс лиц как мужского, так и женского пола, имеющих на момент смерти установленный диагноз. Если оценивать совокупные значения за трёхлетние периоды, разница между сравниваемыми отрезками заметно сглаживается. Очень любопытным является тот факт, что в женской группе в 2019-2021 гг. наблюдается существенный прирост лиц с установленным диагнозом, достигающий максимального значения в 2020 г. (45,5%). Это, возможно, имеет отношение к пандемии COVID-19, сопровождавшейся увеличением числа лиц, обратившихся к психиатру на фоне возросших нервно-психических перегрузок, либо объясняется возросшим числом суицидов у лиц, уже имевших ранее установленный диагноз, на фоне все той же возросшей эмоциональной нагрузки. Конкретизация времени постановки соответствующих диагнозов планируется в дальнейшей научной работе.

Теперь оценим временные промежутки 2013-2015 гг. и 2019-2021 гг. в отношении частоты обнаружения психиатрических или наркологических диагнозов среди лиц, погибших в результате преднамеренного самоповреждения путём повешения, удушения и утопления с неопределёнными намерениями (табл. 3).

В данном случае не наблюдается столь заметного разброса полученных значений в исследуемые периоды. Трёхлетние показатели в мужской группе весьма сопоставимы, чего нельзя сказать о таковых в женских подгруппах, где во второй оцениваемый период заметно выросло абсолютное число погибших с ранее установленным психиатрическим или наркологическим диагнозами. Кроме того, в определённой степени изменилась и «пропорция» соотношения женщин и мужчин с установленными диагнозами в 2019-2021 гг.: абсолютное число погибших женщин увеличилось почти в два раза, тогда как число мужчин осталось сходным с первым оцениваемым периодом. При общей тенденции к снижению в данном периоде числа женщин, погибших в результате самоповешения, значительно выросло их число с диагностированными расстройствами.

Let's take a closer look at the time periods 2013-2015 and 2019-2021 in relation to the frequency of detection of psychiatric or drug addiction diagnoses in persons who died as a result of a fall from a height (Table 2).

In the first time period assessed (2013-2015), there is a fairly noticeable quantitative spread of individuals, both male and female, who had an established diagnosis at the time of death. If we evaluate the aggregate values over three-year periods, the difference between the compared periods is noticeably smoothed out. Very curious is the fact that in the women's group in 2019-2021 there is a significant increase in persons with an established diagnosis, reaching a maximum value in 2020 (45.5%). This may be related to the COVID-19 pandemic, which was accompanied by an increase in the number of people who turned to a psychiatrist against the backdrop of increased neuropsychic stress, or is explained by the increased number of suicides in people who already had a previously established diagnosis, against the backdrop of the same increased emotional stress. Specification of the time of making the corresponding diagnoses is planned in further scientific work.

Now let's evaluate the time intervals 2013-2015 and 2019-2021 in relation to the frequency of detection of psychiatric or drug addiction diagnoses among persons who died as a result of intentional self-harm by hanging, strangulation and strangulation with uncertain intentions (Table 3).

In this case, such a noticeable scatter of the obtained values in the periods under study is not observed. The three-year indicators in the male group are very comparable, which cannot be said about those in the female subgroups, where in the second assessed period the absolute number of deaths with previously established psychiatric or drug addiction diagnoses increased significantly. In addition, the "proportion" of the ratio of women and men with established diagnoses in 2019-2021 also changed to a certain extent: the absolute number of women killed almost doubled, while the number of men remained similar to the first assessed period.

Таблица / Table 3

Анализ наличия прижизненно установленных диагнозов у мужчин и женщин, погибших посредством преднамеренного самоповреждения путем повешения, удушения и удавления с неопределёнными намерениями  
 Analysis of the presence of intravital diagnoses in men and women who died due to intentional self-harm by hanging, strangulation and strangulation with uncertain intentions

Год Year	Общее кол-во актов, учитывающих умерших в результате падения с высоты (Б) Total number of acts taking into account died as a result falls from height (B)			Кол-во умерших с прижизненно установленным диагнозом Number of deaths with a lifetime diagnosis			% лиц установленным диагнозом % of people with an established diagnosis		% лиц обоих полов с установленным диагнозом от общего числа актов (Б) % of persons of both sexes with an established diagnosis from the total number of acts (B)
	М M	Ж F	М+Ж M+F	М M	Ж F	М+Ж M+F	М M	Ж F	
2013	56	19	75	17	4	21	30,4	21,1	28
2014	67	16	83	23	3	26	34,3	18,8	31,3
2015	54	20	74	11	4	15	20,4	20,0	20,3
% лиц с установленным диагнозом от общего числа актов за 2013-2015 гг. % of persons with an established diagnosis of the total number of acts for 2013-2015							28,4	19,9	26,5
2019	42	9	51	16	4	20	38,1	44,4	39,2
2020	38	9	47	8	2	10	21,1	22,2	21,3
2021	46	7	53	10	3	13	21,7	42,9	24,5
% лиц с установленным диагнозом от общего числа актов за период 2019-2021 % of persons with an established diagnosis of the total number of acts for the period 2019-2021							27,0	36,5	28,3

Рассмотрим графическое соотношение лиц, имеющих прижизненно установленный психиатрический или наркологический диагноз среди лиц, покончивших собой вследствие прыжка с высоты и самоповешения (рис. 1 и 2).

Оба приведённых графика демонстрируют параллелизм в отношении сохраняющихся пропорций между общим количеством числа погибших и числом среди них, имеющих установленные диагнозы (вне зависимости от способа осуществления самоубийства и учёта пола погибших).

В целом схожие графики наблюдаются при разделении наблюдений по полу и способу его осуществления (рис. 3, 4, 5 и 6).

While there was a general downward trend in the number of women dying from self-hanging during this period, the number of women with diagnosed disorders increased significantly.

Let us consider the graphical ratio of persons with a lifetime established psychiatric or drug addiction diagnosis among persons who committed suicide as a result of jumping from a height and self-hanging (Fig. 1, 2). Both of the graphs demonstrate parallelism in the remaining proportions between the total number of deaths and the number among them with established diagnoses (regardless of the method of suicide and taking into account the gender of the dead).

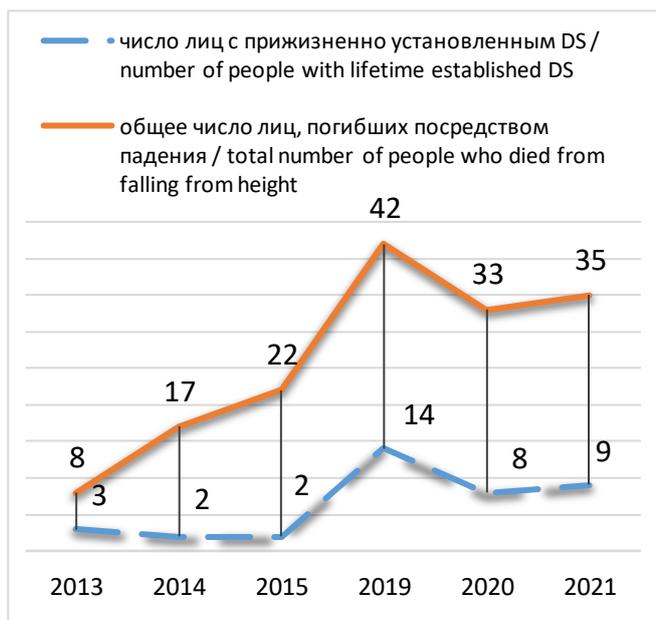


Рис. 1. Динамика числа самоубийств вследствие прыжка с высоты: общее число погибших и число из них с установленными диагнозами. Fig. 1. Dynamics of the number of suicides due to jumping from a height: the total number of deaths and the number of them with established diagnoses.

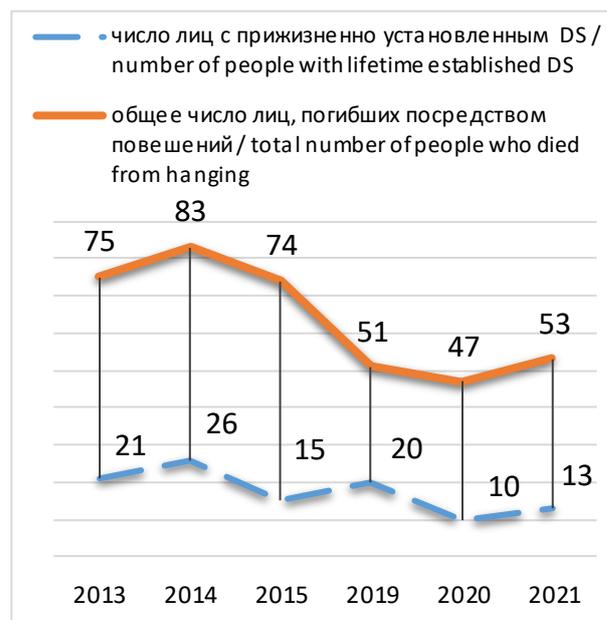


Рис. 2. Динамика числа самоубийств вследствие повешения, удушения и удавления с неопределёнными намерениями: общее число погибших и число из них с установленными диагнозами. Fig. 2. Dynamics of the number of suicides due to hanging, strangulation and strangulation with undetermined intentions: the total number of deaths and the number of them with established diagnoses.

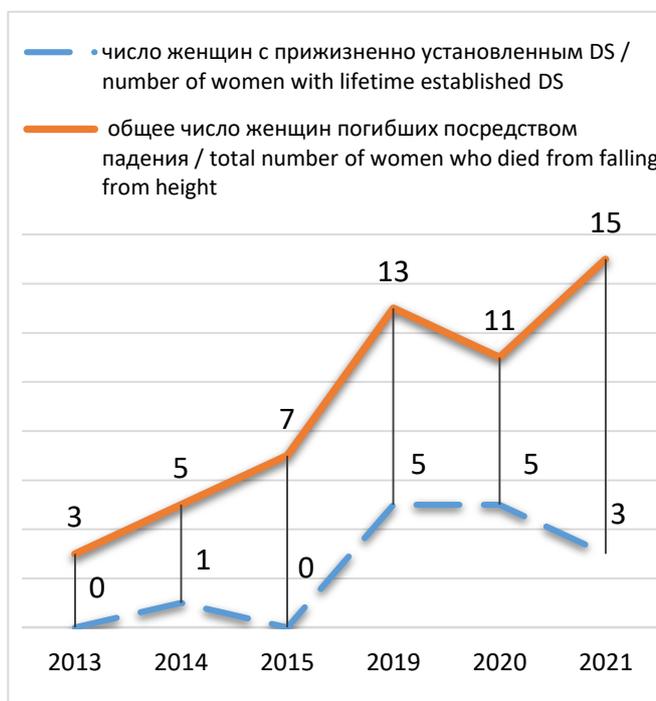


Рис. 3. Динамика числа самоубийств вследствие прыжка с высоты: общее число погибших и число из них с установленными диагнозами у женщин. Fig. 3. Dynamics of the number of suicides due to jumping from a height: the total number of deaths and the number of them with established diagnoses in women.

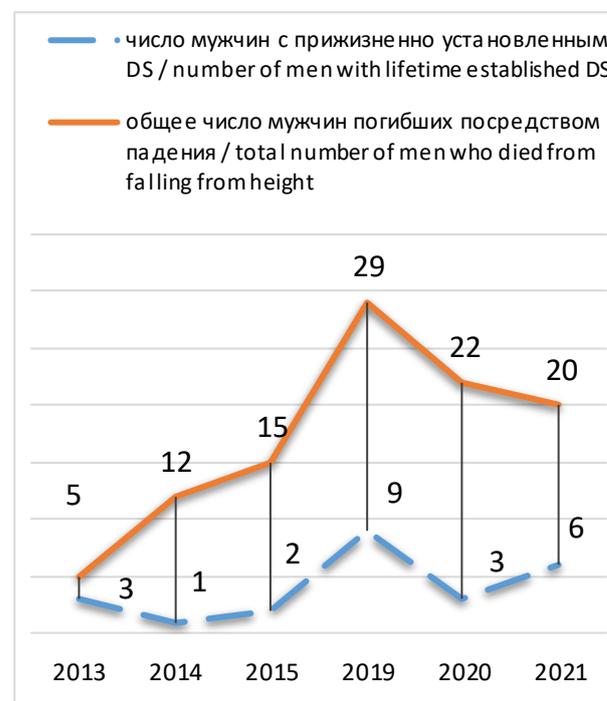


Рис. 4. Динамика числа самоубийств вследствие прыжка с высоты: общее число погибших и число из них с установленными диагнозами у мужчин. Fig. 4. Dynamics of the number of suicides due to jumping from a height: the total number of deaths and the number of them with established diagnoses in men.



Рис. 5. Динамика числа самоубийств вследствие повешения, удушения и удушения с неопределёнными намерениями: общее число погибших и число из них с установленными диагнозами у женщин. Fig. 5. Dynamics of the number of suicides due to hanging, strangulation and strangulation with undetermined intentions: the total number of deaths and the number of them with established diagnoses in women.



Рис. 6. Динамика числа самоубийств вследствие повешения, удушения и удушения с неопределёнными намерениями: общее число погибших и число из них с установленными диагнозами у мужчин. Fig. 6. Dynamics of the number of suicides due to hanging, strangulation and strangulation with undetermined intentions: the total number of deaths and the number of them with established diagnoses in men.

Имеющиеся незначительные отличия в приводимых графиках, скорее всего, говорят в пользу универсальности следования кривых, что является весьма показательной (в силу устойчивости имеющихся пропорций) тенденцией.

В заключении проанализируем частоту обнаружения тех или иных выставленных диагнозов с целью определения наиболее ассоциированной их группы с последующим суицидальным поведением. В таблице 4 приведены обобщенные результаты (без учёта временных периодов, пола и способа реализации суицида).

В почти 40% наблюдений ранее диагностировались расстройства, вызванные приёмом алкоголя (в подавляющем большинстве случаев речь шла о сформированной алкогольной зависимости). На втором месте (у пятой части всех, имеющих прижизненные диагнозы) – органические психические расстройства. Данная рубрика сформирована из лиц, диагноз которым был установлен при проведении военно-психиатрической экспертизы (мужчин), а также, перенесшим расстройства из рубрики «F06: Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга», включающую в себя обширный спектр психических рас-

In general, similar graphs are observed when dividing observations by gender and method of implementation (Fig. 3, 4, 5 and 6).

The existing minor differences in the given graphs most likely speak in favor of the universality of following the curves, which is a very indicative (due to the stability of the existing proportions) trend.

In conclusion, we will analyze the frequency of detection of certain diagnoses in order to determine their most associated group with subsequent suicidal behavior. Table 4 shows generalized results (without taking into account time periods, gender and method of suicide).

In almost 40% of cases, disorders caused by alcohol intake were previously diagnosed (in the vast majority of cases it was a case of established alcohol addiction). In second place (in a fifth of all those with lifetime diagnoses) are organic mental disorders. This section is formed from persons who were diagnosed during a military psychiatric examination (men), as well as those who suffered disorders from the section “F06: Other mental disorders due to

стройств, достаточно часто встречающихся как в условиях стационара, так и в амбулаторной практике (например, органический галлюциноз, органическое шизофреноподобное, органическое аффективное расстройство и др.). Третье место занимают покончившие с собой с установленным диагнозом наркотической зависимости. И завершает четвёрку ведущих диагнозов шизофрения, что, в целом, является ожидаемым результатом.

Напомним, что в условном мировом рейтинге наиболее суицидогенных диагнозов присутствует помимо алкогольной / наркотической зависимости и расстройств шизофренического спектра также аффективная патология, которая отсутствует в нашей обобщённой четвёрке. Впрочем, на первый взгляд, кажется странным присутствие в лидерах раздела «F00-09: Органические, включая симптоматические, психические расстройства».

brain damage or dysfunction,” which includes a wide range of mental disorders, quite often encountered both in hospital settings and in outpatient practice (for example, organic hallucinosis, organic schizophrenia-like disorder, organic affective disorder, etc.).

Third place is occupied by those who committed suicide with a diagnosis of drug addiction. And the top four leading diagnoses are completed by schizophrenia, which, in general, is the expected result.

Let us recall that in the conditional world ranking of the most suicidal diagnoses, in addition to alcohol/drug addiction and schizophrenia spectrum disorders, there is also affective pathology, which is absent in our general four.

Таблица / Table 4

Представленность психиатрических и наркологических диагнозов в общей группе погибших в результате самоповешений и падений с высоты (без учёта временных периодов, пола и способа осуществления суицида)  
Representation of psychiatric and drug addiction diagnoses in the general group of those who died from self-hangings and falls from heights (without taking into account time periods, gender and method of suicide)

143 прижизненно установленных диагнозов / 143 lifetime diagnoses

Коды МКБ-10 / ICD-10 codes	n	%
ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова» State budgetary institution "Regional Clinical Psychiatric Hospital named after N.N. Bazhenov"		
II. F00-09 (Органические, включая симптоматические, психические расстройства) II. F 00-09 (Organic, including symptomatic, mental disorders)	30	21,0
IV. F20-29 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) IV. F20-29 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders)	14	9,8
F30-39 (Расстройства настроения (аффективные расстройства)) F 30-39 (Mood disorders (affective disorders))	5	3,5
F40-48 (Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) F 40-48 (Neurotic, stress-related and somatoform disorders)	9	6,3
F60-69 (Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте) F 60-69 (Personality and behavior disorders in adulthood)	8	5,6
F70-79 (Умственная отсталость) F70-79 (Mental retardation)	3	2,1
F90-98 (Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте) F90-98 (Emotional and behavioral disorders, usually beginning in childhood and adolescence)	2	1,4
ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» State budgetary institution "Regional Clinical Narcological Dispensary"		
I. F10 (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя) I. F10 (Mental and behavioral disorders caused by alcohol use)	56	39,2
III. F11-19 (Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ) III. F11-19 (Mental and behavioral disorders associated with (caused by) the use of psychoactive substances)	16	11,2

Первые мысли коллег, увидевших получившиеся результаты: в нашем регионе (стране) недостаточно часто и полноценно диагностируется аффективная патология, а вот в отношении всего органического – явная гипердиагностика, отсюда и такие странные лидирующие позиции. На самом деле реальное положение дел обстоит совершенно иначе. Дело в том, что, зная предполагаемые риски для тех или иных нозологий, многие начинают оценивать перспективы суицидальной гибели именно с этих позиции (а значит, среди умерших должны быть преимущественно указанные три диагноза, разумеется, включая аффективную патологию). В настоящем исследовании оценивалось общее число погибших, и число из них, имеющих диагностированные заболевания, то есть, речь шла о неких пропорциональных вкладах с учётом фактической распространённости той или иной диагностической группы. Проще говоря, если мы имеем значительное число лиц с алкогольной / наркотической зависимостью (с их предполагаемой высокой суицидальностью), это обоснованно даёт в итоге их абсолютное лидерство. Достаточно часто выставляемые в психиатрической практике диагнозы органического спектра (особенно с учётом частоты их использования в практике военно - психиатрической экспертизы) способствуют их появлению (даже при условно невысоком соответствующем риске) в лидерах посмертной оценки. Пресловутая распространённость шизофрении в зоне «около процента» населения, помноженная на соответствующие достаточно серьёзные риски, формирует уверенное четвёртое место. Но давайте вспомним распространённость биполярного и рекуррентного аффективного расстройств, их хрестоматийно высоким риском совершения суицида. Их относительная низкая частота даже при высоком риске осуществления суицида в абсолютном зачёте даёт нам весьма скромные значения.

То есть, чем чаще будет выставляться тот или иной диагноз (добровольно или принудительно), тем больше вероятный риск у него оказаться в соответствующих лидерах при посмертной оценке. Итоговый список лидирующих диагнозов в общей когорте погибших (очень вероятно, вне зависимости от способа осуществления суицида) будет сформирован не только со знакомыми нам рисками, но и с частотой распространённости, диагностирования тех или иных расстройств (как и вероятностью попадания пациентов в поле зрения психиатров и наркологов). При одном из самых высоких коэффициентов суицидального риска при БАР и РАР, как и вообще пере-

However, at first glance, it seems strange that the section “F 00-09: Organic, including symptomatic, mental disorders” is among the leaders. The first thoughts of colleagues who saw the results: in our region (country), affective pathology is not diagnosed often enough and fully, but in relation to everything organic there is obvious overdiagnosis, hence such strange leading positions.

In fact, the real state of affairs is completely different. The fact is that, knowing the expected risks for certain nosologies, many begin to assess the prospects of suicidal death from precisely this position (which means that among the dead there should be predominantly the above three diagnoses, of course, including affective pathology). The present study assessed the total number of deaths and the number of them with diagnosed diseases, that is, we were talking about some proportional contributions taking into account the actual prevalence of a particular diagnostic group. Simply put, if we have a significant number of people with alcohol/drug addiction (with their supposed high suicidality), this reasonably results in their absolute leadership. Quite often, organic spectrum diagnoses made in psychiatric practice (especially taking into account the frequency of their use in the practice of military psychiatric examination) contribute to their appearance (even with a relatively low corresponding risk) among the leaders in post-mortem assessment. The notorious prevalence of schizophrenia in the area of “about a percent” of the population, multiplied by the corresponding fairly serious risks, forms a confident fourth place. But let's remember the prevalence of bipolar and recurrent affective disorders and their textbook high risk of suicide. Their relative low frequency, even with a high risk of suicide in absolute terms, gives us very modest values.

That is, the more often a particular diagnosis is made (voluntarily or compulsorily), the greater the probabilistic risk of being among the corresponding leaders during post-mortem assessment. The final list of leading diagnoses in the overall cohort of deaths (very likely, regardless of the method of suicide) will be formed not only with the risks we are familiar with, but also with the frequency of prevalence and diagnosis of

несённом депрессивном эпизоде («достойным» обращения к психиатрам), среди погибших в результате суицида гарантированно окажется больше лиц с органическими психическими расстройствами, пусть и с куда меньшими аналогичными коэффициентами.

Соответствующий антисуицидальный акцент в работе значительно смещён в сторону хорошо известных «суицидогенных» диагнозов. Но, обратите внимание, что более распространённые пациенты с невротическими и личностными расстройствами также опережают таковых с аффективной патологией (вероятно, всё по тем же причинам).

Похожий анализ, проведённый изолированно в мужской группе (109 прижизненно установленных диагнозов), не обнаружил существенных отличий от ранее приведённых данных (табл. 5). Перед нами те же лидирующие позиции, однако становится более заметным мужской вклад в общую наркологическую составляющую, что скорее лишь подтверждает хорошо известные гендерные особенности алкоголь-ассоциированной суицидальной смертности [14].

certain disorders (as well as the likelihood of patients coming to the attention of psychiatrists and narcologists). With one of the highest coefficients of suicide risk in bipolar disorder and mental disorder, as well as in general a depressive episode (“worthy” of contacting psychiatrists), among those who die as a result of suicide there are guaranteed to be more people with organic mental disorders, albeit with much lower similar coefficients.

The corresponding anti-suicidal emphasis in the work is significantly shifted towards well-known “suicidal” diagnoses. But note that the more common patients with neurotic and personality disorders also outperform those with affective pathology (probably for the same reasons).

A similar analysis, carried out separately in the male group (109 lifetime diagnoses), did not reveal significant differences from the previously presented data (Table 5).

Таблица / Table 5

Представленность психиатрических и наркологических диагнозов в группе мужчин, погибших в результате самоповешений и падений с высоты  
Representation of psychiatric and drug addiction diagnoses in the group of men who died as a result of self-hangings and falls from heights

Коды МКБ-10 / ICD-10 codes	n	%
ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова» State budgetary institution "Regional Clinical Psychiatric Hospital named after. N.N. Bazhenov"		
II. F00-09 (Органические, включая симптоматические, психические расстройства) II. F00-09 (Organic, including symptomatic, mental disorders)	19	17,4
IV. F20-29 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) IV. F20-29 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders)	7	6,4
F30-39 (Расстройства настроения (аффективные расстройства)) F30-39 (Mood disorders (affective disorders))	1	0,9
F40-48 (Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) F40-48 (Neurotic, stress-related and somatoform disorders)	6	5,5
F60-69 (Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте) F 60-69 (Personality and behavior disorders in adulthood)	7	6,4
F70-79 (Умственная отсталость) F70-79 (Mental retardation)	3	2,8
F90-98 (Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте) F90-98 (Emotional and behavioral disorders, usually beginning in childhood and adolescence)	2	1,8
ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» State budgetary institution "Regional Clinical Narcological Dispensary"		
I. F10 (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя) I. F10 (Mental and behavioral disorders caused by alcohol use)	50	45,9
III. F11-19 (Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ) III. F11-19 (Mental and behavioral disorders associated with (caused by) the use of psychoactive substances)	14	12,8

Таблица / Table 6

Представленность психиатрических и наркологических диагнозов в группе женщин, погибших в результате самоповешений и падений с высоты  
Representation of psychiatric and drug addiction diagnoses in the group of women who died as a result of self-hangings and falls from heights

Коды МКБ-10 / ICD-10 codes	n	%
ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова» State budgetary institution "Regional Clinical Psychiatric Hospital named after. N.N. Bazhenov"		
I. F00-09 (Органические, включая симптоматические, психические расстройства) I. F 00-09 (Organic, including symptomatic, mental disorders)	11	32,4
II. F20-29 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства) II. F20-29 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders)	7	20,6
IV. F30-39 (Расстройства настроения (аффективные расстройства)) IV. F 30-39 (Mood disorders (affective disorders))	4	11,8
F40-48 (Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) F 40-48 (Neurotic, stress-related and somatoform disorders)	3	8,8
F60-69 (Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте) F60-69 (Personality and behavior disorders in adulthood)	1	2,9
F70-79 (Умственная отсталость) F70-79 (Mental retardation)	–	–
F90-98 (Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте) F90-98 (Emotional and behavioral disorders, usually beginning in childhood and adolescence)	–	–
ГБУ РО «Областной клинический наркологический диспансер» State budgetary institution "Regional Clinical Narcological Dispensary"		
III. F10 (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя) III. F10 (Mental and behavioral disorders caused by alcohol use)	6	17,6
F11-19 (Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ) F11-19 (Mental and behavioral disorders associated with (caused by) the use of psychoactive substances)	2	5,9

При изолированном изучении женской подгруппы (34 прижизненно установленных диагнозов), выявленные лидирующие позиции меняются, что отражено в табл. 6.

Первое место убедительно занимает «органика», однако в отличие от мужской группы, диагностированная именно при контакте с психиатром (вариант военно-психиатрической экспертизы в данном случае отсутствует). Это повод для дальнейшего более пристального изучения суицидологического значения данной группы расстройств, как в рассматриваемом нами регионе, так и на уровне Федерации (очень бы любопытно было увидеть подобные цифры по другим регионам). Заметен и прирост шизофренической составляющей у женщин. С третьим местом всё достаточно логично, алкогольная зависимость у женщин в последнее время встречается чаще, обладая высоким аутоагрессивным потенциалом [15, 16].

We have the same leading positions, but the male contribution to the overall drug addiction component is becoming more noticeable, which rather only confirms the well-known gender characteristics of alcohol-associated suicidal mortality [14].

When studying the female subgroup in isolation (34 lifetime diagnoses), the identified leading positions change, as reflected in Table. 6.

The first place is convincingly occupied by "organic", however, unlike the male group, it was diagnosed precisely through contact with a psychiatrist (the option of a military psychiatric examination is not available in this case).

This is a reason for further closer study of the suicidological significance of this group of disorders, both in the region we are considering and at the Federation level (it would be very interesting to see similar figures for other regions).

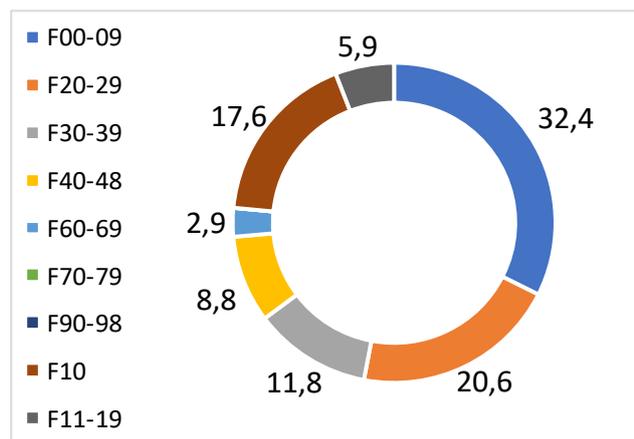


Рис. 7. Относительные показатели прижизненно установленных психиатрических диагнозов у женщин. Fig.7. Relative rates of lifetime psychiatric diagnoses in women.

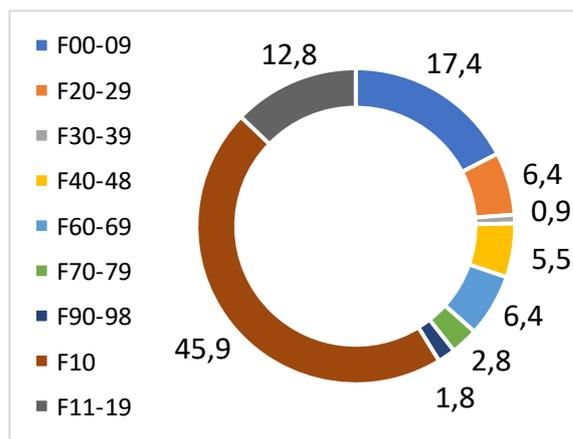


Рис. 8. Относительные показатели прижизненно установленных психиатрических диагнозов у мужчин. Fig.8. Relative rates of lifetime psychiatric diagnoses in men.

Четвёртое место: расстройства настроения, диагноз, вероятно, в суицидологическом аспекте являющийся визитной карточкой женского суицида. Возможно, это связано с большей распространённостью аффективной патологии в регионе у женщин, что планируется конкретизировать позднее. Также стоит отметить и существенно меньшее число наркозависимых (в два раза), обнаруженных среди покончивших с собой женщин.

Последующие разбивки общей группы по временным периодам, способам осуществления суицида (способам с учётом пола и периода) существенным образом не изменило обнаруженных соотношений диагнозов.

Графически обнаруженные особенности представлены на рис. 7, 8.

**Выводы:**

1. Из общего числа наблюдений (540 актов) в 26,5% были обнаружены прижизненно установленные психиатрические и наркологические диагнозы (143 акта). Среди 406 погибших мужчин 109 (26,9%) имели верифицированный диагноз; в женской группе данный показатель составил 25,4% (34 случая из 134 наблюдений).

2. В рассматриваемые временные отрезки, при погодовой оценке отмечается существенный разброс значений изучаемого параметра (от 0 до 60%), который существенно сглаживался при укрупнении оцениваемых периодов до трёх лет, находясь в диапазоне 20-36%.

3. Частота выявления прижизненно установленных психиатрических или наркологических диагно-

There is also a noticeable increase in the schizophrenic component in women. In third place, everything is quite logical; alcohol addiction in women has recently become more common and has a high auto-aggressive potential [15, 16]. Fourth place: mood disorders, a diagnosis that, in the suicidal aspect, is probably the hallmark of female suicide. This may be due to the higher prevalence of affective pathology in the region in women, which is planned to be specified later. It is also worth noting the significantly lower number of drug addicts (twice) found among women who committed suicide.

Subsequent breakdown of the total group by time periods, methods of suicide (methods taking into account gender and period) did not significantly change the detected correlations of diagnoses.

Graphically the detected features are presented in Fig. 7, 8.

**Conclusions:**

1. Of the total number of observations (540 reports), 26.5% were diagnosed with lifetime psychiatric and drug addiction diagnoses (143 reports). Among the 406 dead men, 109 (26.9%) had a verified diagnosis; in the female group this figure was 25.4% (34 cases out of 134 observations).

2. During the time periods under consideration, with an annual assessment, there is a significant scatter in the values of the studied parameter (from 0 to 60%), which was significantly smoothed out when the

зов не имеет заметной связи со способом осуществления суицида (падение с высоты и самоповешение) и полом погибших.

4. При сравнении графиков общего числа погибших и количества из них, обладающих прижизненными диагнозами, наблюдается их достаточно параллельное следование с сохранением продемонстрированной представленности последних.

5. В группе покончивших с собой мужчин, наиболее часто встречаемыми диагностическими рубриками были (по мере убывания значений): F10 (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), F00-09 (Органические, включая симптоматические, психические расстройства), F11-19 (Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с (вызванные) употреблением психоактивных веществ), F20-29 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства). В женской группе аналогичный список выглядит следующим образом: F00-09 (Органические, включая симптоматические, психические расстройства), F20-29 (Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства), F10 (Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя), F30-39 (Расстройства настроения (аффективные расстройства)). Способ осуществления суицида не оказал существенного влияния на обнаруженный рейтинг диагнозов, как и не было обнаружено заметных отличий в оцениваемые временные периоды (2013-2015 гг. и 2019-2021 гг.).

6. Частота тех или иных диагностических рубрик ожидаемо связана не только с их «индексом» проспективной суицидогенности: в значительной степени данные значения определяются их распространённостью и вероятностью обращения (добровольного или недобровольного) за специализированной медицинской помощью.

assessed periods were enlarged to three years, being in the range of 20-36%.

3. The frequency of detection of lifetime psychiatric or drug addiction diagnoses does not have a noticeable connection with the method of suicide (falling from a height and self-hanging) and the gender of the victims.

4. When comparing the graphs of the total number of deaths and the number of them with lifetime diagnoses, they are observed to be fairly parallel, maintaining the demonstrated representation of the latter.

5. In the group of men who committed suicide, the most frequently encountered diagnostic categories were (in descending order of values): F10 (Mental and behavioral disorders caused by alcohol use), F00-09 (Organic, including symptomatic, mental disorders), F11-19 (Mental and behavioral disorders associated with (caused by) the use of psychoactive substances), F20-29 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders). In the female group, a similar list is as follows: F00-09 (Organic, including symptomatic, mental disorders), F20-29 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders), F10 (Mental and behavioral disorders caused by alcohol use), F30-39 (Mood disorders (affective disorders)). The method of suicide did not have a significant effect on the detected rating of diagnoses, and no noticeable differences were found in the time periods assessed (2013-2015 and 2019-2021).

6. The frequency of certain diagnostic categories is expectedly associated not only with their “index” of prospective suicidogenicity: to a large extent, these values are determined by their prevalence and the likelihood of seeking (voluntary or involuntary) specialized medical care

Литература / References:

1. Козыренко Г.Н., Тарасова О.А. Суицид: сила, слабость или болезнь?! *Общественное и социальная психология*. 2023; 11-3 (54): 65-76. EDN KEWDOT [Kozyrenko G.N., Tarasova O.A. Suicide: strength, weakness or disease?! Social science and social psychology. 2023; 11-3 (54): 65-76. EDN KEWDOT] (In Russ)
2. Au J.S., Martinez de Andino A., Mekawi Y., Silverstein M.W., Lamis D.A. Latent class analysis of bipolar disorder symptoms and suicidal ideation and behaviors. *Bipolar Disord*. 2021 Mar; 23 (2): 186-195. DOI: 10.1111/bdi.12967. PMID: 32579284
3. Miller J.N., Black D.W. Bipolar disorder and suicide: a review. *Curr Psychiatry Rep*. 2020 Jan 18; 22 (2): 6. DOI: 10.1007/s11920-020-1130-0. PMID: 31955273
4. Attademo L., Bernardini F., Spatuzzi R. Suicidality in individuals with schizoid personality disorder or traits: a clinical mini-review of a probably underestimated issue. *Psychiatr Danub*. 2021 Fall; 33 (3): 261-265. DOI: 10.24869/psyd.2021.261. PMID: 34795159
5. Ögüt Ç., Başar K., Karahan S. Impulsivity in depression: its relation to suicidality. *J Psychiatr Pract*. 2023 May 1; 29 (3): 189-201. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000712. PMID: 37200138

6. Козлов В.А., Зотов П.Б., Голенков А.В. Суицид: генетика и патоморфоз. Монография. Тюмень: Вектор Бук, 2023. 200 с. [Kozlov V.A., Zotov P.B., Golenkov A.V. Suicide: genetics and pathomorphosis. Monograph. Tyumen: Vector Book, 2023. 200 p.] (In Russ) ISBN 978-5-91409-572-4
7. Integrative transcriptome – and DNA methylation analysis of brain tissue from the temporal pole in suicide decedents and their controls. *Molecular Psychiatry*. DOI: 10.1038/s41380-023-02311-9
8. Kulacaoglu F., Izei F. The effect of emotional dysregulation and impulsivity on suicidality in patients with bipolar disorder. *Psychiatr Danub*. 2022 Winter; 34 (4): 706-714. DOI: 10.24869/psyd.2022.706. PMID: 36548885
9. Меринов А.В., Шишкова И.М., Емец Н.А., Новичкова А.С., Косырева А.В. Суицид и психиатрия: суицидент скорее болен или скорее здоров. Размышления о психиатрической квалификации самоубийств, осознанности действий и истинности намерений. *Суицидология*. 2024; 15 (1): 105-142. [Merinov A.V., Shishkova I.M., Emec N.A., Novichkova A.S., Kosy'reva A.V. Suicide and psychiatry: the suicidal person is more likely to be ill or rather healthy. Reflections on the psychiatric qualification of suicide, awareness of actions and the truth of intentions. *Suicidology*. 2024; 15 (1): 105-142.] (In Russ / Engl) DOI: 10.32878/suiciderus.24-15-01(54)-105-142
10. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М., 2010: 232. [Polozhy B.S. Suicidal behavior (clinical, epidemiological and ethnocultural aspects). М.: 2010: 232 p.] (In Russ)
11. URL: [www.mkb-10.com](http://www.mkb-10.com)
12. URL: <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g>
13. Клинические рекомендации «Биполярное аффективное расстройство» (утв. Минздравом России), 2021. Clinical guidelines «Bipolar affective disorder» (approved by the Russian Ministry of Health), 2021.
14. Меринов А.В. Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью / ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. СПб: «Экспертные решения», 2017. 192 с. [Merinov A.V. The role and place of the phenomenon of auto-aggression in families of patients with alcohol dependence. Ryazan State Medical University. SPb.: «Ekspertnyye resheniya». 2017. 192 s.] (In Russ)
15. Парамонова Ю.А. Алкогольная зависимость у женщин. *Академический журнал Западной Сибири*. 2019; 16 (6): 35-39. [Paramonova Yu.A. Alcohol dependence in women. *Academic Journal of West Siberia*. 2019; 16 (6): 35-39.] (In Russ)
16. Сомкина О.Ю., Меринов А.В. Современные представления о женском алкоголизме (обзор литературы). *Наука молодых (Eruditio Juvenium)*. 2014; 4: 128-135. [Somkina O.Ju., Merinov A.V. Modern ideas about female alcoholism (review). *Young Science (Eruditio Juvenium)*. 2014; 4: 128-135.] (In Russ)

## PERSONS WITH AN ESTABLISHED PSYCHIATRIC DIAGNOSIS AMONG THOSE WHO COMMITTED SUICIDE BY SELF-HANGING AND FALLING FROM A HEIGHT (BASED ON THE EXAMPLE OF CITY OF RYAZAN, RYAZAN AND RYBNOVSKY REGIONS)

A.V. Merinov<sup>1</sup>, Z.E. Gazaryan<sup>1</sup>,  
A.V. Kosy'reva<sup>1</sup>, S.V. Nagibina<sup>2</sup>,  
V.V. Komarov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia; merinovalex@gmail.com  
<sup>2</sup>Regional Clinical Psychiatric Hospital named  
after N.N. Bazhenov, Ryazan, Russia; rokpb@ryazan.gov.ru

### Abstract:

At the moment, there are only a few works concerning the post-mortem assessment of previously given psychiatric diagnoses of persons who subsequently committed suicide. *Aims of the study*: to study the representation of established psychiatric diagnoses among those who committed suicide by self-hanging and jumping from a height in 2013-2015 and 2019-2021 (using the example of city of Ryazan, Ryazan and Rybnovsky districts). *Materials and methods*: more than 20 thousand death reports were analyzed, of which 540 were selected, including ICD-10 codes for two causes of death: hanging, strangulation and strangulation with undetermined intentions (ICD-10 code - Y20) and intentional self-harm by jumping from height (ICD-10 code – X80). At the second stage of the study, the data of the deceased was compared with the databases of those who had previously sought psychiatric or drug treatment at the State Budgetary Institution of the Russian Federation "Regional Clinical Psychiatric Hospital named after. N.N. Bazhenov" and State Budgetary Institution of Ryazan Region "Regional Clinical Narcological Dispensary", which established a psychiatric or drug addiction diagnosis. *Results*. Of the total number of observations (540 reports), lifetime psychiatric and drug addiction diagnoses were found in 26.5% (143 reports). Of the 406 dead men, 109 (26.9%) had a verified diagnosis; in the female group this figure was 25.4% (34 cases out of 134 observations). During the time periods under consideration, with an annual assessment, there is a significant scatter in the values of the studied parameter (from 0 to 60%), which was significantly smoothed out when the assessed periods were enlarged to three years, being in the range of 20-36%. The frequency of detection of intravital psychiatric or drug addiction diagnoses does not have a significant connection with the method of suicide (falling from a height and

self-hanging) and the gender of the victims. In the group of men who committed suicide, the most frequently encountered diagnostic categories were (in descending order of values): F10 (Mental and behavioral disorders caused by alcohol use), F00-09 (Organic, including symptomatic, mental disorders), F11-19 (Mental disorders and behavioral disorders associated with (caused by) the use of psychoactive substances), F20-29 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders). In the female group, a similar list is as follows: F00-09 (Organic, including symptomatic, mental disorders), F20-29 (Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders), F10 (Mental and behavioral disorders caused by alcohol consumption), F30-39 (Mood disorders (affective disorders)). The method of suicide did not have a significant impact on the identified rating of diagnoses, and no noticeable differences were found in the time periods assessed (2013-2015 and 2019-2021). *Conclusions:* The frequency of certain diagnostic categories is expectedly associated not only with their “index” of prospective suicidogenicity: to a large extent, these values are determined by their prevalence and the likelihood of seeking (voluntary or involuntary) specialized medical care.

*Keywords* suicidology, suicide, lifetime psychiatric diagnoses in those who committed suicide

Вклад авторов:

*А.В. Меринов:* разработка дизайна исследования, обзор и перевод публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных, статистический анализ, написание текста рукописи;

*З.Е. Газарян:* разработка дизайна исследования, обзор и перевод публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных, статистический анализ, написание текста рукописи;

*А.В. Косырева:* разработка дизайна исследования, обзор и перевод публикаций по теме статьи, получение данных для анализа, анализ полученных данных, статистический анализ, написание текста рукописи;

*С.В. Нагибина:* редактирование текста рукописи;

*В.В. Комаров:* редактирование текста рукописи.

Authors' contributions:

*A.V. Merinov:* developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, obtaining data for analysis, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, statistical analysis, article writing;

*Z.E. Gazaryan:* developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, obtaining data for analysis, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, statistical analysis, article writing;

*A.V. Kosyreva:* developing the research design, reviewing of publications of the article's theme, obtaining data for analysis, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, statistical analysis, article writing;

*S.V. Nagibina:* article editing;

*V.V. Komarov:* article editing.

Финансирование: Исследование не имело финансовой поддержки.

Financing: The study was performed without external funding.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Статья поступила / Article received: 16.05.2024. Принята к публикации / Accepted for publication: 22.06.2024.

---

Для цитирования: Меринов А.В., Газарян З.Е., Косырева А.В., Нагибина С.В., Комаров В.В. Лица с установленным психиатрическим диагнозом среди покончивших с собой посредством самоповешения и падения с высоты (на примере Рязани, Рязанского и Рыбновского районов). *Суицидология*. 2024; 15 (2): 76-93. doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-02(55)-76-93

For citation: Merinov A.V., Gazaryan Z.E., Kosyreva A.V., Nagibina S.V., Komarov V.V. Persons with an established psychiatric diagnosis among those who committed suicide by self-hanging and falling from a height (based on the example of city of Ryazan, Ryazan and Rybnovsky regions). *Suicidology*. 2024; 15 (2): 76-93. (In Russ / Engl) doi.org/10.32878/suiciderus.24-15-02(55)-76-93