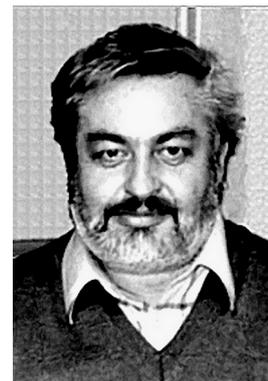


УДК 574:316.4:614.39:314.1(47)



Штемберг А.С.

## Социальный стресс и психологическое состояние населения России

### Часть 2.1. Россия на рубеже XX и XXI вв.: суициды как основной индикатор и следствие социально-психологического кризиса общества<sup>1</sup>

Штемберг Андрей Сергеевич, доктор биологических наук, заведующий отделом экспериментальной биологии и медицины Государственного научного центра РФ – Института медико-биологических проблем Российской академии наук

E-mail: andrei\_shtemberg@mail.ru

Статья представляет собой вторую часть работы, посвященной анализу психологического состояния российского общества, сформировавшегося в результате социального стресса, вызванного рядом радикальных политических и социально-экономических реформ, проводимых в стране в течение двух десятилетий. Дан анализ динамики наиболее яркого показателя социально-психологического состояния общества – уровня суицидов за этот период. Рассмотрены биологические, психологические и социальные причины суицида вообще и его российской специфики. Показана четкая корреляция уровня суицидов в стране с происходящими в ней социально-экономическими процессами.

**Ключевые слова:** психологическое и психическое здоровье, суицид, эпидемия суицидов, аутоагрессивные действия, социальная дезадаптация.

Основными социальными критериями психологического состояния и психического здоровья граждан страны являются, прежде всего, уровень суицидов, уровень алкоголизации и наркотизации.

Рост преступности, увеличение халатности работников в различных сферах деятельности, характер вожделения гражданами транспортных средств – явления массовые, и последствия подобного поведения драматичны. За один год в России в одних только дорожно-транспортных происшествиях погибает большее количество людей, нежели все потери СССР за 11 лет афганской войны.

Всё это позволяет сделать вывод о том, что россияне всё меньше и меньше беспокоятся о собственной жизни, более того, зачастую настойчиво, хотя и не вполне осознанно, ищут способы её сокращения, она теряет свою ценность. Этому в немалой степени способствуют и средства массовой информации, фактически ведущие массированную пропаганду насилия, героизацию криминала, обрушивающие на зрителей и читателей поток сведений о терактах, безнаказанных убийствах, низкой стоимости человеческой жизни, работоговле, заложниках и т.д. и т.п.

Рядовой россиянин из-за постоянной смены работы, нищеты, общей неустроенности, кризиса института семьи и брака, вызывающего, протестного поведения детей, постепенно склоняется к мысли, что будущего у него нет, настоящее полно страданий, а жизнь как таковая – бессмысленна. Таким образом, суицидальные мотивы становятся всё более и более частыми, серьёзными, продуманными, субъективно-идеологическими. Уверенность в завтрашнем дне ушла из наших домов, вера ещё не пришла, а бессмысленность существования поселилась в них прочно и, кажется, надолго.

Эпидемиология суицидов в России – вопрос вопросов. То, что считается официальным числом суицидов в России, – цифра, о погрешности которой можно лишь догадываться. В качестве примера можно привести следующее частное, но достаточно характерное наблюдение: «Значительная часть пациентов кризисного стационара Клиники неврозов им. И.П. Павлова [в Санкт-Петербурге] сообщает о суицидах своих родственников, которые не были официально зарегистрированы в качестве таковых, но ещё большее число сообщает о “несчастных случаях”, произошедших с их близкими (например, гибель от отравления угарным газом человека, запершегося в машине, в гараже, гибель от очевидно намеренного “неаккуратного” обращения с электроприборами), прямо утверждая, что

<sup>1</sup> Продолжение. Начало см.: Штемберг А. С. Социальный стресс и психологическое состояние населения России. Часть 1. Общественно-политические процессы, формирующие социальный стресс // Пространство и Время. 2014. № 1(15). С. 187–195. Стационарный сетевой адрес: 2226-7271prov\_st1-15.2014.65.

это было самоубийство, о котором умерший зачастую даже предупреждал. Внутренняя статистика незавершённых суицидов в Санкт-Петербурге существует лишь в НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, кроме того, на «телефоне доверия», в кабинете социально-психологической помощи и в кризисном стационаре на базе ГПБ № 7 им. академика И.П. Павлова. НИИ Скорой помощи называет цифру порядка 2400–2700 пролеченных в год суицидентов. Наконец, существуют разрозненные данные, исходящие от консультантов-психиатров общемедицинских стационаров, из некоторых городских диспансеров от заинтересованных врачей, а также с телефонов доверия. В общем и целом, получается весьма внушительная цифра – порядка 4000 человек, но и она, по всей видимости, слишком незначительна по сравнению с реальным количеством суицидентов (на разных этапах суицидального поведения). В целом, по ориентировочным подсчётам, реальные цифры по суицидальному поведению (суициды, парасуициды, суицидальные намерения) в Санкт-Петербурге можно оценить примерно в 200000 человек<sup>1</sup>.

Эпидемический порог суицидов, который превышен в России многократно – достаточно точный термин. Эпидемия суицидов – это именно эпидемия<sup>2</sup>, поскольку количество пострадавших от суицида оказывается значительно большим, чем число погибших вследствие суицида или число совершивших парасуицид (или незавершённый суицид). В «близком кругу», т.е. для лиц, тесно связанных с суицидентом, суицид ребёнка, супруга, родителя, родственника, друга, сотрудника является психотравмирующим событием. Суицидальное поведение – проблема более широкая, чем уровень смертности населения от самоубийств. Согласно формуле экспертов ВОЗ, на 1 завершённое самоубийство приходится 10–20 парасуицидов, 8 близких и родственников суицидента, которые входят в группу повышенного суицидального риска, и 100 лиц, помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне<sup>3</sup>.

Суицид – явление социальное, а не биологическое, и последствия его социальные: он создаёт и социальные трагедии, и соответствующую, если можно так выразиться, социальную конъюнктуру, где депрессивные расстройства и пессимистические настроения становятся определяющим лейтмотивом. Навыки аутоагрессивного поведения, к которым относятся и наркомания, и алкоголизм, и преступность, усваиваются, разучиваются именно благодаря подобному – суицидальному – способу решения проблем и конфликтов. Вот почему государство, не уделяющее должного внимания этой проблеме, обрекает себя на тяжелейшие социальные потрясения.

Обращает на себя внимание тот факт, что, по прогнозам ВОЗ, к 2020 г. депрессивные расстройства как причина смертности населения выйдут на первое место в мире среди всех других заболеваний<sup>4</sup>. Мы можем говорить лишь о российской специфике суицидов, а также об их чрезвычайной распространённости в сравнении с другими странами мира. Однако уже нельзя не замечать того факта, что все мы оказались перед лицом грядущей тяжелейшей психологической катастрофы, куда более существенной, нежели даже самый отчаянный разгул терроризма. Самоубийство – на первый взгляд, довольно незначительное явление, особенно с высоты политиков, созерцающих глобальные геополитические события, на самом же деле оно обнажает «изнанку» существующего строя, способно дать определенную оценку происходящим событиям в обществе.

А.Г. Амбрумова и ряд других исследователей выдвигают концепцию о том, что суицид – это феномен социально-психологической дезадаптации личности, т.е. ключевые понятия для данного явления – социально-психологическая адаптация и дезадаптация<sup>5</sup>. Под адаптацией вообще понимается приспособление – соответствие между биологической системой и внешними условиями, причем адаптация – это и процесс, и его результат. Тогда понятие дезадаптации отражает различную степень и качество несоответствия функций организма и условий внешней среды. Полное соответствие способствует развитию, полное несоответствие несовместимо с жизнедеятельностью. К системам, занимающим промежуточное положение между этими двумя полюсами, в одинаковой мере применим термин адаптация и дезадаптация; первый из них отражает позитивные приспособительные и компенсаторные компоненты, а второй характеризует систему со стороны ее недостаточности или дезорганизованности. На уровне личности в процессе адаптации акцент переносится на социальные взаимодействия, опосредованные психической деятельностью и ее высшей формой – сознанием. Объективным критерием успешности социально-психологической адаптации человека служит его поведение в обычной и экстремальных ситуациях. В экстремальной ситуации разные личности неодинаково перестраивают свою приспособительную тактику. Наиболее устойчивые из них за счет пластичности и резервов организма сохраняют прежний общий уровень адаптации. Другая часть характеризуется временным снижением этого уровня, но без слома основных механизмов адаптации<sup>6</sup>. В этом случае дезадаптация носит лишь количественный характер, она лимитирована и не выходит за пределы качественной определенности адаптационного процесса, т.е. дезадаптация не привела к болезни, не породила патологических форм адаптации. В тех случаях, когда экстремальные нагрузки падают на почву, измененную конституционально (как это имеет место при психопатиях и некоторых неврозах), вероятность срыва адаптации значительно возрастает.

<sup>1</sup> Курпатов А.В. «Физика» суицида против его «метафизики» // Реальность и субъект. 2001. Т. 5. № 4. С. 30–35. См. также: Курпатов А.В., Полетаева О.О. Кризисная и суицидологическая служба: состояние и перспективы развития // Депрессия. III Клинические павловские чтения: Сб. работ. Вып. 3. СПб.: Человек, 2001. С. 42–44.

<sup>2</sup> См., напр.: Winslow F. *The Anatomy of Suicide*. London: Renshaw, 1840; Winslow F. "Suicide Considered as a Mental Epidemic." *Bulletin of the Medico-Legal Congress*. New York, 1895, pp. 334–351; Hankoff L.D. "An Epidemic of Attempted Suicide." *Comprehensive Psychiatry* 2 (1961): 294–a; Weir E. "Suicide: The Hidden Epidemic." *Canadian Medical Association Journal* 165.5 (2001): 634–636.

<sup>3</sup> Гулин К.А., Фалалеева О.И., Ослопова Ю.Е. Проблемы психического здоровья населения. Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003.

<sup>4</sup> Бакланов В.В., Аникеева А.Г., Каратаева Ж.Е. Методические рекомендации диагностика и лечение депрессии в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению. Сыктывкар, 2011. С. 3.

<sup>5</sup> Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М.: Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980; Они же. Профилактика суицидального поведения: Методические рекомендации. М.: НИИ психиатрии, 1980. См. также: Jørgensen F. "Abuse of Psychotomimetics." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 43.S203 (1968): 205–216; Schwab J.J. "Stress from a Psychiatric Epidemiological Perspective." *Stress Medicine* 2.3 (1986): 211–220.

<sup>6</sup> См., напр.: King L.J. "Toward a Science of Adaptive Responses." *American Journal of Occupational Therapy* 32.7 (1978): 429–437.

тает. В таких случаях социально-психологическая дезадаптация влечет за собой качественную трансформацию приспособительного процесса, появление патологических форм адаптации, к которым можно отнести психологические срывы, депрессии и, как их возможную завершающую стадию, суициды.

Еще Э. Дюркгейм в своей работе «Самоубийство (социологический этюд)» выделил те различные факторы социальной среды (религиозные верования, семья, политическая жизнь и т.д.), под влиянием которых изменяется процент самоубийств<sup>1</sup>. По причинам, вызывающим самоубийства, они делятся на эгоистические, альтруистические и аномичные. Если считать эгоизмом такое состояние индивида, когда индивидуальное «я» резко противопоставляет себя социальному «я» в ущерб последнему, то можно назвать эгоистичным тот частный вид самоубийств, который вызывается чрезмерной индивидуализацией. Коллективная связь, сплоченность общества задерживает самоубийства. Когда сплоченность общества ослабевает, индивид отходит от социальной жизни и ставит свои личные цели выше стремления к общему благу. Дюркгейм указывает, что число самоубийств увеличивается по мере того, как растет общественный распад и приводит соответствующую статистику. На самоубийства, например, оказывает влияние политическая ситуация, в том числе национальные войны. Если крайний индивидуализм приводит человека к самоубийству, то верно и то, что недостаточно развитая индивидуальность приводит к тем же результатам. Когда человек отделился от общества, то в нем легко зарождается мысль покончить с собой; то же самое происходит с ним и в том случае, когда общество вполне и без остатка поглощает его индивидуальность. Легко видеть, что эти выводы вполне применимы к общественно-политической ситуации, возникшей в России на рубеже веков. В результате резкого изменения политического строя и практически полного демонтажа существовавшей экономической системы произошла полная инверсия моральных ориентиров – от коллективистских, воспитывавшихся в советском обществе, к резко индивидуалистическим. На фоне массового обнищания населения, отсутствия какой-либо социальной защиты и гарантий со стороны государства, постоянных локальных военных конфликтов эти процессы приняли уродливые формы и привели к полной социальной дезадаптации значительной части населения.

Следует подчеркнуть, что в суицидологии значимость такого мотива, как материально-бытовые трудности, имевшего минимальное значение по сравнению с прочими еще 15–20 лет назад, в настоящее время в связи с обнищанием населения и ростом социальной напряженности стремительно возрастает. Раньше не встречалось практически ни одного случая самоубийств лиц, которые были не в состоянии прокормить себя или свою семью или не имели удовлетворительных жилищных условий. Причины самоубийств по этим мотивам были связаны либо с неадекватно высокими притязаниями, которые субъект по тем или иным причинам не мог удовлетворить, либо с психическими заболеваниями или отягощенной наследственностью, либо (в большинстве случаев) с алкоголизацией. В настоящее же время среди суицидентов, совершивших попытку самоубийства по этой причине, значительную часть составляют вполне психически здоровые и социально положительные граждане, попавшие в ситуацию социальной дезадаптации по не зависящим от них причинам.

По классификации ВОЗ, страны делятся по уровню суицидов на 3 основные группы<sup>2</sup>:

1. низкий уровень суицидов – до 10 человек на 100 000 населения в год;
2. средний уровень – 10-20 человек на 100 000 населения в год;
3. высокий уровень – более 20 человек на 100 000 населения в год.

Данные, приведенные в Интернете на сайте демографической статистики [dipres.narod.ru/statist.html](http://dipres.narod.ru/statist.html) в 2007 г., представлены в табл. 1.

Таблица 1

Число самоубийств в разных странах

Страна	Число самоубийств на 100 000 человек в год (мужчины/женщины)
Литва	75,6/16,1
Россия	70,6/11,9
Украина	52,1/10
Казахстан	46,4/8,6
Япония	36,5/14,1
Франция	26,1/9,4
Германия	20,2/7,3
США	17,6/4,1
Великобритания	11,8/3,3
Израиль	10,5/3,1
Узбекистан	10,5/3,1
Армения	9,5/0,7
Ямайка	0,5/0,2

По другим сведениям, к странам с низким уровнем самоубийств относятся также Греция, Италия, Гватемала, Филиппины (порядка 0,5 человек на 100 000 населения в год), Албания (1,4), Доминиканская Республика (2,1)<sup>3</sup>. Самый низкий уровень самоубийств отмечается в Египте (0,03 человека на 100 000 населения в год). К

<sup>1</sup> Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. СПб.: Союз, 1978.

<sup>2</sup> Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Антонова О.И., Никитина С.Ю., Евдоушкина Г.Н., Чернобавский М.В. Смертность российских подростков от самоубийств. М.: ЮНИСЕФ, 2011. С. 8–18 [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. Институт демографии Национального исследовательского университета "Высшая школа экономики". 17–30 сентября 2012. № 523–524. Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0523/analit02.php>.

<sup>3</sup> Статистика суицида [Электронный ресурс] // Проект о Жизни. 2012. Режим доступа: <http://lossofsoul.narod.ru/DEPRESSION/suicide/statistic.htm>

странам со средним уровнем самоубийств относится также Австралия, а к странам с высоким и очень высоким уровнем – Латвия (42,5 человек на 100 000 населения в год), Эстония (38,2), Венгрия (35,9).

Согласно отчету доктора Фабио Леви из Института социальной и превентивной медицины в Лозанне, Швейцария, уровень самоубийств мужчин в Европейском Союзе за последние 20 лет снизился на 10 %, а женщин – на 40%<sup>1</sup>. С другой стороны, в Австралии, Новой Зеландии и Ирландии уровень самоубийств возрос с 35 до 40 человек на 100 тысяч населения. По числу суицидов первое место занимает Восточная Европа. Часты случаи самоубийств в Литве и Финляндии<sup>2</sup>.

В 2003 г. Россия занимала первое место по количеству самоубийств на 100 тыс. населения<sup>3</sup>. В последние годы по количеству самоубийств на душу населения по разным данным она занимает третье – шестое место в мире. Несмотря на улучшившееся за последнее десятилетие положение, по методике ВОЗ, уровень суицида в России по-прежнему оценивается как критический, с чем согласны эксперты ГНЦ им. Сербского<sup>4</sup>. Ежегодно 24 тыс. россиян кончают жизнь самоубийством, причем каждый третий российский самоубийца погибает, находясь под действием наркотиков<sup>5</sup>.

В табл. 2 приведены официальные данные Госкомстата по динамике числа самоубийств в ряду прочих причин травматической смертности за 1994–2004 гг.<sup>6</sup>.

Таблица 2

Динамика причин смертности населения Российской Федерации от внешних причин (несчастные случаи, отравления, травмы, убийства, самоубийства)

Причины смерти	1994	1995	1997	1998	2000	2001	2002	2003	2004
<b>Внешние причины в целом</b>	250,7	236,6	188,1	187,5	219,9	230,1	236,8	233,6	227,5
<b>в том числе:</b>									
Случайные отравления алкоголем	37,8	29,5	30,7	17,8	25,7	28,5	31,2	31,4	29,7
Все виды транспортных травм	28,6	26,2	21,6	23,0	27,3	28,3	29,1	30,3	29,1
Самоубийства	42,1	41,4	37,7	35,4	39,3	39,7	38,6	36,1	34,3
Убийства	32,6	30,7	23,9	23,0	28,3	29,8	30,9	29,1	27,3

Анализируя данные, приведенные в табл. 2, следует отметить, что, и по официальным данным, общая смертность от внешних причин практически за весь представленный период занимает второе место среди всех причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний, а смертность от самоубийств существенно превышает смертность от других внешних причин, включая дорожно-транспортные происшествия. Кроме того, как уже упоминалось выше, эта статистика совершенно не учитывает незавершенные и скрытые суициды. Так, например, в 1997 и 1998 гг. смертность от повреждений неустановленного характера, среди которых вполне могло быть существенное количество скрытых суицидов, составило соответственно 27,0 и 28,7 на 100 000 населения.

Таким образом, хотя данные из разных источников могут существенно различаться, в любом случае можно с уверенностью констатировать, что Россия уже давно занимает прочную позицию в третьей группе; показатели, по данным из разных источников, учитывая колебания по годам за последнее десятилетие, составляют от 26 до 39 суицидов на 100 000 населения. Но в некоторых регионах России (Волго-Вятский, Западно-Сибирский, Восточно-Сибирский, Дальневосточный, Уральский) этот показатель достигает 81, а в Республиках Коми, Удмуртия – 150–180 на 100 тыс. населения<sup>7</sup>. По данным ВОЗ, количество суицидов в России в 3 раза больше, чем в среднем в остальных странах мира<sup>8</sup>. Причем мужчины убивают себя в 6 раз чаще, чем женщины. Более половины ушедших из жизни – это молодые люди, до 30 лет. Всего по стране ежегодно кончают жизнь самоубийством около 3 тыс. детей. Ситуация настолько серьезна, что в последние годы суицид вышел на первое место в рейтинге причин смертности среди молодых мужчин.

По данным ВОЗ, уровень самоубийств выше 20 на 100 тыс. населения свидетельствует о глубоком кризисе

<sup>1</sup> Суицид в России стоит на первом месте в рейтинге причин смертности среди молодых мужчин [Электронный ресурс] // Медицинский сайт MedLinks.Ru: Медицина в Рунете. 1.07.2003. Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=9956>.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Статистика суицида... См. также: Webster P. "Suicide Rates in Russia on the Increase." *The Lancet* 362.9379 (2003): 220; Andreeva E., Ermakov S., Brenner H. "The Socioeconomic Aetiology of Suicide Mortality in Russia." *International Journal of Environment and Sustainable Development* 7.1 (2008): 21–48.

<sup>4</sup> Дехтерева Л.В., Емельянова Д.С. Проблема суицида среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет // Студенческий научный форум. Материалы V Международной студенческой электронной научной конференции. 15 февраля – 31 марта 2013 г. Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2013/12/1539>.

<sup>5</sup> ФСКН России: Треть самоубийств в России происходят под воздействием наркотиков [Электронный ресурс] // Информационно-публицистический сайт «Нет – наркотикам». 2010. 3 декабря. Режим доступа: [http://www.narkotiki.ru/5\\_24721.htm](http://www.narkotiki.ru/5_24721.htm)

<sup>6</sup> Государственный доклад Минздравсоцразвития РФ, РАМН «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 г.» [Электронный ресурс] // Медицинский Портал. Режим доступа: <http://rudoctor.net/medicine2009/bz-zw/med-gmguo/pg-3.htm>

<sup>7</sup> См.: Регионы России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1995–2012; Войцех В.Ф. Динамика суицидов в регионах России // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 1. С. 81–88. Богоявленский Д.Д., Школьников В.М., Андреев Е.М. Этнические различия в смертности // Неравенство и смертность в России / Московский Центр Карнеги. М.: Сигнал, 2000. С. 48–59; Богоявленский Д.Д. Самоубийства в Удмуртии // Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период / Ред. Школьников В.М., Червяков Л.В. М.: ИРООН, 2000. С. 85–99; Terebikhin V.M. "Fluctuations in Suicidal Behavior in the Population of the Komi Republic." *Sociological Research* 51.1 (2012): 52–65.

<sup>8</sup> "WHO. Mental Health. Suicide Prevention. Country Reports and Charts Available. 2011" *WebCite*. N.p., 2012. Web. <<http://www.webcitation.org/69X4GHxBu>>

общества<sup>1</sup>. Оценивая показатели статистики самоубийств в России, ВОЗ признала, что наша страна находится в чрезвычайной ситуации<sup>2</sup> (рис. 1).

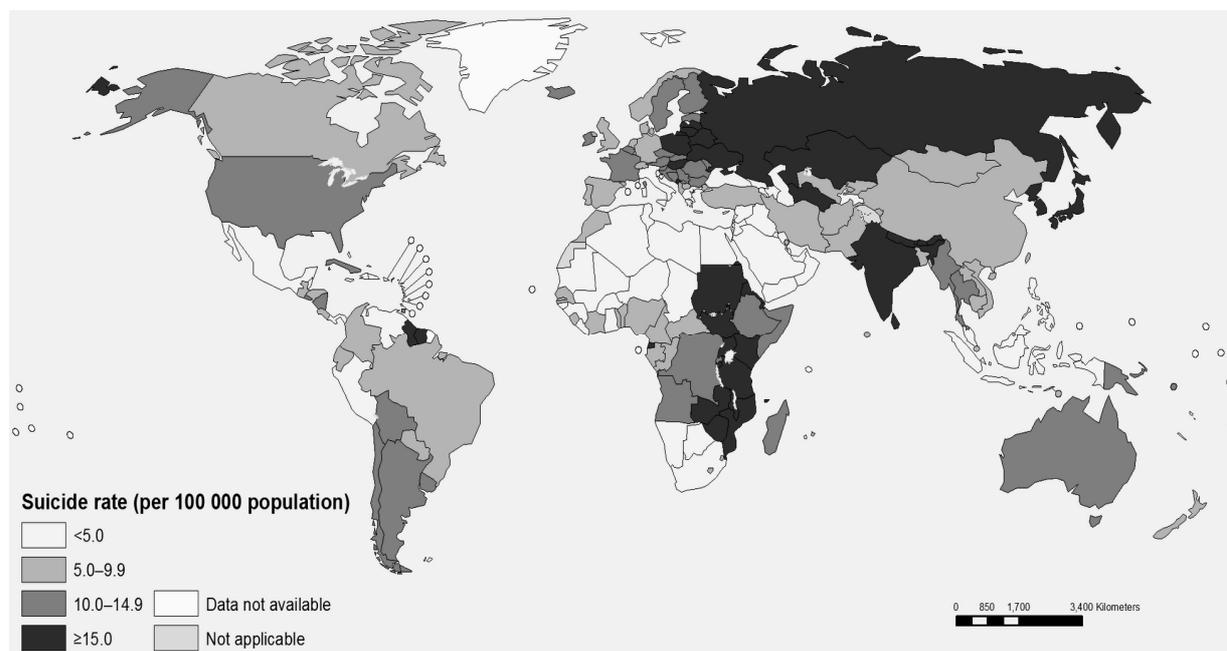


Рис. 1. Уровень самоубийств (на 1000 тыс. населения) на 2012 г., стандартизованный по возрасту суицидентов обоих полов, по данным ВОЗ<sup>3</sup>.

При этом ситуация с самоубийствами не стабилизируется, и суицид стал занимать 5-е место среди всех причин смертности<sup>4</sup>. По-видимому, всплеск агрессивности вообще является неизбежным и закономерным следствием социального и психологического кризиса общества. При этом субъект и объект агрессии могут совпадать (аутоагрессивное поведение), а могут и не совпадать (агрессия, направленная на окружающих), о чем убедительно свидетельствует четкий параллелизм кривых суицидальной и гомицидной активности и высокая корреляция ( $r=0,98$ ) между этими показателями (рис. 2). В то же время суицидальная активность существенно превышает гомицидную, что свидетельствует о преимущественно депрессивной реакции населения России на кризисную ситуацию.

Анализируя временную динамику этих показателей за приведенный период, можно отметить, что, после относительно стабильных показателей 1970-х–1980-х гг. с тенденцией некоторого роста суицидальной и гомицидной активности населения, произошло заметное их снижение в период 1984–1986 гг., которое можно отнести на счет снижения потребления алкоголя в результате анти-алкогольной кампании. Дальнейшие колебания кривых четко отражают изменения социальной ситуации в стране: начало шоковых реформ в 1990-х гг., некоторое улучшение условий жизни в 1996–1997 гг., дефолт 1998 г. и относительная стабилизация экономических условий в последнее время.

Следует отметить, что, поскольку социальная норма числа самоубийств характеризуется постоянством, превосходящим норму общей смертности, то изучению в первую очередь подвергаются резкие скачки общего (сред-

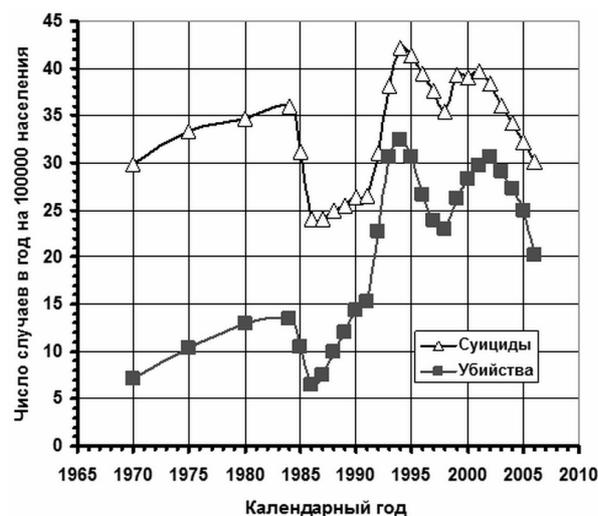


Рис. 2. Динамика числа суицидов и убийств в России в период 1970–2006 гг. по данным Госкомстата.

<sup>1</sup> См.: World Health Organization. *World Health Report*. Geneva, 1995; Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. Год 1995-й: Программы развития ООН в Российской Федерации (ПРООН) / Под общ. ред. С.И. Иванова. Пер. с англ. А.И. Салицкого. М.: Academia, 1996. С. 49; Осипов Г.В., Кузнецов В.Н. Социология и государственность: достижения, проблемы, решения. М.: Вече, 2005. С. 185.

<sup>2</sup> См.: Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. Женева: Европейское бюро региональных инициатив Всемирной организации здравоохранения, 2014; "Suicide Data". World Health Organization. World Health Organization, 2011. Web. <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)>; "Suicide rates (per 100,000), by gender, Russian Federation, 1980–2006." World Health Organization. World Health Organization, 2011. PDF-file. <[http://www.who.int/mental\\_health/media/russ.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/russ.pdf)>.

<sup>3</sup> "Age-Standardized Suicide Rate (per 100,000 Population), Both Sexes, 2012." World Health Organization. World Health Organization, 2011. Web. <[http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\\_AS\\_suicide\\_rates\\_bothsexes\\_2012.png?ua=1](http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2012.png?ua=1)>.

<sup>4</sup> Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 3. С. 22–27.

негодового или среднемесячного) показателя самоубийств – как ответной реакции на общественные кризисы<sup>1</sup>.

Следует подчеркнуть, что динамика частоты суицидов в 1990-х – 2000-х годах укладывается в классическую теорию стресса: резкий рост с последующей фазой адаптации и тенденцией к некоторому снижению этого показателя. Однако, если в ближайшее время государственная политика не будет переориентирована в сторону решения социальных проблем, эта стадия адаптации, согласно той же теории, неизбежно перейдет в стадию истощения и данные процессы могут принять необратимый характер.

Благодатной социальной средой для самоубийств в современном мире является армия, так как в ней вырабатываются способности не только к самоотречению, но и обезличиванию. Для всех европейских стран установлено, что склонность к самоубийству у военных значительно выше, чем у лиц гражданского населения того же возраста. Разница колеблется от 25 до 90%<sup>2</sup>. В особенности отчетливо эти тенденции выражены в России, где в условиях кризиса, повлекшего за собой резкое падение престижа армии, повсеместное распространение «дедовщины», полуголодное существование солдат (в 2007 г. стоимость суточного общевойскового пайка составляла 68 руб. на одного военнослужащего по призыву, в 2008 г. – 81 руб., в 2009 г. – 97 руб.<sup>3</sup>), уровень самоубийств среди военнослужащих по сравнению с гражданским населением чрезвычайно высок. В целом из общего числа самоубийств 15% приходятся на офицеров, 6–7% прапорщиков и мичманов, остальные (свыше 78%) – на военнослужащих срочной службы. Например, за первые четыре месяца 2007 г. в Вооруженных силах России покончили жизнь самоубийством 68 человек. Реальное же количество самоубийств значительно выше, так как все усилия армейских суицидальных служб направлены на сокрытие обстоятельств гибели, а не на оказание помощи солдатам и офицерам, находившимся в состоянии психологического кризиса. Ситуация в армии способствует развитию дезадаптационных расстройств среди военнослужащих срочной службы, которые, как правило, развиваются по следующей схеме: оскорбления, унижение человеческого достоинства со стороны старослужащих и офицеров приводят к тому, что преобладающим состоянием становится ощущение тревоги, безысходности, в результате чего суицидальные мысли оказываются доминирующими. Обследование показало, что у 35% солдат это выливается в серьезные аутоагрессивные действия (самоповешения, отравления), у 65% – в менее тяжелые повреждения (самопорезы)<sup>4</sup>.

Социально-экономический кризис, в сильнейшей степени отразившийся на армии, привел к неуклонному росту психических заболеваний среди военнослужащих, отраженной в табл. 3. Только за год (в 2001 г. по сравнению с 2000 г.) этот показатель вырос на 9,6 % среди офицеров и на 13,36 % среди рядового состава.

**Таблица 3**  
**Число психических заболеваний (%), выявленных среди военнослужащих срочной службы<sup>5</sup>**

1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
6,5	8,4	10,3	12,0	13,6

Соответственно высок уровень самоубийств среди военнослужащих Российской армии (табл. 4). Как видно из табл. 4, после короткого периода некоторого снижения числа суицидов (1999 – 2000 гг.), вновь начинается рост этого показателя. В настоящее время суициды составляют ¼ причин смертности погибших военнослужащих. При этом распространенность суицидов в Российской армии в 2–3 раза превышает аналогичный показатель в армиях развитых стран мира<sup>6</sup>. Отражением царящей в нашей армии дедовщины является тот факт, что 2/3 самоубийств приходится на солдат первого года службы. По данным за 1999–2001 гг., 65,8% суицидов совершали военнослужащие по призыву, 6,8% – офицеры, 8,2% – контрактники и 9,8% – прапорщики<sup>7</sup>.

**Таблица 4**  
**Количество самоубийств (на 100 тыс. личного состава) среди военнослужащих<sup>8</sup>**

1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
32,1	30,0	25,6	25,0	28,8

Хорошо известно, что экономические кризисы обладают способностью усиливать склонность к самоубийству. Вообще соотношение между экономическим состоянием страны и процентом самоубийств является общим законом. Например, при внезапном увеличении числа банкротств можно констатировать, что произошли значительные изменения в финансовой сфере; за этим следует рост числа самоубийств: внезапное увеличение числа банкротств в 1847 г. на 26%, в 1854 г. на 37% и в 1861 г. на 20% привели к увеличению числа самоубийств соответственно на 17,8 и 9%<sup>9</sup>.

<sup>1</sup> Andreeva E., Ermakov S., Brenner H. *Op. cit.*

<sup>2</sup> См., напр.: Allen J.P., Cross G., Swanner J. "Suicide in the Army: A Review of Current Information." *Military Medicine* 170.7 (2005): 580–584; Moldavsky D. "Expanding the Bounds of Military Psychiatry: Three Clinical Encounters." *Anthropology and Medicine* 15.3 (2008): 151–161; Kuehn B.M. "Soldier Suicide Rates Continue to Rise." *JAMA* 301.11 (2009): 1111–1113; Kuehn B.M. "Military Probes Epidemic of Suicide." *JAMA* 304.13 (2010): 1427–1430.

<sup>3</sup> Норма суточного пайка солдата увеличена [Электронный ресурс] // Тамбовский военный авиационный инженерный институт. 15.01.2008. Режим доступа: <http://www.tmaec.ru/news/1981/>; Суточные пайки куницы и солдата стоят одинаково [Электронный ресурс] // LiveJournal. 2009. 16 декабря. Режим доступа: <http://www.liveinternet.ru/users/2125404/post116763647/>

<sup>4</sup> Уразов С.Х., Доровских И.В. Ситуационные реакции дезадаптации у военнослужащих срочной службы // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 2. С. 25–30.

<sup>5</sup> Литвинцев С.В., Шамрай Б.К., Резник А.М., Фадеев А.Л., Арбузов А.Л., Фастовцев Г.А. Состояние психического здоровья военнослужащих и пути совершенствования психиатрической помощи в вооруженных силах России // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 2. С. 68–72.

<sup>6</sup> Мартусенко А.В., Бойко Е.О., Мыльникова Ю.А. Вопросы суицидального поведения военнослужащих по призыву // Суицидология. 2011. № 1. С. 52–53.

<sup>7</sup> Литвинцев С.В., Шамрай Б.К., Резник А.М., Фадеев А.Л., Арбузов А.Л., Фастовцев Г.А. Указ. соч.

<sup>8</sup> Там же.

<sup>9</sup> Дюркгейм Э. Указ. соч.

Как уже было упомянуто, несмотря на улучшение ситуации в последние годы, в настоящее время Россия по прежнему занимает одно из ведущих мест по числу самоубийств. При этом весьма характерно, что в России чрезвычайно высок (свыше 80%<sup>1</sup>) показатель самоубийств среди мужчин, при достаточно низком показателе суицидов среди женщин, одной из возможных причин чего являются крайне неблагоприятные условия жизни мужского населения. Можно еще раз напомнить, что вообще мужская смертность в России гораздо выше, чем женская, а продолжительность жизни мужчин существенно короче. В последние годы, по данным Госкомстата, разрыв в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами достиг беспрецедентной в мире величины – 13 лет. С общебиологической точки зрения это связано с более низкой стресс-устойчивостью мужского организма, не адаптированного к систематическим стрессам, обусловленным цикличностью функционирования женского организма. Однако характерно, что мужчины часто не просто умирают, а гибнут. В 1992 г., отмечает Г. Белоглазов, от несчастных случаев ушли в мир иной 300 человек на каждые 100 тысяч жителей, что в 4 раза выше среднеевропейских показателей, причем самую большую группу среди них составили мужчины из наиболее дееспособной возрастной группы – от 20 до 40 лет<sup>2</sup>. На долю именно этой категории мужчин лежит и основная ответственность за содержание семьи, и наиболее тяжелая и вредная физическая работа, однако в условиях высокого уровня безработицы и ее зачастую проблематично получить. Между тем способность зарабатывать деньги определяет социальный и личностный статус мужчины, и чувство ущербности по причине отсутствия работы или неспособности обеспечить семью в среде работоспособного мужского населения является достаточной мотивацией к совершению самоубийства. В итоге лишь 20% мужчин уходят из жизни в пенсионном возрасте. У женщин же пенсионерки-самоубийцы составляют почти половину<sup>3</sup>.

Половозрастной состав российских суицидентов подробно проанализирован Г. Белоглазовым, называющим, помимо алкоголизма и отсутствия культуры питья, группу специфических причин гендерных различий: «...низкий авторитет мужчины вообще и отца в частности. Россия, как это ни странно, страна матриархальная – здесь с самого раннего возраста воспитывается особое, уважительное отношение к женщине, да и воспитывают подрастающее поколение, как правило, в основном, женщины. В самом деле: в России довольно большой процент матерей-одиночек, а в рассматриваемом контексте – какая-никакая семья – это уже мощный предохраняющий фактор от суицида. В детских садах – воспитательницы, в школах – учительницы, большинство преподавателей в университетах – женщины. Если мы обратимся к сфере медицины – то и тут женщин гораздо больше чем мужчин<sup>4</sup>. Как показывает исследователь, гендерный аспект наглядно проявился в региональной статистике суицида: «Российскими территориями с минимальным уровнем смертности мужчин от самоубийств в 1996 г. были Ингушетия (1,1 человек на 100 000 населения), Карачаево-Черкессия, Дагестан (3,2 человека на 100 000), Северная Осетия (4,8 человек на 100 000), Кабардино-Балкария, Ставропольский край и Ростовская область (т.е. северокавказский регион), Воронежская область и г. Москва и Санкт-Петербург. В целом смертность от суицидов на этих территориях колебалась от 0 до 36,1 на 100 000 населения, т.е. в среднем была близка к европейскому уровню. В отношении Северного Кавказа это объясняется традициями, сохраняющими сплоченность общества, его способность к взаимопомощи, пресловутой “мужественностью” мужчины, его способность противостоять влиянию внешней среды и знать свое положение в обществе. Низкие показатели суицидов, относящиеся к мегаполисам, по-видимому, определяются тем, что в этих регионах относительно более высокий уровень благосостояния; кроме того, среди мужчин превалирует умственный труд. К тому же здесь сосредоточены центры управления и власти, где неизменно большинство всегда за мужчинами. Максимальные показатели смертности от самоубийств зарегистрированы на Европейском Севере (Пермская, Кировская и Архангельская области, республика Карелия), в Поволжье (республики Марий-Эл, Башкортостан, Удмуртия), на юге и северо-востоке Сибири (республики Бурятия и Алтай, Читинская область, Чукотский автономный округ) и Дальнем Востоке (Еврейская автономная область). В этих регионах смертность от самоубийств колеблется от 104 до 154 на 100 000 населения, превышая, таким образом, смертность в странах Центральной и Восточной Европы в 3–5 раз, в странах ЕС – в 5–7 раз. По другим данным, очень высокие показатели в Корее, где на сотню тысяч человек 133,5 самоубийства. За ней следуют Республика Коми – 110,3, Алтай – 101,9, Ненецкий округ – 95,7. ... [В этих регионах] негативное воздействие оказывает и остро ощущаемый во всех этих районах дефицит мужского населения<sup>5</sup>. По-видимому, существенную роль в этих процессах сыграла также ликвидация северных надбавок и прочих социальных льгот, связанных с работой и проживанием в северных районах (табл. 5).

Таблица 5  
Соотношение количества суицидов (число умерших на 100 000 населения) в регионах Севера России<sup>6</sup>

Регион	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.
Архангельская область	71	66	63	58	55
Республика Карелия	66	67	62	55	53
Вологодская область	57	56	54	55	52
Республика Коми	58	56	55	45	44
Мурманская область	44	46	44	38	34
Всего по России	42	41	39	38	35

<sup>1</sup> Львова И.Н. Суицид как объект изучения: философско-правовой аспект // Современное право. 2007. № 1. С. 71–74

<sup>2</sup> Белоглазов Г. Социологический анализ самоубийств в России. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html>

<sup>3</sup> Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Антонова О.И., Никитина С.Ю., Евдокушкина Г.Н., Чернобавский М.В. Указ. соч.

<sup>4</sup> Белоглазов Г. Указ. соч.

<sup>5</sup> Там же.

<sup>6</sup> Морев М.В., Гулин К.А. Некоторые итоги изучения проблемы суицидальной активности населения Вологодской области // Журнал неврологии и психиатрии. 2005. Т. 105. № 3. С. 48–49.

Так, в Вологодской области в течение последнего десятилетия распространенность самоубийств была значительно выше, чем по стране в целом<sup>1</sup>. При этом продолжается негативная тенденция к дальнейшему повышению уровня суицидальной активности населения. Самоубийства уже давно находятся в десятке наиболее распространенных причин смертности населения этого региона. На самом деле круг лиц, вовлеченных в проблему суицидального поведения, значительно шире, чем это следует из данных официальной статистики. В середине 1990-х гг. в регионе насчитывалось более 50 суицидентов в год, что в 2,5 раза больше предельно-критического уровня, установленного ВОЗ<sup>2</sup>. По данным Вологодского облкомстата, самой суицидально-активной категорией населения региона в 1998–2002 гг. являлись мужчины 33–50 лет, живущие в сельской местности<sup>3</sup>. Среди женщин смертность от самоубийств чаще всего наблюдалась в той же категории. В денежном эквиваленте экономический ущерб от распространения в этом регионе самоубийств является одним из наиболее высоких. Так, в 2001 г. потеря валового регионального продукта (ВРП) вследствие суицидального поведения жителей области превысила аналогичный показатель в результате убийств и дорожно-транспортных происшествий. Такая же ситуация наблюдается при оценке потерь ВРП в результате потерянных лет потенциальной жизни<sup>4</sup>.

Показательна также высокая суицидальная активность населения традиционных крупных промышленных районов России, обусловленная развалом промышленности, падением уровня производства и связанными с этими процессами безработицей и обнищанием основной части населения. Так, в Кузбассе в начале 1990-х гг. количество завершенных суицидов более чем в 1,5 раза превышало средние показатели по России в целом и составило в 1993 и 1994 гг. соответственно 46,9 и 61,6 на 100 тыс. населения. При этом наиболее высокие показатели были характерны для возрастных групп 40–49, 50–59 и свыше 80 лет: соответственно 93,5; 86,3 и 93,5 на 100 тыс. населения. Несколько более низкие, но также достаточно тревожные показатели были зарегистрированы в возрастных группах 30–39 и 14–19 лет: соответственно 80,8 и 49,9 на 100 тыс. населения<sup>5</sup>. Подавляющее большинство суицидентов составляли мужчины.

Как известно, количество незавершенных суицидов, как правило, примерно в 10 раз превышает количество завершенных. В этом отношении характерно зарегистрированное в Кемеровской области возрастание количества парасуицидов среди мужчин в 1,4 раза только за 2 года (с 1996 по 1998 гг.). При этом значительную часть суицидентов составляли молодые люди от 18 до 29 лет: в 1996, 1997 и 1998 гг. соответственно 57,3; 59,4 и 59%. По социальному положению количество суицидентов распределялось следующим образом: первое место занимали безработные, затем рабочие и служащие, пенсионеры и другие социальные группы<sup>6</sup>.

Таким образом, налицо тенденция к омоложению контингента суицидентов: в промышленных районах с высоким уровнем безработицы при отсутствии реальной социальной защиты молодые люди не видят для себя перспективы.

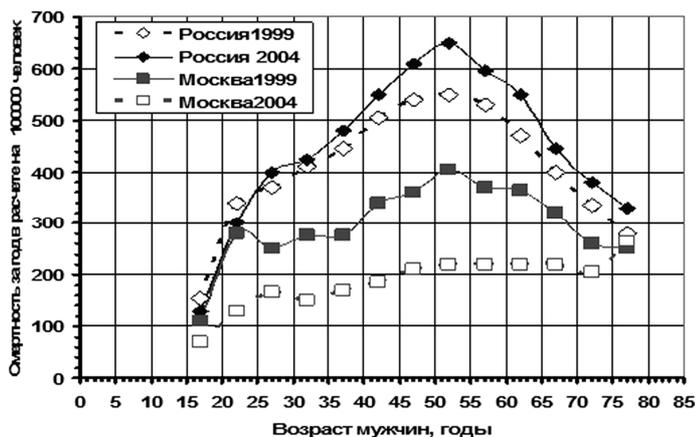


Рис. 3. Смертность от внешних причин у мужчин разного возраста в России и в Москве в 1999 и 2004 гг., по данным Госкомстата.

та, но уже оценивающих перспективы выживания после выхода на пенсию), резко выраженный для России в целом, для Москвы в значительной степени сглажен, а в 2004 г вообще исчезает.

Еще более разительное различие ситуации по числу суицидов как наиболее яркому показателю социального неблагополучия наблюдается в Москве и в России в целом (рис. 4). Для мужчин работоспособного возраста (30–60 лет) этот показатель по России в целом превышает аналогичный показатель для Москвы в 3–4 раза. При этом, если для общероссийских показателей также характерны два выраженных пика самоубийств в зрелом трудоспособном (45–55 лет) и пенсионном (65–70 лет) возрастах, то для Москвы зависимости от возраста практически вообще не наблюдается. Следует, однако, отметить, что этот показатель за рассматриваемый 6-летний период несколько

Чрезвычайно ярко иллюстрирует зависимость психологического и психического состояния населения, показателями которого являются смертность от внешних причин и в особенности уровень суицидов, от уровня благосостояния сопоставление этих показателей в Москве, характеризующейся значительно более высоким уровнем достатка, чем остальные регионы, и в России в целом (рис. 3).

Видно, что показатели смертности от внешних причин мужчин по России в целом значительно превышают аналогичные показатели для Москвы. При этом, если в Москве за 6-летний период (с 1999 по 2004 гг.) этот показатель существенно снизился, то в России в целом, напротив, наблюдается повышение травматической смертности мужского населения. При этом следует отметить, что пик смертности от внешних причин, приходящийся на мужчин в возрасте 50–55 лет (т.е. людей еще вполне работоспособного возраста), резко выраженный для России в целом,

<sup>1</sup> Морев М.В., Шабунова А.А., Гулин К.А. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения. М.: ИСЭРТ РАН, 2010.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Морев М.В., Гулин К.А. Указ. соч.

<sup>5</sup> Лопатин А.Л., Кокорина Н.П. Распространенность суицидов в Кузбассе // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 3. С. 61–67.

<sup>6</sup> Лопатин А.Л. Парасуициды в крупном промышленном центре Западной Сибири // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 3. С. 26–29.

снизился, причем по России в целом снижение выражено даже в большей степени, чем в Москве. Это можно отнести на счет некоторой стабилизации экономической ситуации в стране, которая в меньшей степени затронула и без того достаточно благополучную Москву. Правда, на этом фоне в 2004 г. наблюдается повышение числа суицидов пенсионеров (возраст 75–80 лет), характерное как для Москвы, так и для России в целом.

При этом характерно, что возрастная структура самоубийств в России вообще существенно отличается от среднемировой. Как указывалось выше, в России кривая уровня смертности от суицидов характеризуется двумя возрастными пиками: в 45–55 лет и в 70–80 лет, в то время как среднемировая кривая имеет лишь один пик в пожилом возрасте<sup>1</sup>, что достаточно наглядно иллюстрирует рис. 5. Это отражает специфику социально-психологической ситуации в России, когда значительная часть мужчин зрелого работоспособного возраста не чувствует себя самодостаточными, способными обеспечить семью и не испытывает хотя бы минимальной уверенности в завтрашнем дне.

Больше всего самоубийств было зафиксировано в 1994 г., ознаменованном, во-первых, пиком инфляции и, соответственно снижением благосостояния и уровня жизни населения, и, во-вторых, — и это главное — крушением теплившихся в самом начале 1990-х надежд на возможность реформ во имя стабильности. В итоге беднейшие слои населения оказались в наиболее безнадежном положении, когда на первый план вышла биологическая борьба за существование.

Относительно обеспеченные слои населения в не меньшей мере пострадали от гиперинфляции и обесценивания денег, психологическое же воздействие происходящих событий (расстрел парламента в конце 1993 г., не оправдавшие ожиданий выборы, разочарование в провозглашенных властью якобы демократических идеалах и принципах) на эту социальную группу было даже более сильным. У обывателя вполне могло сложиться ощущение замкнувшегося круга, и света в конце туннеля видно не было. Ощущение безнадежности очень сильно давит на психику, способствуя суицидальным мыслям, и только постоянная необходимость бороться за свое существование, за существование своей семьи могла выступить в роли некоего сдерживающего фактора. Влияние же общества на индивида оказалось крайне невелико — как уже упоминалось, государство практически устранилось от решения социальных проблем. В результате — резкое увеличение числа суицидов в 1994 г., вслед за чем число самоубийств стало незначительно уменьшаться. Однако в августе 1998 г. разразился финансовый кризис. Заметное повышение цен, увеличение безработицы и банкротство ряда крупных компаний внесли свою лепту в повышение склонности к суициду среди различных слоев населения. Весьма наглядно эту ситуацию иллюстрирует динамика числа суицидов в этот период в Москве, которая, являясь деловым и финансовым центром страны, возможно, в наибольшей степени была затронута дефолтом (рис. 6).

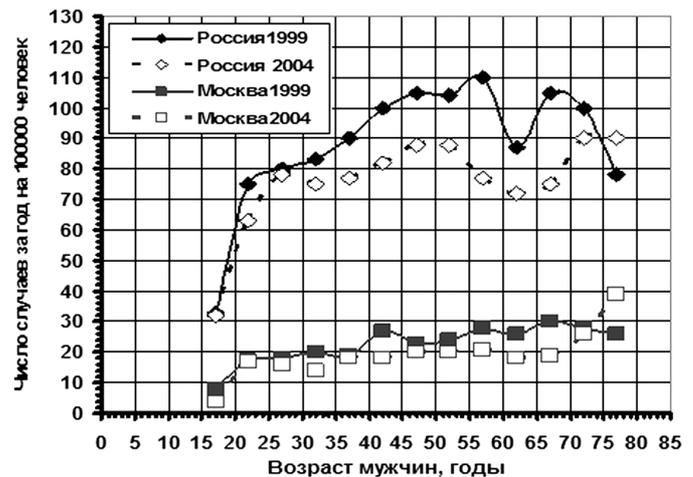


Рис. 4. Зависимость частоты самоповреждений и суицидов от возраста у мужчин в России и в Москве в 1999 и 2004 гг. по данным Госкомстата.

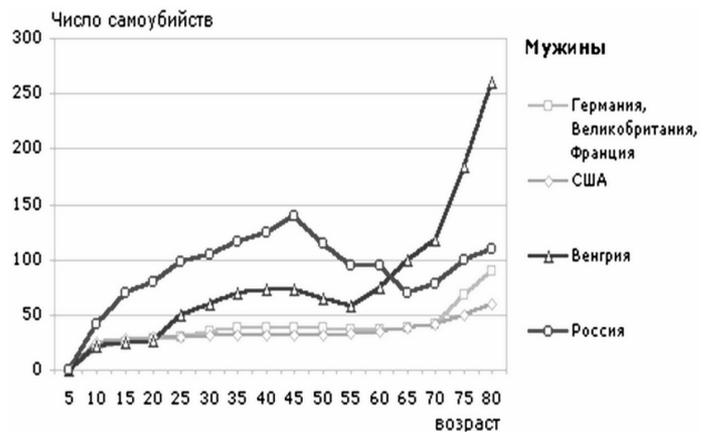


Рис. 5. Зависимость числа самоубийств мужчин от возраста в разных странах<sup>2</sup>.

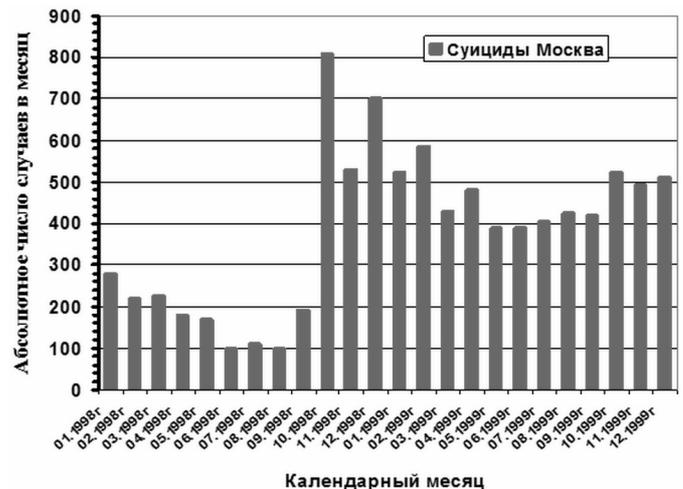


Рис. 6. Динамика числа суицидов в г. Москве в 1998 и 1999 гг. до и после дефолта, по данным Госкомстата.

*Продолжение следует*

<sup>1</sup> Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России.

<sup>2</sup> Суицид является чем-то большим, чем частное, личное решение: это болезнь цивилизации [Электронный ресурс] // Территория 02. Издание Министерства внутренних дел по Республике Северная Осетия – Алания. 2014. 31 января – 8 февраля. № 4 (656). Режим доступа: <http://15.mvd.ru/upload/site19/4.pdf>.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства Российской Федерации от 21 декабря 2011 г. № 1072 «О денежном довольствии военнослужащих, проходящих военную службу по призыву» [Электронный ресурс] // Российская газета. 2011. 28 декабря. Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/12/28/postanovlenie-dok.html>.
2. Государственный доклад Минздравсоцразвития РФ, РАМН «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2004 г.» [Электронный ресурс] // Медицинский Портал. Режим доступа: <http://rudocor.net/medicine2009/bz-zw/med-gmguo/pg-3.htm>.
3. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Методические рекомендации. М.: Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1980.
4. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Профилактика суицидального поведения: Методические рекомендации. М.: НИИ психиатрии, 1980.
5. Бакланов В.В., Аникеева А.Г., Каратаева Ж.Е. Методические рекомендации, диагностика и лечение депрессии в учреждениях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощи населению. Сыктывкар, 2011.
6. Белоглазов Г. Социологический анализ самоубийств в России. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://katatonia.narod.ru/ssuicide.html>
7. Богоявленский Д.Д. Самоубийства в Удмуртии // Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период / Ред. В.М.Школьников, Л.В. Червяков. М.: ПРООН, 2000. С. 85–99.
8. Богоявленский Д.Д., Школьников В.М., Андреев Е.М. Этнические различия в смертности // Неравенство и смертность в России / Московский Центр Карнеги. М.: Сигнал, 2000. С. 48–59.
9. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. № 3. С. 22–27.
10. Войцех В.Ф. Динамика суицидов в регионах России // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. № 1. С. 81–88.
11. Гулин К.А., Фалалева О.И., Ослопова Ю.Е. Проблемы психического здоровья населения. Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003.
12. Дехтерева Л.В., Емельянова Д.С. Проблема суицида среди подростков в возрасте от 15 до 19 лет // Студенческий научный форум. Материалы V Международной студенческой электронной научной конференции. 15 февраля – 31 марта 2013 г. Режим доступа: <http://www.scienceforum.ru/2013/12/1539>.
13. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации. Год 1995-й: Программы развития ООН в Российской Федерации (ПРООН) / Под общ. ред. С.И. Иванова. Пер. с англ. А.И. Салицкого. М.: Academia, 1996.
14. Дюркгейм Э. Самоубийство. Социологический этюд. СПб.: Союз, 1978.
15. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Антонова О.И., Никитина С.Ю., Евдокушкина Г.Н., Черновобавский М.В. Смертность российских подростков от самоубийств. М.: ЮНИСЕФ, 2011. С. 8–18 [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. Институт демографии Национального исследовательского университета "Высшая школа экономики". 17–30 сентября 2012. № 523–524. Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0523/analit02.php>.
16. Курпатов А.В. «Физика» суицида против его «метафизики» // Реальность и субъект. 2001. Т. 5. № 4. С. 30–35.
17. Курпатов А.В., Полетаева О.О. Кризисная и суицидологическая служба: состояние и перспективы развития // Депрессия. III Клинические павловские чтения: Сб. работ. Вып. 3. СПб.: Человек, 2001. С. 42–44.
18. Литвинцев С.В., Шамрай Б.К., Резник А.М., Фадеев А.Л., Арбузов А.Л., Фастовцев Г.А. Состояние психического здоровья военнослужащих и пути совершенствования психиатрической помощи в вооруженных силах России // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. № 2. С. 68–72.
19. Лопатин А.Л. Парасуициды в крупном промышленном центре Западной Сибири // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 3. С. 26–29.
20. Лопатин А.Л., Кокорина Н.П. Распространенность суицидов в Кузбассе // Социальная и клиническая психиатрия. 1996. № 3. С. 61–67.
21. Львова И.Н. Суицид как объект изучения: философско-правовой аспект // Современное право. 2007. № 1. С. 71–74
22. Мартусенко А.В., Бойко Е.О., Мыльникова Ю.А. Вопросы суицидального поведения военнослужащих по призыву // Суицидология. 2011. № 1. С. 52–53.
23. Морев М.В., Гулин К.А. Некоторые итоги изучения проблемы суицидальной активности населения Вологодской области // Журнал неврологии и психиатрии. 2005. Т. 105. № 3. С. 48–49.
24. Морев М.В., Шабунова А.А., Гулин К.А. Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения. М.: ИСЭРТ РАН, 2010.
25. Норма суточного пайка солдата увеличена [Электронный ресурс] // Тамбовский военный авиационный инженерный институт. 15.01.2008. Режим доступа: <http://www.tmaec.ru/news/1981/>.
26. Осипов Г.В., Кузнецов В.Н. Социология и государственность: достижения, проблемы, решения. М.: Вече, 2005.
27. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив. Женева: Европейское бюро региональных инициатив Всемирной организации здравоохранения, 2014.
28. Регионы России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1995–2012.
29. Статистика суицида [Электронный ресурс] // Проект о Жизни. 2012. Режим доступа: <http://lossofsoul.narod.ru/DEPRESSION/suicide/statistic.htm>
30. Суицид в России стоит на первом месте в рейтинге причин смертности среди молодых мужчин [Электронный ресурс] // Медицинский сайт MedLinks.Ru: Медицина в Рунете. 1.07.2003. Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=9956>.
31. Суицид является чем-то большим, чем частное, личное решение: это болезнь цивилизации [Электронный ресурс] // Территория 02. Издание Министерства внутренних дел по Республике Северная Осетия – Алания. 2014. 31 января – 8 февраля. № 4 (656). Режим доступа: <http://15.mvd.ru/upload/site19/4.pdf>.
32. Суточные пайки куницы и солдата стоят одинаково [Электронный ресурс] // LiveJournal. 2009. 16 декабря. Режим доступа: <http://www.liveinternet.ru/users/2125404/post116763647/>
33. Уразов С.Х., Доровских И.В. Ситуационные реакции дезадаптации у военнослужащих срочной службы // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 2. С. 25–30.
34. ФСКН России: Треть самоубийств в России происходят под воздействием наркотиков [Электронный ресурс] // Информационно-публицистический сайт «Нет – наркотикам». 2010. 3 декабря. Режим доступа: [http://www.narkotiki.ru/5\\_24721.htm](http://www.narkotiki.ru/5_24721.htm)
35. "Age-Standardized Suicide Rate (per 100,000 Population), Both Sexes. 2012." *World Health Organization*. World Health Organization,

2011. Web. <[http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global\\_AS\\_suicide\\_rates\\_bothsexes\\_2012.png?ua=1](http://gamapserver.who.int/mapLibrary/Files/Maps/Global_AS_suicide_rates_bothsexes_2012.png?ua=1)>.
36. Allen J.P., Cross G., Swanner J. "Suicide in the Army: A Review of Current Information." *Military Medicine* 170.7 (2005): 580–584.
  37. Andreeva E., Ermakov S., Brenner H. "The Socioeconomic Aetiology of Suicide Mortality in Russia." *International Journal of Environment and Sustainable Development* 7.1 (2008): 21–48.
  38. Brainerd E. "Economic Reform and Mortality in the Former Soviet Union: A Study of the Suicide Epidemic in the 1990s." *European Economic Review* 45.4 (2001): 1007–1019.
  39. Hankoff L.D. "An Epidemic of Attempted Suicide." *Comprehensive Psychiatry* 2 (1961): 294-a.
  40. Hawton K. "Sex and Suicide Gender Differences in Suicidal Behaviour." *The British Journal of Psychiatry* 177.6 (2000): 484–485.
  41. Jørgensen F. "Abuse of Psychotomimetics." *Acta Psychiatrica Scandinavica* 43.S203 (1968): 205–216.
  42. King L.J. "Toward a Science of Adaptive Responses." *American Journal of Occupational Therapy* 32.7 (1978): 429–437.
  43. Kuehn B.M. "Soldier Suicide Rates Continue to Rise." *JAMA – Journal of the American Medical Association* 301.11 (2009): 1111–1113.
  44. Kuehn B.M. "Military Probes Epidemic of Suicide." *JAMA – Journal of the American Medical Association* 304.13 (2010): 1427–1430.
  45. Lester D. "Suicide and Homicide after the Fall of Communist Regimes." *European Psychiatry* 13.2 (1998): 98–100.
  46. Mäkinen I.H. "Eastern European Transition and Suicide Mortality." *Social Science & Medicine* 51.9 (2000): 1405–1420.
  47. Mäkinen I.H. "Suicide Mortality of Eastern European Regions before and after the Communist Period." *Social Science & Medicine* 63.2 (2006): 307–319.
  48. Moldavsky D. "Expanding the Bounds of Military Psychiatry: Three Clinical Encounters." *Anthropology and Medicine* 15.3 (2008): 151–161.
  49. Pridemore W.A., Spivak A.L. "Patterns of Suicide Mortality in Russia." *Suicide and Life-Threatening Behavior* 33.2 (2003): 132–150.
  50. Schwab J.J. "Stress from a Psychiatric Epidemiological Perspective." *Stress Medicine* 2.3 (1986): 211–220.
  51. "Suicide Data". *World Health Organization*. World Health Organization, 2011. Web. <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)>.
  52. "Suicide Rates (per 100,000), by Gender, Russian Federation, 1980–2006." *World Health Organization*. World Health Organization, 2011. PDF-file. <[http://www.who.int/mental\\_health/media/russ.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/russ.pdf)>.
  53. Terebikhin V.M. "Fluctuations in Suicidal Behavior in the Population of the Komi Republic." *Sociological Research* 51.1 (2012): 52–65.
  54. Walberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D.A. "Economic Change, Crime, and Mortality Crisis in Russia: Regional Analysis." *BMJ* 317.7154 (1998): 312–318.
  55. Värnik P. "Suicide in the World." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 9.3 (2012): 760–771.
  56. Webster P. "Suicide Rates in Russia on the Increase." *The Lancet* 362.9379 (2003): 220.
  57. Weir E. "Suicide: The Hidden Epidemic." *Canadian Medical Association Journal* 165.5 (2001): 634–636.
  58. "WHO. Mental Health. Suicide Prevention. Country Reports and Charts Available. 2011" *WebCite*. N.p., 2012. Web. <<http://www.webcitation.org/69X4GHxBu>>
  59. Winslow F. "Suicide Considered as a Mental Epidemic." *Bulletin of the Medico-Legal Congress*. New York, 1895, pp. 334–351.
  60. Winslow F. *The Anatomy of Suicide*. London: Renshaw, 1840.
  61. World Health Organization. *World Health Report*. Geneva, 1995.

Цитирование по ГОСТ Р 7.0.11—2011:

Штемберг, А. С. Социальный стресс и психологическое состояние населения России. Часть 2.1. Россия на рубеже XX и XXI вв.: суициды как основной индикатор и последствие социально-психологического кризиса общества / А.С. Штемберг // *Пространство и Время*. — 2014. — № 3(17). — С. 209—219. Стационарный сетевой адрес: 2226-7271prov\_st3-17.2014.74



Три заадки. Художник Сальвадор Дали. 1982