

СТАТИСТИКА СУИЦИДОВ В МИРЕ: КОРНИ И КРОНА

Е.Б. Любoв¹, С.А. Чубина²

¹ *Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;*

² *Тулская областная клиническая психиатрическая больница им. Н.П. Каменева*

Статья S.Helama и соавт. представляет «взгляд сверху» на карту новой Европы вследствие политической трансформации и во временном разрезе. В связи с политическими катаклизмами последних 30 лет число стран Европы, сообщающих данные об уровнях суицидов (УС) в ВОЗ, выросло на половину. В 2012 году (последний раунд отчета ВОЗ) известны УС в 172 странах с населением $\geq 300\,000$ человек. УС «карликовых» стран нестабильны (они исключены и S.Helama и соавт.). Так, Гренландия, автономия Дании, с населением 55 тысяч человек (90% эскимосов-лютеран), стала безусловным лидером рейтинга ВОЗ с УС 83 (116,9 – муж. и 45 – жен.). Суммируемыми факторами риска служат высокие уровни безработицы, алкоголизма, ВИЧ-инфицирования. При этом каждый суицид увеличивает суммарный УС на две единицы.

Для международных динамических сопоставлений традиционно востребован реестр записей актов гражданского состояния (ЗАГС) и причин смерти членов ВОЗ, заведенный (1950) вскоре после основания последней. Оценка УС в большинстве стран (на них приходится 71% всех самоубийств в мире) основана на статистическом моделировании стандартизованных по полу и возрасту УС, согласно рекомендациям Департамента статистики ВОЗ. Лишь у $< 1/3$ (60 из 172) членов ВОЗ ЗАГС признаны надежными, причем на 39 «богатых» стран (с относительно высоким уровнем дохода населения) пришлось 95% самоубийств в группе «надежных осведомителей», а на 21 «бедных» $\leq 8\%$ [13]. РФ несколько неожиданно отнесена ВОЗ к странам группы 1 с «всеобъемлющей регистрацией актов гражданского состояния», но в целом ВОЗ оценивает качество информации о причинах смерти в РФ как «низкое» [14].

Регистрация суицидов – многоуровневая процедура, включающая медико-правовые аспекты [4]. В РФ обычен несовпадающий ведомственный и государственный статистический учет суицидов и убийств. В МКБ-10 глава XX отведена для указания смертности от внешних причин (несчастные

случаи, суициды, убийства, неумышленные смерти, повреждения с неопределенными намерениями). В РФ внешние причины занимают третье место (около 10%) в ранжире причин смертей в РФ. В группе риска – мужчины трудоспособного возраста. Суициды, возможно, завуалированы кодами «повреждения с неопределенными намерениями» (ПНН), «несчастными случаями» (V01–X59), «нападениями» (X85–Y09), «неизвестными причинами» (R95–R99). Почти $1/2$ смертей от внешних причин в РФ приходится на ПНН (Y10–Y34), прочно занявших 2-е место среди внешних причин смерти лиц младших трудоспособных возрастов, оставив первое суицидам мужчин и транспортным происшествиям у женщин. Долю ПНН в массиве смертности от внешних причин можно рассматривать показателем качества статистики. Резервуар латентных самоубийств сформирован повешениями (Y20), падениями с высоты (Y30), отравлениями ПАВ (включая «опои») и психотропными препаратами (так, опасна намеренная передозировка «классических» антидепрессантов с высоким индексом токсичности), органическими растворителями, угарным газом. Гипердиагностика ПНН за счет падений и отравлений компенсирована отнесением самоубийств, реализованным таким способом, к случайным событиям. Отсюда количество суицидов мужчин и женщин в РФ больше на $1/5$ и на $1/3$ соответственно [5]. В ряде регионов РФ реальный УС, возможно, больше на $1/2$ [10].

Широкий разброс УС стран и регионов лишь частично объяснен артефактом отчетности. В 60 странах с надежными ЗАГС 32-кратные (0,89–28,85) различия стандартизованных по возрасту УС [13, 22]. Видимо, большинство различий отражает действительность.

ВОЗ выделяет страны с высокими («богатые») и средними и низкими («бедные») доходами населения. К 54 «богатым» странам мира (из них 32 европейских) из бывших советских социалистических республик (ССР) отнесены РФ (по уровню подушевого ВВП не входит в первые полсотни «богатых»

стран мира) и 3 республики Балтии, а также 5 стран постсоветского пространства (Польша, Словакия, Словения, Хорватия, Чехия). В числе 20 «бедных» стран Европейского региона 18 постсоветских и 9 – бывших ССР (Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Киргизстан, Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина). В «бедных» странах Европы живут 3,8% землян, но на них пришлось 4,3% всех суицидов в мире; усредненный УС 12 (4,9 жен. и 20 муж., отношение 4,1). В «богатых» странах УС мужчин втрое выше, чем у женщин, но в «бедных» соотношение 1,5:1. Так, в Литве УС мужчин 81,7 и 11,5 – женщин; в Казахстане 58,8 и 9,1 соответственно [13].

Долгосрочный динамический анализ S.Helama и соавторов подчеркнул две общемировые тенденции: снижение абсолютного числа суицидов и УС и более высокий риск суицида мужчин. При росте населения число суицидов в мире снижено за 12 лет с 883 (2000) до 804 тысяч (1 жертва каждые 40 сек.) или на 9%. Причины стремительных изменений УС, особенно в странах со «сверхвысокими» УС как РФ, можно объяснить улучшением показателей здоровья в мире: стандартизированный по возрасту коэффициент смертности от всех причин снижен на 18% при уменьшении УС на 26% [13]. Однако при сложности регистрации суицидов технического и «деликатного» [13] свойства – миллион жертв в год, упоминаемый обычно в дискуссиях, – минимальная цифра. На полюсах «бедная» Африка (рост суицидов на 38%, возможно, и за счет лучшей статистики) и Западно-Тихоокеанский регион, включающий многонаселенные Китай и Японию с высокими УС (снижение на 47%). До ¾ суицидов пришлось на «бедные» страны. Среди вносящих наибольший вклад (>½) в число суицидов, естественно, многонаселенные Китай и Индия, США и РФ. Каждый шестой суицид в мире случается в Европейском регионе [22].

Сводные данные и абсолютные числа затушевывают динамику УС отдельных стран. При скудости сведений, Швейцария была мировым лидером УС в 30–40-е годы [15] (карамзинское «Щастливые швейцары! Вся жизнь ваша есть приятное сновидение...» не всегда верно), в середине XX века – Япония, Венгрия – в последующие 30 лет и Литва с 1990-х годов с УС >30 (в 2012 г. – 36,7; муж. – 65,1, жен. – 12,4). Возможно, в «бедной» Шри Ланке к началу 90-х годов УС достиг 47 [20], между УС «Венгерского и Литовского» периодов.

В 2012 году «общемировой» УС составил 11,4 (15 у муж. и 8 у жен.); в Европейском регионе – 17,5. Минимальный (5,6) УС в Восточном Средиземноморье. Если за 1950–1995 годы УС в мире (суммарно мужчины и женщины) выросли на 60% [13], то обобщенный УС с учетом изменений численности и возрастной структуры населения за 12 лет снижен на 26% (на 23 и 32% у муж. и жен. соответственно). Разница УС бывших Советских Социали-

стических Республик (ССР) и членов Европейского союза превышала 15 в годы социально-политических потрясений постсоветского пространства, но за 12 лет (2000–2012) относительной социально-экономической стабилизации УС в РФ снижены с 35 до 19,5 (на 44,4%), мужчин и женщин – на 45,3 и 34,9% соответственно, и тенденция сохранена [13]. Так, РФ с показателем 18,2 (2014) заняла 14 место рейтинга ВОЗ. Однако в группе 11 стран с «критическими» (>20) УС семь входили в советский блок, среди последних четыре – бывшие ССР (Беларусь, Казахстан, Литва, Латвия).

УС мужчин и женщин. Наивысший УС мужчин в Литве – 61,2, женщин – в Южной Корее (22,1). Среди 17 стран с УС мужчин >20 шесть – постсоветского пространства, половина из которых – бывшие ССР. Усредненное соотношение УС мужчин и женщин в мире 1,9. Среди 172 стран-членов ВОЗ среднее гендерное соотношение 3,2 (медиана – 2,8) с 24-кратным разбросом значений (0,5–12,5), причем в «богатых» странах 3,5, но в «бедных» – 1,6; то есть там мужчины совершают суицид на 57% (а не на 300%) чаще. Региональные половые соотношения в «бедных» странах от 0,9 в Западной части Тихого океана до 4,1 в Европейском регионе, то есть различны в 4,5 раза. Соотношение мужского и женского УС в Америке 3,6, но в Восточно-Средиземноморском регионе 1,1 и Западно-Тихоокеанском 1,3 (видимо, за счет китайских женщин >45 лет). Соотношение УС мужчин и женщин наибольшее в Пуэрто-Рико и Словакии (по 6,6), Польше (6,4), при минимальном в Китае (0,9), где УС женщин (уникальная особенность) выше мужского. В РФ усредненное соотношение – 4,8 (2013) достигает 6–7 в наиболее суицидоопасных возрастах 35–55 и стремится к единице у лиц >70 лет при преобладании в стране женщин 1,2:1 и 1:2,5 в возрастных группах соответственно.

Возрастное распределение УС. Стандартизированный по возрасту УС немного выше в «богатых» странах (12,7 и 11,2), но в «бедных» живет большинство землян, на которых приходится ¾ (75,5%) суицидов. УС снижены во всем мире без «бедной» Африки и мужчин в «бедных» странах Восточного Средиземноморья, но флюктуации УС на уровне стран от –69% до +270%. В 85 странах (49,4%) УС упал на >10%, в 29 (16,9%), напротив, повышен >10%; в 58 (33,7%) УС за 12 лет изменился мало ($\pm 10\%$). Почти во всем мире УС наименьшие у подростков <15 лет, что лишь подчеркивает резонанс их смертей [6]. Почти повсеместно УС пожилых (≥ 70 лет) мужчин и женщин максимален. Хотя суицид – основная причина смерти <40 лет в Южной Корее, но УС среди лиц >75 лет выше на порядок [13, 19]. Наибольший УС мужчин >60 лет в Западно-Тихоокеанском регионе. В 15–70 лет половозрастное распределение УС отлично. УС мужчин и женщин 15–29 лет наибольший в Юго-Восточной Азии, включая Индию, и отражает поло-возрастную

структуру населения. В одних регионах мира УС с возрастом неуклонно растет, в других – пик суицидов молодежи; возрастное распределение одинаково у мужчин и женщин или различно [13]. В «бедных» странах выше УС молодежи и пожилых женщин, а в «богатых» странах – УС мужчин среднего возраста (как в РФ). УС в Европейском регионе характеризуются пиками молодых 15–29 лет, в среднем возрасте (у муж. 45–59 лет) и у пожилых. Кривая возрастной структуры суицидов в РФ на протяжении десятилетия [1] сохраняет «горбы» в 45–55 лет и в пожилом возрасте.

Значимость суицидов как причины смерти. Анализ S.Helama и соавт. не полон без оценки «вклада» суицидов в массив смертей от иных причин. В 2012 году на суициды пришлось 1,4% смертей в мире (15-е место ранжира причин смерти, но в Европейском регионе – седьмое). Суициды определяют ½ насильственных смертей мужчин и 71% смертей женщин в мире, а среди причин смерти лиц 15–29 лет у суицидов второе место [13]. В «богатых» странах суициды определяют большую долю смертности, чем в «бедных» (1,7%) в связи с относительно высокой смертностью от инфекционных болезней. Суициды составляют 56% смертей от внешних причин (50% среди муж. и 71% у жен.). В «богатых» странах – 81% смертей мужчин и женщин, в «бедных» – 44 и 70% соответственно. В 15–35 лет суициды составляют 8,5% всех смертей в Европейском регионе (вторая по частоте причина смерти после ДТП), в 30–49 лет – 4,1% (пятое место в ранжире причин смерти). В «богатых» странах и «бедной» части Юго-Восточной Азии суициды вышли на первое место причин смерти мужчин и женщин 15–29 лет. Смерти в трудоспособном возрасте влекут тяжелые социально-экономические последствия [7, 18]. В РФ жертв суицидов (на них приходится около 15% смертности от внешних причин) вдвое более, чем убитых или погибших вследствие ДТП. Без суицидов разрыв между смертностью и рождаемостью в РФ сократился бы на 15%.

Вне рамок задач S.Helama и соавт. анализ *способов суицидов*. В 2005–2011 годы такая информация представлена 76 членами ВОЗ (на них пришлось 28% всех суицидов в мире); то есть способы почти ¾ суицидов неизвестны. Новые способы следует отразить дополнительными кодами МКБ, что полезно для развития местных адресных профилактических программ.

Биопсихосоциальный феномен суицидального поведения – личная и семейная трагедия, проблема здравоохранения и общества, правительства любой страны. Одна из задач местных суицидологических служб состоит в регулярном мониторинге суицидального поведения на данной территории без дублирования учета [4, 8]. Суицид, к счастью, эпидемиологически нечастый феномен при поперечном и продольном анализах. Динамический контроль не следует заужать на суицидах, но охва-

тывать суицидальные попытки (обычно в поле статистики – попытки с тяжелыми медицинскими последствиями или сопряженные с выраженными психическими расстройствами). Методологически верно, по Дюркгейму, рассматривать суицидальное поведение вкупе с иными проявлениями девиантного поведения. Так, отмечена параллельная динамика самоубийств и убийств в РФ и злоупотребления спиртным [1]. Факторы риска суицида и убийств сходны, но требуют уточнения.

При неудовлетворительной региональной статистике УС возможно регрессионное моделирование по рекомендации ВОЗ с привлечением набора макро- и микроэкономических, психосоциальных и медицинских факторов: подушевой валовой региональный продукт, доли горожан и мужчин 30–55 лет, национальных (религиозных) меньшинств, индексы Джини (расслоение населения по доходам), бедности, индексы счастья (обобщенный Российский индекс к началу «тощего» 2015 года более чем вдвое превысил показатель года ранее), коррупции, гендерного неравенства, количество спиртного на душу населения, заболеваемость психическими расстройствами (в первую очередь, аффективными), потребление антидепрессантов, развитость и доступность общемедицинских, психиатрических и антикризисных служб [8].

Аномия (ценностно-нормативный вакуум переходных и кризисных периодов развития общества) Дюркгейма отчасти объясняет пики спектра отклоняющегося поведения (не только суицидального). Четверть века назад [17] показана связь социодемографических тенденций и различий УС 62 стран. В Южной Корее УС вырос до >30 за 10 лет (данные о Северном собрате мало достоверны, но и они тревожат), за время экономического кризиса 1997/98 годы [19], но более детальный анализ выдвигает на передний план клиническую составляющую – «психологическое отчаяние» (30%), физическую боль (>20%), за которыми, возможно, нераспознанная «улыбающаяся депрессия» жителя Востока. Представление о суициде как частном деле и выборе свободного человека препятствуют развитию профилактических программ.

В 1990–2012 годы в РФ, Беларуси и Казахстане рост УС (> ½) на фоне социально-экономического кризиса сменился постепенным снижением по мере стабилизации (при УС >20). Стабильно невысокие (<10), по градации ВОЗ, УС (1–7) центрально-азиатских (Киргизстан, Таджикистан, Узбекистан) и закавказских (Азербайджан, Армения) стран мало подвержены социальным катаклизмам [12], видимо, в связи с защитными факторами (религиозная и семейная сплоченность). Различия УС в Федеральных Округах и их субъектах, между сельским и городским населением достигают двух порядков [2, 7, 8], что свойственно странам (как Индия и Китай) с значительными отличиями социально-экономического

развития регионов и полиэтническим составом населения. Увы, данные Росстата последних лет не выделяют суициды селян (как и суициды в алкогольном опьянении).

Суициды высвечивают дефицит ресурсов, доступности и качества общемедицинской и специализированной помощи. Экономический уровень страны предопределяет долю средств, выделяемых на здравоохранение каждой семьей через налоги и/или ОМС. «Богатая», по меркам ВОЗ, Россия – аутсайдер группы развитых стран: миллионы исправных налогоплательщиков ущемлены в конституционном праве получения бесплатной квалифицированной медпомощи.

Показано влияние социально-экономических и медико-демографических факторов на многолетнюю (1992–2010) динамику УС как показателя психического здоровья в РФ [1, 9]. Так, политическая и экономическая нестабильность способствует развитию социально-стрессовых расстройств. В связи с ролью в суицидогенезе психических расстройств и возможным ростом заболеваемости, на передний план выступает задача ранней диагностики (своевременного выявления), адекватного лечения, профилактики, особенно в группах риска. Большая часть нуждающихся не получает кризисной помощи или уклоняется от нее в связи со стигматизацией. Не изучена динамика суицидального поведения душевнобольных. При этом доля суицидов лиц с верифицированными психическими расстройствами колеблется от 2,4 (Казахстан) до 21,5% (Армения) [11]; В РФ <6% покончивших с собой наблюдались (2004) психиатром [1].

Важными факторами суицидального риска служат возраст и пол, что следует учитывать в программах предупреждения самоубийств. Смертность мужчин трудоспособного возраста определяет львиную долю социально-экономических потерь от суицидов в РФ [7]. Различия УС мужчин и женщин обусловлены разными способами совладания с психосоциальным дистрессом, доступностью избранных средств суицида, злоупотреблением спиртным,

путями поиска общемедицинской и психиатрической помощи и приверженностью к лечению.

Хотя суициды имеют всеобщий характер, риск особенно высок в социально незащищенных (стигматизированных и дискриминированных в доходах и доступе к медико-социальной помощи) группах населения с пересекающимися социально-клиническими проблемами, «растворяющихся» в массиве и тени обобщенной статистики (селяне, национальные меньшинства, беженцы и трудовые мигранты, бездомные, злоупотребляющие ПАВ, лица нетрадиционной сексуальной ориентации, больные с хроническим болевым синдромом и ограничением подвижности, инвалиды, профессиональные группы с высоким риском выгорания).

Типично высокий УС пожилых связан с зависимостью, недостаточной социальной поддержкой [21], одиночеством; в РФ тяготы старости усугублены бедностью, малой доступностью медпомощи. Не только на Востоке принято заботиться о пожилых (что необходимо при недостаточном социальном обеспечении) их детям, но это нелегко безработным, и старики жертвуют собой, «снимая» обузу с молодых [19].

Тенденция снижения усредненного УС в РФ не может дезориентировать профессионалов и общественность в годину социально-экономического кризиса, выявляющего низкую стрессоустойчивость на индивидуальном уровне. Посыл S.Helama и соавт. и нашего сообщения – научно-доказательное обоснование программ профилактики суицидов как приоритета общественного здравоохранения и государственной политики через информирование о масштабах суицидальной смертности. На 62-й сессии (2013) Всемирной ассамблеи здравоохранения впервые утвержден План действий в области психического здоровья на 2013–2020 годы [12]. При сохранении тенденции снижения риска суицидов в большинстве стран-участниц ВОЗ стратегическая цель Плана – сокращение усредненного УС на 10% к 2020 году – не выглядит чрезмерно амбициозной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, Вып. 3. С. 22–27.
2. Войцех В.Ф. Динамика суицидов в регионах России. // Социальная и клиническая психиатрия 2008. Т. 18, Вып. 1. С. 81–88.
3. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд. Пер. с фр. сокр. М.: Мысль, 1994. 399 с.
4. Зотов П.Б., Ряхина Н.А., Родяшин Е.В. Суицидологический регистр: методологические подходы и первичная документация суицидологического учета // Суицидология. 2012. Т. 3, № 1. С. 3–7.
5. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г. и соавт. Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России // Социальные аспекты здоровья населения. (Электронный научный журнал) 2013. № 4 (32). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/68/30/lang.ru/>
6. Любов Е.Б., СМИ и подражательное суицидальное поведение. Часть I. // Суицидология. 2012. № 3. С. 20–29.
7. Любов Е.Б., Морев М.В., Фалалева О.И. Экономическое бремя суицидов в Российской Федерации // Суицидология. 2012. Т. 3, № 3. С. 3–10.
8. Любов Е.Б., Цупрун В.Е., Кабизулов В.С., Чубина С.А. Территориальные суицидологические службы России: структура и функция // Суицидология. 2014. Т. 5, № 3 (16). С. 3–17.
9. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Психическое здоровье населения Российской Федерации в период 1992–2010 гг. // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2013. № 9. С. 4–13.
10. Морев М.В., Шматова Ю.Е., Любов Е.Б. Динамика суицидальной смертности населения России: территориальный аспект // Суицидология. 2014. Т. 5, № 1. С. 3–11.
11. Морозов П.В., Незнанов Н.Г., Лиманкин О.В. и соавт. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве // Дневник психиатра. 2014. № 4.
12. Положий Б.С., Фритлинский В.С., Агеев С.Е. Суициды в странах СНГ // Суицидология. 2014. № 4 (17). С. 12–16.
13. Предупреждение суицидов: глобальный императив. Женева: ВОЗ, 2014. 102 с.
14. Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах. ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2012. 88 с.

15. Bertolote J.M., Fleischmann S. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective // *World Psychiatry*. 2002. Vol. 1. P. 181–186.
16. Ajdacic-Gross V., Bopp M., Gostynski M. et al. Age-period-cohort analysis of Swiss suicide data, 1881–2000 // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci*. 2006. Vol. 256. P. 207–214.
17. Diekstra R.F. Suicide and the attempted suicide: an International perspective // *Acta Psychiatr. Scand*. 1989. Vol. 8. P. 1–24.
18. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Murray C.J.L., Lopez A.D. (Eds.). Cambridge, MA: Harvard School of Public Health, 1996. 43 p.
19. Kwon J.W., Chun H., Cho S. A closer look at the increase in suicide rates in South Korea from 1986–2005 // *BMC Public Health*. 2009. № 9.
20. Ratnayake L. Suicide in Sri Lanka // *Suicide Prevention: The Global Context* / Kosky R.J., Eshkeviri H.S., Goldney R.D., Hassan R.E. (Eds.). Plenum Press; New York, NY, USA: 1998. P. 139–142.
21. Shah A. Suicide rates: age-associated trends and their correlates // *J. Inj. Violence Res*. 2012. Vol. 4, N 2. P. 79–86.
22. Värnik P. Suicide in the World // *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2012. Vol. 9. P. 760–771.

СТАТИСТИКА СУИЦИДОВ В МИРЕ: КОРНИ И КРОНА

Е.Б. Любов, С.А. Чубина

За полвека пик уровней суицидов сместился в Восточную Европу и Азию. Уровни суицидов (УС) мужчин в три-четыре раза выше женских. Культуральные факторы и региональные различия в социально-экономической ситуации важны в понимании динамики и колебаниях УС. Эффективные и научно-обоснованные меры, профилактические

программы должны быть нацелены на группы населения с наибольшим УС.

Ключевые слова: суицид, регистрация, мировые тенденции, гендерные особенности, региональные различия, социально-экономические факторы.

SUICIDE STATISTICS: ROOTS AND CROWN

E.B. Lyubov, S.A. Chubina

During the last 50 years the heart of the problem of suicide mortality has shifted from Western Europe to Eastern Europe and now seems to be shifting to Asia. There is a fourfold regional difference in the world in the male-female rate ratio of suicides. Europe, especially Eastern Europe, had the highest ratios while Asian countries had the lowest. Cultural factors and regional differences in socio-economic situation play an important role in this. Suicide

is an individual act but once data are aggregated on a country level the changes from year-to-year are fairly small, there are usually no great fluctuations. Effective and evidence-based interventions can be implemented at population, sub-population and individual levels to prevent suicide and suicide attempts.

Key words: suicide, statistics, world trends, gender differences, regional differences, social and economic factors.

Любов Евгений Борисович – руководитель отдела суицидологии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России; e-mail. lyubov.evgeny@mail.ru
Чубина Софья Александровна – психиатр Тульской ОКПБ им. Н.П.Каменева