

*А.Ю. МЯГКОВ, И.В. ЖУРАВЛЕВА, С.Л. ЖУРАВЛЕВА*

### **СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ МОЛОДЕЖИ: МАСШТАБЫ, ОСНОВНЫЕ ФОРМЫ И ФАКТОРЫ**

Молодежь — наиболее уязвимая в суицидогенном отношении группа. На возраст от 18 до 29 лет сегодня приходится первый из двух самых высоких пиков суицидальной активности в России («пик молодости»); второй — «пик инволюции» — охватывает когорты старше 45 лет [1, с. 22; 2, с. 22].

Рост молодежных суицидов наблюдается во многих развитых странах. По данным Д. Фримана, самоубийства являются третьей по частоте причиной смерти (после несчастных случаев и убийств) среди американских подростков и юношей в возрасте от 15 до 19 лет. За последние десятилетия в США уровень самоубийств в возрастных группах 10–14 лет и 15–19 лет увеличился на 240% и 59% соответственно [3, р. 183]. При этом число молодежных суицидов росло значительно быстрее, чем в других возрастных когортах [4, р. 58–59]. Та же тенденция наблюдается в Польше, а также в ряде других стран [5, р. 434]. Драматический рост самоубийств среди молодежи в последние годы дал основание многим современным авторам говорить о «реювенации» структуры суицида [5, р. 443] и очередном надвигающемся буме молодежных самоубийств, вполне сопоставимом по сво-

---

Авторы — сотрудники кафедры социологии Ивановского государственного энергетического университета. **Мягков Александр Юрьевич** — кандидат философских наук, профессор, заведующий кафедрой социологии. **Журавлева Ирина Валерьевна** — старший преподаватель. **Журавлева Светлана Львовна** — преподаватель. **Адрес:** 153003 Иваново, ул. Рабфаковская, д. 34, корп. А, к. 340. **Телефон:** (0932) 38–57–69. **Факс:** (0932) 38–57–01. **Электронная почта:** sociol@economic.ispu.ru

Статья подготовлена в рамках совместного исследования Швейцарской академии социального развития, Института социологии РАН и кафедры социологии ИГЭУ.

им масштабам и последствиям с тем, что потряс мир на рубеже XIX–XX столетий [3, р. 196].

Э. Дюркгейм — первый социолог, обосновавший необходимость социетального объяснения самоубийства [6]. И хотя считается, что роль социальных факторов в детерминации суицидального поведения впервые была отмечена еще в трудах Т. Масарика (1881 г.) и Х. Морселли [7, р. 109; 8, р. 500], аналитическая стройность и теоретическая обоснованность дюркгеймовской работы сделали ее самым влиятельным исследованием по данной проблематике за последнее столетие. В современной западной социологии существуют разные подходы к объяснению молодежных самоубийств, продолжающие традицию Э. Дюркгейма. «Когортная теория» Истерлина-Холинджера [9; 10] связывает бурный рост суицидов в подростковом и юношеском возрасте с относительной численностью соответствующих когорт рождения. Чем выше доля когорты в общей структуре населения страны, считают авторы, тем большие трудности приходится испытывать ее представителям в конкурентной борьбе за доступ к дефицитным социальным ресурсам в сфере занятости, образования, здравоохранения и т. д. Невозможность удовлетворения насущных потребностей приводит молодых людей к депривации и самодеструктивным действиям [3, р. 195; 4, р. 62, 75].

В социопсихологической теории К. Жирара самоубийства объясняются в терминах «социальной идентичности». Когда значимые для индивида элементы «Я–концепции» подвергаются угрозе, самоубийство становится, с одной стороны, единственным выходом из сложившейся жизненной ситуации, а с другой — символическим знаком того, что «Я–концепция» разрушается. Повышенный риск самоубийств среди молодежи связан, по мнению автора, с резкой актуализацией в этом возрасте потребности в достижениях, культивируемой развитым обществом [11, р. 556].

Несмотря на значительное количество отечественных работ, посвященных проблеме молодежных самоубийств, региональных исследований на эту тему в нашей стране немного. Мы до сих пор не знаем истинных масштабов суицидального поведения российской молодежи, конкретных форм преломления общих его закономерностей в отдельных регионах России. Нет пока ясных представлений о ситуативной специфике условий и факторов, вызывающих самоубийства. Гендерные и возрастные проекции суицидальности также нуждаются в анализе и объяснении с учетом регионального контекста.

#### **Эмпирическая база и методы исследования**

С целью изучения этих вопросов в сентябре–октябре 2002 г. нами было предпринято специальное социологическое исследование среди молодежи Ивановской области. Оно проводилось в рамках международного научно-исследовательского проекта «Будущее молодежи России» (раздел «Социальные девиации в молодежной среде»), осу-

ществляемого Швейцарской Академией развития (SAD) и Институтом социологии РАН. Наряду с суицидальным поведением молодежи изучались также проблемы молодежной преступности, наркомании и сексуальных девиаций<sup>1</sup>. Всего посредством формализованных интервью было опрошено 500 чел., репрезентирующих основные социально-демографические и территориально-поселенческие группы молодежи в возрасте от 14 до 29 лет включительно. Опросы проходили в 16-ти населенных пунктах Ивановской области (9-ти городах, включая областную столицу, 3-х поселках городского типа, 4-х деревнях и селах). Для репрезентации социальной структуры молодежи использовалась трехступенчатая комбинированная (квотно-случайная) выборка с естественной стратификацией в рамках области в целом, маршрутной рандомизацией на уровне отдельных населенных пунктов и домовладений (домов, квартир, семей) и применением процедур квотирования при отборе конкретных участников будущего опроса. Основными квотируемыми признаками выступали пол и возраст респондентов.

Сбор эмпирических данных осуществлялся с использованием особой организационно-методической формы персонального интервью, получившей в литературе название «метода запечатанного буклета». Данный метод разработан в конце 1980-х — начале 90-х годов австралийскими социологами Т. Маккэй и Я. Макаллистером и предназначен для использования в тех случаях, когда у исследователя нет уверенности в получении от респондентов искренних ответов в связи с крайней деликатностью обсуждаемых вопросов и тем [12]. Основные организационно-методические принципы такого опроса подробно описаны в специальной литературе [13, с. 112–113]. На российском материале метод «запечатанного буклета» был апробирован в серии валидационных экспериментов, поставленных одним из авторов этой статьи в 2000–2002 гг. Результаты, полученные в экспериментальных пробах, продемонстрировали более высокую эффективность данной методики по сравнению с «прямыми» интервью для целого ряда тем, касающихся деликатной и «устрашающей» проблематики [14; 15, с. 212–231]. Большой эффект «запечатанного буклета» достигается за счет повышения субъективной анонимности респондентов, стимулируемой посредством минимизации вербального компонента их общения с интервьюером и применения других организационно-технических инноваций.

Исследование, посвященное социальным девиациям молодежи, проводилось на основе усовершенствованного варианта техники «запечатанного буклета», выработанного в ходе предварительных экспе-

<sup>1</sup> Кроме авторов статьи в исследовании участвовали старшие преподаватели кафедры социологии ИГЭУ М.В. Григорьева и канд. социол. наук Т.В. Подсухина. Руководитель исследования — профессор А.Ю. Мягков.

риментов. Однако валидационные тесты показали, что новый метод лишь снижает уровень диссимуляции в ответах опрашиваемых, но не устраняет полностью всех умышленных «недособщений». Для повышения достоверности сведений о масштабах девиантного (в том числе и суицидального) поведения молодежи мы использовали дополнительно еще одну «нереактивную» методику, предложенную и валидизированную в свое время американским социологом М. Сиркеном (см.: [16, р. 147–151; 15, с. 159]). Она предполагает постановку вопроса «о трех близких друзьях респондентов» и последующие вычисления оценочной роли девиантов с учетом утроенного объема выборки. Применительно к обсуждаемой ныне проблеме анкетный вопрос формулировался следующим образом: «Представьте себе на минуту лица трех своих самых близких друзей. О скольких из них Вам действительно известно, что они когда-либо совершали попытку самоубийства?» (варианты ответов: «ни одного», «один», «двое», «трое»). Оценочная доля лиц с суицидальным опытом среди молодежи области рассчитывалась по формуле:

$$\pi_s = \frac{\sum x_i \cdot n_i}{3 \sum n_i},$$

где  $x_i$  — значения измеряемого признака (от 0 до 3);  
 $n_i$  — соответствующие частоты.

В качестве эмпирической базы исследования мы использовали также данные Ивановской городской станции «Скорой помощи», представляющие собой статистику экстренных вызовов в связи с попытками самоубийств, совершенных в областном центре за последние три года<sup>2</sup>. Всего выявлено и внесено в созданную нами компьютерную базу 1437 случаев самоубийств, произошедших в период с марта 2000 г. по октябрь 2002 г. и не завершившихся летальным исходом<sup>3</sup>. В том числе мы детально проанализировали 725 случаев суицидальных попыток, совершенных молодежью. Все эти данные, равно как и результаты опроса в Ивановской области, систематизированы и обработаны в программно-аналитическом комплексе SPSS.

#### **Масштабы суицидального поведения**

По данным опроса, удельный вес молодых людей, пытавшихся когда-либо покончить с собой, в Ивановской области составляет 6,0%. Между тем результаты применения методики М. Сиркена свидетельствуют, что уровень молодежной суицидальности в регионе

<sup>2</sup> Авторы выражают признательность заместителю главного врача по медицинской части Ивановской городской станции «Скорой помощи» Е.А. Тычковой за возможность работать с первичной базой данных.

<sup>3</sup> В подготовительной работе по созданию компьютерной базы участвовала студентка кафедры социологии ИГЭУ Г.В. Трусова.

почти в 2 раза выше — 11,3%. На наш взгляд, это высокий показатель, особенно если учесть, что устойчивая доля девиантных социальных меньшинств в современных обществах составляет в среднем 5,6% [17, с. 18, 35].

Следует иметь в виду, что даже уточненные данные отражают не уровень самоубийств как таковой, а численность людей, имеющих суицидальный опыт. Они фиксируют не только недавние случаи суицидальных попыток респондентов, но и те, которые имели место в отдаленном прошлом. Временной лаг между датой опроса и временем покушения на самоубийство у многих опрошенных может быть достаточно большим и измеряться годами. С другой стороны, указанный уровень не включает так называемые рецидивные попытки суицида, коих в общей численности декларированных покушений насчитывается более трети. В ходе проведенного опроса 65,6% бывших суицидентов ответили, что в их жизни была всего одна попытка самоубийства, однако 21,9%, по их собственным словам, пытались сделать это дважды, а еще 12,5% — три раза и более. Поэтому полученный в опросном исследовании показатель суицидальности малопригоден для оценки сегодняшних масштабов и динамики самоубийств, хотя и весьма полезен в аналитических целях.

Более достоверную картину, характеризующую уровень самоубийств в регионе, дает медицинская статистика. Анализ регистрационных записей, занесенных в базу данных городской станции «Скорой помощи», показывает, что за последние три неполных года (с марта 2000 г. по октябрь 2002 г.) в Иваново произошло в общей сложности 1437 самоубийств, не завершившихся смертью суицидентов<sup>4</sup>. Более половины из них — 725 (50,5%) — были совершены молодыми людьми в возрасте от 14 до 29 лет, 699 (48,6%) — представителями старших возрастных категорий и 13 (0,9%) — детьми и подростками, не достигшими 14-летнего возраста. Удельный вес молодежи в общей массе населения г. Иваново, по официальным статистическим данным, составляет 24,0% [18, с. 40], в то время как в составе суицидентов ее доля на 26,5% больше. Соответствующие расчеты показывают, что в 2001 г. в областном центре коэффициент суицидальности (по незавершенным самоубийствам) для возрастной группы от 30 лет и старше был в среднем равен 96,9 (в расчете на 100 тыс. городского населения), а для молодежи — 252,0 (то есть в 2,6 раза выше) при среднем показателе по г. Иваново, равном 121,6.

Анализ статистических данных свидетельствует также, что количество суицидальных попыток в обследованный период имело тенденцию к росту. Число детских, молодежных и подростковых само-

<sup>4</sup> Думается, что эти сведения также занижены в силу существования латентной суицидальности — попыток самоубийства, не имевших летального исхода и не потребовавших экстренного медицинского вмешательства.

убийств в последние годы увеличивалось быстрее, чем в старших возрастных когортах. Если по молодежной группе прирост в 2002 г. по сравнению с 2000 г. составил 15,5%, а по детям и подросткам — 300%, то темпы роста суицидов среди лиц старших возрастов были более низкими — 12,6% (табл. 1). Увеличился и индекс незавершенных самоубийств среди молодежи: со 184,7 в 2000 г. до 256,4 в 2002 г.

Вместе с тем, анализ ситуации был бы неполным без оценки масштабов так называемых «суицидальных тенденций» как особой, «внутренней» формы суицидального поведения, проявляющейся в виде антивитальных мыслей, желаний, настроений, намерений и т. д. [19, с. 62].

*Таблица 1*

**Динамика среднемесячных показателей суицидальности в различных возрастных группах, 2000–2002 гг., абс. числа<sup>5</sup>**

Годы	11–13 лет	14–29 лет	30 лет и старше
2000	0,20	20,6	19,8
2001	0,42	23,4	23,2
2002	0,60	23,8	22,3

В ходе опроса 20,2% молодых людей ответили, что в их жизни были случаи, когда им действительно хотелось покончить с собой. Между тем подавляющее большинство из них (70,7%) не пытались реализовать это желание. Почти каждый девятый опрошенный (10,6%) согласился с мнением, что самоубийство для него могло бы стать вполне приемлемым выходом из кризисной жизненной ситуации в случае ее возникновения и тем самым признал возможность добровольного прекращения жизни при определенных обстоятельствах. Почти половина респондентов в этой группе (47,4%) ранее уже совершали те или иные суицидальные действия, а следовательно, имеют закрепленную в опыте установку на собственную смерть. Среди молодых людей, совершавших в прошлом попытку самоубийства, до 2/3 (62,1%) допускают для себя возможность повторения суицида. Не исключено, что значительная часть респондентов в описанных выше категориях находятся в той или иной стадии пресуицида. Все эти данные свидетельствуют о наличии весомого дополнительного потенциала суицидальности в молодежной среде и позволяют предположить дальнейший рост самоубийств в регионе.

**Способы самоубийств**

Анализ статистических данных «Скорой помощи» показывает, что медикаментозные отравления выступают сегодня наиболее рас-

<sup>5</sup> В данном случае мы не имели возможности погодичных сравнений из-за неполноты статистической базы, в которой отсутствовали данные за январь–февраль 2000 г. и за ноябрь–декабрь 2002 г.

пространенным способом ухода из жизни практически во всех возрастных категориях суицидентов. Они полностью доминируют среди детей и подростков и лишь в группе 20-летних чуть отходят на второй план, уступая первенство умышленному травмированию<sup>6</sup>. Пожилые люди чаще остальных пытаются покончить с собой путем самоповешения, хотя и у них преобладают «пассивные» методы самоубийства, связанные с сознательной передозировкой медикаментов (табл. 2).

Таблица 2

**Способы самоубийства в зависимости от пола и возраста суицидентов, %**

Группы	Способы самоубийства					
	I	II	III	IV	V	VI
<b>Пол:</b>						
Мужчины	27,7	1,4	59,2	4,0	4,3	3,4
Женщины	65,9	3,3	28,3	2,5	0,3	0,0
<b>Возраст:</b>						
11–13 лет	84,6	0,0	7,7	0,0	7,7	0,0
14–19 лет	54,6	3,0	39,7	1,3	0,9	0,4
20–29 лет	44,3	2,0	45,1	4,1	2,9	1,6
30–59 лет	39,9	6,8	36,7	4,6	9,4	2,6
60–87 лет	51,2	7,3	21,2	4,1	10,6	5,7

I. Медикаментозные отравления (уксусной эссенцией, аммиаком, бытовым газом и т.п.). II. Прочие отравления. III. Соматотравмирование (умышленное самонанесение ножевых ран, вскрытие вен). IV. Падение с высоты, переломы. V. Самоповешение. VI. Прочие (утопления, ожоги, сотрясения мозга и т.п.).

Среди женщин намного чаще встречаются самоотравления (69,2%), среди мужчин — умышленное самокалечение: нанесение ножевых ран, вскрытие вен и др. (59,2%)<sup>7</sup>. По способам добровольного прерывания жизни незавершенные самоубийства, таким образом, существенно отличаются от завершенных. Если самоаннигиляция значительно чаще совершается с использованием «активных методов»<sup>8</sup> (самоповешение, смертельные ранения и т.п.) [20], то суицидальные попытки — с применением «щадящих» средств, оставляющих человеку надежду на продолжение жизни.

<sup>6</sup> Этот вывод полностью согласуется с данными криминальной статистики по завершенным самоубийствам. По сведениям, любезно предоставленным подполковником милиции Н.А. Борягиной, начальником Отдела по организации работы и предупреждению правонарушений несовершеннолетних (ООРППН) УВД по Ивановской области, в 60% всех случаев самоубийств, совершенных подростками области в первые 3 месяца 2002 г., суициденты в качестве средства ухода из жизни использовали те или иные медицинские препараты (таблетки).

<sup>7</sup> Различие значимо для  $p=0,001$ .

<sup>8</sup> Термин Д. Лестера [21, р. 197].

**Социально-демографические характеристики суицидентов**

**Пол.** По данным общероссийской статистики, индекс завершённых самоубийств у мужчин в возрасте до 30 лет в среднем в 6 раз выше, чем у женщин этих же возрастных категорий [20]. Что же касается покушений, то ситуация здесь, как показывают наши исследования, совершенно иная. Статистика вызовов экстренной медицинской помощи в связи с суицидальными действиями пострадавших свидетельствует, что молодые мужчины и женщины совершают попытки самоубийства примерно с одинаковой частотой. При этом наблюдаемое расхождение в итоговом индексе, составляющее в пользу мужчин всего 8 пунктов, вряд ли можно считать существенным. В старших возрастных группах по этому показателю лидируют мужчины, хотя и не со столь значительным отрывом, как обычно предсказывается (табл. 3). Полученные нами результаты, таким образом, не подтверждают часто высказываемое в литературе мнение (иногда даже со ссылкой на региональные исследования) о том, что женщины, особенно молодого возраста, покушаются на свою жизнь значительно чаще, чем мужчины [20; 22, с. 58].

*Таблица 3*

**Индексы незавершённых самоубийств для мужчин и женщин отдельно по возрастным группам в пересчете на 100 тыс. населения г. Иваново**

Пол	14–29 лет	30 лет и более	В среднем (11–87 лет)
Мужчины	249,7	117,8	134,9
Женщины	241,8	81,8	110,7

Результаты опроса, проведенного среди молодежи Ивановской области, показывают также, что мысли о самоубийстве значительно чаще возникают у женщин ( $p=0,001$ ), но мужчины при этом, как мы уже видели, чаще предпринимают реальные суицидальные действия. Вполне вероятно, что среди мужчин сегодня выше доля так называемых «импульсивных» самоубийств, сопровождаемых острым пресуицидом. Кроме того, как свидетельствуют материалы опросного исследования, молодые мужчины 14–29 лет в среднем совершают и большее число покушений на собственную жизнь (табл. 4).

*Таблица 4*

**Соотношение мужчин и женщин в общей численности первичных и рецидивных попыток суицида, %**

Число покушений	Мужчины	Женщины
Одно	28,6	71,4
Два	57,1	42,9
Три и более	75,0	25,0
Среднее значение	1,62	1,25



**Возраст.** По возрасту совершения первой попытки самоубийства респонденты, имеющие суицидальный опыт, распределились следующим образом. 15,2% впервые попытались покончить с собой, будучи детьми, то есть когда им еще не исполнилось 14 лет. На подростковый период (14–17 лет) приходится наибольшее число всех первичных суицидальных поступков (54,6%), причем здесь явно выделяются молодые люди в возрасте 15 лет (27,3%). Период юношества также весьма суицидоопасен: в возрасте от 18 лет до 21 года пытались уйти из жизни, по их собственному признанию, 30,3% суицидентов. К тому же когорта восемнадцатилетних дает второй по силе всплеск попыток самоубийства.

Регистрационные данные Ивановской городской станции «Скорой помощи» за 2001 г. позволили рассчитать стандартизированные коэффициенты незавершенных самоубийств для 16 возрастов в границах молодежной группы (табл. 5).

Таблица 5

**Индексы незавершенных самоубийств для различных возрастных групп молодежи в пересчете на 100 тыс. населения г. Иваново соответствующего возраста, 2001 г.**

Возраст	Уровень	Возраст	Уровень	Возраст	Уровень
14 лет	112,3	20 лет	310,6	26 лет	245,3
15 лет	192,5	21 лет	189,1	27 лет	303,0
16 лет	233,7	22 лет	351,1	28 лет	216,4
17 лет	277,6	23 лет	216,1	29 лет	259,7
18 лет	306,8	24 лет	256,6		
19 лет	248,4	25 лет	288,6		

С 14 до 18 лет включительно наблюдается неуклонный и весьма интенсивный рост числа покушений на самоубийство. В группе 19–29 лет явно выделяются три основные когорты: 20 лет, 27 лет и особенно 22 года, дающие резкий взлет уровня суицидальности.

**Социально-профессиональный статус.** В ряде работ зафиксирована взаимосвязь уровня самоубийств и социально-профессиональной принадлежности суицидентов. По сообщению С. Стэка, к совершению суицида более склонны представители творческих профессий. Риск самоубийства среди художественной интеллигенции США в три раза выше, чем среди других профессиональных категорий населения, а среди художников, скульпторов и фотодизайнеров он в четыре раза превышает среднеамериканский уровень [23, р. 130]. В Венгрии самые высокие показатели самоубийств наблюдаются у сельскохозяйственных рабочих. Далее следуют ремесленники, торговцы и крестьяне. С другой стороны, церковнослужители и представители интеллектуальных профессий имеют самый низкий уровень суицидальности [24, р. 34]. По данным Я. Гилинского и Г. Румянцевой, сегодня в России среди суицидентов преобладают лица с невысоким образовательным уровнем и относительно низким социальным статусом (ра-

бочие, безработные, неработающие и неучащиеся). К группе повышенного суицидального риска относятся также, по их мнению, военнослужащие срочной службы, заключенные, офицеры в отставке и лица, вышедшие на пенсию [20]. А.Г. Амбрумова и Л.И. Постовалова наиболее «суицидоопасными популяциями» считают студентов и учащихся [22, с. 53].

По результатам нашего исследования, 40% респондентов, признавших в совершении неудачной попытки самоубийства, учатся, 50,3% — работают и 6,7% не учатся и не работают. Уровень самоубийств в первой из указанных групп составляет 4,6%, во второй — 8,8%, в третьей — 6,1%. В общем числе всех покушавшихся на свою жизнь действительно преобладают студенты вузов, но лишь в силу их повышенного удельного веса в составе опрошенных, уровень же незавершенной суицидальности в студенческой среде не намного превышает средний по массиву (6,8%). Такой же показатель зафиксирован и в группе учащихся техникумов и ПТУ, в то время как среди школьников он еще ниже — 3,4% (табл. 6).

*Таблица 6*

**Показатели суицидальности в разных социально-профессиональных группах респондентов, % ответивших**

Социально-профессиональные группы	Доля группы среди суицидентов	Доля группы в выборке	Суицидальные намерения	Попытки суицида
Учащиеся школ	8,8	18,0	16,1	3,4
Учащиеся ПТУ, техникумов	8,8	9,1	17,5	6,8
Студенты вузов	26,5	27,4	21,9	6,8
Рабочие	17,6	12,2	18,6	10,2
Представители интеллигенции	5,9	8,3	24,4	4,9
Служащие-неспециалисты	2,9	1,2	50,0	16,7
Военные и сотрудники милиции	0,0	3,5	4,0	0,0
Торговые работники	17,6	7,9	32,5	15,8
Предприниматели	6,0	3,9	21,1	10,5
Не учащиеся и не работающие	5,9	6,7	17,6	6,1
Иные категории	0,0	1,8	12,3	0,0
В целом по массиву	100,0	100,0	20,2	6,6

С другой стороны, очевидно, что к числу молодежных групп с повышенным суицидальным риском могут быть отнесены служащие-неспециалисты (уровень суицидальности — 16,7%), работники

сферы торговли (15,8%), предприниматели (10,5%) и рабочие (10,2%). Эти социально-профессиональные категории дают и повышенный процент суицидальных намерений: каждый второй опрошенный служащий и каждый третий торговый работник думали о совершении самоубийства. Самый низкий показатель суицидальных действий наблюдается, напротив, у представителей интеллигенции (4,9%) и учащихся школ (3,4%), а в группе военных и сотрудников правоохранительных органов сообщения о попытках самоубийства вообще отсутствуют.

**Место жительства.** Данный фактор, определяющий принадлежность индивида к тому или иному (городскому или сельскому) типу сообщества, издавна считается сильной детерминантой суицидального поведения. В соответствии с классической социологической традицией некоторые исследователи и по сей день рассматривают самоубийство как преимущественно (или даже исключительно) городское явление [25, с. 90; 26, р. 26]. Э. Дюркгейм, У. Томас и Ф. Знанецкий, М. Хальбвакс и др., наблюдавшие в своих исследованиях феномен городской сверхсуицидальности, объясняли его в терминах аномии и социальной дезорганизации. Повышенный уровень самоубийств в городах они считали закономерным следствием «урбанистского стиля жизни», неизбежно приводящего к росту социальной изоляции, ослаблению семейных и соседских связей, а также снижению эффективности системы социального контроля. Такой же позиции придерживался и П.А. Сорокин, усматривавший главную причину «эпидемии самоубийств», охватившей Россию в начале прошлого столетия, в усилении социальной дезинтеграции городских сообществ [27, с. 111–113].

Все эти процессы действительно были характерны для городской жизни многих стран Европы и США в период их индустриальной модернизации. Неслучайно, что на протяжении целого ряда десятилетий эмпирические исследования неизменно подтверждали правомерность сделанных классиками выводов<sup>9</sup>. Однако начиная с середины XX в., в мире неожиданно обнаруживается иная тенденция — к интенсивному исчезновению городской сверхсуицидальности. К 1950 г., по данным У. Шредера и Дж. Бигля, индексы самоубийств для городского и сельского населения США практически сравнялись, составив 11,9 и 10,6 соответственно [28]. Это позволило Дж. Джибсу спрогнозировать дальнейший рост числа самоубийств среди жителей сельских районов не только в Америке, но и в других странах мира [29, р. 244]. В 1960–1970-е годы эта тенденция проявилась, в частности, во Фран-

<sup>9</sup> Установлено несколько исключений из этого правила. В частности, в одном из исследований, проведенных в 1950-е годы, уровень самоубийств в сельских районах штата Мичиган оказался в два раза выше, чем в городах [5, р. 437].

ции и Финляндии [11, р. 557], Югославии и Польше [5, р. 438], а затем (в середине 1980-х годов) была обнаружена и в Советском Союзе. По сообщению М. Ярош, в конце 1990-х годов в польских деревнях и селах самоубийств совершалось на 40% больше, чем в городах, в то время как в 1950-е годы это соотношение было обратным [5, р. 435].

Что же касается нашей страны, то данные относительно территориальной структуры самоубийств, имеющиеся в отечественной литературе, весьма противоречивы. Исследования Я. Гилинского, например, показали, что уже в 1986 г. в СССР уровень завершенных самоубийств в сельской местности был почти на 30% выше, чем в городах. Индексы суицидальности были тогда равны 27,5 и 21,2 соответственно. К середине 1990-х годов этот разрыв еще больше усилился: превышение числа сельских суицидов над городскими достигло 36,4%, а коэффициенты смертности от самоубийств равнялись, соответственно, 50 и 36,6 [20]. Вместе с тем, С.В. Кондричин в своем исследовании, базирующемся на статистике самоубийств по 40 регионам России, зафиксировал обратную корреляцию между удельным весом сельского населения и индексом суицидальности ( $-0,379$  для  $r=0,016$ ). Следовательно, чем менее урбанизирован регион, тем реже там случаются самоубийства, и наоборот [30, с. 103].

Результаты нашего опроса подтверждают общероссийскую тенденцию, выявленную Я.И. Гилинским на основе анализа статистических данных по завершенным самоубийствам. Они свидетельствуют, что сельская среда сегодня более суицидогенна, чем городская (табл. 7).

Таблица 7

**Суицидальные намерения и попытки в зависимости от места жительства респондентов, % ответивших**

Типы суицидального поведения	Иваново	Районные города области	Районные города и села	Села и деревни
Мысли о самоубийстве	19,4	20,1	20,9	21,4
Попытки самоубийства	5,3	5,6	6,5	8,5

Наименьшее число суицидальных намерений и попыток самоубийств наблюдается, как видим, в областном центре, наибольшее — в деревнях и селах Ивановской области. И хотя обнаруженные различия не столь велики, чтобы их можно было считать статистически значимыми, общая тенденция вполне очевидна. При этом чем мельче населенный пункт и меньше численность проживающих в нем жителей, тем выше риск совершения самоубийства.

Данная ситуация, характерная, по-видимому, и для других регионов России, на первый взгляд полностью расходится с классической теорией самоубийств. На самом деле глубинные источники девиации, указанные классиками социологии, в принципе остались прежними. Они лишь сменили свою локализацию, переместившись из крупных

городов в провинцию под влиянием тех трансформационных процессов, которые сопровождали коренную ломку общественного и экономического строя в нашей стране в конце 1980-х и особенно в 1990-е годы. Хроническая безработица на селе, постоянная ее угроза в малых и средних городах области, прогрессирующая бедность, углубление материального и социального неравенства, наиболее остро затронувшие провинциальную молодежь, блокирование возможностей достижения желаемых социальных позиций при отсутствии четких и всеми соблюдаемых правил игры в экономической и политической жизни общества вызвали общее разочарование, чувство незащищенности и тем самым способствовали распространению образцов самодеструктивного поведения в молодежной среде. Следовательно, есть основания утверждать, что в российской глубинке сегодня сложился тот же самый «ситуационный синдром»<sup>10</sup>, который столетие назад стимулировал драматический рост самоубийств в крупных городах и мегаполисах. Вместе с тем, материалы исследования показывают, что тип локальности и размеры населенного пункта — это вторичные факторы по отношению к социальным и экономическим.

#### **Факторы суицидальности**

**Безработица.** Многие исследователи, начиная с Э. Дюркгейма, особо подчеркивали роль безработицы в детерминации самоубийств. Потеря работы — сильный психотравмирующий фактор и первичный источник стресса, «запускающего» механизм суицидального поведения. По мнению Б. Янга, безработица ведет к ослаблению индивидуальной идентичности, являющейся функцией трудовых ролей, к разрыву фундаментальной связи человека с обществом и в конечном счете — к социальной дезинтеграции [31, р. 89]. Утрата прежнего социального статуса способствует также формированию психологического «комплекса неудачника» у мужчин в связи с невозможностью выполнения ими традиционной роли главы семьи, усиливает социальную изоляцию индивидов [4, р. 61]. Поэтому безработные традиционно считаются «одной из самых суицидоопасных социальных групп» [5, р. 443].

Безработица, отмечают П. Маккол и К. Лэнд, влияет на уровень самоубийств среди молодежи через создание конкуренции на рынке труда, обусловленной ростом удельного веса молодежной когорты в общей структуре населения [4, р. 62–63]. По данным Д. Фримана, однопроцентное увеличение числа безработных результируется в усилении суицидальной активности молодежи на 0,17% [3, р. 193]. Д. Эштон оценивает данную зависимость как еще более трагичную: рост безработицы на один процент, полагает он, ведет к увеличению самоубийств на 4,1% (см.: [32, с. 90]). Тесная прямая корреляция между этими переменными зафиксирована и в целом ряде других эмпи-

<sup>10</sup> Термин М. Ярош [5, р. 439].

рических исследований, проведенных как в нашей стране [30, с. 104], так и за рубежом [31, 33].

В ходе опроса выяснилось, что доля лиц, имеющих суицидальный опыт, в группе неработающих и неучащихся не превышает среднего значения по массиву. На первый взгляд, этот факт кажется совершенно нелогичным, поскольку не укладывается ни в общероссийскую, ни в мировую закономерности и противоречит результатам предыдущих исследований. Однако многое становится ясным, если отдельно проанализировать ответы тех людей, которые недавно потеряли работу и на момент опроса продолжали ее искать. В результате оказывается, что все 100% из числа опрошенных нами респондентов, состоящих на учете в центрах занятости и являющихся, таким образом, официально зарегистрированными безработными, ранее уже совершали попытки самоубийства. Кроме того, в этой группе наблюдается и более выраженная суицидальная готовность по сравнению с теми, кто в настоящий момент учится и работает, а также теми, кто давно уже бросил учебу и никогда не работал: 14,7% молодых людей этой группы, в отличие от 10,3% второй и 8,7% третьей из указанных категорий, в принципе не исключают для себя возможности повторения аутоагрессивных действий. Это еще раз подтверждает правомерность известного вывода о том, что источником суицидального поведения в конечном счете выступает не безработица как таковая, а понижение социального статуса человека и наступающая в связи с этим трудовая и социальная дезадаптация [20; 3, р. 190]. Специальные исследования свидетельствуют, что суицидальные тенденции начинают активно формироваться тогда, когда иные способы приспособления личности к экстремальной жизненной ситуации уже исчерпаны [34, с. 139–140]. В этих случаях самоубийство оказывается закономерным следствием фрустрации значимых потребностей и эмоционально-психологического срыва, наступающего в результате воздействия социально-экономических стрессоров. «Самоубийца отрицает не саму по себе жизнь, а ее нежелательный вариант, предлагаемый судьбой» [22, с. 55].

**Уровень жизни и материальное благосостояние.** Это еще один «структурный» фактор, часто обсуждаемый в связи с проблемой самоубийств. Уровень доходов опосредует влияние экономики на суицидальное поведение. Однако характер и направленность этого влияния до конца не выяснены: результаты эмпирических исследований на эту тему довольно противоречивы.

В теориях социальной интеграции традиционно считается, что «нужда — главная конкретная причина самоубийства» [27, с. 113]. Анализируя источники суицидальности, Р. Коски, в частности, приходит к выводу, что подростки из бедных семей в большей мере подвержены риску самоубийств, чем их материально обеспеченные сверстники [35]. Б. Янг в своем исследовании выяснил, что однопроцентный рост доходов на душу населения приводит к уменьшению числа

молодежных самоубийств на 0,11%. Усиление же бедности, снижающее социальную и экономическую интеграцию, негативно влияет на суицидальную ситуацию в обществе [31, р. 91]. Крайне редкие и немногочисленные российские исследования также свидетельствуют, похоже, о существовании обратной, хотя и не очень уверенной корреляции между этими переменными: чем беднее регион, тем чаще там совершаются самоубийства [30, с. 103–104].

Между тем низкий доход сам по себе вряд ли может считаться фактором повышенного суицидального риска. Многие слаборазвитые страны, как показано в работе К. Жирара, имеют более низкие уровни самоубийств, чем индустриальные [11, р. 569–572]. Эмпирические тесты Д. Хамермеша и Н. Сосса показали, что уровень самоубийств в молодежных группах положительно коррелирует с уровнем их доходов, а потому молодые люди, живущие в семьях с высоким достатком, более склонны к суицидам [36]. Д. Фриман, в отличие от Б. Янга, пришел к заключению, что рост доходов на один процент приводит к такому же увеличению уровня самоубийств в молодежной среде [3, р. 191].

Изучение данного вопроса в рамках нашего исследования не дало однозначных результатов. В целом по группе обследованной молодежи, как выяснилось, материально-экономический фактор не обладает большой дифференцирующей силой. Молодые люди, живущие в материально обеспеченных и в депривированных семьях, примерно в одинаковой мере склонны к совершению суицидальных действий. Однако в обеих этих группах наблюдается более выраженная установка на суицид по сравнению с категорией среднеобеспеченных, где показатель суицидальной готовности значительно ниже (табл. 8).

Таблица 8

**Суицидальные установки в различных возрастных группах молодежи в зависимости от уровня благосостояния, %**

Возрастные группы	Субъективная оценка материального положения				
	Очень хорошее	Хорошее	Среднее	Плохое	Очень плохое
14–17 лет	10,5	8,8	6,4	33,1	0,0
18–29 лет	21,4	11,9	7,2	11,1	0,0
Вся молодежь	17,0	11,1	7,0	14,3	0,0

С другой стороны, значимой переменной, дифференцирующей установки на самоубийство, является возраст респондентов. Так, в группе подростков самая высокая суицидальная готовность наблюдается у выходцев из бедных семей. Неравенство в распределении доходов острее переживается в подростковом возрасте. Оно усиливает разрыв между целями и средствами их реализации, рождает чувство ущербности, неверие в возможность достижения жизненного успеха; все это повышает уровень социальной аномии [7, р. 112]. Эти данные

еще раз подчеркивают роль депривационных факторов в активизации механизмов суицидального поведения. Для представителей старших возрастных групп молодежи характерна иная тенденция: интенсивность установок на самоубийство нарастает по мере повышения уровня жизни респондентов. В результате приемлемость суицида в материально благополучных семьях здесь намного выше, чем в депривированных. Данный факт не вписывается в объяснительную схему социально интеграционной концепции и требует интерпретации в рамках иных теоретических подходов, а также учета параллельного влияния других социальных переменных.

**Семейные факторы.** В современной литературе, посвященной молодежным суицидам, отмечается, что самоубийства чаще всего происходят в нуклеарных, неполных семьях [3; 35], а также в семьях, не имеющих детей [7, p. 111]. Суицидальное поведение, по мнению Д. Фримана, напрямую связано с недостатком социальной и экономической поддержки [3, p. 184, 188]. Кроме того, во многих работах подчеркивается «абсолютное и устойчивое» суцидогенное влияние разводов и прочих семейных дисфункций, которые приводят к изменению «образцов социальной интеракции», разрушают «регулятивные и интегративные механизмы» и вызывают «хроническую семейную аномию» [31, p. 91, 95, 97; 37, p. 856; 7, p. 111, 120]. Из литературных источников известно также, что от 90% до 100% суицидальных попыток, совершаемых в детском и подростковом возрасте, так или иначе связаны с семьей, семейным окружением и внутрисемейными конфликтами [38, с. 129, 132; 39].

Таблица 9

**Удельный вес респондентов, имеющих опыт суицида, в зависимости от их брачно-семейного статуса, %**

Брачный статус		Тип родительской семьи	
Женат/замужем	Холост/незамужем	Полная	Неполная
7,9	6,6	6,6	7,5

Исследование, проведенное в Ивановской области, показывает, что 75,0% опрошенных молодых людей, имеющих опыт совершения суицида, на момент покушения проживали в полных семьях и лишь 25,0% — с одним из родителей, чаще с матерью. Однако уровни суицидальности у респондентов этих групп примерно одинаковы: в первой соответствующий показатель составляет 6,6%, а во второй — 7,5% (табл. 9). Следовательно, формальные характеристики родительской семьи не играют принципиальной роли в формировании суицидальных установок и не позволяют понять механизмы возникновения суицидальности в молодежной среде.

Брачный статус также, по-видимому, не является ни источником, ни надежным предиктором самоубийств. И хотя опрошенные суициденты на 2/3 состоят из холостых и незамужних, наблюдаемые разли-



чия в уровнях суицидальности для состоящих и не состоящих в браке статистически незначимы (табл. 9). Наиболее высокие показатели покушений на самоубийство наблюдаются в тех семьях, где родители имеют низкий уровень образования (начальное или неполное среднее): 20% и 33%, соответственно, при среднем значении, равном 6%. У детей образованных родителей уровень суицидальности в целом не превышает нормы (6,6% для тех респондентов, у которых отец и мать имеют высшее или среднее специальное образование).

Таблица 10

**Уровни суицидальности в различных возрастных группах молодежи в зависимости от характера внутрисемейных отношений, %**

Семейные отношения	14-17 лет	18-29 лет	Вся молодежь
Суицидальные мысли			
Теплые, близкие	9,8	24,1	19,6
Нормальные	19,3	16,7	11,8
Безразличные	12,5	22,7	16,7
Конфликтные	60,0*	28,4	35,4*
Суицидальная готовность			
Теплые, близкие	3,3	10,5	8,2
Нормальные	10,5	9,6	9,8
Безразличные	12,5	18,2	16,7
Конфликтные	30,0*	10,5	14,6*

\*  $p < 0,05$ .

Обнаружены также более интенсивные установки на совершение суицида в семьях с неблагоприятным психологическим климатом. Там, где внутрисемейные и прежде всего родительско-детские отношения характеризуются самими респондентами как теплые, доверительные или нормальные, субъективная приемлемость суицидального поведения намного ниже средних значений. Реже здесь возникают и мысли о самоубийстве. В семьях, где доминируют дисфункциональные отношения, царит эмоциональная холодность или систематически возникают конфликты, эти показатели резко повышаются. Если характер внутрисемейных интеракций в меньшей степени сказывается на морально-психологическом состоянии «взрослых» молодых (старше 18 лет), то для подростков и людей раннего юношеского возраста данный фактор имеет первостепенное значение (табл. 10). Суицидальное поведение — это ответ на глубинные переживания человека, и чем он моложе, чем выше степень его семейной интеграции, тем в большей мере своим суицидом он «полемизирует» с семьей.

Еще один мощный фактор суицидального поведения молодежи — пьянство родителей. Результаты опроса показывают, что у молодых людей, живущих в семьях, где отец и особенно мать систематически злоупотребляют алкоголем, чаще возникают суицидальные мысли и намерения, чем у их социально благополучных сверстников

(табл. 11). Они в среднем чаще предпринимают и реальные попытки самоубийства (табл. 12).

Таблица 11

**Доля молодых людей, имевших суицидальные мысли, по возрастным группам в зависимости от частоты употребления алкоголя родителями, %**

Возрастные группы, среди лиц имевших суицидальные мысли	Мать		Отец	
	Очень часто и часто	Редко, очень редко и не употребляют совсем	Очень часто и часто	Редко, очень редко и не употребляют совсем
14–17 лет	33,3*	16,0	19,0	26,8
18–29 лет	24,1	21,6	22,9	17,9
Вся молодежь	26,9**	20,1	21,9	20,4

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,1$ .

Таблица 12

**Доля молодых людей, осуществивших попытки суицида, в различных возрастных группах в зависимости от частоты употребления алкоголя родителями, %**

Возрастные группы, среди лиц осуществивших попытки суицида	Мать		Отец	
	Очень часто и часто	Редко, очень редко и не употребляют совсем	Очень часто и часто	Редко, очень редко и не употребляют совсем
14–17 лет	8,3*	2,8	5,4*	3,4
18–29 лет	13,0**	6,4	6,9	6,4
Вся молодежь	11,5*	5,4	6,5	5,6

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,1$ .

Данная закономерность прослеживается, как видим, в обеих выделенных нами возрастных категориях респондентов, а также по молодежи в целом, но наиболее явно она обнаруживается в группе подростков, для которых пьянство близких людей и особенно матери является очень сильным психотравмирующим фактором. Полученные нами данные подтверждают вывод О.-Й. Скога и С. Элекес о том, что молодежные самоубийства часто провоцируются пьянством «значимых других» и в первую очередь родителей [24, р. 40].

**Алкоголь и самоубийства.** По данным статистики вызовов Ивановской городской станции «Скорой помощи», 42,5% молодых людей, покушавшихся на свою жизнь, находились в состоянии алкогольного опьянения. При этом число зарегистрированных попыток алкогольных суицидов в молодежной группе даже несколько выше, чем в старших возрастных категориях ( $p=0,014$ ). В целом это весьма типичная картина. Связь между злоупотреблением алкоголем и самоубийствами давно зафиксирована патологоанатомами и отмечается

многими исследователями и практикующими суицидологами [40, с. 458]. Исследования, проведенные, например, в Венгрии, показали, что 43% покончивших с собой мужчин были алкоголиками; еще большая доля самоубийц страдала хроническим циррозом печени, развившемся на почве систематического злоупотребления алкоголем [24, р. 34]. Даже среди суицидентов-подростков, как свидетельствуют О.-Й. Ског и С. Элекес, около 25% имели патологические изменения печени, а в возрастной группе от 40 лет и старше подобная патология встречалась в 50–100% всех наблюдений [24, р. 43]. По оценкам российских судмедэкспертов, алкоголь присутствует в крови примерно у 40% всех обследуемых самоубийц. По данным обзора, подготовленного О. Сестренским, этот показатель сегодня достигает уже 60%. При этом в 40% всех случаев содержание алкоголя соответствует средней и сильной степени опьянения [41].

Вряд ли можно утверждать, что связь между алкоголем и самоубийством носит прямой каузальный характер; чаще всего пьянство и алкоголизм — это факторы, сопутствующие суициду, провоцирующие самодеструктивное поведение. Алкогольная интоксикация усиливает существующие аномические тенденции, приводит к эрозии средств реализации потребностей или наоборот, стимулирует нереалистические притязания [24, р. 44]. Вместе с тем, полученные нами данные не подтверждают бытующее среди обществоведов мнение о том, что «алкоголизм выступает компенсатором суицидального настроения... и в какой-то мере защищает от суицида, а не провоцирует его, в отличие от наркотиков» [25, с. 92]<sup>11</sup>.

**Роль психических заболеваний.** «Психотический» тип самоубийств, составляющий, по оценкам специалистов, примерно 25% от общего числа добровольных смертей и попыток суицида вне зависимости от возраста суицидентов [22, с. 54], в структуре незавершенных молодежных суицидов, как свидетельствует статистика, занимает очень скромное место (всего 0,8%). Более 56% всех покушений на собственную жизнь совершается нормальными, здоровыми людьми, не имеющими явно выраженных психических отклонений и склонности к злоупотреблению алкоголем. Тот факт, что в молодежной среде,

<sup>11</sup> Подобные заключения часто базируются на превратном истолковании известного дюркгеймовского тезиса о нерелевантности такой переменной, как алкоголизм, для объяснения природы суицидальности. Говоря об ограниченном влиянии алкогольных злоупотреблений на совершение самоубийств, Э. Дюркгейм, на наш взгляд, имел в виду отсутствие каузальной связи между этими переменными, но не отрицал «социально-экологического» характера алкогольного фактора. С другой стороны, по мнению О.-Й. Скога, обсуждаемый тезис у самого Э. Дюркгейма не получил сколь-нибудь серьезного и последовательного теоретического обоснования и не подтверждается его собственными эмпирическими данными [42].

судя по результатам наших исследований, практически не встречаются самоубийства на почве ментальных заболеваний, подтверждается и материалами милицейской статистики. По данным Ивановского областного УВД, в 2000–2001 гг. в городах и районах области покончили с собой 17 подростков в возрасте от 14 до 17 лет. Шестеро из них (35,3%) имели те или иные патохарактерологические особенности личности (легкая возбудимость, неуравновешенность, упрямство, агрессивность), некоторые замечены в употреблении алкоголя, но ни один из суицидентов на момент совершения самоубийства не страдал психическими расстройствами болезненного характера. За три первых месяца 2002 г. в области было зарегистрировано еще 10 случаев подросткового суицида, однако ни в одном из них у суицидентов при жизни также не были диагностированы ментальные заболевания<sup>12</sup>.

Между тем не исключено, что данные, свидетельствующие о незначительном удельном весе самоубийств, совершаемых психически больными людьми, сильно занижены в силу известных сложностей в диагностике многих видов ментальных болезней. Так, по мнению профессора психиатрии и радиологии Колумбийского университета в Нью-Йорке Дж. Манна, «лишь один из шести пациентов, страдающих депрессией, имеет правильный диагноз» [43]. Тем не менее фактор психических расстройств вряд ли является доминирующим в структуре условий и обстоятельств, приводящих к самоубийствам.

### **Заключение**

Суицидальное поведение молодежи, принимающее в последнее время все более угрожающие масштабы, — результат взаимодействия различных факторов и сил: экономических и социальных, культурных и экологических, демографических, психологических и проч. Имущественное расслоение и социальное неравенство, бедность и безработица, маргинализация и политическое отчуждение широких слоев молодежи, распад семейных и групповых связей — таковы глубинные предпосылки формирования девиантности в молодежной среде.

Суицидальное поведение обусловлено не отдельно взятыми экономическими, демографическими или семейными факторами. Устойчивый комплекс социальных переменных, характеризуемый как «синдром суицидальности», ответственен за усиление аутоагрессивных тенденций среди молодежи. В данной статье мы затронули лишь некоторые из них. За рамками нашего рассмотрения остался ряд важных составляющих механизма суицидального поведения. Влияние религиозных и национально-этнических, социокультурных и личностных переменных также заслуживает самого серьезного и внимательного изучения. Анализ всего комплекса факторов суицидогенно-

<sup>12</sup> Авторы признательны подполковнику милиции Н.А. Борягиной, которая любезно предоставила данные о подростковых суицидах.

го риска позволит сфокусировать усилия общества на их минимизации и предотвращении.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Тихоненко В.А.* Жизненный смысл выбора смерти // Человек. 1992. № 6. С. 19–29.
2. *Трегубов Л.З., Вагин Ю.С.* Эстетика самоубийства. Пермь: КАПИК, 1993.
3. *Freeman D.G.* Determinants of youth suicide: The easterlin-holinger cohort hypothesis re-examined // American Journal of Economics and Sociology. 1998. Vol. 57. No. 2. P. 183-199.
4. *McCall P.L., Land K.C.* Trends in white male adolescent, young-adult, and elderly suicide: Are there common underlying structural factors? // Social Science Research. 1994. Vol. 23. No. 1. P. 57-81.
5. *Jarosz M.* Suicide as an indicator of disintegration of the Polish society // Polish Sociological Review. 1999. No. 3. P. 427-444.
6. *Дюркгейм Э.* Самоубийство: социологический этюд / Пер. с франц. А.Н. Ильинского. СПб.: Союз, 1998.
7. *Fernquist R.M., Cutright P.* Societal integration and age-standardized suicide rates in 21 developed countries, 1955–1989 // Social Science Research. 1998. Vol. 27. No. 2. P. 109-127.
8. *Poppel van F., Day L.H.* A test of Durkheim's theory of suicide — without committing the «Ecological Fallacy» // American Sociological Review. 1996. Vol. 61. No. 3. P. 500-507.
9. *Easterlin R.A.* Birth and fortune. New York: Basic Books, 1980.
10. *Holinger P.C., Offer D.* Prediction of adolescent suicide: A population model // American Journal of Psychiatry. 1982. Vol. 139. No. 3. P. 302-307.
11. *Girard C.* Age, gender and suicide: A cross-national analysis // American Sociological Review. 1993. Vol. 58. No. 4. P. 553-574.
12. *Makkai T., Mcallister I.* Measuring social indicators in opinion surveys: A method to improve accuracy on sensitive questions // Social Indicators Research. 1992. Vol. 27. No. 2. P. 169-186.
13. *Мяжков А.Ю.* Обеспечение анонимности в социологическом опросе: аналитический обзор зарубежных исследований // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 107–114.
14. *Мяжков А.Ю.* «Запечатанный буклет»: альтернативный метод сбора данных в опросах по чувствительной проблематике // Социологический журнал. 2001. № 4. С. 14–30.
15. *Мяжков А.Ю.* Социально-демографические переменные в социологическом исследовании: Проблемы достоверности самоотчетов респондентов. М.: Флинта, Наука, 2002.
16. *Bradburn N.M., Sudman S.* Improving interview method and questionnaire design. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
17. *Давыдов А.А., Чураков А.Н.* Модульный анализ и моделирование социума. М.: ИС РАН, 2000.
18. Возрастной состав населения Ивановской области: Стат. сб. Иваново: Ив. обл. ком. гос. стат., 1998.

19. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Моск. НИИ психиатрии / Отв. ред. А.А. Портнов. 1978. Т. 82. С. 59–73.
20. Гилинский Я.Ю., Румянцева Г. Основные тенденции динамики самоубийств в России [online]. Обращение к документу: 02.02.2003. <<http://www.narcom.ru/ideas/socio/28.html#3>>
21. Lester D. The influences of society on suicide // *Quality and Quantity*. 1993. Vol. 27. No. 2. P. 195-200.
22. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Мотивы самоубийств // Социологические исследования. 1987. № 6. С. 52–60.
23. Stack S. Suicide among artists // *The Journal of Social Psychology*. 1997. Vol. 137. No. 1. P. 129-130.
24. Skog O.-J., Elekes Z. Alcohol and the 1950–90 Hungarian suicide trend — is there a causal connection // *Acta Sociologica*. 1993. Vol. 36. No. 1. P. 33-46.
25. Обидина Ю.С. Проблема суицида в современных научных исследованиях и в реальной жизни // Государственное управление: Центр — регион (проблемы экономики, социологии и права): Мат-лы Всерос. школы-семинара «Национальные отношения и современная государственность». Йошкар-Ола, 28–29 июня 2000 г. Вып. 2. Йошкар-Ола: Марийский гос. пед. ин-т., 2000. С. 88–93.
26. Taylor S. Durkheim and the study of suicide. New York: St. Martin's Press, 1982.
27. Сорокин П.А. Самоубийство как общественное явление // Социологические исследования. 2003. № 2. С. 104–114.
28. Schroeder W.W., Beegle J.A. Suicide: An instance of high rural rates // *Rural Sociology*. 1953. Vol. 18. № 3. P. 374-387.
29. Gibbs J.P. Suicide // *Contemporary social problems* / Ed. by R.K. Merton, R.T. Nisbet. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1971.
30. Кондричин С.В. Региональная дифференциация электоральных установок, уровня самоубийств и смертности от насильственных причин: к вопросу об этногенезе социального поведения // Социологический журнал. 2000. № 3/4. С. 98–117.
31. Yang B. The economy and suicide: A time-series study of the USA // *American Journal of Economics and Sociology*. 1992. Vol. 51. No. 1. P. 87-99.
32. Давыдов А.А. Модульный анализ и конструирование социума. М.: ИС РАН, 1994.
33. Platt S. Unemployment and suicidal behavior // *Social Science and Medicine*. 1984. Vol. 19. No. 1. P. 92-115.
34. Жезлова Л.Я., Скуратович Г.А., Чомалян Э.А. О соотношении некоторых видов девиации поведения и суицида в детско-подростковом возрасте // Актуальные проблемы суицидологии. Труды Моск. НИИ психиатрии / Отв. ред. В.В. Ковалев. 1981. Т. 92. С. 133–141.
35. Kosky R. Childhood suicidal behavior // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1983. Vol. 24. No. 4. P. 457-468.
36. Hamermesh D.S., Soss N.M. An economic theory of suicide // *Journal of Political Economy*. 1974. Vol. 82. No. 1. P. 83-98.

37. *Wasserman I.M.* A longitudinal analysis of the linkage between suicide, unemployment, and marital dissolution // *Journal of Marriage and the Family*. 1984. Vol. 46. No. 4. P. 853-859.
38. *Жезлова Л.Я.* Сравнительно-возрастные аспекты суицидального поведения детей и подростков // *Актуальные проблемы суицидологии*. Труды Моск. НИИ психиатрии. Т. 92 / Отв. ред. В.В. Ковалев. М., 1981. С. 124–133.
39. *Решетникова О.* За гранью отчаяния: интервью с Е. Вроно [online]. Обращение к документу: 02.02.2003. <<http://psy.1september.ru/article.php?!D=200001704>>
40. *Гилнский Я.И.* Самоубийство (суицид) // *Российская социологическая энциклопедия* / Под. ред. Г.В. Осипова. М.: НОРМА-ИНФРА, 1999. С. 457–458.
41. Демоскоп Weekly. Электронная версия бюллетеня «Население и общество» [online]. Обращение к документу: 02.02.2003. <<http://www.demoscope.ru/weekly/005/tema06.php>>
42. *Skog O.-J.* Alcohol and suicide — Durkheim revisited // *Acta Sociologica*. 1991. Vol. 34. No. 2. P. 193-206.
43. *Манн Дж.* Профилактика самоубийств [online]. Обращение к документу: 02.02.2003. <<http://www.inosmi.ru/abstract/143364.html>>