

DOI: 10.19181/socjour.2022.28.2.8985

EDN: DROLVQ



*М.В. МОРЕВ*<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Вологодский научный центр Российской академии наук.

160014, Вологда, ул. Горького, д. 56а.

## СОЦИАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА В ДИНАМИКЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ И КРИМИНАЛЬНОЙ СТАТИСТИКИ

*Аннотация.* Статья посвящена анализу тенденций социального здоровья, отражаемых в динамике отдельных причин и классов причин заболеваемости и смертности населения, а также в динамике некоторых видов правонарушений. Рассматривается период рыночных трансформаций; приведены данные по России, федеральным округам и субъектам РФ.

Информационной базой исследования послужили российские и зарубежные статистические источники (Федеральная служба государственной статистики, база данных Всемирного банка, Всемирной организации здравоохранения).

Автор рассматривает социальное здоровье как показатель адаптации общества к меняющимся условиям. Обращается внимание на то, что при анализе социального здоровья необходимо учитывать возросшую в настоящее время роль субъектных свойств личности, что имеет важное значение при отборе эмпирических показателей и индикаторов.

Несмотря на снижающуюся на протяжении последних лет динамику большинства показателей социального здоровья, Россия по-прежнему остается одним из мировых лидеров по уровню распространения ряда социальных патологий, включая смертность населения от убийств и самоубийств. При этом сохраняется высокая степень латентности заявленной проблемы: по различным оценкам, речь идет о многократном превышении реальных масштабов проявлений социального нездоровья по сравнению с официальной статистической информацией.

В статье сделан вывод, что по мере нивелирования комплексных негативных последствий «лихих 90-х» проблематика социального здоровья не исчезает, а меняет форму проявления. В связи с этим необходимо уделять повышенное внимание к его изучению на уровне общественного сознания, социального восприятия и поведения.

*Ключевые слова:* социальное здоровье; социальные патологии; постсоветский период; социальная адаптация; заболеваемость; смертность; преступность.

*Для цитирования:* Морев М.В. Социальное здоровье российского общества в динамике показателей демографической и криминальной статистики // Социологический журнал. 2022. Том 28. № 2. С. 26–49. DOI: 10.19181/socjour.2022.28.2.8985 EDN: DROLVQ

Социальное здоровье — комплексное и достаточно сложное понятие, насчитывающее в настоящее время более 300 дефиниций [19, с. 187].

Актуальность его изучения обусловлена индикативным характером показателей социального здоровья для оценки качества жизни и управления [8, с. 74]. Это имеет особое значение в условиях общемировых тенденций (нарастающее влияние неэкономических факторов развития [3], турбулентность международной политической ситуации, хаотичность влияния средств массовой информации на общественное сознание), которые сопровождают длительный и довольно болезненный процесс перехода от однополярной модели мироустройства к многополярной.

В контексте российских реалий можно выделить ряд факторов, обуславливающих актуальность изучения социального здоровья:

- разрыв «поступательного развития государства и общества» [18, с. 14] вследствие распада СССР;
- практику «предельного занижения роли государственного участия в решении ключевых социально-экономических и социокультурных задач» [4, с. 16] (в первую очередь в системе образования);
- затяжной характер многих социально-экономических проблем, прежде всего проблемы неравенства [23], что повышает потребность в социальной справедливости [12];
- «ослабление оптимистичных настроений в обществе в период последнего кризисного десятилетия, которое приводит к усилению остроты восприятия россиянами собственного здоровья» [5, с. 79];
- «серьезные проблемы с индивидуальной и коллективной идентичностью» вследствие «возросшей неопределенности, характеризующейся неясностью настоящего и непредсказуемостью будущего» [6, с. 29].

Научное представление о социальном здоровье формировалось на рубеже XIX–XX вв. и было продиктовано объективными историческими предпосылками, связанными с научно-техническим прогрессом и усложнением социальных отношений. Первая половина XIX в. в странах Западной Европы характеризовалась массовыми перемещениями людей в результате войн и процессов урбанизации, что усугубило эпидемиологическую ситуацию и актуализировало поиск путей борьбы с инфекционными заболеваниями, а также изучения влияния на здоровье таких факторов, как питание, алкоголизация и т. д. Таким образом, в рамках медицинской социологии появился термин «социальное здоровье», для описания которого первоначально использовалась преимущественно медицинская терминология. Значительный вклад в разработку научных основ представления о социальном здоровье внесли социологи и психологи того времени — Э. Дюркгейм, Р. Мертон, М. Вебер, Т. Парсонс, Т. Мальтус, К. Маркс, Э. Фромм, Э. Мейо и др.

Однако с развитием представлений о социальных патологиях, с преодолением экономического детерминизма в концепциях уровня и качества жизни проблематика социального здоровья вышла далеко за пределы медицинского дискурса. В середине XX в., когда на первые места в структуре заболеваемости и смертности вышли болезни, вызванные не внешними, а внутренними (поведенческими)

причинами, благодаря работам Т. Парсонса, Л. Хендсона, Д. Мездока, Е. Френдсона, Г. Сигериста и др. здоровье начинают рассматривать как определенную форму поведения индивида, а болезнь — как форму девиантного поведения (наряду с преступностью, бедностью и т. д.).

В настоящее время понятие социального здоровья разрабатывается в русле нескольких научных дисциплин (философии, психологии, педагогики, медицины и т. д.), предлагающих свои трактовки как самого определения социального здоровья, так и индикаторов, отражающих его состояние.

Мультидисциплинарный характер понятия социального здоровья актуализирует важную научную проблему — его операционализации и разработки методического инструментария, позволяющего репрезентативно отражать состояние и тенденции социального здоровья с целью профилактики социальных патологий на ранних стадиях развития. Попытка разработать такой методологический и методический подход — цель настоящего исследования.

Разделяя позиции российских социологов, мы рассматриваем социальное здоровье как «характеристику способности личности адаптироваться к условиям окружающей социальной среды, как способность (или неспособность) усваивать и принимать нормы сложившегося общественного порядка» [19, с. 189], то есть прежде всего как один из показателей социальной адаптации, которая «на социетальном уровне выступает в качестве механизма трансформационного процесса, а точнее, одного из наиболее общих механизмов самоорганизации и саморазвития социума» [7, с. 25].

Выбирая из множества современных подходов к набору эмпирических инструментов для измерения социального здоровья, мы руководствуемся возможностями их практического применения. Отметим, что согласно классическому определению здоровья, сформулированному Всемирной организацией здравоохранения в середине XX в., оно представляет собой «состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»<sup>1</sup>. Таким образом, социальное здоровье можно рассматривать как один из элементов здоровья общественного наряду с другими его компонентами (физическим, психическим, духовно-нравственным и т. д.) [20, с. 11].

Состояние социального здоровья (или нездоровья) населения мы оцениваем по уровню распространенности социальных патологий. Ряд ученых под социальными патологиями подразумевают такие негативные свойства личности и их поведенческие выражения, как эгоизм, агрессия, замкнутость, готовность игнорировать закон или морально-нравственные нормы, принятые в обществе, ради достижения соб-

---

<sup>1</sup> См.: Constitution of the World Health Organization. New York: WHO Interim Commission, 1946. P. 1. — URL: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

ственной выгоды и т. д. В целом мы разделяем данную точку зрения, однако такой подход значительно затрудняет операционализацию концепта «социальное здоровье» и достижение практической значимости его изучения. Поэтому в нашем исследовании обратимся к иной точке зрения, согласно которой под социальными патологиями понимаются распространение в обществе ряда социально значимых заболеваний, деструктивные и аутодеструктивные формы поведения, фиксируемые официальными статистическими источниками (данной трактовки придерживаются, например, Н.М. Римашевская, В.П. Казначеев).

Исходя из объективной тенденции возрастающей роли субъектных свойств личности нами отобраны *показатели* и *индикаторы социального нездоровья*, которые в наибольшей степени отражают модели поведения и образа жизни. К ним относятся социально значимые заболевания и формы девиантного поведения, отражаемые в официальной статистике через отдельные причины заболеваемости и смертности населения:

1) *социально значимые заболевания* (болезни, возникновение и распространение которых в большой степени зависят от социально-экономических условий). Индикаторами данного показателя выступают те патологии, которые напрямую зависят от образа жизни: туберкулез, ВИЧ, сифилис, алкоголизм и алкогольные психозы, наркомания и токсикомания, психические расстройства непсихотического характера;

2) *формы девиантного поведения* (поведение, отклоняющееся от общепринятых, социально одобряемых, наиболее распространенных и устоявшихся норм в определенных сообществах в определенный период их развития). В данном случае индикаторами являются наиболее радикальные («критические») формы проявления социального нездоровья. Нами рассмотрены уровни смертности от убийств и самоубийств как форм агрессии, в первом случае направленных на окружающих, во втором — на себя, то есть свидетельствующих, с одной стороны, об отношении людей к закону и друг к другу, а с другой — о психологическом восприятии индивидом своего места в социуме.

Убийства и самоубийства представляют собой виды насильственных причин смертности, главной особенностью которых является нарушение каких-либо правовых норм. При этом следует отметить, что насильственные причины смертности входят в состав классов XIX («Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин») и XX («Внешние причины заболеваемости и смертности») Международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ). Однако смерти от насильственных и от внешних причин не являются идентичными понятиями. Для характеристики социального здоровья, на наш взгляд, неинформативна смертность от таких причин, как случайное утопление или поражение электрическим током, поскольку в данном случае речь не идет об агрессии или аутоагрессии, то есть об осознанных активных действиях человека, повлекших за собой смерть.

Кроме того, в соответствии с авторским подходом к пониманию социального здоровья, где центральное место отводится активности

(поведению) человека как субъекта, преобразующего социальную реальность [22, с. 229], показатели демографической статистики (заболеваемость, смертность) не являются исчерпывающими для его характеристики, поскольку опосредованы широким комплексом факторов, зависящих не только от конкретного поведения индивида.

Тенденции социального здоровья характеризуют также данные криминальной статистики, поскольку те или иные формы правонарушений представляют собой конкретные действия, зависящие непосредственно от воли человека. При этом из множества различных видов преступлений нас интересуют прежде всего те, которые непосредственно направлены на причинение вреда окружающим, а не просто продиктованы пренебрежением к закону. Исходя из этого принципа в поле нашего анализа попали *три вида преступлений, классифицируемых Уголовным кодексом РФ как преступления высокой степени тяжести (убийства, умышленное причинение тяжкого вреда здоровью и изнасилование), и шесть видов правонарушений, относящихся к категории средней и небольшой степени тяжести (грабеж, разбой, кража, мошенничество, взяточничество и преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков).*

Следует отметить, что список отобранных причин смертности, заболеваемости, а также видов и форм правонарушений<sup>2</sup> не является исчерпывающим, однако, на наш взгляд, он наиболее точен в плане отражения образа жизни и модели поведения индивида. В перечень отобранных индикаторов не вошли, например, такие распространенные причины смертности, как дорожно-транспортные происшествия (хотя среди них, безусловно, есть определенная доля «автоцидов»)<sup>3</sup>, а также такие тяжелые формы психических расстройств, как шизофрения, слабоумие и умственная отсталость. Выделить по данным индикаторам долю случаев заболеваемости или смертности, непосредственной причиной которых стало определенное (дезадаптивное или девиантное) поведение человека, фактически невозможно. Они опосредованы широким комплексом факторов — от гендерных характеристик до наследственной предрасположенности и экологической ситуации. Поэтому в перспективе каждый из этих индикаторов требует отдельного изучения на предмет уточнения конкретных причин и факторов заболеваемости или смертности.

*Круг предлагаемых показателей и индикаторов социального здоровья, во-первых, отражает тенденцию актуализации субъектных свойств личности; во-вторых, строго очерчен на основании ряда классических критериев операционализации научного концепта, в частности, обеспеченности индикаторов потенциальными источниками информации.* Здесь уместно привести тезис В.А. Ядова о том, что «эмпирическая интерпретация понятия по необходимости частична. Операциональное определе-

<sup>2</sup> Для краткости далее в статье будем называть их «причинами, отражающими, характеризующими социальное здоровье или связанными с ним» (ПСЗ).

<sup>3</sup> Автоцид — форма суицида, при которой транспортные средства используются как инструмент его совершения.

ние раскрывает лишь некоторое содержание термина и предлагает частичное пояснение его значения... содержание научного и вообще достаточно абстрактного термина никогда не переводится в конечное число проявлений его сущности, сохраняется какой-то невыразимый в эмпирических показателях остаток» [16, с. 70, 71]. Соответственно, представленная система показателей и индикаторов может быть расширена, это будет способствовать более точному определению тенденций социального здоровья (как, например, система индикаторов, предложенная сотрудниками Института психологии РАН для изучения психологического состояния российского общества [11, с. 7]).

Чтобы оценить положение России по показателям социального здоровья среди стран мира и Европы, были использованы три источника: европейская база данных ВОЗ о смертности (около 45 стран Европы), данные Федеральной службы государственной статистики (50–60 стран мира) и данные Всемирного банка (около 200 стран). Указанные источники позволяют получить следующие сведения:

*По данным Всемирного банка:*

- показатель заболеваемости туберкулезом в России в 2020 г. составил 46 случаев на 100 тыс. человек. Это меньше, чем, например, в Китае (59 случаев), но значительно больше, чем в США (2,4) и ведущих странах Западной Европы, таких как Германия (5,5), Великобритания (6,9), Франция (8,2) и др.<sup>4</sup>;
- показатель смертности от самоубийств (по данным на 2019 г.) в России составил 25,1 случая на 100 тыс. человек, в Китае — 8,1 случая, в США — 16,1, в Германии — 12,3, в Великобритании — 7,9, во Франции — 13,8<sup>5</sup>.

*По данным Всемирной организации здравоохранения (на 2018 г.)<sup>6</sup>:*

- число погибших от убийств на 100 тыс. человек в России составляет 8,3, в Германии — 0,4, в Великобритании — 0,2, во Франции — 0,5, в целом по Европейскому региону ВОЗ — 2,3;
- доля смертей по неуточненным причинам в России — 8%, в Германии — 3,2%, в Великобритании — 2,1%, во Франции — 9%, в среднем по Европейскому региону ВОЗ — 4,6%;
- уровень заболеваемости ВИЧ в России — 58,6 случая на 100 тыс. человек, в Германии — 3,5 случая, в Великобритании — 6,8; в целом по Европейскому региону ВОЗ — 15,9.

---

<sup>4</sup> База данных Мирового банка. — URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD?view=chart> (дата обращения 25.02.2022).

<sup>5</sup> База данных Мирового банка. — URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.SUIC.P5?view=chart> (дата обращения 25.02.2022).

<sup>6</sup> Основные показатели здоровья в Европейском регионе ВОЗ: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Информационный бюллетень ВОЗ // Официальный сайт Европейского регионального бюро ВОЗ. — URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338903/WHO-EURO-2020-1887-41638-56894-rus.pdf> (дата обращения 25.02.2022).

По данным Федеральной службы государственной статистики (на 2018 г.):

- число зарегистрированных случаев заболевания туберкулезом в России — 41,1 на 100 тыс. человек, в США — 3, в Китае — 61, в Германии — 7,3, в Великобритании — 8, во Франции — 8,9;
- количество умышленных убийств в России — 5,8 на 100 тыс. человек, в США — 5 случаев, в Китае — 0,5, в Германии — 0,9, в Великобритании и во Франции — по 1,2 случая соответственно<sup>7</sup>.

Таким образом, данные российских и зарубежных источников свидетельствуют об особой актуальности проблемы социального здоровья в Российской Федерации. Если в 1990-е гг. всплеск социальных патологий на территории государств постсоветского пространства может объясняться травмой [17], которую перенесло население вследствие распада Советского Союза, то спустя 30 лет рыночных трансформаций это уже не может быть единственным объяснением лидирующих позиций России по различным индикаторам социального здоровья. Логично предположить, что речь идет о каких-то долгосрочных, эволюционных, не спровоцированных форс-мажорными обстоятельствами (наподобие развала СССР или кризиса 1990-х гг.) деформациях общественного развития, определение которых и является целью изучения и измерения социального здоровья.

Отдельные причины, отражающие тенденции социального здоровья, входят в состав разных классов причин смерти по МКБ-10, однако большинство из них относятся к классу «внешних» (*смертность от прямых, непосредственных действий человека*). Данный класс стабильно занимает третье место в структуре смертности (табл. 1), при этом по темпам ее снижения во второй половине 2000-х гг. (в период наиболее благоприятных тенденций во всех классах) «внешние причины» существенно опережали и болезни системы кровообращения, и новообразования (примерно 19% в год против 5 и 1% соответственно). Даже в период мирового финансового кризиса 2008 г. данный класс сохранял лидерство по темпам позитивных изменений.

Темпы позитивных изменений снизились в 2010-х гг., когда внешне обусловленный экономический кризис 2008 г. трансформировался во внутренний кризис бюджетов регионов. В период этого «рукотворного»<sup>8</sup> кризиса темпы снижения смертности от «внешних причин» уменьшились с 19 до 5% в год (в среднем за 2011–2018 гг.). Причем темпы снижения смертности от всех остальных причин либо не изменились, либо уменьшились на 2–3%. Это говорит о том, что именно класс «внешних причин» наиболее чутко реагирует на изменения, происходящие в социальной среде.

<sup>7</sup> Россия и страны мира. 2020: Стат. сб. М.: Росстат, 2020. С. 150.

<sup>8</sup> Эксперт Руслан Гринберг: «Кризис в России — дело рукотворное». Директор Института экономики РАН Руслан Гринберг отвечает на вопросы Владимира Познера // Официальный сайт РАН. 18.03.2015. — URL: <http://www.ras.ru/news/shownews.aspx?id=22d54502-27d8-4be4-8257-af50146c1fb8> (дата обращения 28.06.2021).

Таблица 1

**Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти**  
(число умерших на 100 тыс. человек)\*

Классы причин смерти	Год, период									
	1990–1994	1995–1999	2000–2004	2005–2009	2010–2014	2015	2016	2017	2018	1990–2018
Болезни системы кровообращения	698,80	771,66	887,70	844,72	729,70	635,29	616,39	587,64	583,10	761,56
Новообразования	201,60	202,14	202,88	202,21	203,63	205,07	204,30	200,62	203,00	202,59
«Внешние причины»	185,72	205,16	228,73	185,60	137,12	121,30	114,23	104,02	98,50	177,58
Болезни органов пищеварения	34,58	41,44	52,14	62,98	63,51	69,64	66,96	63,33	65,00	53,04
Болезни органов дыхания	65,70	65,38	68,13	57,96	51,94	51,78	47,95	42,24	41,60	59,63
Инфекционные и паразитарные болезни	14,92	21,18	25,28	24,87	22,81	23,48	24,09	23,87	23,60	22,08

*Примечание:* \* Ранжировано по данным на 2018 г.

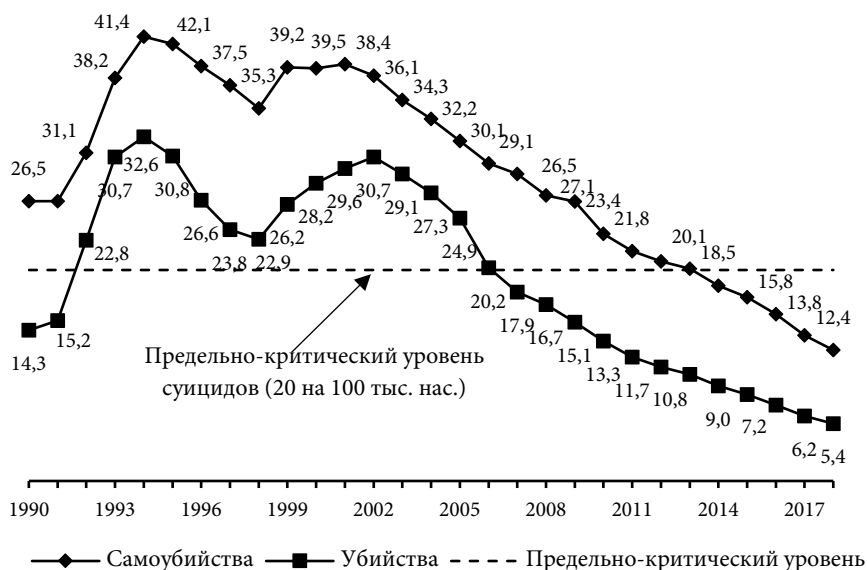
*Источники:* Демографический ежегодник России 2019. М.: Росстат, 2019. С. 146; Демографический ежегодник России 2014. Федеральная служба государственной статистики. — URL: [https://gks.ru/bgd/regl/B14\\_16/IssWWW.exe/Stg/6.5.xls](https://gks.ru/bgd/regl/B14_16/IssWWW.exe/Stg/6.5.xls) (дата обращения 28.06.2021); Демографический ежегодник России 2010. М.: Росстат, 2010. С. 252; Демографический ежегодник России 2005. Федеральная служба государственной статистики. — URL: [https://gks.ru/bgd/regl/B05\\_16/IssWWW.exe/Stg/6-02.htm](https://gks.ru/bgd/regl/B05_16/IssWWW.exe/Stg/6-02.htm) (дата обращения 28.06.2021); Демографический ежегодник России 2002. Федеральная служба государственной статистики. — URL: [https://gks.ru/bgd/regl/B02\\_16/IssWWW.exe/Stg/d010/i010480r.htm](https://gks.ru/bgd/regl/B02_16/IssWWW.exe/Stg/d010/i010480r.htm) (дата обращения 28.06.2021).

Динамика показателей убийств и самоубийств в России имеет схожие тенденции и тесно связана с социально-экономическими процессами, происходящими в стране. Рост уровня смертности от данных причин происходил в те периоды, когда в России имели место экономические кризисы (1991, 1998 гг.), и продолжался в течение 4–5 лет после них, затем наблюдался период его снижения, связанный с постепенной адаптацией населения к изменившимся социально-экономическим условиям.



Стабилизация социально-экономической и политической ситуации, которая была достигнута в начале 2000-х гг., привела к тому, что аутодеструктивная активность населения стала снижаться. Эта тенденция продолжилась и в период мирового финансового кризиса (2008 г.).

Вместе с тем следует отметить, что уровень смертности от самоубийств в Российской Федерации ежегодно превышает уровень смертности от убийств. С 1990 по 2013 г. он также был выше предельно критического значения, установленного Всемирной организацией здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. человек; рис. 1). Для сравнения: в странах Европейского региона среднее число самоубийств составляет 11,9 на 100 тыс. человек, убийств — 1,5 случая<sup>9</sup>.



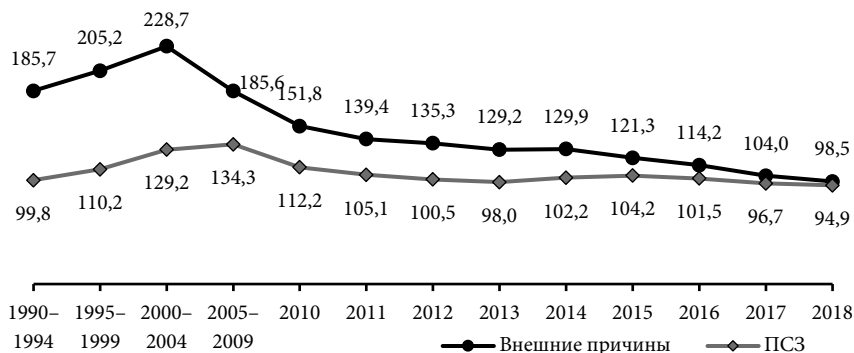
**Рис. 1. Соотношение уровней убийств и самоубийств в Российской Федерации (умерших на 100 тыс. человек)**

*Источники:* Российский статистический ежегодник. 2019: Стат. сб. М.: Росстат, 2019. С. 106; Российский статистический ежегодник. 2016: Стат. сб. М.: Росстат, 2016. С. 91; Российский статистический ежегодник. 2010: Стат. сб. М.: Росстат, 2010. С. 111; Российский статистический ежегодник. 2003: Стат. сб. М.: Росстат, 2003. С. 119.

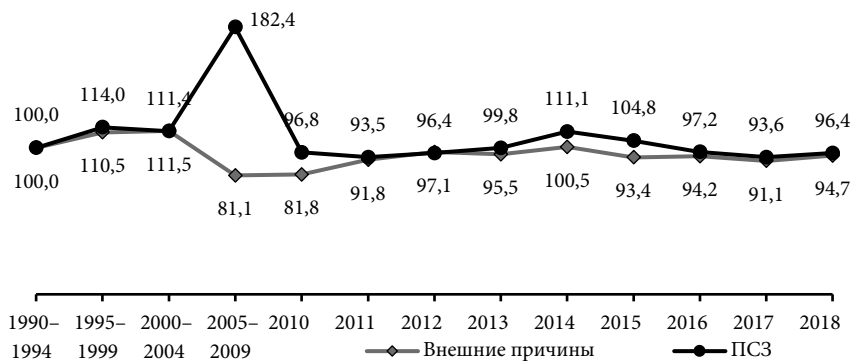
В 2000–2018 гг. и по общей динамике (рис. 2), и по среднегодовым темпам изменений (рис. 3) ситуация с причинами смерти, связанными с социальным здоровьем, выглядела более негативно, чем со связанными-

<sup>9</sup> Европейская база данных «Здоровье для всех» (HFA-DB) // Официальный сайт Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. — URL: [http://data.euro.who.int/hfad/b/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html) (дата обращения 28.06.2021).

ми с «внешними причинами». Таким образом, политическая и экономическая стабилизация в стране, а также целенаправленные меры, принимаемые органами власти для улучшения демографической ситуации, безусловно, повлияли на снижение смертности от причин, связанных с социальным здоровьем [14, с. 201], но в меньшей степени, чем от таких причин, как, например, транспортные происшествия и несчастные случаи (падение, утопление, поражение электрическим током и др.).



**Рис. 2. Коэффициенты смертности от причин, характеризующих социальное здоровье (ПСЗ)\*, в сравнении с «внешними причинами» (число умерших на 100 тыс. человек)**



**Рис. 3. Темпы роста/снижения смертности от причин, характеризующих социальное здоровье (ПСЗ)\*, в сравнении с «внешними причинами», %**

*Примечание к рис. 2 и 3:* \* К причинам смертности, характеризующим социальное здоровье, отнесены следующие: случайное отравление алкоголем; самоубийства; убийства; повреждения с неопределенными намерениями; алкогольная болезнь печени; туберкулез (всех форм); болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); психические расстройства и расстройства поведения, вызванные употреблением алкоголя, наркотических средств и других психоактивных веществ.

*Источник:* База данных Федеральной службы государственной статистики. — URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru) (дата обращения 28.06.2021). Рассчитано автором.

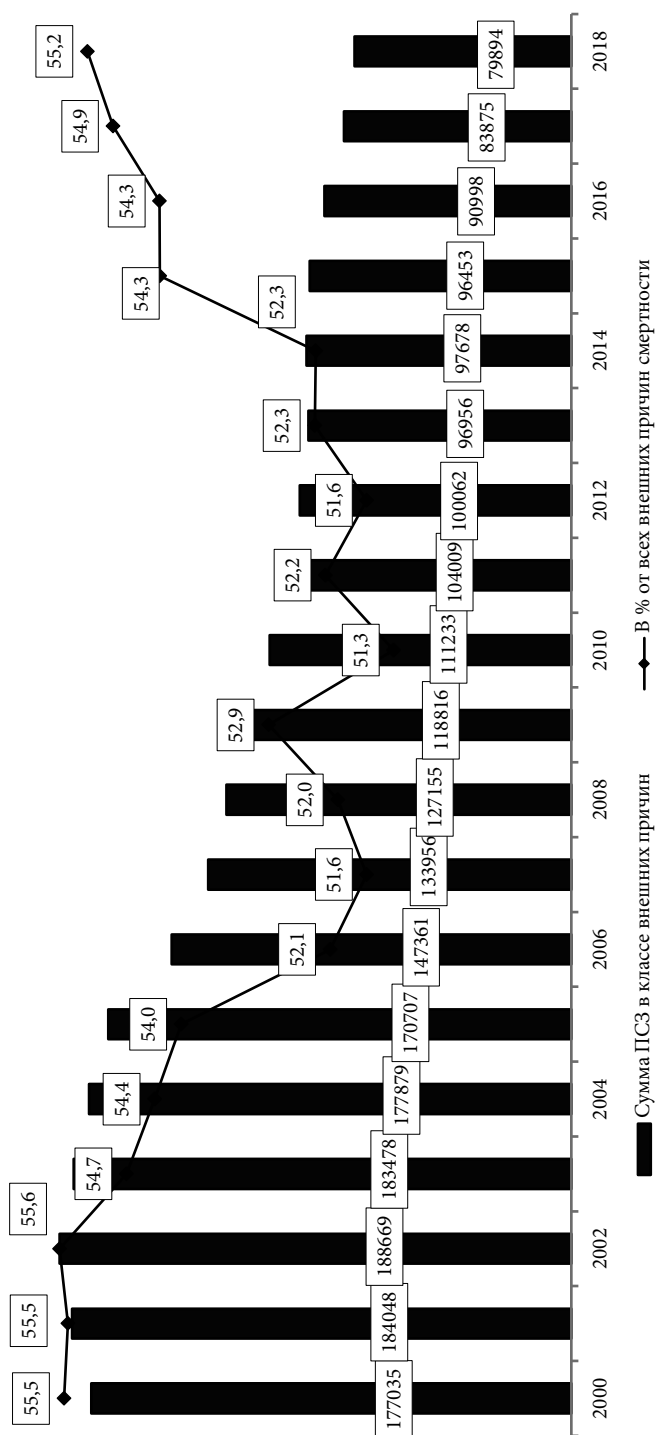
Отметим также, что коэффициент корреляции между комплексом причин смерти, связанных с социальным здоровьем, и ожидаемой продолжительностью жизни (которую многие исследователи [13, с. 200] берут за интегральный показатель качества жизни) демонстрирует сильную обратную зависимость ( $-0,88$ ). Выше она только у смертности от внешних причин ( $-0,99$ ), болезней системы кровообращения ( $-0,97$ ) и органов дыхания ( $-0,95$ ).

За период с 2000 по 2018 г. число россиян, умерших от причин, связанных с ухудшением социального здоровья, снизилось с 2 млн до 139 тыс. В структуре общей смертности населения их доля уменьшилась с 10 до 8%. В то же время в классе «внешних причин» доля ПСЗ на протяжении всего анализируемого периода составляла более 50%, а с 2014 г. продолжала расти (с 52 до 55% в 2018 г.; рис. 4). Это говорит о том, что смерть от причин, связанных с социальным здоровьем, по-прежнему остается актуальной проблемой, даже несмотря на очевидные позитивные изменения в общей структуре смертности населения.

Во всех федеральных округах с 1990 по 2018 г. уровень смертности от самоубийств был существенно (в 1,5–3 раза) выше, чем от убийств и алкогольных отравлений. Это не только подтверждает актуальность данной проблемы, но и выступает важной характеристикой социального здоровья, свидетельствуя о его аутодеструктивном характере. Смертность от некоторых причин, связанных с социальным здоровьем (убийства, самоубийства, алкогольные отравления), выше всего в Уральском, Сибирском и Дальневосточном федеральных округах, хотя среднегодовая динамика по данному показателю в федеральных округах существенно не различается (табл. 2).

За период с 2000 по 2018 г. уровень смертности от причин, характеризующих социальное здоровье, в большинстве субъектов РФ снизился в 2–4 раза. В некоторых регионах (Тамбовская, Ярославская, Мурманская, Волгоградская, Ростовская, Самарская, Сахалинская области, Республики Карелия, Ингушетия, Северная Осетия – Алания, Чувашия, Краснодарский, Камчатский и Хабаровский края) данный показатель снизился в 5 раз и более.

Вместе с тем анализ ситуации в разрезе субъектов РФ показывает, что на фоне позитивных тенденций фактически не уменьшается число регионов, в которых данный показатель был выше, чем в среднем по стране. Так, в начале 1990-х уровень смертности от причин, характеризующих социальное здоровье, был выше среднероссийского показателя в 42 субъектах РФ, а в начале 2000-х и в 2018 гг. — в 44 регионах.



**Рис. 4. Динамика смертности от «внешних причин», характеризующих социальное здоровье населения (абс., % от класса «внешние причины»)**

*Примечание:* \* Сумма ПСЗ в классе «внешних причин» — это сумма всех случаев смерти по причинам, характеризующим социальное здоровье (случайное отравление алкоголем; убийства; самоубийства; повреждения с неопределенными намерениями; число абсолютных случаев).

*Источник:* Федеральная служба государственной статистики. — URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru) (дата обращения 28.06.2021). Рассчитано автором.

Таблица 2

**Суммарные коэффициенты смертности от убийств, самоубийств и алкогольных отравлений (число умерших на 100 тыс. человек)**

Федеральные округа*	Год, период									
	1990–1994	1995–1999	2000–2004	2005–2009	2010–2014	2015	2016	2017	2018	1990–2018
Российская Федерация	77,7	86,7	95,7	68,0	43,14	36,0	32,5	28,3	25,3	51,2
ЦФО	67,1	72,0	77,1	52,8	31,56	28,7	27,5	24,5	21,3	40,7
СЗФО	90,3	95,7	102,7	68,3	43,34	38,0	35,9	31,7	28,5	54,4
ЮФО	44,4	47,3	48,3	31,8	24,72	18,5	17,8	14,2	12,9	27,6
ПФО	78,2	94,2	106,2	79,0	50,64	41,7	36,7	31,3	27,7	57,6
УФО	94,0	107,8	116,7	79,0	52,1	47,3	40,6	34,4	32,9	62,6
СФО	104,2	117,6	140,0	107,8	70,56	55,4	50,4	45,7	38,6	77,9
ДФО	93,3	105,4	120,4	93,1	62,76	48,8	40,3	34,9	39,0	68,4

*Примечание:* \* Без учета Северо-Кавказского и Крымского федеральных округов.

*Источник:* Естественное движение населения Российской Федерации. 2008–2019 гг. Федеральная служба государственной статистики. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/11110/document/13269> (дата обращения 28.06.2021). Рассчитано автором.

Суммарный уровень распространения заболеваний от причин, характеризующих состояние социального здоровья, сравним с уровнем заболеваемости по таким нозологиям, как сахарный диабет (по данным на 2018 г. в целом по России — 251,7 случая на 100 тыс. человек), острый инфаркт миокарда (138,2) и врожденные аномалии (197,5). Для сравнения: в несколько раз больше распространение новообразований (1160,9 случая на 100 тыс. человек), травм и отравлений (8902,9), болезней системы кровообращения (3258,0). Однако следует отметить, что отобранные для исследования установленные случаи заболеваний показывают лишь «верхушку айсберга». Реальные масштабы данной проблемы выявить фактически невозможно, поскольку эти заболевания входят в структуру почти всех видов причин заболеваемости и смертности, включая самые распространенные классы. Исследовательский интерес приведенные данные вызывают в первую очередь потому, что позволяют увидеть общий вектор изменений социального здоровья.

С середины 1990-х по 2018 г. средний уровень заболеваемости по причинам, отражающим тенденции социального здоровья, снизился почти в 1,3 раза (с 488 до 366 случаев на 100 тыс. человек), при этом ежегодные темпы положительной динамики за данный период не испытывали существенных колебаний (табл. 3). Устойчивую тенденцию с 2000 г. сохраняет снижение заболеваемости туберкулезом, сифилисом и алкоголизмом; в то же время в последние годы (с 2015–2016 гг.) фактически не меняется уровень заболеваемости ВИЧ (58–59 случаев на

100 тыс. человек), наркоманией и токсикоманией (11 случаев) и психическими расстройствами непсихотического характера<sup>10</sup> (около 12 случаев).

Таблица 3

**Суммарные коэффициенты заболеваемости населения России от причин, характеризующих состояние социального здоровья (число людей с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 100 тыс. человек)**

Причины заболеваемости	Год, период									
	1995–1999	2000–2004	2005–2009	2010–2014	2015	2016	2017	2018	1995–2018	
туберкулез	71,9	85,8	83,1	68,1	57,7	53,3	48,3	44,4	72,9	
ВИЧ	н.д.*	н.д.	27,3	43,62	59,6	59,2	58,4	58,6	42,2	
сифилис	227,7	120,0	61,9	33,84	23,5	21,2	19,5	16,7	95,8	
алкоголизм и алкогольные психозы	126,2	146,9	127,9	88,6	70,7	64,7	55,7	52,8	112,2	
наркомания и токсикомания	30,2	30,1	19,7	15,26	14,4	11,3	11,4	10,5	21,8	
психические расстройства непсихотического характера	32,4	27,4	20,0	14,64	12,4	11,5	11,5	11,6	21,6	
Всего случаев	488,4	410,3	339,9	264,06	238,3	221,2	204,8	194,6	366,4	

*Примечание:* \* Н.д. — нет данных.

*Источник:* База данных Федеральной службы государственной статистики. — URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru) (дата обращения 28.06.2021). Рассчитано автором.

На протяжении всего периода измерений (за исключением середины 2010-х гг.) устойчивое лидерство по заболеваемости от причин, отражающих состояние социального здоровья, сохраняли регионы Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов (табл. 4). С 2016 г. во всех округах (кроме Сибирского) наметившаяся

<sup>10</sup> Нами рассмотрены непсихотические расстройства, которые не связаны с наследственностью или плохой экологией, но в большей степени отражают роль индивида как актора формирования социальной реальности, сильнее связаны с его образом жизни и поведением. Непсихотические расстройства характеризуются адекватностью психических реакций, но часто неадекватной заостренностью по силе и частоте в связи с тем, что резко изменяются чувствительность, реактивность, и поводом для реакции становятся незначачие или малозначачие по силе, частоте и т. д. ситуации с сохранением критичности, но нередко, однако, утрированной, сенситивно заостренной. Наиболее типичными проявлениями непсихотических (невротических) расстройств являются острые реакции на стресс, адаптационные (приспособительные) невротические реакции, неврозы (см.: [9]).

с начала 2000-х гг. положительная тенденция снижения заболеваемости по соответствующим нозологиям была прервана.

С 2000 по 2018 г. в подавляющем большинстве субъектов РФ уровень заболеваемости от причин, характеризующих состояние социального здоровья, снизился в 3–4 раза. Вместе с тем количество регионов, превышающих по данному показателю среднероссийский уровень, за этот же период увеличилось с 33 до 40.

Сохранилась территориальная структура заболеваемости по анализируемым нозологиям: в группу с наиболее негативными показателями и в 2000 г., и в 2018 г. входили такие субъекты, как Кемеровская область, Республика Тыва, Алтайский край, Еврейская автономная область. Наиболее благоприятная ситуация наблюдалась в субъектах Северо-Кавказского федерального округа и в регионах Центрального и Северо-Западного округов (Архангельская и Белгородская области, Москва и Санкт-Петербург и др.).

Таблица 4

**Суммарные коэффициенты заболеваемости от причин, характеризующих социальное здоровье\*, в федеральных округах РФ**  
(взято под наблюдение больных с диагнозом, установленным впервые, на 100 тыс. человек)

Федеральные округа**	Год, период							
	2000	2006	2010	2012	2014	2016	2018	2000–2018
Российская Федерация	438,3	323,6	287,5	254,1	237,4	156,5	181,6	268,4
ЦФО	374,0	271,4	218,4	203,2	189,9	110,2	133,5	214,4
СЗФО	388,5	303,4	293,1	226,7	196,3	114,9	142,6	237,9
ЮФО	357,5	230,4	219,4	188,2	161,7	122,5	140,0	202,8
ПФО	449,1	336,2	287,6	264,5	248,5	159,0	200,5	277,9
УФО	527,8	389,7	688,2	341,8	337,8	241,3	259,6	398,0
СФО	556,7	432,7	428,1	363,7	373,0	291,6	298,2	392,0
ДФО	557,9	479,8	458,7	371,7	94,1	67,2	250,9	325,8

*Примечание:* \* Туберкулез, сифилис, алкоголизм и алкогольные психозы, наркомания и токсикомания, ВИЧ (без учета данных по заболеваемости ВИЧ в 2000 г.).

\*\* Без учета Северо-Кавказского и Крымского федеральных округов (в 2014–2016 гг. — Крымский федеральный округ, в 2016 г. включен в Южный федеральный округ).

*Источник:* Социально значимые заболевания населения России: Стат. сб. Министерство здравоохранения Российской Федерации. — URL: <https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god> (дата обращения 12.02.2022). Рассчитано автором.

Доля преступлений высокой степени тяжести в общей структуре преступности во много раз ниже доли преступлений средней и низкой

степени тяжести. Однако следует отметить, что если в начале 1990-х и в начале 2000-х гг. на долю тяжких преступлений приходилось 6–7% от общей совокупности видов преступлений, характеризующих социальное здоровье, то с 2008 г. и до настоящего времени их удельный вес в 2 раза меньше (2,5–3%; табл. 5). Возможно, это свидетельствует о смягчении нравов и более глубоком понимании ценности личности, однако в то же время может быть связано с увеличением количества (и самих возможностей совершения) преступлений средней и низкой степени тяжести (например, финансовых преступлений в сфере интернет-технологий).

Таблица 5

**Уровень преступности по видам правонарушений,  
характеризующих состояние социального здоровья  
(число случаев на 100 тыс. человек)**

Виды правонарушений	Год, период								
	1990	1995–1999	2000–2004	2005–2009	2010–2014	2015	2016	2017	2018
Тяжкие преступления	48,4	61,6	66,1	56,0	38	31,1	28,4	25,7	24,0
убийство и покушение на убийство	10,5	20,4	22,1	16,5	9,38	7,9	7,1	6,6	5,9
умышленное причинение тяжкого вреда здоровью	27,7	34,4	38,3	34,3	25,46	20,6	18,7	16,8	15,8
изнасилование и покушение на изнасилование	10,1	6,8	5,7	5,1	3,14	2,7	2,7	2,4	2,3
Преступления средней тяжести	697,4	1085,0	1178,1	1560,5	1062,24	1062,5	930,0	880,1	845,7
грабеж	56,3	86,0	123,8	202,2	79,78	49,7	41,9	38,7	34,1
разбой	11,2	25,2	32,4	32,8	13,1	9,3	7,8	6,2	5,1
кража	617,1	836,8	817,1	1025,4	692,06	695,7	593,9	537,0	515,2
мошенничество	0,0	32,3	61,1	139,5	110,56	137,0	142,4	151,7	146,4
взяточничество	1,8	0,6	5,3	8,1	7,8	9,1	6,8	4,3	8,5
преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков	11,0	104,1	138,4	152,4	158,96	161,8	137,2	142,1	136,4



Виды правонарушений	Год, период								
	1990	1995–1999	2000–2004	2005–2009	2010–2014	2015	2016	2017	2018
ПСЗ*	745,8	1146,5	1244,2	1616,5	1100,28	1093,7	958,4	905,8	869,7
Общий уровень преступности (число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. человек)	1243,2	1807,4	1940,0	2405,4	1633,38	1631,4	1472,7	1401,8	1356,3

*Примечание:* \* Число таких причин, характеризующих социальное здоровье (ПСЗ), как изнасилования, грабежи, преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков, на 100 тыс. человек.

*Источник:* Российский статистический ежегодник. 2019: Стат. сб. М.: Росстат, 2019. С. 95, 269. Рассчитано автором.

В таблице 6 приведены показатели уровня преступности по выделенным видам правонарушений в федеральных округах России. Как и в случае заболеваемости и смертности от причин, характеризующих состояние социального здоровья, лидерами по соответствующим видам преступности выступают территории Дальневосточного, Сибирского и Уральского федеральных округов.

Снижение уровня преступности по видам правонарушений, характеризующих состояние социального здоровья, отмечается во всех регионах России, при этом по сравнению с началом 2000-х гг. фактически не изменились ни число субъектов, где показатели превосходят среднероссийские (в 2000–2004 гг. — 39, в 2018 г. — 37), ни территориальная структура преступности в целом. В числе «лидеров» были и остаются Еврейская автономная область, республики Бурятия и Тыва, Магаданская и Иркутская области, Забайкальский край.

Территориальный срез показателей динамики социального здоровья свидетельствует о возросшей актуальности данной проблемы в Дальневосточном, Сибирском и Уральском федеральных округах. Это обусловлено комплексом причин. После распада СССР на территориях данных федеральных округов произошли серьезные изменения, которые повлекли за собой закрытие градообразующих предприятий, безработицу и внутреннюю миграцию трудоспособного населения регионов. В связи с этим многие территории данных округов обезлюдели и остались недостаточно разработанными [15]. Кроме того, для этих федеральных округов характерны такие факторы, как неблагоприятные климатические условия, экономическое отставание вследствие удаленности от федерального центра, значительные потоки трудовой миграции, в результате которых происходит замещение коренного населения и трудовых ресурсов на граждан других государств, не связанных с этой территорией, а также формируются этнические преступные сообщества и группировки [1].

Таблица 6

**Суммарные коэффициенты видов правонарушений,  
характеризующих социальное здоровье\***  
(число случаев на 100 тыс. человек)

Федеральные округа**	Год, период							
	2001—2004	2005—2009	2010—2014	2015	2016	2017	2018	2000—2018
Российская Федерация	1360,8	1688,5	1070,34	1000,0	851,4	798,0	789,6	1259,8
ЦФО	1192,9	1405,3	983,64	942,6	804,3	706,0	698,0	1103,7
СЗФО	1364,9	1656,1	1030,8	1012,7	852,1	791,9	782,5	1240,7
ЮФО	904,2	1169,8	852,34	767,3	796,8	773,7	757,8	934,6
ПФО	1263,2	1763,7	989,36	863,2	731,3	705,0	716,6	1213,0
УФО	1736,2	2107,2	1238,18	1075,1	901,1	907,8	889,5	1524,7
СФО	1629,8	2041,6	1433,4	1357,9	1288,8	1049,6	992,2	1587,9
ДФО	1713,4	2570,9	1063,6	1022,5	222,4	878,4	1076,0	1568,1

*Примечание:* \* Убийство и покушение на убийство; умышленное причинение тяжкого вреда здоровью; изнасилование и покушение на изнасилование; грабеж; разбой; кража; преступления экономической направленности; преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков; \*\* Без учета Северо-Кавказского и Крымского федеральных округов (в 2014–2016 гг. — Крымский федеральный округ, в 2016 г. включен в Южный федеральный округ).

*Источник:* Регионы России. Социально-экономические показатели. 2003–2019. Федеральная служба государственной статистики. — URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13204> (дата обращения 15.02.2022). Рассчитано автором.

По данным Е.М. Щербаковой, уровень преступности выше в относительно малонаселенных регионах Сибири и Дальнего Востока и ниже в более плотно заселенных регионах центральной и южной части Европейского центра [21].

Что касается субъектов РФ, то негативными показателями социального нездоровья отличаются территории Сибирского и Дальневосточного федеральных округов: республики Тыва, Алтай, Бурятия, Саха (Якутия), Забайкальский край, Томская и Иркутская области. За исключением Томской области и Республики Саха, это территории с более низким, чем в среднем по стране и по федеральному округу, уровнем среднедушевых доходов. Республики Алтай и Тыва отличаются также малой среднегодовой численностью населения, занятого в экономике (82,8 тыс. и 102,9 тыс. человек соответственно)<sup>11</sup>, и низким уровнем среднедушевых потребительских расходов (13 484 и 9 878 руб. в месяц).

<sup>11</sup> См.: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2019. Росстат. — URL: [https://gks.ru/bgd/regl/b19\\_14p/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b19_14p/Main.htm) (дата обращения 28.06.2021).

Индикаторы социального здоровья, фиксируемые официальной статистикой, позволяют анализировать его тенденции, а также сравнивать территориальную динамику. Тем не менее они дают неполную картину о масштабах рассматриваемой проблемы. Так, например, в проблему суицидального поведения вовлечены значительное количество людей, чья смерть напрямую не связана с самоповреждением, чьи попытки суицида не привели к смерти, а также близкие и родственники суицидентов.

По данным ВОЗ, на  $n$  завершенных самоубийств приходится 10–20 $n$  парасуицидов, 8 $n$  близких и родственников суицидента (которые входят в группу повышенного суицидального риска), 100 $n$  людей, помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне. Таким образом, по данным на 2018 г., на 18 206 официально зарегистрированных самоубийств в России приходилось 273 090 попыток суицида, 145 648 близких и родственников суицидента и 1 820 600 человек, помышлявших о самоубийстве. В целом это около 2,3 млн человек, или 1,5% всего населения.

Латентную (скрытую) преступность образуют случаи, не выявленные системой уголовной юстиции и потому не повлекшие применения мер ни государственного, ни общественного принуждения [10, с. 14]. Установить уровень такой преступности крайне сложно, поскольку он зависит от ряда факторов, поддающихся лишь косвенному статистическому анализу (например, выявление правонарушений, о которых не было заявлено в органы УВД, по результатам социологического опроса). Латентная преступность намного превышает зарегистрированную: по различным оценкам, она составляет от 2/3 общего числа зарегистрированных преступлений до значения, превосходящего официальную статистику правонарушений в 8–10 раз. Ежегодно в России рассматриваются свыше 22 млн заявлений, и только по 10% из них принимается решение о возбуждении уголовного дела [2, с. 102].

Кроме того, в круг проблем, связанных с преступностью, входят проблемы «выключенности» из полноценной жизни общества не только людей, нарушивших закон, но и жертв преступлений, а также лиц, отбывающих наказание. Численность осужденных в России в 2018 г. составила 658 тыс. человек. Определить приблизительное число лиц, потерпевших от различных видов правонарушений, позволяет коэффициент массовой виктимности, рассчитанный нами по методике Д.В. Ривмана [13, с. 76]:

$$K_{вл} = \frac{П}{H} \times 1000,$$

где  $K_{вл}$  — коэффициент виктимности по лицам;

$П$  — количество потерпевших от преступлений;

$H$  — все население территории независимо от возраста.

Если число россиян, потерпевших от преступных посягательств в 2018 г., по данным официальной статистики, составило 1,3 млн человек, то количество людей, обладающих виктимными свойствами характера, поведения, мышления и т. д., примерно в 9 раз больше.

\* \* \*

В заключение кратко остановимся на некоторых наиболее важных, на наш взгляд, результатах.

1. *В ходе исследования была предпринята попытка разработать научно обоснованный теоретико-методологический подход, а также методический инструментарий для оценки состояния и динамики социального здоровья.* Подход базируется на учете, с одной стороны, особенностей современной социальной реальности (таких как рост влияния субъектных свойств личности; увеличение разнообразия и усложнение факторов, влияющих на распространение социальных патологий, и т. д.), а с другой — классических критериев, предъявляемых к операционализации научной категории. Отметим, что предложенный перечень показателей и индикаторов не является исчерпывающим<sup>12</sup>.

2. *Анализ отобранных в соответствии с предлагаемым методологическим подходом показателей и индикаторов социального здоровья свидетельствует об острой актуальности данной проблемы на территории Российской Федерации.* Несмотря на позитивную динамику данных официальной статистики практически во всех субъектах РФ, на международном уровне Россия отличалась высокими показателями социального нездоровья на протяжении всего постсоветского периода. Кроме того, сохраняется территориальная структура заболеваемости и смертности от причин, характеризующих состояние социального здоровья; в некоторых регионах в последние годы стал отмечаться рост заболеваемости и смертности (прежде всего от таких причин, как ВИЧ и психические расстройства непсихотического характера).

3. *В ходе анализа установлено, что проблематика социального здоровья имеет высокую степень латентности.* Официально регистрируемые индикаторы социального здоровья позволяют делать выводы о его тенденциях, но не дают полного представления о его масштабах. Все анализируемые случаи смертности, заболеваемости и девиантного поведения, регистрируемые официальными статистическими источниками, представляют собой лишь «верхушку айсберга». Пиковые проявления социального нездоровья обладают специфическим набором ярко выраженных характеристик (от латентного случая до симптомов заболевания). Такие случаи учащаются во время острых социально-экономических кризисов, однако в относительно спокойные периоды проблематика социального нездоровья концентрируется в латентных формах, не фиксируемых официальной

---

<sup>12</sup> В частности, в настоящее время автором и научным коллективом ФГБУН ВолНЦ РАН накоплен значительный опыт и продолжают проводиться исследования латентных проявлений социального нездоровья, фиксируемых посредством социологического инструментария. Получены результаты, отражающие особенности социального здоровья населения Северо-Западного федерального округа в тех формах, которые недоступны для фиксации официальной статистике. Исследования базируются на данных мониторинга общественного мнения, проводимого ФГБУН ВолНЦ РАН на территории Вологодской области с 1996 г., а также на результатах двух опросов, проведенных при поддержке гранта РФФИ в 2018–2019 гг. (руководитель гранта — М.В. Морев).

статистикой. Соответственно, при изучении латентного уровня проявлений социального нездоровья можно получить более полное представление о его масштабах, тенденциях, факторах и последствиях.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать ряд теоретико-методологических и практических выводов, которые могут показаться спорными (особенно если учесть достаточно аморфную структуру и междисциплинарный характер рассматриваемого понятия). Однако, на наш взгляд, бесспорным представляется актуальность рефлексии и научной дискуссии по поводу роли социального здоровья как комплексного показателя, отражающего тенденции общественного развития и социальной адаптации с учетом современных особенностей.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Аветисян А.С.* Криминологическая характеристика и анализ этнической преступности на Дальнем Востоке России // Территория новых возможностей. Вестник Владивостокского государственного университета экономики и сервиса. 2011. № 4 (13). С. 173–180. EDN: PCVCQN
2. *Валькова Т.В.* О реформировании стадии возбуждения уголовного дела // Уголовный процесс: от прошлого к будущему: материалы Международной научно-практической конференции (Москва, 21 марта 2014 г). В 2-х ч. Ч. 1. М.: Академия Следственного комитета РФ, 2014. С. 99–103. EDN: UIMESH
3. *Горшков М.К.* Об аксиоматической трактовке влияния неэкономических факторов на экономический рост // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2014. № 3. С. 45–56. DOI: 10.15838/esc/2014.3.33.4 EDN: SHRLEN
4. *Горшков М.К.* О социальных результатах постсоветских трансформаций // Социологические исследования. 2019. № 11. С. 3–17. DOI: 10.31857/S013216250007445-2 EDN: NLCYDR
5. *Козырева П.М., Смирнов А.И.* Динамика самооценок здоровья россиян: актуальные тренды постсоветского периода // Социологические исследования. 2020. № 4. С. 70–81. DOI: 10.31857/S013216250009116-0 EDN: MLJZHL
6. *Козырева П.М., Смирнов А.И.* Особенности и тенденции профессиональной самоидентификации в постсоветской России // Социологический журнал. 2021. Том 27. № 1. С. 28–51. DOI: 10.19181/socjour.2021.27.1.7843 EDN: GJOLWE
7. *Козырева П.М.* Социальная адаптация населения России в постсоветский период // Социологические исследования. 2011. № 6. С. 24–36. EDN: NWEOR
8. *Колпина Л.В.* Социальное здоровье: определение и механизмы влияния на общее здоровье: обзор литературы // Синергия. 2017. № 2. С. 73–81. EDN: ZDRGQH
9. *Королёва Е.Г.* Общая психопатология: Учебно-методическое пособие для студентов медико-психологического факультета / Е.Г. Королёва, Э.П. Станько, Э.Е. Шустер. Гродно: УО «ГрГМУ», 2010. — 100 с.
10. *Кудрявцев В.* Эффективность системы уголовной юстиции // Социалистическая законность. 1971. № 7. С. 13–18.
11. *Нравственность современного российского общества: психологический анализ* / Отв. ред. А.Л. Журавлев, А.В. Юревич. М.: Институт психологии РАН, 2012. — 413 с.

12. О чем мечтают россияне: идеал и реальность / Под ред. М.К. Горшкова, Р. Крумма, Н.Е. Тихоновой. М.: Весь Мир, 2013. — 400 с.
13. *Ривман Д.В.* Криминальная виктимология. СПб.: Питер, 2002. — 304 с. EDN: TPFKCSX
14. Социально-демографический потенциал России: состояние и перспективы / [Н.П. Толоконская, М.Б. Штарк, С.В. Рязанцев; Под ред. С.В. Рязанцева, АМ. Егорычева, Т.К. Ростовской.] М.: Экон-информ, 2019. — 359 с.
15. *Старков П.Н., Сбродова Н.В.* Проблемы и последствия внутренней миграции трудовых ресурсов из Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов // Human Progress. 2017. Т. 3. № 7 [электронный ресурс]. Дата обращения 28.06.2021. URL: [http://progress-human.com/images/2017/tom3\\_7/Starkov.pdf](http://progress-human.com/images/2017/tom3_7/Starkov.pdf) EDN: ZWRHDP
16. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности / В.А. Ядов. 3-е изд., испр. М.: Омега-Л, 2007. — 567 с.
17. *Тощенко Ж.Т.* Общества травмы и их характеристика // Гуманитарий Юга России. 2020. Т. 9. № 1. С. 30–50. DOI: 10.19181/2227-8656.2020.1.2 EDN: UKXPIN
18. *Тощенко Ж.Т.* Фантомы российского общества. М.: Центр социального прогнозирования и маркетинга, 2015. — 668 с. EDN: TRUIJB
19. *Цикалюк Е.В.* Основные теоретические подходы к осмыслению сущности социального здоровья // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Социологические науки. 2010. № 4 (33). С. 185–190. EDN: MWERVN
20. *Шабунюва А.А.* Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. — 408 с. EDN: QDFWDF
21. *Щербакова Е.М.* В 2007 году уровень преступности в России снижился, но едва ли опустится ниже уровня 2005 года // Демоскоп Weekly. 2007. № 313–314 [электронный ресурс]. Дата обращения 28.06.2021. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0313/barom01.php>
22. *Штомпка П.* Социология социальных изменений / Пер. с англ. под ред. В.А. Ядова. М.: Аспект Пресс, 1996. — 416 с.
23. *Novokmet F., Piketty T., Zucman G.* From soviets to oligarchs: inequality and property in Russia, 1905–2016 // The Journal of Economic Inequality. 2018. Vol. 16. P. 189–223. DOI: 10.1007/s10888-018-9383-0 EDN: YGRSLZ

#### СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

**Морев Михаил Владимирович** — кандидат экономических наук, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки «Вологодский научный центр Российской академии наук» (ФГБУН ВолНЦ РАН)  
**Телефон:** (8172) 59-78-03. **Электронная почта:** 379post@mail.ru

Дата поступления: 29.06.2021.

Research Article

**MIKHAIL V. MOREV**<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Vologda Scientific Center of the Russian Academy of Sciences.  
56a, Gorky st., 160014, Vologda, Russian Federation.

### MODERN RUSSIAN SOCIETY'S SOCIAL HEALTH IN THE DYNAMICS OF DEMOGRAPHIC AND CRIMINAL STATISTICS

**Abstract.** The article is devoted to the analysis of social health trends reflected in the dynamics of individual causes and classes of causes of population morbidity and mortality, as well as in the dynamics of certain types of offenses. The work reviews the period of market transformations and includes data on Russia, federal districts and subjects of the Russian Federation.

The study is based on information from Russian and foreign statistical sources (the Federal State Statistics Service, the database of the World Bank and the World Health Organization).

The author looks at social health as an indicator of society's adaptation to the changing social reality. We emphasize the fact that when analyzing social health it needs to be taken into account that subjective personality traits currently play a greater role than before, which is important when selecting empirical indicators.

Despite the steady decline in the dynamics of most social health indicators over the previous years, Russia has still remained one of the world's leaders when it comes to the spread of a number of social pathologies, including population mortality from homicides and suicides. At the same time the aforementioned problem continues to bear a high degree of latency: according to various estimates, the actual scale on which social illness manifests exceeds by many times whatever is indicated in the official statistical information.

The paper concludes that, as the complex negative consequences of the "chaotic 90's" wane, the problem of social health does not disappear, but instead manifests in different forms. It demands to be studied more closely at the level of public consciousness, social perception and behavior.

**Keywords:** social health; social pathologies; post-Soviet period; social adaptation; morbidity; mortality; crime.

**For citation:** Morev, M.V. Modern Russian Society's Social Health in the Dynamics of Demographic and Criminal Statistics. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2022. Vol. 28. No. 2. P. 26–49. DOI: 10.19181/socjour.2022.28.2.8985

### REFERENCES

1. Avetisyan A.S. Criminological characteristics and analysis of ethnic crime in the Russian Far East. *Territoriya novykh vozmozhnostei. Vestnik Vladivostokskogo gosudarstvennogo universiteta ekonomiki i servisa*. [The territory of new opportunities. Bulletin of the Vladivostok State University of Economics and Service.] 2011. No. 4 (13). P. 173–180. (In Russ.)
2. Val'kova T.V. On reforming the stage of initiation of a criminal case. *Ugolovnyi protsess: ot proshlogo k budushchemu: materialy Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii (Moskva, 21 marta 2014 g.)*. [Criminal process: from the past to the future: materials of the International Scientific and Practical Conference (Moscow, March 21, 2014).] Part 1. Moscow: Akademiya Sledstvennogo komiteta Rossiiskoi Federatsii publ., 2014. P. 99–103. (In Russ.)
3. Gorshkov M.K. On the axiomatic interpretation of the economic factors' impact on economic growth. *Ekonomicheskie i sotsial'nye peremeny: fakty, tendentsii, prognoz*. [Economic and Social Changes: Facts, Trends, Forecast.] 2014. No. 3. P. 45–56. DOI: 10.15838/esc/2014.3.33.4 (In Russ.)
4. Gorshkov M.K. Social Outcomes of the Post-Soviet Transformations. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2019. No. 11. P. 3–17. DOI: 10.31857/S013216250007445-2 (In Russ.)
5. Kozyreva P.M., Smirnov A.I. Russian Citizens' Health Self-assessment Dynamics: Relevant Trends of the Post-Soviet Era. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2020. No. 4. P. 70–81. DOI: 10.31857/S013216250009116-0 (In Russ.)

6. Kozyreva P.M., Smirnov A.I. Professional Self-Identification Specifics and Trends in Post-Soviet Russia. *Sotsiologicheskii Zhurnal = Sociological Journal*. 2021. Vol. 27. No. 1. P. 28–51. DOI: 10.19181/socjour.2021.27.1.7843 (In Russ.)
7. Kozyreva P.M. Social adaptation of the Russian population in the post-soviet period. *Sotsiologicheskie issledovaniya*. 2011. No. 6. P. 24–36. (In Russ.)
8. Kolpina L.V. Social health: definition and mechanisms of influence on individual health: literature review. *Sinergiya*. 2017. No. 2. P. 73–81. (In Russ.)
9. Koroleva E.G. *Obshchaya psikhopatologiya: uchebno-metodicheskoe posobie dlya studentov mediko-psikhologicheskogo fakul'teta*. [General psychopathology: an educational and methodological guide for students of the Faculty of Medicine and Psychology.] Grodno: UO "GrGMU" publ., 2010. 100 p. (In Russ.)
10. Kudryavtsev V. Efficiency of the criminal justice system. *Sotsialisticheskaya zakonnost'*. 1971. No. 7. P. 13–18. (In Russ.)
11. *Nravstvennost' sovremennogo rossiiskogo obshchestva: psikhologicheskii analiz*. [Efficiency of the criminal justice system.] Ed. by A.L. Zhuravlev, A.V. Yurevich. Moscow: Institut psikhologii RAN publ., 2012. 413 p. (In Russ.)
12. *O chem mechtayut rossiiane: ideal i real'nost'*. [What do Russians dream of: the ideal and reality.] Ed. by M.K. Gorshkov, R. Krumm, N.E. Tikhonova. Moscow: Ves' Mir publ., 2013. 400 p. (In Russ.)
13. Rivman D.V. *Kriminal'naya viktimologiya*. [Criminal victimology.] St Petersburg: Piter publ., 2002. 304 p. (In Russ.)
14. *Sotsial'no-demograficheskii potentsial Rossii: sostoyanie i perspektivy*. [Socio-demographic potential of Russia: state and prospects.] [N.P. Tolokonskaya, M.B. Shtark, S.V. Ryazantsev; Ed. by S.V. Ryazantsev, A.M. Egorychev, T.K. Rostovskaya.] Moscow: Ekon-inform publ., 2019. 359 p. (In Russ.)
15. Starkov P.N., Sbrodova N.V. Problems and consequences of labor resources internal migration from the Ural, Siberian and Far Eastern federal districts. *Human Progress*. 2017. Vol. 3. No. 7. Accessed 28.06.2021. URL: [http://progress-human.com/images/2017/tom3\\_7/Starkov.pdf](http://progress-human.com/images/2017/tom3_7/Starkov.pdf) (In Russ.)
16. *Strategiya sotsiologicheskogo issledovaniya. Opisaniye, ob'yasneniye, ponimaniye sotsial'noi real'nosti*. [The strategy of sociological research. Description, explanation, understanding of social reality.] V.A. Yadov. 3rd ed. Moscow: Omega-L publ., 2007. 567 p. (In Russ.)
17. Toshchenko Zh.T. Trauma societies and their characteristics. *Gumanitarnii Yuga Rossii*. 2020. Vol. 9. No. 1. P. 30–50. DOI: 10.19181/2227-8656.2020.1.2 (In Russ.)
18. Toshchenko Zh.T. *Fantomy rossiiskogo obshchestva*. [Phantoms of Russian Society.] Moscow: Tsentri sotsial'nogo prognozirovaniya i marketinga publ., 2015. 668 p. (In Russ.)
19. Tsikalyuk E.V. Basic theoretical approaches to understanding the essence of social health. *Uchenye zapiski Zabaikal'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Sotsiologicheskie nauki*. 2010. No. 4 (33). P. 185–190. (In Russ.)
20. Shabunova A.A. *Zdorov'e naseleniya v Rossii: sostoyaniye i dinamika: monografiya*. [Health of the population in Russia: condition and dynamics: the monograph.] Vologda: ISERT RAN publ., 2010. 408 p. (In Russ.)
21. Shcherbakova E.M. In 2007, the crime rate in Russia was declining, but it is unlikely to fall below the level of 2005. *Demoskop Weekly*. 2007. No. 313–314. Accessed 28.06.2021. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0313/barom01.php> (In Russ.)
22. Shtompka P. Sociology of social change. [Russ. ed.: *Sotsiologiya sotsial'nykh izmenenii*. Transl. from Eng.; Ed. by V.A. Yadov. Moscow: Aspekt Press publ., 1996. 416 p.]
23. Novokmet F., Piketty T., Zucman G. From soviets to oligarchs: inequality and property in Russia, 1905–2016. *The Journal of Economic Inequality*. 2018. Vol. 16. P. 189–223. DOI: 10.1007/s10888-018-9383-0

#### INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

**Mikhail V. Morev** — Candidate of Economic Sciences, Vologda Scientific Center of the Russian Academy of Sciences. **Phone:** (8172) 59-78-03. **Email:** 379post@mail.ru

Received: 29.06.2021.