

**С.В. Богданов**, канд. ист. наук, доц. кафедры философии Губкинского института (филиал) ГОУ ВПО “Московский государственный открытый университет”\*

## **СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ РОССИИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕСТВЕННЫХ ТРАНСФОРМАЦИЙ КОНЦА XX — НАЧАЛА XXI в.**

*В статье рассматриваются особенности суицидальной активности городских и сельских жителей России в условиях институционализации рыночных преобразований. Выявлены детерминанты, провоцирующие рост самоубийств россиян на рубеже XX—XXI столетий.*

**Ключевые слова:** *суицид (самоубийство), суицидальные попытки, смертность от внешних причин, алкоголь, городское и сельское население.*

*The article considers the features of suicidal activity of the Russia's urban and rural citizens amid the formalization of market reforms. The determinants provoking suicides at the turn of XX—XXI centuries have been defined.*

**Key words:** *suicide (self-homicide), attempted suicide, mortality from external causes, alcohol, urban and rural population.*

Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные в последние десятилетия в различных регионах мира, указывают на устойчивую тенденцию к общему росту числа законченных самоубийств. По сведениям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в экономически развитых странах самоубийство как причина смерти занимает одно из первых мест наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Ежегодно во всем мире 500 тыс. человек заканчивают жизнь самоубийством, а 7 млн человек совершают попытки свести счеты с жизнью.

По данным ООН, на международном уровне количество суицидов колеблется от очень высокого — более 25 случаев на 100 тыс. населения (Япония, Скандинавия, Швейцария, Германия, Австрия), до более низкого — менее 10 случаев на 100 тыс. населения (Испания, Италия, Ирландия, Египет, Нидерланды).

Россия в настоящее время по количеству самоубийств на 100 тыс. населения может быть отнесена к очень неблагоприятным странам. Это ставит как перед государственными органами, так и перед научной общественностью целый ряд проблем методологического и практического характера.

Статистические показатели роста абсолютного и относительно-го числа самоубийств в России с 1956 по 1991 гг. свидетельствуют,

---

\* Богданов Сергей Викторович, e-mail: sv-bogdanov@mail.ru

что самоубийства не только не прекратились с провозглашением периода “развитого социализма”, но, напротив, их число среди советских граждан все увеличивалось: в 1960 г. зафиксировано чуть меньше 20 тыс. самоубийств (коэффициент — 16,2 на 100 тыс. населения страны); в 1980 г. — около 48 тыс. самоубийств (коэффициент — 34,7), а в начале 1980-х гг. Россия прочно заняла одно из лидирующих мест в мире по числу самоубийств, уступая первенство только Венгрии: так, в СССР в 1984 г. было зафиксировано уже около 54 тыс. самоубийств (коэффициент — 37,9 на 100 тыс.)<sup>1</sup>.

В 1990 и 1991 гг. частота суицидов в Советском Союзе составляла соответственно 26,4 и 26,5 случая на 100 тыс. населения. Такой уровень был достаточно типичен для последних лет существования СССР. Несмотря на то что его величина в 1,8 раза превышала среднемировую, он лишь незначительно превышал уровень, определяемый ВОЗ как критический.

Между тем изучение динамики и особенностей суицидального поведения сельских жителей России позволяет рассмотреть в комплексе “болевые точки” российской провинции, выявить особенности дезадаптации определенных слоев населения, за счет которых ежегодно воспроизводится печальная статистика добровольно уходящих из жизни.

С самого начала радикальных рыночных преобразований ситуация с самоубийствами в постсоветской России стала стремительно меняться. Разрушение и деформация традиционных гуманистических ценностей общества сопровождается ростом чрезвычайных и стрессовых ситуаций, следствием которых является эскалация психического травматизма населения.

По оценке Б.С. Положего, трудности 1993—1999 гг. носили характер “стресса социальных изменений” (термин ВОЗ), оказывавшего патогенное воздействие на психическое здоровье населения. По данным Министерства здравоохранения РФ, в 1991—1995 гг. общая заболеваемость психическими расстройствами увеличилась с 259 до 320 случаев на 100 тыс. человек, т.е. на 23,6%. При этом наиболее резко (на 35%) увеличилась заболеваемость непсихотическими формами (невротические, связанные со стрессом, соматоформные, личностные расстройства), которые в наибольшей степени обусловлены социальными причинами. Учитывая же традиционно низкое выявление психиатрическими службами больных с этими видами патологии, реальное число заболевших было многократно выше и достигало, по данным специальных клинико-эпидемиологических исследований, 250—300 на 1000 человек<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> См.: *Богоявленский Д.Д.* Российские самоубийства и российские реформы // Социологические исследования. 2002. № 5. С. 76—80.

<sup>2</sup> *Дмитриева Т.Б., Положий Б.С.* Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обзорение Института психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 2. С. 39—49.

Итак, основными причинами резкого увеличения числа законченных самоубийств в России с начала радикальных рыночных реформ явились следующие:

- 1) крах существовавшей более 70 лет социальной и политической системы и ее идеологических основ;
- 2) распад СССР и начало реализации радикальных рыночных преобразований;
- 3) стремительное перераспределение государственной собственности (ваучеризация);
- 4) переоценка десятилетиями существовавших морально-этических ценностей;
- 5) закрытие промышленных предприятий и значительный рост безработицы;
- 6) утрата престижности многих профессий;
- 7) резкая поляризация населения по уровню доходов;
- 8) общий финансово-экономический спад.

Эти радикальные изменения, произошедшие в беспрецедентно короткие сроки, привели к резкому снижению уровня жизни у большей части населения страны, вызывали у людей острое недовольство ситуацией и неприятие осуществляемых реформ, сопровождавшихся осознанием собственной беспомощности и невозможности повлиять на ситуацию.

В целом численность граждан, умерших в результате действия внешних причин с 1990 г. по 2006 г., возросла на 84 476 человек. В 2006 г. от убийств, самоубийств и случайного отравления алкоголем скончались 82 669 человек. Эти три типа смертей составляют почти 30% всех смертей от внешних причин.

При сравнении мужской и женской групп умерших в результате внешних причин обращает на себя внимание абсолютное преобладание среди них мужчин, причем на всем изучаемом хронологическом отрезке. Например, в 1990 г. доля мужчин среди всех умерших в результате воздействия внешних причин составила 77%, в 2006 г. — 77,5%. Масштабно выросло количество мужчин, умерших из-за случайных алкогольных отравлений. Так, прирост в 2006 г. этого показателя в сравнении с “дореформенным” 1990 г. составил почти 200%.

В этой связи большой интерес вызывает и ситуация с мужскими самоубийствами. В 1992 г. происходит подъем показателя самоубийств среди мужчин до 53,2 на 100 тыс. населения, затем происходит дальнейший рост до рекордного уровня 74,2 случая в 1994 г., после этого следует некоторое снижение (62,5 в 1998 г.), а затем новый подъем до 72 случаев на 100 тыс. в 2001 г. и, наконец, постепенное снижение в последующие годы.

Обращает на себя внимание “скачкообразность” в динамике распространения этой социальной патологии среди россиян. “Пик”

среди покончивших жизнь самоубийством был достигнут в 1995 г. Прирост этого показателя к середине 1990-х гг. в сравнении с 1990 г. составил весьма внушительную цифру — 165%. Затем начался незначительный спад. К 2000 г. количество мужчин-самоубийц стабилизировалось на отметке 47 806 человек. В 2006 г. этот показатель еще немного снизился — на 2 966 человек или на 9,2%. В то же время смертность от самоубийств среди мужчин в 2006 г. в сравнении с 1990 г. возросла на 117%.

Известный петербургский исследователь проблем девиантного поведения Я.И. Гишинский считает, что если важнейшая человеческая потребность в самоутверждении, самореализации не может быть удовлетворена в созидательной деятельности, то человек может самоутверждаться криминальным образом либо уходить от общества через наркотики, алкоголь, самоубийство. По данным Я.И. Гишинского, рабочие составляют в Петербурге 53,7% суицидентов, пенсионеры — 15%, лица, которые не работают и не учатся, — 6,2%<sup>3</sup>.

Существенным фактором, провоцирующим суицидальную активность отдельных граждан, является уровень развития культуры. В большинстве своем самоубийцы обладают невысоким уровнем образования. Исследование, проведенное в 14 регионах России, показало, что 78,8% покончивших с собой и 66% покушавшихся на свою жизнь (в Петербурге соответственно 63,4% и 41,6%) не имели законченного среднего образования.

Российская статистика свидетельствует о резком увеличении в первой половине 1990-х гг. числа самоубийств среди практически всех возрастных категорий<sup>4</sup>. Анализ данной статистики свидетельствует, что больше всего растет число самоубийств в возрастных категориях молодежи до 29 лет и у мужчин предпенсионного возраста. Именно данные гендерные группы наиболее остро восприняли социальные издержки рыночных реформ. В целом отечественная статистика свидетельствует о том, что самоубийства лиц в возрасте до 25 лет составляют примерно 19% от общего числа суицидов, а вероятность совершения суицидальных действий молодыми людьми в три и более раз превышает аналогичный показатель среди старших возрастных групп.

Как это ни прискорбно, но в России каждый десятый выпускник детского дома заканчивает жизнь самоубийством (любопытно при этом, что каждый пятый становится преступником, а каждый четвертый — бомжем).

<sup>3</sup> См.: Гишинский Я.И. Девиантное поведение в Санкт-Петербурге: на фоне российской действительности эпохи постперестройки // Мир России. 1995. № 2. Т. 4. С. 118—131.

<sup>4</sup> См.: Российский статистический ежегодник. М., 1995; Демографический ежегодник. М., 1995; Численность населения РФ по полу и возрастным группам. М., 1995; Естественное движение населения РФ. М., 1994—1996.

Еще одной “рисковой” с точки зрения самоубийства группой являются военнослужащие. В 2000-2002 гг. самоубийства среди военнослужащих составили более 25 случаев на 100 тыс. человек, их распространенность в 2—3 раза превышает этот показатель в армиях экономически развитых стран мира, а суицидальные попытки и членовредительство являются одними из основных причин направления солдат срочной службы на психиатрическое обследование.

В последнее время заметна явная тенденция к “омоложению” суицида, причем это характерно для всех стран, а не только для России. Однако в России, а особенно в таких крупных городах, как Москва и Санкт-Петербург, увеличение числа подростковых самоубийств особенно значительно (в Петербурге лишь за девять месяцев 1998 г. совершили суицидальные попытки 619 подростков, что почти в полтора раза больше, чем за тот же период 1996 г.). В целом по России в 1995 г. число самоубийств среди детей составило 2911 против 2795 в 1994 г. В 1996 г. покончили с собой 2756 детей в возрасте 5—19 лет, из них 2358 в возрасте 15—19 лет.

По данным А.В. Боевой и В.А. Руженкова, попытки покушения на жизнь среди лиц подросткового возраста составили 26% от всех поступивших в реанимационное отделение после совершения суицидальной попытки<sup>5</sup>.

Как же выглядит сегодня обобщенный социальный портрет самоубийц в России? Для иллюстрации этого используем следующие данные (табл. 1).

Таблица 1

Показатели самоубийств в отдельных группах населения в России в середине 1990-х гг. (оба пола; на 100 тыс. населения)

Группы населения/Место проживания	Город	Село
Состоящие в браке	15,4	26,2
Не состоящие в браке	28,9	45,9
в том числе:		
разведенные	28,6	135,1
вдовы	45,7	66,1
не состоявшие в браке	19,4	68,0
проживающие с семьей	15,5	24,4

<sup>5</sup> Цит. по: Лобов Г.А. Аутоагрессивное поведение юношей призывного возраста (клинические характеристики и медицинское психиатрическое освидетельствование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008. С. 3.

Группы населения/Место проживания	Город	Село
проживающие без семьи	23,3	81,7
в том числе:		
проживающие отдельно от семьи	7,7	—
проживающие одиноко	43,6	143,5
Занятое население	13,4	30,9
Незанятое население	19,9	29,1
Онкологические больные	28,8	38,2
Психические больные	95,2	107,3
Больные хроническим алкоголизмом	91,0	97,0
Наркоманы	177,8	322,6
Инвалиды	109,8	104,3
в том числе:		
I группы	145,6	183,6
II группы	127,4	128,3
III группы	50,6	11,8

Б. Войцехович и А. Редько выделяют так называемые “ведущие типы социально-гигиенического портрета самоубийц”: “Первый — мужчина, 20—59 лет, разведенный, проживающий отдельно от семьи или одиноко, работающий, возможно, имеющий судимость, не страдающий тяжелыми заболеваниями, злоупотребляющий спиртными напитками с признаками алкоголизации, однако не состоящий на учете у нарколога, не высказывавший намерение покончить с собой накануне суицида.

Второй — женщина, старше 60 лет, вдова, живет с семьей (дети, внуки), не работает, имеет психические или тяжелые соматические заболевания, состоит на учете в медицинских учреждениях (психо/онкодиспансер, территориальная поликлиника), не употребляет алкоголя, имеет инвалидность, высказывала намерение покончить жизнь самоубийством”<sup>6</sup>.

1990-е гг. в социальном развитии российской сельской местности характеризуются нарастанием широкого спектра социальных

<sup>6</sup> Войцехович Б., Редько А. Самоубийства с позиций социальной медицины // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1996. № 2. С. 16—19.

отклонений: преступности, пьянства и алкоголизма, наркотизации, особенно молодежи, самоубийств.

До настоящего времени проблема самоубийств на селе остается недостаточно изученной, хотя ее важность и злободневность не ставятся под сомнение ни властными структурами, ни научной общественностью<sup>7</sup>. В то же время немногочисленные исследования по этой деликатной теме преимущественно основываются на результатах социологических исследований, проведенных в крупных или средних городах Российской Федерации.

Каковы же причины столь широкого распространения самоубийств в российской деревне? Выделим пять основных групп причин:

1) выборочные статистические исследования подтверждают положительную динамику сокращения бедности среди городского населения при одновременном росте бедности среди селян;

2) проблемы безработицы среди сельского населения стоят более остро, нежели среди городского;

3) в сельской местности наряду с пауперизацией широкое распространение получила маргинализация значительных слоев населения. Одномоментный переход к рыночной экономике оказал воздействие на все социальные процессы, протекающие в российском селе. Необходимо сказать о формировании новых социальных группы — сельских товаропроизводителей (фермеров, владельцев или арендаторов перерабатывающих производств), предпринимателей, занятых преимущественно в сфере услуг (владельцев магазинов, кафе и т.д.). В то же время рыночные преобразования слабо затронули социальную стратификацию российской деревни. Изменились лишь названия: колхозника сменил работник ООО, ОАО, вместо председателя колхоза или директора совхоза появился генеральный или исполнительный директор;

4) среди наиболее деструктивных тенденций в социальной сфере современного российского села следует назвать пока еще сохраняющуюся депопуляцию, высокую смертность среди населения в трудоспособном возрасте. Преобладание женского населения над мужским в российских селах приводит к появлению неполных семей, детей, рожденных вне брака;

5) алкоголизация и наркотизация российского села играют существенную роль в увеличении количества самоубийств. Вред от чрезмерного потребления алкоголя заключается не только в физиологических последствиях — усилении заболеваемости, росте смертности, сокращении продолжительности жизни, — но и в со-

---

<sup>7</sup> См.: Пашин В.П., Богданов С.В., Емельянов С.Г. Социальные отклонения в повседневной жизни российской деревни. Курск, 2010.

циальных патологиях — увеличении числа преступлений, возрастании нервных и психических болезней. Уровень суицидальной активности у лиц с синдромом зависимости в 50 раз выше, чем в целом в популяции. 25—50% всех суицидов связаны с алкоголизацией. Пик суицидальных попыток среди больных хроническим алкоголизмом приходится на 25—40 лет.

Анализ распределения самоубийц по месту проживания выявил довольно примечательную тенденцию, характерную для России — превышение числа суицидов среди сельского населения над числом суицидов среди городского.

Проиллюстрируем эту тенденцию на таком “проблемном” с точки зрения динамики самоубийств регионе, как Республика Коми (табл. 2)<sup>8</sup>.

Таблица 2

**Коэффициенты смертности от самоубийств в Республике Коми в 1990—1999 гг. (число умерших на 100 тыс. населения)**

Группы населения/Годы	1990	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Все население	31	58	56	55	45	44	44
Городское население	28	51	48	48	37	36	35
Сельское население	39	78	79	77	68	67	70

Очень сложная ситуация с самоубийствами в эти годы сложилась в Алтайском крае. Так, в 2006 г. здесь было зарегистрировано 1200 самоубийств. Это почти на 25% превысило уровень самоубийств в Литве — стране, которая занимает первое место в мире по этому показателю. В Алтайском крае в 2007 г. было зарегистрировано 42,6 случая самоубийств на 100 тыс. человек, причем в сельской местности суицидов было зафиксировано гораздо больше, чем в городе: на 100 тыс. сельского населения пришлось 52,6 случая суицида, в то время как в городе — 33,5. В 2007 г. из жизни добровольно ушли 1074 человека.

Для сравнения скажем несколько слов о том, как складывается ситуация с суицидальной активностью в США. В Соединенных Штатах суицид занимает место в первой десятке причин смерти граждан в трудоспособном возрасте, являясь причиной приблизительно 1,5% всех смертей. Ежегодное число суицидов, произошедших позже 1980 г., в среднем составляет 30 тыс. в год, соответственно превышая ежегодное число смертей от убийств. Рейтинг суицида (число суицидов на 100 тыс. населения) в США остается

<sup>8</sup> О суицидальных явлениях в Республике Коми. Информационная записка. Март 2000 г. Сыктывкар, 2000. С. 7.



относительно стабильным с 1950 г., колеблясь между 10 и 13 случаями на 100 тыс. ежегодно.

Рейтинг суицида различен для разных возрастных групп. Из всех возрастных групп пожилое население имеет самый большой риск суицида, особенно мужчины с белым цветом кожи старше 75 лет. Увеличение рейтинга суицида среди пожилых людей, по-видимому, объясняется главным образом ослабляющими эффектами соматических заболеваний, потерей социальной роли и родственников, периодической депрессией.

В 1993 г. коэффициент суицида для лиц от 15 до 24 лет увеличился по сравнению с 1950 г. в три раза. Причины этого увеличения недостаточно ясны, но исследователи объясняют этот факт распространением психических болезней и злоупотреблением психоактивными веществами среди юного населения, а также наличием огнестрельного оружия дома у большого количества американцев.

Коэффициенты суицида различаются также в зависимости от пола и от этнической принадлежности. Мужчины заканчивают около 80% всех суицидов. Женщины же в три раза чаще мужчин предпринимают попытки суицида. Среди мужчин самый высокий риск суицида имеют коренные американцы, за ними — американцы — выходцы из Европы. Белые мужчины и женщины совершают около 90% всех суицидов.

Российское общество уже настолько глубоко втянулось в социальную дезорганизацию, что оно само воспроизводит саморазрушительное поведение, те его формы, которые способствуют росту социального отчуждения, крайним выражением которого является самоубийство.

Уровень частоты самоубийств напрямую зависит от социальной ситуации в стране. Безусловно, основные причины роста числа суицидов в России носят социальный характер: безработица, злоупотребление алкоголем, семейные неурядицы, неспособность найти свое место в условиях рыночных отношений и т.д. Такая зависимость прослеживается особенно четко, когда речь идет о самоубийствах среди мужчин. Поэтому важной составляющей снижения частоты суицидов и их предупреждения является улучшение социальной ситуации, повышение социальной защищенности людей, подъем уровня их жизни, оказание целевой помощи наиболее нуждающимся группам населения. Все это прямо указывает на необходимость усиления роли государства и его социальных служб в улучшении суицидальной ситуации в стране.

Таким образом, можно заключить следующее. Периоды радикального переустройства общества, сопровождающиеся экономическим спадом, безработицей, снижением уровня жизни и социальной защищенности населения, ведут к увеличению частоты

суицидов. Это связано с разочарованием, сломом системы ценностей, потерей жизненной перспективы, резким снижением социального статуса, обостряющимся кризисом занятости.

Однако Н.А.Бердяев указывал, что социологическая точка зрения, которая, основываясь на статистике, хочет установить социальную закономерность и необходимость самоубийства, в корне ложна, она видит лишь внешнюю сторону явления, лишь результат незримых внутренних процессов и не проникает в глубину жизни.

В целом попытки объяснить самоубийства исключительно ссылками на внешние обстоятельства, болезненное состояние человека снимают важный аспект, связанный с ответственностью самого человека за собственное поведение и принимаемые решения. Наиболее важный механизм социального контроля — внутренний контроль, который обеспечивается усвоением социальных норм и ценностей, что обеспечивает выработку эффективных внутренних регуляторов поведения. Безусловно, изучение механизмов разрушения внутреннего контроля является проблемой, важной как в теоретическом, так и в практическом плане.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

*Богоявленский Д.Д.* Российские самоубийства и российские реформы // Социологические исследования. 2002. № 5.

*Войцехович Б., Редько А.* Самоубийства с позиций социальной медицины // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 1996. № 2.

*Гилинский Я.И.* Девиантное поведение в Санкт-Петербурге: на фоне российской действительности эпохи постперестройки // Мир России. 1995. № 2. Т. 4.

Демографический ежегодник. М., 1995.

*Дмитриева Т.Б., Положий Б.С.* Социальная психиатрия: современные представления и перспективы развития // Обозрение Института психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1994. № 2.

Естественное движение населения РФ. М., 1994—1996.

*Лобов Г.А.* Аутоагрессивное поведение юношей призывного возраста (клинические характеристики и медицинское психиатрическое освидетельствование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008.

О суицидальных явлениях в Республике Коми. Информационная записка. Март 2000 г. Сыктывкар, 2000.

Российский статистический ежегодник. М., 1995.

Численность населения РФ по полу и возрастным группам. М., 1995.