

Критерии оценки недоучета суицидальной смертности сквозь призму ее возрастного профиля

Виктория Г. Семенова¹, Александр В. Зубко^{1,2}, Тамара П. Сабгайда^{1,2}

1 Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, 119333, Россия

2 Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, 125206, Россия

Получено 5 June 2023 ♦ Принято в печать 30 January 2024 ♦ Опубликовано 29 March 2024

Цитирование: VG Semyonova, AV Zubko, TP Sabgayda (2024) Evaluation Criteria for Undercounting of Age-Specific Suicide Mortality. Population and Economics 8(1):115–131. <https://doi.org/10.3897/pop econ.8.e107534>

Аннотация

В статье проанализирована возрастная структура смертности от суицидов, повреждений с неопределенными намерениями в целом, а также повешений и прыжков/падений с высоты с неопределенными намерениями как потенциального резервуара латентных суицидов.

Показано, что возрастной профиль суицидальной смертности за последнее 30-летие принципиально изменился: в кризис 1990-х гг. у мужчин сформировалась сигмоидальная кривая смертности с пиком в средних возрастах, причем в разгар кризиса, в середине 1990-х гг., максимальные уровни повозрастной смертности отмечались у 50–54-летних.

Принципиальные гендерные различия возрастного профиля отмечались только в системный кризис 1990-х гг.: на фоне сигмоидальной кривой суицидальной смертности российских мужчин возрастной профиль смертности российских женщин характеризовался стабильным ростом повозрастных показателей, начиная с 25–29 лет, при этом в середине 1990-х гг. у женщин также отмечался пик смертности у 50–54-летних.

В 2000-е гг. происходило постепенное сглаживание пика смертности в средних возрастах с достижением максимума в старческом возрасте. После 2010 г. наблюдалась дальнейшая нормализация профиля суицидальной смертности с формированием плато в трудоспособных возрастах.

Сравнительный анализ возрастного профиля суицидальной смертности и смертности от повешений и прыжков/падений с высоты с неопределенными намерениями подтвердил гипотезу об этих причинах как потенциальном резервуаре латентных суицидов, что повышает потери от суицидов у мужчин от 80% среди 15–24-летних до 50% у лиц старших возрастов, среди женского населения суицидальная смертность во всех возрастах старше 15 лет удваивается.

Ключевые слова

смертность от самоубийств, недоучет смертности от самоубийств, повреждения с неопределенными намерениями, возрастной профиль суицидальной смертности

Коды JEL: J1, J11, J19

Введение

Суициды — единственная из внешних причин, мониторинг и снижение потерь от которой входит в Цели устойчивого развития, актуальные для всего мирового сообщества, которые были представлены в 2015 г. Генеральной ассамблеей ООН в качестве «плана достижения лучшего и более устойчивого будущего для всех» [UN, 2015].

Эта позиция представляется более чем обоснованной: по оценкам ВОЗ, суициды в настоящее время являются четвертой по значимости причиной потерь среди молодежи (возрастная группа 15–29 лет) [WHO, 2014], и, по прогнозам, значимость потерь от суицидов в дальнейшем будет расти [Cavanagh et al., 2003; Akyuz et al., 2020].

Это безусловно требует особых усилий общества по снижению суицидальной смертности; не случайно в Концепцию демографического развития России до 2025 г. были включены только две внешние причины: дорожно-транспортные происшествия и самоубийства [Указ Президента..., 2007].

В настоящее время актуальность исследования суицидальной смертности очевидна: сегодня Россия переживает самый сложный период, обусловленный как геополитическими, так и социально-экономическими факторами, своеобразную «смену эпох», и в подобные периоды нельзя отрицать риски роста суицидальной смертности [Семенова с соавт., 2020a].

В этом контексте особую тревогу вызывает тот факт, что предшествующая «смена эпох» — реформы 1990-х гг. — сопровождалась резким ростом суицидальной смертности [Leon, Shkolnikov, 1998; Семенова с соавт., 2005], и недопустимость возвращения к подобной ситуации представляется очевидной.

При этом, однако, разрабатывая программы и меры по снижению суицидальной смертности, следует помнить: парадоксальным образом суициды являются, может быть, единственной из внешних причин, в отношении которой невозможно объявить, как в случае ДТП, девиз «Цель — ноль»: самоубийства были, есть и будут. Эта предопределенность заложена в самой природе суицидов — единственной внешней причине смерти, несущей существенную эндогенную компоненту [Дюркгейм, 1994; Conner et al., 2003].

Эти обстоятельства выдвигают на первый план вопрос о реальном уровне потерь от суицидов среди российского населения.

Проблема оценки суицидальной смертности является актуальной не только для России, но и для большинства постиндустриальных обществ, о чем свидетельствует целый ряд публикаций, посвященных вопросам учета потерь от суицидов в ряде европейских стран [Андреев, 2016; Васин, 2015; Иванова с соавт., 2013; Семенова с соавт., 2019; Голенков с соавт., 2021; Юмагузин, Винник, 2017, 2019; Björkenstam et al., 2014; Kapusta et al., 2011; Rockett, 2010; Rockett et al., 2011, 2014; Семенова с соавт., 2020a; Värnik et al., 2010a, 2010b, 2012].

При этом большинство исследователей указывает в качестве резервуара латентных суицидов на такую рубрику, как «повреждения с неопределенными намерениями» (согласно МКБ-9 — «повреждения без уточнений») [Голенков с соавт., 2021; Юмагузин, Винник, 2019; Björkenstam et al., 2014; Gavrilova et al., 2008]. Действительно, согласно МКБ-10, «этот блок включает случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случа-

ем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений», т.е., по условию, самоубийства входят в эту рубрику.

Ранее проведенные исследования указали, что в России этот недоучет носит систематический характер, что сделало необходимым реконструкцию реального масштаба потерь, обусловленных суицидами [WHO, 2011; Семенова с соавт., 2004, 2005; Юмагузин, Винник, 2017].

Предложенный нами подход к оценке потенциального резервуара латентной смертности от суицидов был основан на анализе механизма реализации инцидента [CDC, 2013; Семенова с соавт., 2004; Daine et al., 2013; Huguet et al., 2014]. Были показаны принципиальные различия способов убийств и самоубийств, что позволило из инцидентов, относящихся к повреждениям с неопределенными намерениями, выделить повешения/удушения (Y20) и прыжки/падения с высоты (Y30) с неопределенными намерениями как латентные суициды.

Предложенный подход оценки латентной суицидальной смертности базировался на ее нозологических аспектах. Однако в этой ситуации нельзя забывать и о возрастном контексте: закономерности формирования возрастного профиля официально зарегистрированной и предположительно латентной суицидальной смертности являются важнейшими аргументами для подтверждения или опровержения этой гипотезы [Семенова, Евдокюшкина, 2003].

Таким образом, целью настоящего исследования является выявление особенностей суицидальной смертности в кризисные и стабильные периоды социально-экономического развития, а также верификация возможного недоучета суицидальной смертности за счет перехода ее в латентную форму.

Материалы и методы

При анализе были использованы данные Росстата о смертности от суицидов и повреждений с неопределенными намерениями в 1989–2021 гг. в возрастном и гендерном аспектах. Кроме того, были использованы соответствующие показатели, содержащиеся в Human mortality database (временной ряд данных для России заканчивается 2018 годом).

Результаты

Динамику суицидальной смертности населения России в постсоветский период можно разделить на 2 этапа: период кратковременных разнонаправленных трендов конца 1980-х — начала 2000-х гг. и период устойчивых позитивных тенденций, сформировавшихся с начала 2000-х гг. и сохранившихся до настоящего времени. При этом наиболее негативная ситуация, безусловно, сложилась в первой половине 1990-х гг., в разгар кризиса, обусловленного «шоковой терапией»: в 1989–1994 гг. смертность от суицидов российского населения выросла на 63% у мужчин и 20,2% у женщин. Во второй половине 1990-х гг. последовало компенсаторное снижение показателей, однако дефолт 1998 г. привел к синхронному росту суицидальной смертности. Таким образом, в первое постсоветское десятилетие суицидальная смертность выросла почти в 1,5 раза у мужчин и более чем на 10% у женщин.

В 2000-е гг. суицидальная смертность российского населения продемонстрировала устойчивые позитивные тенденции, которые впоследствии не были прерваны ни глобальным кризисом 2008 г., ни социальными последствиями пандемии COVID-19. При этом с 2010 по 2019 г. темпы позитивных тенденций заметно ускорились: если в 2000-е среднегодовые темпы снижения показателей составили 3,7% у мужчин и 3% у женщин, то в 2010–2019 гг. они достигли 4,9% и 5,2% соответственно. Более того, в период кризиса, вызванного пандемией COVID-19, темпы позитивных тенденций весьма незначительно замедлились в первый год пандемии, составив 4% и 3,1%, а в 2020–2021 гг. продемонстрировали своеобразный рекорд, составив 5,2% и 6,5% в течение года (рис. 1).

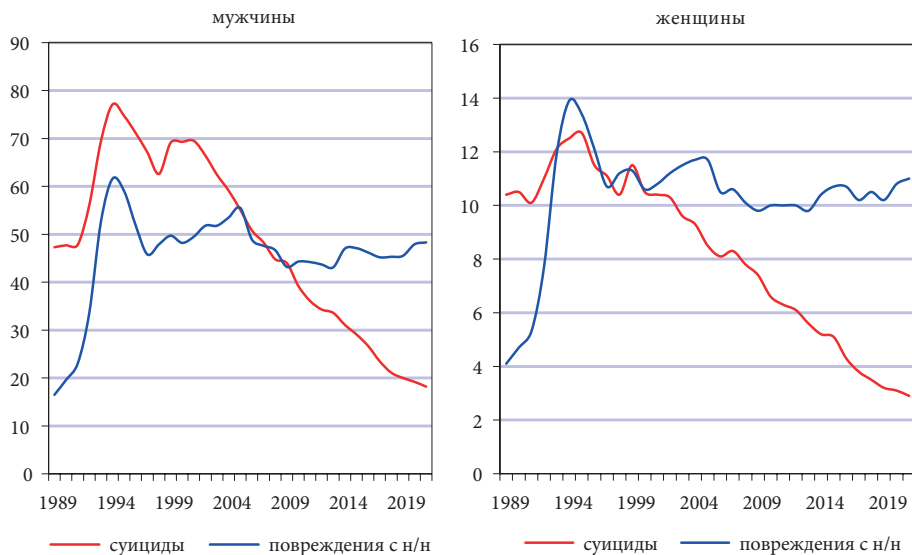


Рисунок 1. Динамика смертности от суицидов и повреждений с неопределенными намерениями населения России в 1989–2021 гг. (стандартизованный коэффициент смертности на 100 000). *Источник:* данные Росстата.

Таким образом, в 2000-е гг. суицидальная смертность населения России снизилась в 3,8 раза у мужчин и в 3,6 раза у женщин, т.е. темпы российских позитивных тенденцийкратно опережали западноевропейские: так, темпы снижения суицидальной смертности в Европейском союзе до мая 2004 г. в 2000–2018 гг. составили 18,6% и 17,8% против 3,3 и 3 раз соответственно (рис. 2).

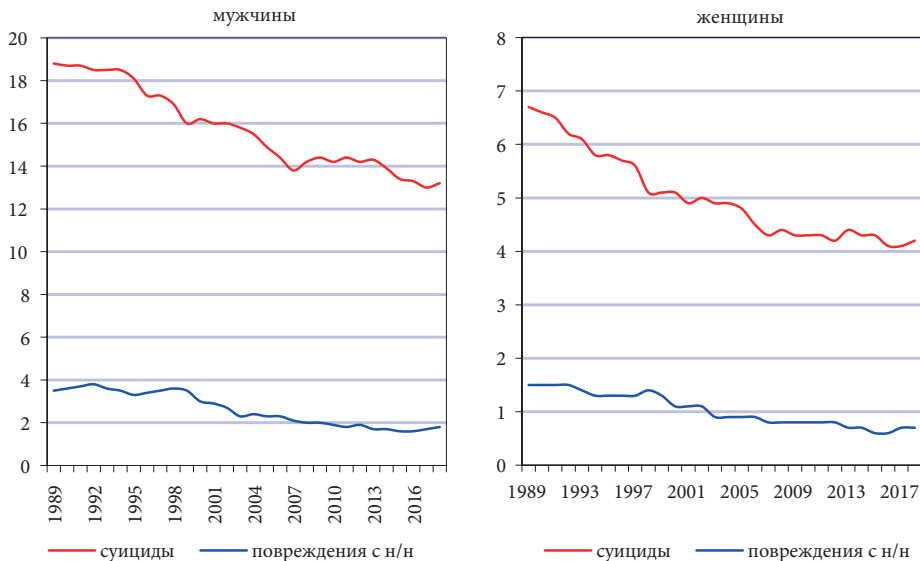


Рисунок 2. Динамика смертности от суицидов и повреждений с неопределенными намерениями населения «старого» ЕС в 1989–2018 гг. (стандартизованный коэффициент смертности на 100 000). *Источник:* данные Росстата.

Вследствие подобной динамики отставание России от Западной Европы в 2000-е гг. сократилось с более чем четырехкратного до 60%-ного в 2018 г. у мужчин, среди женщин же в 2000 г. проигрыш России был более чем двукратным, тогда как в 2018 г., напротив, отмечалось почти 20%-ное отставание Западной Европы.

Однако уровни суицидальной смертности, как и темпы их снижения, нуждаются в тщательной верификации: как уже указывалось выше, в МКБ-10 указан такой резервуар латентных суицидов, как повреждения с неопределенными намерениями (Y10-Y34), и, к сожалению, уровни смертности от этих размытых причин аномально высоки и практически не снижаются.

Так, в 1990-е гг. смертность от повреждений с неопределенными намерениями (согласно МКБ-9, повреждения без уточнений) в России выросла в 3 раза у мужчин и 2,8 раза у женщин, в нулевые годы снизилась весьма незначительно (на 10,4% и 7,5% соответственно), что, впрочем, скомпенсировалось соответственно 9%- и 10%-ным ростом показателей в 2010–2021 гг. Отметим, что, в отличие от суицидальной смертности, потери от причин с неопределенными намерениями в период пандемии продолжали расти и в первый, и во второй год кризиса, вследствие чего смертность от повреждений с неопределенными намерениями в 2019–2021 гг. выросла на 6,2% у мужчин и 7,8% у женщин (рис. 1).

Вследствие такой динамики показатели 2021 г. практически не отличаются от уровней смертности 2000 г., составив 48,3 против 48,2 у мужчин и 11 против 10,6 у женщин на 100 000 соответствующего населения. Укажем, что в 2000-е гг. (2000–2018 гг.) смертность от повреждений с неопределенными намерениями в Западной Европе снизилась на 39,7% у мужчин и на 39% у женщин, вследствие чего проигрыш России в этот период вырос с 16- до 25-кратного у мужчин и с 9- до 15-кратного у женщин в 2018 г. (рис. 2).

Анализируя различия ситуации в России и в «старом» Евросоюзе, укажем, что в Западной Европе в 2000-е гг. суицидальная смертность существенно и стабильно превышала потери от повреждений с неопределенными намерениями, в России же подобная картина в мужской популяции наблюдалась только до начала 2000-х гг., у женщин же уже в середине 1990-х отмечено превышение смертности от повреждений с неопределенными намерениями над потерями от суицидов. После 2005 г. эти изменения сформировались в устойчивую тенденцию, и в настоящее время превышение смертности от повреждений с неопределенными намерениями над суицидальной смертностью составило 2,7 и 3,8 раза соответственно (против зеркального соотношения в Западной Европе, составившего 7,3 раза в мужской и 6 раз в женской популяции) (см. рис. 1–2).

Таким образом, вопрос о недоучете потерь российского населения от суицидов представляется вполне оправданным. В этом контексте укажем, что ранее был предложен подход, основанный на сходстве механизмов реализации суицидов, официально установленных, и инцидентов, отнесенных к повреждениям с неопределенными намерениями.

Напомним, что в предложенном ранее подходе были затронуты нозологические аспекты верификации инцидентов. Однако нельзя пренебрегать возрастными аспектами, позволяющими подтвердить или опровергнуть отнесение этих инцидентов к латентным суицидам.

Достаточно неожиданной представляется заметная трансформация возрастного профиля смертности от суицидов за последние 30 лет, особенно в мужской популяции. Так, из рис. 3 видно, что в 1989–1999 гг. возрастной профиль суицидальной смертности российских мужчин характеризуется ярко выраженным пиком в возрасте 50–54 года, вследствие чего показатели 1993–1995 гг. в этих возрастах превысили смертность от суицидов в самой старшей возрастной группе (85 лет и старше), составив соответственно для каждого из трех лет 128,1 против 125,3, 138,4 против 132,2 и 131,1 против 120,7 на 100 000.

По мере снижения суицидальной смертности происходила относительная нормализация возрастной кривой смертности, однако, сравнивая показатели 1989 г. (последнего стабильного года советского периода) и 1999 г., можно увидеть достаточно выраженные различия: в возраст-

тах до 75 лет показатели 1999 г. существенно превышают таковые в 1989 г., причем проигрыш периода реформ варьирует от более чем 2-кратного среди 20–24-летних до более чем 25%-ного среди 70–74-летних. Однако в старших возрастах картина меняется зеркально: суицидальная смертность 80–84-летних лиц обоего пола в 1999 г. оказалась почти на четверть, а мужчин 85 лет и старше — на 8% ниже, чем в 1989 г.

Следующее десятилетие (2000–2009 гг.) характеризуется ростом показателей до 25–29 лет, затем формируется плато с неожиданным снижением показателей среди 60–64-летних и ростом их до максимума в самых старших возрастах. При этом из рисунка 3 видно, что возрастные профили 2000–2002 гг. характеризуются локальным подъемом в средних возрастах, причем в 2000 г. существенное повышение смертности затрагивает мужчин 45–59 лет, в 2001 г. — 45–54-летних, в 2002 г. — только 45–49-летних, после чего возрастная кривая существенно сглаживается.

После 2010 г. возрастной профиль суицидальной смертности российских мужчин характеризуется ростом показателей до локального максимума в 30–34 года в 2010–2013 гг., в 35–39 лет в 2014–2017 гг., в 40–44 года после 2017 г. Затем следует крайне медленное снижение повозрастных показателей с локальным минимумом у 60–64-летних, который начал формироваться в предшествующее десятилетие. После 65 лет повозрастные показатели росли до максимума в самых старших возрастах.

В отмеченное выше снижение суицидальной смертности в 2010–2021 гг. внесли вклад все возрастные группы, причем в возрастах до 55 лет темпы позитивных тенденций превышают 2 раза, а среди 25–29-летних приближаются к 3-кратному. Даже в возрасте (85 лет и старше) показатели 2021 г. оказались меньше таковых в 2010 г. почти на 20% у мужчин и почти вдвое — у женщин.

В мужской популяции наблюдалась заметная трансформация возрастного профиля со временем, в женской смертности вплоть до начала 2010-х годов возрастной профиль суицидальной смертности заметно отличался от других периодов (рис. 3). Так, в 1990-е годы смертность российских женщин от суицидов росла с возрастом по траектории, близкой к линейной, с максимумом в самой старшей возрастной группе и с локальным пиком в 50–54 года, сформировавшимся в 1992–1997 гг. Отметим, что у российских женщин, как и у мужчин, в 1990-е годы рост суицидальной смертности определялся трудоспособными возрастами, в первую очередь — 20–29-летними, показатели у которых в 1989–1999 гг. выросли на 54,7% и 69,3% соответственно, на фоне снижения суицидальной смертности женщин 55 лет и старше, варьировавшего от 0,8% у 65–69-летних до 16,5% у 60–64-летних. Более того, даже в 1995 г., когда суицидальная смертность российских женщин достигла максимума за последние более чем 30 лет, рост показателей определялся суицидальной смертностью лиц старше 70 лет.

В 2000–2009 гг. возрастная кривая суицидальной смертности обоих полов характеризуется существенно более медленным увеличением показателей с возрастом среди трудоспособных, нежели в предшествующее десятилетие, локальный пик среди 50–54-летних постепенно сглаживается и формируется локальный минимум среди 55–59-летних. Во всех возрастах в 2000–2009 гг. наблюдалось снижение суицидальной смертности, однако максимальные темпы позитивных тенденций были выявлены у 50–69-летних, показатели которых снизились более чем на 40%.

После 2010 г. возрастной профиль суицидальной смертности российских женщин приобретает традиционные формы, характеризуясь плато в трудоспособных возрастах и стабильным увеличением показателей с возрастом после 65 лет. При этом следует отметить, что у женщин, как и у мужчин, формируется возраст локального минимума, приходящийся на 55–64 года.

В период 2010–2021 гг. возрастной профиль суицидальной смертности российского населения характеризуется минимальными гендерными различиями: в мужской популяции можно только отметить рост повозрастных показателей до 30–34 лет, отсутствующий у женщин.

Вследствие указанных изменений снижение суицидальной смертности женщин в 2010–2021 гг. определялось, как правило, более чем двукратным снижением показателей во всех возрастных группах.

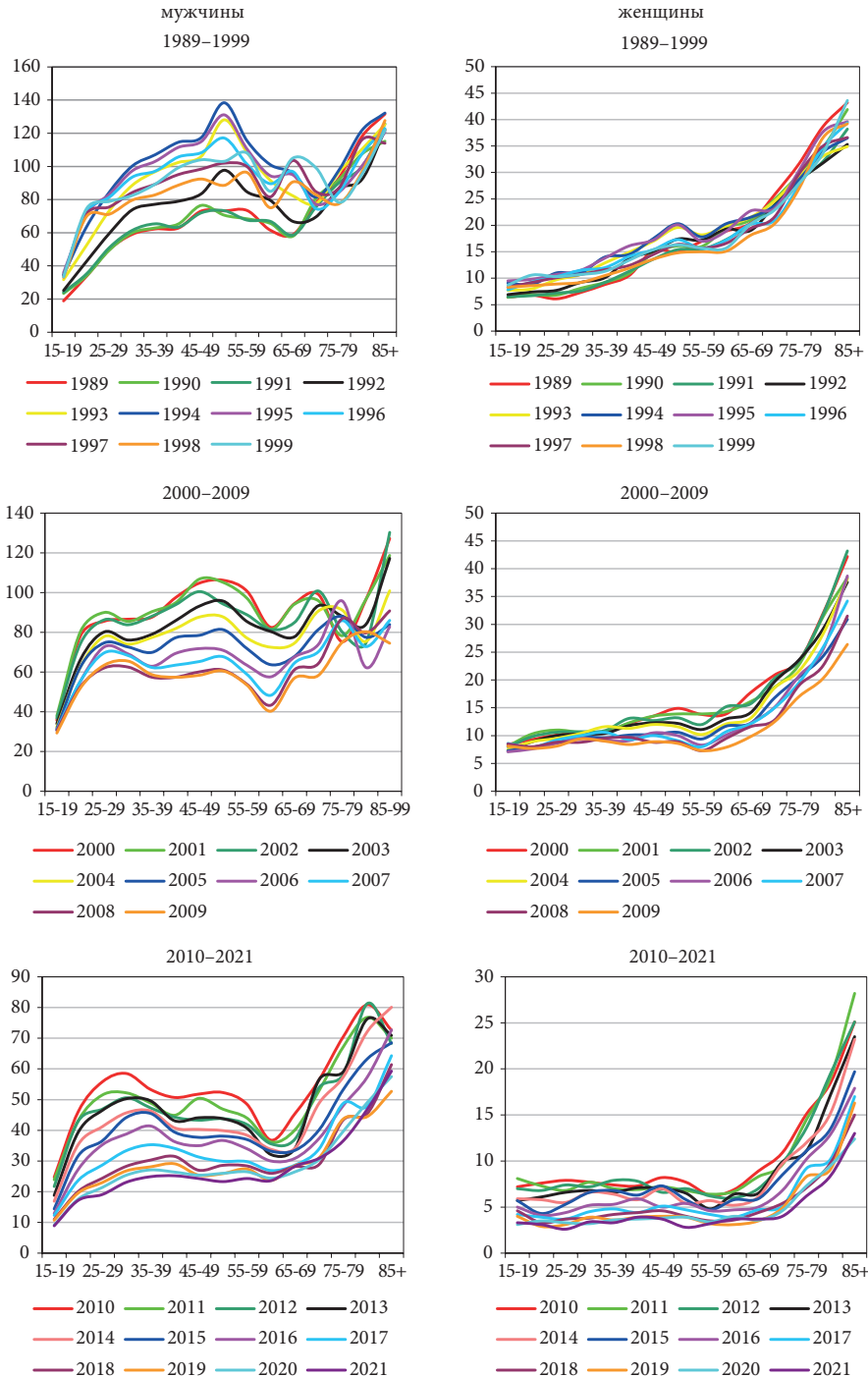


Рисунок 3. Эволюция возрастного профиля смертности от суицидов взрослого населения России в 1989–2021 гг. (повозрастные коэффициенты смертности на 100 000). *Источник:* данные Росстата.

В этом контексте более чем показательной представляется эволюция возрастного профиля смертности от повреждений с неопределенными намерениями, в которых неизбежно присутствует латентный суицидальный компонент.

Обсуждая ситуацию 1990-х гг., следует отметить, что возрастные профили смертности российских мужчин последних советских лет (1989–1991 гг.) заметно отличаются от показателей первого постсоветского десятилетия (в первую очередь по уровням). Кривая смертности 1989 г. отличается по форме: подъем повозрастных показателей до 40 лет с выходом на плато в возрастах 40–69 лет, рост показателей с максимумом в самых старших возрастах (рис. 4).

Возрастная кривая 1992 г. занимает промежуточное положение, а возрастное распределение смертности российских мужчин от повреждений с неопределенными намерениями (по МКБ-9 — повреждения без уточнений) 1992–1999 гг. характеризуется резким ростом показателя до максимума в 50–54 года, снижением до локального минимума в 75–79 лет и ростом повозрастных показателей в самых старших возрастах.

Таким образом, рост смертности российских мужчин от повреждений с неопределенными намерениями в 1989–1999 гг. определялся всеми возрастными группами: минимально (и при этом почти на 70%) выросли показатели смертности лиц 85 лет и старше, максимально (четырекратно) — 65–69-летних.

В 2000-е гг. кривая смертности от повреждений с неопределенными намерениями в целом характеризовалась закономерностями, сформировавшимися после 1993 г., однако пик в возрастной группе 50–54 года постепенно сглаживался, вследствие чего к концу 2000-х гг. в средних возрастах сформировалось плато, сходное с траекторией 1989 г. При этом, однако, в отличие от профиля 1989 г., максимальные значения повозрастных коэффициентов отмечены у 55–64-летних, а не у мужчин самых старших возрастов.

Постепенная трансформация кривой смертности сопровождалась снижением показателей у мужчин в возрастах до 65 лет (от почти 40% среди 20–24-летних до 2,2% среди 35–59-летних) на фоне роста смертности у мужчин старших возрастов, почти 1,5-кратного у 75–84-летних.

После 2020 г. наметившиеся в 2000-е гг. тренды окончательно сформировались: подъем смертности до 40 лет, выход на плато со снижением до локального минимума у 65–69-летних с дальнейшим ростом показателей до максимума в старческих возрастах. Таким образом, возрастной профиль смертности российских мужчин от повреждений с неопределенными намерениями отличается от кривой суицидальной смертности 5-летним тайминговым сдвигом: если выход кривой суицидальной смертности на плато в последний период исследования наблюдался у мужчин 30–44 лет, а локальный минимум — среди 60–64-летних, то смертности от повреждений с неопределенными намерениями — в 40–44 и 65–69 лет соответственно.

Отметим, что в рост смертности российских мужчин от повреждений с неопределенными намерениями в 2010–2021 гг. внесли вклад все возрастные группы, кроме 25–29- и 30–34-летних, смертность среди которых снизилась на 13,5% и 5,4% соответственно. Максимальные темпы роста повозрастных показателей, составив 70%, отмечались у мужчин старше 80 лет.

В женской популяции закономерности формирования возрастного профиля смертности от повреждений с неопределенными намерениями в 1989–1999 гг. характеризуются заметным сходством с таковыми у мужчин: так, повозрастные показатели последнего советского трехлетия характеризуются существенно меньшими уровнями на всем возрастном диапазоне, а также отсутствием пика смертности в средних возрастах.

В постсоветский период произошло формирование пика среди 45–54-летних со снижением показателей до локального минимума у 65–69-летних и дальнейшим ростом смертности до максимума в старческих возрастах.

Таким образом, в 1990-е гг. основным гендерным различием (при общем сходстве траекторий) возрастного профиля российского населения является формирование у женщин максимума в старческих, а не в средних возрастах, как у мужчин.

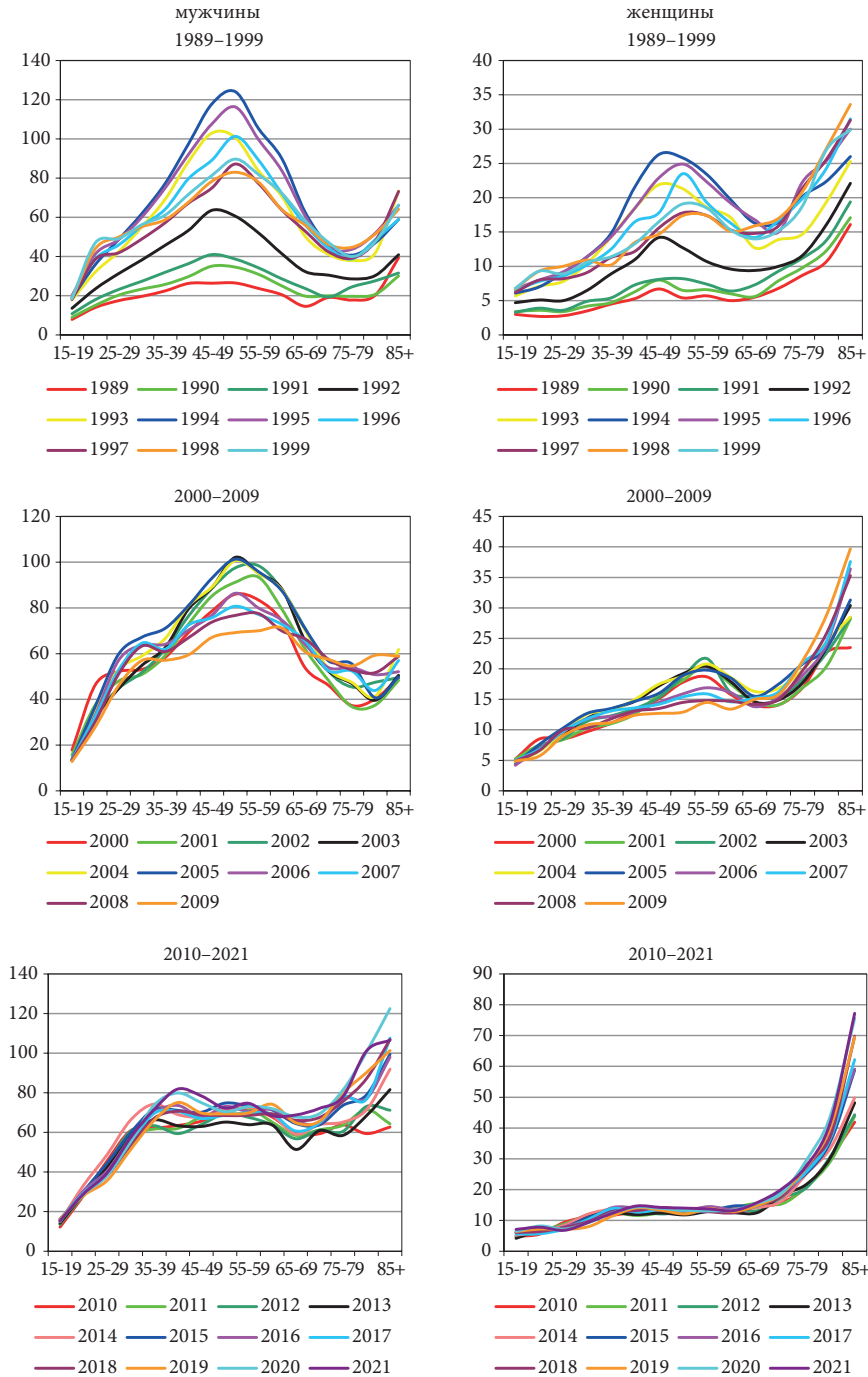


Рисунок 4. Эволюция возрастного профиля смертности от повреждений с неопределенными намерениями взрослого населения России в 1989–2021 гг. (повозрастные коэффициенты смертности на 100 000). *Источник:* данные Росстата.

Следствием подобных трансформаций является кратный рост смертности российских женщин от повреждений с неопределенными намерениями во всех возрастах, кроме лиц 85 лет и старше, у которых показатели увеличились на 86%.

В начале XXI в. происходила трансформация возрастного профиля смертности российских женщин, которую можно оценить как противоположную наблюдаемой в 1990-е гг.: при сохранении тенденции роста коэффициентов суицидальной смертности с возрастом постепенно сглаживается пик показателей в средних возрастах. Вследствие этих сдвигов в 2000–2009 гг. произошло снижение смертности в двух возрастных группах — среди молодежи (15–24-летних) и лиц старших трудоспособных и ранних пенсионных возрастов (40–64 года). На этом фоне отмечался рост смертности молодых женщин (25–39 лет), а также женщин старших возрастов, причем максимальный прирост, приблизившийся к 70%, отмечался в самой старшей возрастной группе.

В 2010–2021 гг. возрастная кривая смертности российских женщин от повреждений с неопределенными намерениями приобретает несомненное сходство с возрастным профилем суицидальной смертности, с выходом на плато к 30 годам и выраженному росту повозрастных показателей после 75 лет.

Вследствие этой трансформации единственная возрастная группа, где отмечено выраженное (более 20%) снижение показателей, — это молодые женщины (25–34 года) на фоне значительного роста смертности у женщин старше 65 лет. Максимально (почти на 3/4) в этот период выросла смертность женщин старческих возрастов. При этом нельзя игнорировать тот факт, что второй по темпам роста показателей возрастной группой оказались молодые девушки (15–19 лет), смертность которых выросла на 43,3%.

Подобные изменения от десятилетия к десятилетию возрастного профиля потерь от повреждений с неопределенными намерениями как в мужской, так и в женской популяции, с учетом различий генеза причин, формирующих этот блок (напомним, что в него входят и самоубийства, и убийства, и несчастные случаи), свидетельствуют о принципиальных различиях нозологического спектра этих причин. При этом общий вектор трансформаций позволяет предположить, что, судя по сходству кривых смертности, потери от повреждений с неопределенными намерениями все чаще формируются за счет латентных суицидов.

К сожалению, проверить эту гипотезу можно только начиная с 2011 г., когда произошли существенные изменения в краткой номенклатуре причин смерти, принятой в России.

Ранее проведенные исследования показали, что, судя по сходству механизмов реализации инцидентов, в латентную форму чаще всего переводятся повешения и прыжки/падения с высоты (Y20, Y30) [Семенова с соавт., 2020b].

Показательно, что закономерности возрастной конфигурации кривой смертности от инцидентов, отнесенных к латентным суицидам, практически совпадают с таковыми для возрастного профиля суицидальной смертности: плато в период трудоспособности (у мужчин выход на плато сопровождается ростом повозрастных коэффициентов до 30–39 лет) с локальным минимумом показателей в 60–64 года, затем — рост смертности до максимума в самой старшей возрастной группе (см. рис. 3 и 5).

Отметим, что внешнее сходство возрастных профилей смертности от суицидов латентных и официально зарегистрированных подтверждается такими объективными показателями, как коэффициенты ранговой корреляции: минимальные их значения, начиная с 2011 г., составили 0,94, однако, как правило, не опускались ниже 0,97–0,98.

Таким образом, гипотеза о суицидальном генезе падений и повешений с неопределенными намерениями подтверждается не только в нозологическом, но и в возрастном контексте.

Закономерным представляется вопрос об оценке реальных потерь от суицидов, т.е. суицидальной смертности с учетом латентной компоненты. Еще раз подчеркнем, что в данном случае речь идет не об установленных показателях, но об оценке потенциального резервуара латентной смертности от суицидов.

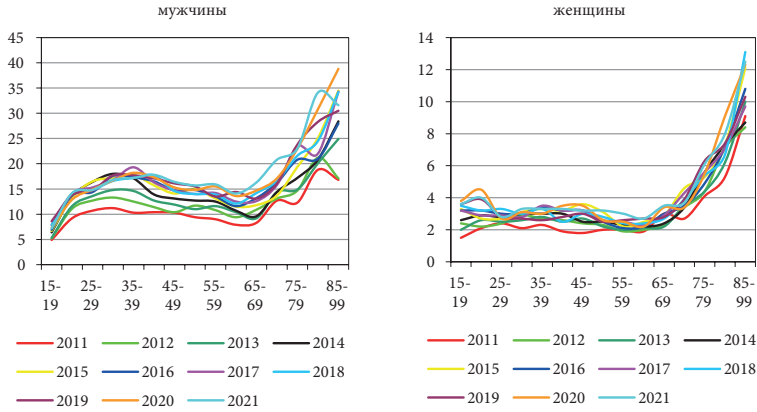


Рисунок 5. Эволюция возрастного профиля совокупной смертности от повешений и прыжков с высоты с неопределенными намерениями взрослого населения России в 2011–2021 гг. (повозрастные коэффициенты смертности на 100 000). *Источник:* данные Росстата.

Таблица 1. Превышение оценочных реальных уровней суицидальной смертности взрослого населения России над официальными показателями в 2011–2021 гг. (в %)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
мужчины											
15–19	20,5	24,1	28,4	38,1	46,3	53,6	63,3	71,6	80,3	80,6	80,2
20–24	21,3	25,7	29,5	38,1	42,0	50,2	59,4	69,3	70,3	73,6	82,3
25–29	20,8	27,2	29,3	39,8	44,9	40,7	53,3	60,8	64,0	69,6	77,8
30–34	21,5	26,3	29,4	39,3	39,0	45,4	50,3	58,7	66,0	65,9	72,7
35–39	21,1	26,4	29,5	36,9	39,1	41,8	54,7	56,7	62,8	67,3	69,3
40–44	23,1	25,6	29,4	34,0	39,8	45,6	47,8	56,2	58,8	65,7	70,7
45–49	20,3	24,0	26,9	32,5	37,3	41,9	47,0	54,2	63,4	60,3	67,4
50–54	19,9	26,8	25,2	31,9	39,3	40,3	46,8	49,0	60,0	56,9	67,3
55–59	20,5	25,8	28,5	32,6	35,3	39,8	47,9	49,0	49,2	58,4	65,3
60–64	21,8	26,4	32,4	31,7	34,5	38,8	46,6	46,6	61,0	55,8	59,9
65–69	20,8	29,4	26,9	28,1	35,3	42,8	44,0	50,5	45,9	55,5	57,5
70–74	24,1	24,3	25,4	29,4	34,1	43,4	46,6	57,3	51,7	56,0	67,2
75–79	18,4	25,2	25,3	30,0	36,3	43,2	48,1	49,8	54,4	57,9	63,0
80–84	24,5	26,1	26,4	28,8	39,7	36,6	46,0	53,8	63,5	62,9	72,6
>85	24,1	25,0	35,1	35,5	50,4	38,6	53,3	55,7	57,9	67,6	53,4
женщины											
15–19	19,0	33,9	34,5	43,2	56,9	63,7	75,1	77,9	90,0	122,3	108,6
20–24	28,5	32,4	41,7	50,0	63,4	78,3	73,4	97,6	133,6	127,6	130,3
25–29	34,5	32,4	37,6	51,9	51,3	69,4	76,4	86,8	90,2	82,2	105,9
30–34	27,3	40,6	37,7	46,1	47,1	57,6	62,4	78,9	69,0	97,7	95,8
35–39	32,9	33,8	42,7	47,1	48,9	63,4	74,1	78,3	74,3	82,0	97,3
40–44	28,2	33,2	35,0	51,3	51,4	54,8	72,5	57,5	72,4	95,8	84,3
45–49	24,7	37,3	38,3	36,1	49,0	63,6	62,3	65,3	73,8	91,7	87,7
50–54	30,0	32,3	33,3	47,5	53,4	45,5	55,1	70,8	65,5	66,8	112,8
55–59	31,0	30,1	42,2	40,4	46,9	46,4	59,0	68,3	79,1	72,7	94,2
60–64	27,9	33,5	33,1	42,9	43,5	46,3	57,2	68,0	89,0	55,9	71,6
65–69	36,3	32,4	34,4	39,0	50,0	60,1	62,7	62,6	79,6	93,2	94,5
70–74	27,9	35,2	35,3	34,4	53,9	52,4	84,6	71,7	80,8	74,0	91,1
75–79	28,6	32,2	39,2	46,6	47,9	48,1	60,9	76,9	75,4	74,7	98,4
80–84	27,9	36,3	36,2	48,4	54,1	55,7	69,5	68,3	81,3	95,8	95,6
>85	32,3	33,6	42,6	37,6	61,3	60,5	57,0	87,6	63,1	99,2	96,4

Из табл. 1 видно, что, начиная с 2011 г., превышение оценочных показателей над официальными стабильно растет во всех возрастных группах среди мужчин и среди женщин. Так, у мужчин в 2011 г. оцененная суицидальная смертность во всех возрастных группах превышала официальную на 20%, и превышение достигло максимума (около 24%) у лиц старческих возрастов. Однако к 2021 г. превышение оценочных показателей над официальными варьировало от 82,3% у 20–24-летних до 1,5 раз у мужчин 85 лет и старше.

В женской популяции ситуация была аналогичной: в 2011 г. превышение оценочных показателей над официальными возрастало с 19% у 15–19-летних до 32,3% у женщин 85 лет и старше. К 2021 г. превышение во всех возрастных группах было близко к двукратному, однако можно отметить некоторое снижение искомого показателя с возрастом — от 2,3 раз у 20–24-летних до 2 раз у женщин старческих возрастов.

Таким образом, за прошедшие 11 лет не только существенно выросла латентная компонента, но и изменился ее возрастной вектор: если в начале 2010-х гг. превышение увеличивалось, то в начале 2020-х — снижалось с возрастом.

Обсуждение

Первое, что следует отметить при обсуждении полученных результатов: самый неожиданный из них — это изменение конфигурации возрастного профиля суицидальной смертности в разные периоды новейшей истории России.

Так, в период системного кризиса (то острого, то вялотекущего), которым, без сомнения, были отмечены 1990-е гг., возрастной профиль суицидальной смертности мужчин характеризовался определенным сходством с возрастной кривой смертности от убийств, с максимумом по возрасту в средних возрастах, последующим снижением и некоторым ростом в самых старших возрастах.

Этот период особенно актуальным представляется то обстоятельство, что ВОЗ объединяет потери от убийств и самоубийств в единое понятие «насиленная смертность» [Borges et al., 2010].

Принципиальным представляется формирование этой специфики возрастной конфигурации суицидальной смертности именно в кризисные периоды: подчеркнем, что в последнем относительно стабильном 1989 г. возрастной профиль суицидальной смертности не имел отчетливо выраженных пиков, и относительно низкие уровни суицидальной смертности, как и возрастные ее закономерности, сохранялись вплоть до 1993 г.

В начале XXI в. характеризующаяся выходом из социально-экономического кризиса предшествующего десятилетия возрастная кривая в трудоспособных возрастах постепенно сглаживается за счет элиминации пика средних возрастов, который переходит в нисходящее плато с локальным минимумом в 60–64 года (его природа не вполне понятна) и дальнейшим ростом показателей с возрастом до максимальных значений в старческих возрастах.

В 2010-е гг. происходит окончательное формирование современной кривой суицидальной смертности с ростом по возрасту до 35–39 лет, выходом на плато и экспоненциальным ростом в старших возрастах. Интересно, что в этот период постепенно сглаживается локальный минимум 60–64 лет.

Более чем показательно, что кривая суицидальной смертности российских женщин характеризовалась резко выраженной возрастной спецификой именно в кризисные 1990-е гг.: на фоне сигмообразной кривой смертности мужчин суицидальная смертность женщин стабильно растет с возрастом, начиная с 25 лет. При этом в кризисные 1993–1996 гг. и у женщин формируется локальный максимум у 50–54-летних.

В 2000-е гг. у женщин сохраняется достаточно выраженный рост смертности с возрастом, но он постепенно сглаживается к концу десятилетия.

В 2010-е гг. окончательно формируется плато суицидальной смертности в трудоспособных возрастах. При этом спецификой женщин является окончательное оформление локального минимума у 55–64-летних, который начал складываться в середине нулевых годов.

Таким образом, можно констатировать, что изменение уровней суицидальной смертности российского населения сопровождалось значительной трансформацией возрастной кривой, причем и в период кризиса (1990-е гг.), и на современном этапе (после 2010 г.) основную роль при формировании возрастной кривой играют трудоспособные возрасты: они демонстрируют наиболее высокие темпы как негативных, так и позитивных тенденций.

Однако и отмеченные (достаточно низкие, особенно у женщин) уровни, и тренды суицидальной смертности российского населения (сверхвысокие темпы снижения показателей), к сожалению, вызывают вполне обоснованные сомнения, что подтверждается ситуацией со смертностью от повреждений с неопределенными намерениями (Y10–Y34). Напомним, что потери от этого блока причин, по условию содержащего латентную суицидальную компоненту, не продемонстрировали сколько-нибудь выраженных позитивных тенденций, однако характеризовались аномально высокими уровнями смертности в течение всего периода исследования [Семенова, Антонова, 2007].

При этом как минимум два инцидента, входящие в этот блок, во многом определяют способы реализации суицидов в России — в первую очередь, это повешения и в значительной степени прыжки с высоты [Кваша с соавт., 2014].

В задачи данного исследования входила верификация этой гипотезы посредством анализа возрастных аспектов смертности: действительно, если бы возрастной профиль смертности от этих инцидентов под рубрикой «с неопределенными намерениями» сколько-нибудь существенно отличался от кривой суицидальной смертности, это опровергало бы предложенную гипотезу.

К сожалению, проверить эту гипотезу оказалось возможно только после пересмотра краткой номенклатуры причин смерти, используемой в России после 2011 г., когда инциденты, определяющие потери от повреждений с неопределенными намерениями, были выделены в конкретные рубрики, вследствие чего удалось оценить смертность от повешений/удушений (Y20) и прыжков/падений с высоты (Y30) с неопределенными намерениями как потенциальный резервуар латентных самоубийств.

Эта гипотеза надежно подтвердилась, во всяком случае, на статистическом уровне: об этом свидетельствуют и общие закономерности возрастного профиля официально зарегистрированных и латентных суицидов, и коэффициент корреляции между возрастным распределением смертности этих инцидентов, не опускавшийся ниже 0,94, а в отдельные годы составивший 0,98–0,99.

Таким образом, можно констатировать, что с учетом латентной компоненты реальный уровень потерь от суицидов в России в настоящее время может превышать официальные показатели, снижаясь с возрастом от 80% до 1,5 раз у мужчин и будучи примерно двукратным, независимо от возраста, у женщин.

Подобные масштабы недоучета могут показаться преувеличенными, однако представляется, что они еще могут включать суицидальную компоненту из падений с высоты, отнесенных к случайным (W13), во-первых, среди симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний, во-вторых, проходящих под рубрикой «причина смерти не установлена (R99), а также, в-третьих, среди лекарственных отравлений, как случайных, так и с неопределенными намерениями, потери от которых в подавляющем большинстве случаев обусловлены употреблением снотворных, седативных и психотропных веществ (X41, Y11).

Причины сложившейся ситуации подробно проанализированы в детальном исследовании 2020 г. [Семенова с соавт., 2020а, 2020б; Карауш с соавт., 2020; Бохан с соавт., 2020]. Подчеркнем только, что разработка мер по нормализации учета суицидальной смертности требует специ-

ального комплексного исследования, включая деятельность и статистических служб, и правоохранительных органов, и судебно-медицинской экспертизы.

В рамках настоящего исследования можно констатировать, что в настоящее время оценка потерь российского населения от суицидов с учетом латентной компоненты гораздо ближе к реальной суицидальной смертности, нежели официальные показатели.

Выводы

Подводя итоги проведенного исследования, отметим следующие обстоятельства. Возрастной профиль суицидальной смертности российского населения в течение 30-летия новейшей истории нашей страны претерпел существенные трансформации, обусловленные социально-экономической ситуацией.

Так, в кризис 1990-х гг. у мужчин сформировалась сигмоидальная кривая смертности с пиком в средних возрастах, причем в разгар кризиса, в середине 1990-х гг., максимальные уровни повозрастной смертности отмечались у 50–54-летних.

В 2000-е гг. происходило постепенное сглаживание пика смертности в средних возрастах с выходом на максимум у лиц старческих возрастов. После 2010 г. возрастной профиль суицидальной смертности приобретает современную конфигурацию, характерной чертой которого является формирование плато в трудоспособных возрастах, в которое трансформировались пики показателей, отмеченные в предыдущий период.

В системный кризис 1990-х гг. отмечены принципиальные гендерные различия: на фоне сигмоидальной кривой суицидальной смертности российских мужчин возрастной профиль смертности российских женщин характеризовался стабильным ростом по возрастных показателей начиная с 25–29 лет, при этом в середине 1990-х гг. у женщин также отмечался пик смертности у 50–54-летних. В 2000-е гг. у женщин происходит постепенная трансформация кривой суицидальной смертности, завершившаяся только после 2010 г. В последние годы возрастной профиль суицидальной смертности приобретает максимальное гендерное сходство, о чем свидетельствуют коэффициенты ранговой корреляции, составившие 0,9.

Анализ возрастного профиля суицидальной смертности и смертности от повреждений с неопределенными намерениями подтвердил гипотезу о переводе существенной части суицидов в латентную форму за счет повешений и прыжков/падений с высоты с неопределенными намерениями.

В 2011–2021 гг. превышение оценки реальных суицидов над их официальным уровнем резко увеличилось во всех возрастах, составив в мужской популяции у 15–25-летних 20% против 80%, у лиц старших возрастов — 25% против 1,5 раз. В женской популяции в 2021 г. во всех возрастных группах наблюдалось двукратное превышение реальных показателей над официальными во всех возрастных группах против увеличившегося с возрастом от 19% до 32%-ного превышения в 2011 г.

Судя по уровню и тенденциям изменения смертности от повреждений с неопределенными намерениями, систематический недоучет суицидальной смертности за счет перевода ее в латентную форму происходил на протяжении всего постсоветского периода.

Список литературы

Андреев Е.М. (2016) Плохо определенные и точно не установленные причины смерти в России // Демографическое обозрение: 3(2): 103–42. <https://doi.org/10.17323/demreview.v3i2.1755>

- Бохан Н.А., Воеводин И.В., Мандель А.И. (2020) Формирование суицидальности у молодых пациентов с аддиктивными и невротическими расстройствами: социально-психологические факторы риска и психотерапия // Суицидология: 2(39): 66-82. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02\(39\)-66-81](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-66-81)
- Васин С.А. (2015) Смертность от повреждений с неопределенными намерениями в России и в других странах // Демографическое обозрение: 2(1): 89-124. <https://doi.org/10.17323/demreview.v2i1.1790>
- Голенков А.В., Филоненко В.А., Сергеева А.И., Филоненко А.В., Зольников З.И. (2021) Суицидальное поведение при деменциях // Суицидология: 2(43): 91-114. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-02\(43\)-91-113](https://doi.org/10.32878/suiciderus.21-12-02(43)-91-113)
- Дюркгейм Э. (1994) Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с фр. с сокр.; под ред. В.А. Базарова. М.: Мысль.
- Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Запорожченко В.Г., Землянова Е.В., Никитина С.Ю. (2013) Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России // Социальные аспекты здоровья населения: 4(32). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30/lang.ru/>
- Карауш И.С., Куприянова И.Е., Кузнецова А.А. (2020) Кибербуллинг и суицидальное поведение подростков // Суицидология: 1(38): 117-30. [https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01\(38\)-117-129](https://doi.org/10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-117-129)
- Кваша Е.А., Харьковская Т.Л., Юмагузин В.В. (2014) Смертность от внешних причин в России за полвека // Демографическое обозрение: 1(4): 68–95. <https://doi.org/10.17323/demreview.v1i4.1803>
- Семенова В.Г. (2005) Обратный эпидемиологический переход в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний: (6): 9.
- Семенова В.Г., Антонова О.И. (2007) Достоверность статистики смертности (на примере смертности от травм и отравлений в Москве) // Социальные аспекты здоровья населения: 2(2). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/28/30/lang.ru/>
- Семенова В.Г., Дубровина Е.В., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. (2004) О проблемах травматической смертности в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний: (3): 3-10.
- Семенова В.Г., Дубровина Е.В., Евдокушкина Г.Н., Гаврилова Н.С., Гаврилов Л.А. (2005) Оценки реальных уровней насильственной смертности в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний: (3): 14-23.
- Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н. (2003) «Неточно обозначенный» эпидемиологический кризис. В: Здоровье населения России в социальном контексте 90-х года: проблемы и перспективы / Ред. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. М.: Медицина, 85-94.
- Семенова В.Г., Иванова А.Е., Зубко А.В., Сабгайда Т.П., Запорожченко В.Г., Евдокушкина Г.Н., Гаврилова Н.С. (2019) Факторы риска роста смертности молодежи и особенности их учета в Москве // Здравоохранение Российской Федерации: 63(6): 322-30. URL: <https://www.rfhealth.ru/jour/article/view/161>
- Семенова В.Г., Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Зубко А.В., Михайлов А.Ю., Евдокушкина Г.Н., Запорожченко В.Г. (2020а) Социально-экономическая детерминация возрастного профиля суицидальной смертности в России // Здравоохранение Российской Федерации: 64(5): 243-52. <https://doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-5-243-252>
- Семенова В.Г., Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Зубко А.В., Евдокушкина Г.Н., Гаврилова Н.С., Запорожченко В.Г. (2020б) Эволюция потерь трудоспособного населения Москвы от повреждений с неопределенными намерениями в 2000-е годы // Проблемы социаль-

- ной гигиены, здравоохранения и истории медицины: 28(Спецвыпуск 2):1075-80. <https://journal-nriph.ru/journal/article/view/413> (рус.), <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1075-1080> (англ.)
- Юмагузин В.В., Винник М.В. (2017) Проблемы статистического учета смертности от внешних причин в России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины: 5: 265–8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/problemy-statisticheskogo-uchyota-smertnosti-ot-vneshnih-prichin-v-rossii>
- Юмагузин В.В., Винник М.В. (2019) Оценка реального уровня убийств и самоубийств в регионах России // Социологические исследования: (1): 116–26. <https://doi.org/10.31857/S013216250003753-1>
- Akyuz M., Karul Ç., Nazlıoğlu Ş. (2020) Dynamics of suicide in Turkey: an empirical analysis // Eastern Mediterranean Health Journal: 26(10): 1184–92. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.033>
- Björkenstam C., Johansson L.A., Nordström P., Thiblin I., Fugelstad A., Hallqvist J., Ljung R. (2014) Suicide or undetermined intent? A register-based study of signs of misclassification // Population Health Metrics: 12: 11. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-12-11>
- Borges G., Nock M.K., Haro Abad J.M., Hwang I. et al. (2010) Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys // Journal of Clinical Psychiatry: 71(12): 1617–28. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04967blu>
- Cavanagh J.T., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review // Psychological Medicine: 33(3): 395–405. <https://doi.org/10.1017/s0033291702006943>
- Conner K.R., Beautrais A.L., Conwell Y. (2003) Moderators of the relationship between alcohol dependence and suicide and medically serious suicide attempts: analyses of Canterbury Suicide Project data // Alcohol Clinical and Experimental Research: 27(7): 1156–61. <http://doi.org/10.1097/01.ALC.0000075820.65197.FD>
- Daine K., Hawton K., Singaravelu V., Stewart A., Simkin S., Montgomery P. (2013) The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people // PLoS ONE: 8(10): e77555. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077555>
- Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E.V., Evdokushkova G.N., Ivanova A.E., Gavrilov L.A. (2008) Russian mortality crisis and the quality of vital statistics // Population Research and Policy Review: 27(5): 551–74. <https://doi.org/10.1007/s11113-008-9085-6>
- Huguet N., Kaplan M.S., McFarland B.H. (2014) The effects of misclassification biases on veteran suicide rate estimates // American Journal of Public Health: 104: 151–5. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301450>
- Kapusta N.D., Tran U.S., Rockett I.R. et al. (2011) Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries // Archives of General Psychiatry: 68(10): 1050–7. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.66>
- Leon D.A., Shkolnikov V.M. (1998) Social stress and the Russian mortality crisis // JAMA: 279(10): 790–1. <https://doi.org/10.1001/jama.279.10.790>
- Rockett I.R.H. (2010) Counting suicides and making suicide count as a public health problem // Crisis: 31(5): 227–30. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000071>
- Rockett I.R.H., Kapusta N.D., Bhandari R. (2011) Suicide misclassification in an international context: revisitation and update // Suicidology Online: 2: 48–61. URL: <http://www.suicidology-online.com/pdf/SOL-2011-2-48-61.pdf>
- Rockett I.R.H., Kapusta N.D., Coben J.H. (2014) Beyond suicide: action needed to improve self-injury mortality accounting // JAMA Psychiatry: 71(3): 231–2. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3738>

- Värnik P., Sisask M., Värnik A., Laido Z., Meise U. et al. (2010a) Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices // *Forensic Science International*: 202(1–3): 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2010.04.032>
- Värnik P., Sisask M., Värnik A., Yur'Yev A., Kolves K., Leppik L., Nemtsov A., Wasserman D. (2010b) Massive increase in injury deaths of undetermined intent in ex-USSR Baltic and Slavic countries: Hidden suicides? // *Scandinavian Journal of Public Health*: 38(4): 395–403. <https://doi.org/10.1177/1403494809354360>
- Värnik P., Sisask M., Värnik A., Arensman E., Van Audenhove C., van der Feltz-Cornelis C.M., Hegerl U. (2012) Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark // *Injury Prevention*: 18(5): 321–5. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2011-040070>

Другие источники информации

- Указ Президента Российской Федерации (2007) № 1351 от 09.10.2007 г. «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года». URL: <http://government.ru/docs/all/61461/>
- CDC (2013) Methodology of the youth risk behavior surveillance system. *MMWR Recommendations & Reports*: 62(RR-1): 1–20. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23446553/>
- UN (2015) 17 Goals to Transform Our World: URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/sustainable-development-goals/>
- WHO (2011) Preventing suicide: a resource for suicide case registration. World Health Organization. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/44757>
- WHO (2014) Mental health: Suicide prevention. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.

Сведения об авторах

- Семенова Виктория Георгиевна – доктор экономических наук, главный научный сотрудник отдела здоровья и самосохранительного поведения Института демографических исследований – обособленное подразделение Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук (ИДИ ФНИСЦ РАН), Москва, 119333, Россия. Email: vika-home@yandex.ru
- Зубко Александр Владимирович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела здоровья и самосохранительного поведения Института демографических исследований – обособленное подразделение Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук (ИДИ ФНИСЦ РАН), Москва, 119333, Россия; ведущий научный сотрудник отдела общественного здоровья и демографии Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, Москва, 125206, Россия. Email: zalexandrae@gmail.com
- Сабгайда Тамара Павловна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела здоровья и самосохранительного поведения Института демографических исследований – обособленное подразделение Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук (ИДИ ФНИСЦ РАН), Москва, 119333, Россия; главный научный сотрудник отдела общественного здоровья и демографии Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, Москва, 125206, Россия. Email: tsabgaida@mail.ru