

МАССОВЫЕ ОПРОСЫ, ЭКСПЕРИМЕНТЫ, МОНОГРАФИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

А.Ю. МЯГКОВ, С.В. ЕРОФЕЕВ

САМОУБИЙСТВА В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ: АНАЛИЗ ВРЕМЕННЫХ ТРЕНДОВ

Ивановская область, некогда крупнейший центр текстильной промышленности и машиностроения нашей страны, сегодня — один из наиболее бедных и неблагополучных регионов России. В последние годы область неизменно находится в самом конце списка из 89 субъектов РФ по уровню доходов, потребления и ожидаемой продолжительности жизни. Более половины ее населения живет за чертой бедности. Крайне неблагоприятной остается и демографическая ситуация: численность населения продолжает сокращаться. Естественная убыль на протяжении ряда лет составляет 2,0–2,2% в год, смертность превышает рождаемость примерно в 2,5 раза, а в некоторых городах и районах — в 3,5–4 раза [16, 20]. Ивановский регион занимает сегодня одно из первых мест в Центральном федеральном округе РФ по уровню убийств и количеству алкозависимых людей, лидирует по показателям подростковой преступности.

Поскольку самоубийства являются одним из важнейших индикаторов социального благополучия/неблагополучия общества, следить

Мягков Александр Юрьевич — доктор социологических наук, профессор, заведующий кафедрой социологии Ивановского государственного энергетического университета. **Адрес:** 153548 Иваново, ул. Рабфаковская, д. 34. корп. А, к. 341, ИГЭУ. **Телефон:** (4932) 38–57–69. **Факс:** (4932) 38–57–56. **Электронная почта:** myagkov@rambler.ru, socio@sociol.ispu.ru

Ерофеев Сергей Владимирович — доктор медицинских наук, заведующий кафедрой судебной медицины, медицинского права и биоэтики Ивановской государственной медицинской академии, начальник бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области. **Адрес:** 153003 Иваново, ул. Парижской Коммуны, д. 5. **Телефон:** (4932) 38–63–31. **Факс:** (4932) 38–63–31. **Электронная почта:** shishkinuu@rambler.ru

за уровнем и меняющимися образцами суицидальности — важная научно-практическая задача. Между тем научный анализ суицидальной ситуации требует отказа от традиционного исследовательского формата. В отличие от западной социальной науки, где изучаются разные формы суицидального поведения (намерения, угрозы, попытки, фатальные самоубийства) [23, 34, 36, 37], в отечественной социологии подавляющее большинство работ выполнено на материале завершенных суицидов. Исследования самопокушений в последние годы, за редким исключением [13, 14], не проводятся. Это крайне затрудняет сравнение завершенных и незавершенных самоубийств, выявление их специфических черт и особенностей. Кроме того, партикулярный и разновременный анализ этих форм суицидального поведения не позволяет увидеть точки их взаимного соприкосновения, рассматривать самоубийства в рамках единого динамического континуума самодеструктивности.

Эмпирическая база и методы исследования

Изучение суицидальной ситуации и региональных паттернов самоубийств проводилось нами на основе двух массивов эмпирических данных. При анализе структуры и динамики незавершенных суицидов мы опирались на материалы Ивановской городской станции «Скорой помощи», которые представляют собой статистику экстренных вызовов в связи с суицидальными попытками, совершенными в областном центре с января 2000 г. по декабрь 2005 г. Данные были систематизированы и обработаны с помощью программно-аналитического комплекса SPSS¹. В исследовании фиксировались демографические характеристики суицидентов, временные параметры самоубийств, способы их совершения и алкогольная переменная.

Источником информации об уровнях и временных вариациях самопричиненных смертей выступали данные суицидальной статистики Ивановского областного бюро судебно-медицинской экспертизы за 1990–2005 гг. В качестве основного аналитического инструмента в нашем исследовании использовались индексы суицидальности, традиционно применяемые в мировой исследовательской практике при изучении уровня и динамики самоубийств. Они представляют собой стандартизированные показатели, характеризующие количество самоубийств, приходящееся на 100 тыс. населения за определенный год и рассчитываются по формуле [21, р. 206]:

$$R = \frac{S}{P} \cdot 100000,$$

¹ Авторы признательны канд. социол. наук, доценту И.В. Журавлевой и аспиранту Е.Ю. Смирновой за участие в работе по созданию электронной базы незавершенных самоубийств за 2000–2005 гг.

где S — общее число случаев самоубийств (суицидальных попыток), произошедших в течение года, или их среднегодовое число;

P — численность населения в исследуемой совокупности.

При расчетах R для различных гендерных и возрастных групп количество суицидов нормировалось по отношению к общей численности соответствующих категорий. Индексы самоубийств рассчитывались с учетом официальной статистики населения города и области.

Суицидальная ситуация в регионе

Уровни и динамика самоубийств. Анализ регистрационных записей, внесенных в базу городской станции «Скорой помощи», показывает, что за последние шесть лет в Иваново произошло в общей сложности 3245 самоубийств, не завершившихся смертью суицидентов. Более половины из них — 1656 (51,0%) — совершены молодыми людьми в возрасте от 14 до 29 лет, 1561 (48,1%) — представителями старших возрастных категорий и 28 (0,9%) — детьми и подростками, не достигшими 14-летнего возраста. Среди лиц, пытавшихся покончить с собой, 51,3% (1666 чел.) составляют мужчины и 48,7% (1579 чел.) — женщины.

Кроме того, по данным Ивановского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, за тот же период в городе было зафиксировано 1397 случаев самоубийств со смертельным исходом, а в Ивановской области в целом — 3393 случая. Соответствующие расчеты показывают, что в Иваново индекс суицидальности по завершённым самоубийствам (на 100 тыс. городского населения) за 2000–2005 гг. в среднем составил 53,5 (в Ивановской области — 48,3), а по суицидальным попыткам — 124,2 (табл. 1).

Таблица 1

Соотношение завершённых и незавершённых самоубийств в Иваново, 2000–2005 гг., абс. числа и индексы

Тип самоубийств	Годы						В среднем за период
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Завершённые самоубийства:							
Общая численность	285	265	248	216	169	214	233
Индексы	62,4	58,6	57,4	50,2	39,8	51,2	53,5
Незавершённые самоубийства:							
Общая численность	474	564	549	543	583	532	541
Индексы	103,9	124,7	127,2	126,2	137,4	127,2	124,2
Коэффициенты соотношения	1,66	2,13	2,21	2,51	3,45	2,49	2,32

Это, безусловно, высокие показатели, хотя их строгая оценка в сравнении с другими регионами нашей страны за сопоставимый период крайне затруднительна из-за отсутствия соответствующей информации. Заметим лишь, что уровень фатальных самоубийств в Иваново в эти годы превышал общероссийский показатель почти в

1,5 раза. Можно предположить, что подобное соотношение сохраняется и по незавершенным суицидам. По критериям Всемирной организации здравоохранения, коэффициент суицидальности, превышающий 20 пунктов, считается высоким [15, с. 71]. В Ивановской области в обследуемый период этот уровень был превзойден более чем в 2,4 раза, а в областном центре — почти в 2,7 раза.

Анализ суицидальной статистики в более длительной ретроспективе позволяет заметить два крупных всплеска самоубийств в Ивановской области. Первый из них начался в 1992 г., достиг своего максимума в 1995 г. и был реакцией на те шокотерапевтические мероприятия в социально-экономической сфере, которые проводились в этот период российским руководством. Второй пришелся на 1999 г. и явился очевидным следствием финансовых потрясений, связанных с дефолтом 1998 г. Около 80% жителей области тогда имели доходы ниже официально установленного прожиточного минимума, а уровень безработицы был одним из самых высоких в России и составлял почти 19% [16, с. 141]. Этим объясняется пик самоубийств, отчетливо наблюдаемый на тренде, характеризующем динамику завершенных суицидов за 1997–2005 гг. (табл. 2).

Таблица 2

Индексы завершенных самоубийств в Ивановской области и Российской Федерации, 1997–2005 гг.

Годы	Распределение индексов по территориям			
	Иваново	Другие города и районы области	Ивановская обл. в целом	Российская Федерация*
1997	—	—	51,9	37,5
1998	56,3	50,0	52,3	35,3
1999	68,8	54,3	59,7	39,2
2000	62,4	50,6	55,1	39,1
2001	58,6	50,2	53,3	39,5
2002	57,4	50,0	51,9	38,4
2003	50,2	42,2	45,3	36,1
2004	39,8	41,0	40,9	34,3
2005	51,2	37,6	43,3	—

* Источник: [16, с. 127].

Рост числа суицидальных смертей, отмечавшийся в самом конце 1990-х годов, в областном центре оказался более внушительным, чем в городах и районах Ивановской области, а также по Российской Федерации в целом. Индекс самоубийств в Иванове тогда в 1,8 раза превышал среднероссийский показатель [16, с. 127] и был в 3,5 раза выше, чем в Санкт-Петербурге [7, с. 27].

С 2000 г. в городе и области начинается постепенный спад суицидальной активности, продолжавшийся вплоть до 2004 г., однако уже в 2005 г. наблюдается новый, хотя и не столь значительный, скачок — до

уровня 2003 г. Эти тенденции хорошо согласуются с суицидальной динамикой, характерной для страны в целом, где аналогичные спады и подъемы происходили примерно в те же временные периоды.

Если количество фатальных самоубийств на протяжении последних шести лет постепенно снижалось, то для незавершенных суицидов была характерна иная тенденция. Между тем говорить о сколько-нибудь выраженной поступательной динамике их уровня за обсуждаемый период вряд ли возможно, поскольку индексы незавершенных самоубийств по годам распределяются неравномерно. Наиболее заметный рост числа самопокушений наблюдался в 2004 г. (высоком), однако через год последовал небольшой, но весьма закономерный спад до уровня трех предыдущих лет (табл. 1). Вместе с тем, если сравнивать нынешний показатель суицидальной активности с базовым (2000 г.), то тенденция к росту (на 22,4%) становится очевидной.

Соотношение завершенных и незавершенных самоубийств. В современной социологической литературе имеются разные оценки численного соотношения завершенных и незавершенных суицидов. Дж. Манн, например, считает, что на один фатальный суицид сегодня в мире приходится в среднем 20–30 суицидальных попыток [12]. По данным французских исследователей, для юношей в возрасте от 15 до 24 лет это соотношение составляет 1:25, а для девушек той же группы — 1:160 [26, р. 59]. Однако большинство специалистов оценивают интересующую нас пропорцию более сдержанно — как 1:10 [32, р. 23].

Между тем результаты нашего исследования совершенно не согласуются с этими оценками. В Иваново в среднем за шестилетний период соотношение завершенных и незавершенных самоубийств составило 1:2,33, при этом превышение числа суицидальных попыток варьировалось от 1,66 в 2000 г. до 3,45 в 2004 г. (табл. 1).

Логично предположить, что наблюдаемое рассогласование связано, прежде всего, с сильным занижением численности суицидальных самопокушений по причине их высокой латентности, стигматизации и трудностей в точной идентификации. Такого рода опасения действительно имеют определенные основания. По сообщению зарубежных исследователей, в связи с высокой стигматизированностью самоубийств родственники суицидентов нередко пытаются представить произошедшее как трагическое стечение обстоятельств. В результате на каждую официально зарегистрированную попытку суицида может приходиться еще одна неучтенная. Кроме того, ошибки диагноза также скрывают истинные масштабы суицидального поведения, увеличивая смещения в статистических данных еще на 14% [26, р. 56-57].

Однако аналогичные проблемы, как свидетельствуют специалисты, существуют и при учете завершенных суицидов. «Официальная суицидальная статистика, — пишет К. Хаутон, — не в состоянии репрезентировать истинную случаемость самоубийств» [26, р. 15-16].

Под давлением родственников погибших эксперты нередко относят самоубийства к разряду смертей по «неустановленным причинам» или к категории «несчастных случаев» [31, р. 24; 26, р. 18]². Субъективные ошибки при вынесении вердиктов также не исключаются. В результате публикуемые сведения о численности фатальных суицидов в США и Шотландии занижены примерно на треть, а в Ирландии — в 4 раза [26, р. 16]. В молодежной группе, по оценке Дж. Розенблата, удастся зафиксировать лишь одно из двух-трех реально совершаемых самоубийств [32, р. 23]. Согласно данным, приводимым Г.И. Десятковой, недоучет самоубийств в российских регионах составляет не менее 13% [8, с. 20].

Главная проблема состоит не в слабостях региональной статистики самопокушений (хотя они, безусловно, имеются), а в непригодности приведенных выше экспертных оценок для анализа суицидальной ситуации в России. Даже если допустить, что число нефатальных суицидов в Иванове занижено на 214%, а фатальных — лишь на 13%, то ожидаемого соотношения, как показывают расчеты, мы не получим. Диспропорция, конечно, возрастет (до 4,7 раз), но при этом превышение не достигнет предсказываемого десятикратного уровня. Возможно, соотношение 1:10 точно соответствует реалиям США с их относительно невысоким индексом завершенных самоубийств, но оно ни в коей мере не отражает положения дел в нашей стране, где уровень суицидальности почти в 3 раза превышает аналогичный американский показатель.

Алкогольные суициды. Судебно-медицинская статистика по завершенным суицидам свидетельствует, что уровень самоубийств, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения в рассматриваемом регионе на протяжении многих последних лет, был очень высоким. Если в 1990 г. в среднем по России удельный вес алкогольных суицидов оценивался примерно в 30% [2], а в Пермской области составлял 35,3% [8, с. 8, 10], то в Ивановской области он вплотную подходил к

² По данным судебно-медицинской статистики, удельный вес смертей по невыясненным причинам, относимых обычно к категории РСНУ (род смерти не установлен), в Ивановской области в последние годы неуклонно возрастал. За девятилетний период он увеличился почти в 3 раза (с 4,4% в 1997 г. до 11,7% в 2005 г.). Вместе с тем коэффициент, характеризующий отношение числа смертей с неясной этиологией к общему числу самоубийств, в настоящее время вплотную приблизился к единице. Если в 1997 г. он составлял лишь 0,5, то в 2005 г. — уже 0,95. Это значит, что количество случаев, квалифицируемых как РСНУ, почти сравнялось с числом официально зарегистрированных суицидов. Учитывая эти данные, вряд ли можно согласиться с мнением Я. Гилинского и Г. Румянцевой о низкой латентности завершенных самоубийств [4].

50%-й отметке. В течение всего постперестроечного периода этот показатель неуклонно возрастал (1991 г. — 53,1%, 1998 г. — 62,5%, 1999 г. — 65,6%, 2000 г. — 69,5%). К 2002 г. он достиг своего максимума (72,1%), а в последние годы стабилизировался на уровне 65%. При этом в малых городах области ситуация в этом плане всегда была значительно хуже, чем в областном центре. В некоторых из них в 2002 г., например, удельный вес самоубийств, сопряженных с алкоголем, достигал 80–85 и даже 90%.

По данным «Скорой помощи», уровень алкогольных самопокушений также весьма высокий. В среднем за рассмотренные шесть лет он составил 41%, варьируясь в отдельные годы от 38% до 47%.

Образцы гендерной структуры весьма типичны для такого рода суицидов. Среди суицидентов, у которых после совершения попытки самоубийства в крови был обнаружен алкоголь, по-прежнему доминируют мужчины. Между тем в последние годы их удельный вес постепенно снижается (с 61% в 2000 г. до 56% в 2005 г.), а доля женщин немного растет (с 39% до 44% соответственно). Феминизация алкогольных самопокушений — очень тревожная, хотя и не новая для рассматриваемого региона тенденция [13, с. 90].

Таблица 3

Удельный вес алкогольных самопокушений в разных возрастных группах суицидентов, 2000–2005 гг., %

Возрастные группы	Годы						В среднем за период
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
11–13 лет	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
14–19 лет	23,1	25,0	33,0	32,7	43,8	40,7	33,7
20–29 лет	49,6	44,4	55,3	48,5	56,2	48,4	50,6
30–39 лет	45,3	48,6	54,6	47,6	46,3	34,6	46,1
40–49 лет	44,4	47,1	49,2	31,4	43,5	37,5	41,9
50–59 лет	20,0	35,1	29,2	48,6	47,2	18,6	33,2
60–69 лет	18,2	9,5	12,9	15,8	30,4	25,0	18,2
70–90 лет	15,4	8,7	0,0	12,0	9,1	8,7	8,5
Все суициденты	38,9	38,7	43,0	39,4	47,2	38,0	41,0

Процесс алкоголизации суицидального поведения характерен сегодня для многих возрастных категорий (см. табл. 3). Однако наиболее интенсивно он протекает в молодежной среде. В группе 20–29-летних суицидентов в среднем каждая вторая попытка самоубийства совершается на фоне употребления алкоголя, а среди подростков и юношей в возрасте 14–19 лет — каждая третья. Между тем, если в первой из указанных групп удельный вес алкогольных суицидов в последние годы остается относительно стабильным, то во второй — неуклонно растет. Лишь за несколько лет нового столетия он увеличился почти вдвое.

Демографические проекции самоубийств

При изучении самоубийств важнейшими показателями являются пол и возраст. Их анализ, по мнению Д. Лестера, позволяет увидеть, как социальные структуры общества влияют на суицидальное поведение (цит. по: [24, p. 110]).

Гендерные образцы суицидальности. Из классической работы Э. Дюркгейма известно, что мужчины подвержены более высокому суицидальному риску, чем женщины [9]. Современные исследования показывают, что данные образцы остаются неизменными и по сей день, демонстрируя тем самым «высокую кросскультурную и историческую стабильность» [25, p. 553]. В наиболее развитых странах Европы и Америки, а также в Австралии и Южной Корее соотношение индексов фатальных самоубийств среди мужчин и женщин составляет сегодня 3:1, в Японии — примерно 2:1 [25, p. 569-571; 6, с. 133–134; 28, p. 317]. В нашей стране мужская сверхсуицидальность выражена еще более отчетливо: по числу завершенных суицидов мужчины превосходят женщин в среднем в 5 раз, а по отдельным возрастным группам (например, 25–29 и 30–39-летних) — в 7–8 раз [4; 8, с. 8].

Что же касается самопокушений, то здесь, как принято считать, ситуация принципиально иная. По данным ряда зарубежных исследований, женщины совершают попытки самоубийств примерно в 3 раза чаще, чем мужчины [32, p. 24]. При этом в разных возрастных группах количественные параметры этого соотношения могут меняться. Если среди подростков, по разным данным, число женских самопокушений превышает число мужских в 3–9 раз, то в старших возрастных категориях — в 1,5–2 раза [26, p. 61].

В отечественной социологии точные данные относительно обсуждаемой пропорции не приводятся. Однако исследователи единодушны во мнении, что ситуация в России не противоречит европейским и общемировым образцам [1, с. 58; 4; 8, с. 13]. Между тем эта точка зрения не подтверждается результатами нашего исследования. Статистика вызовов экстренной медицинской помощи в связи с суицидальными действиями свидетельствует, что в целом по обследованному контингенту мужчины совершают попытки самоубийств даже несколько чаще, чем женщины.

Соотношение мужских и женских суицидов в общей структуре незавершенных самоубийств, произошедших в городе в 2000–2005 гг., составляет 51,3:48,7% при удельном весе мужского населения 44,3%. Указанная тенденция отчетливо просматривается и при сравнении стандартизированных показателей в гендерных группах: средние индексы суицидальности у мужчин на треть выше, чем у женщин. Анализ статистических данных в динамике также не обнаруживает свидетельств нарушения этой закономерности: на протяжении всех шести лет исследования индексы самоубийств среди мужчин превышают соответствующие показатели для женщин в 1,2–1,6 раза (табл. 4).

Таблица 4

Индексы незавершенных самоубийств для мужчин и женщин в Иваново, 2000–2005 гг.

Гендерные группы	Годы						В среднем за период
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	
Мужчины	122,7	139,0	139,9	142,0	175,0	145,9	143,6
Женщины	88,4	113,2	117,1	113,6	107,8	112,6	108,6
Соотношение	1,388	1,228	1,195	1,250	1,623	1,296	1,322

Судя по данным медицинской статистики, отмечаемый в литературе феномен женской сверхсуицидальности характерен, пожалуй, лишь для категории детей и младших подростков: девочки в возрасте 11–13 лет совершали попытки самоубийств в среднем в 2,6 (а в отдельные годы — в 5–6) раза чаще, чем мальчики.

В молодежной группе (14–29 лет) эта диспропорция практически полностью исчезает. Она слегка просматривается лишь до 2004 г., а затем и вовсе сходит на нет. В результате индексы самоубийств в обеих гендерных группах выравниваются. В старших возрастных когортах (от 30 лет и старше) ситуация кардинально меняется: заметно большую суицидальную активность демонстрируют мужчины. Соотношение уровней самоубийств здесь составляет 1,65:1. В целом же, по всей совокупности случаев выявленная картина не соответствует известным российским и общемировым тенденциям (табл. 5).

Возрастные вариации самоубийств. Судя по данным медицинской статистики, минимальный возраст суицидентов в обследуемый период в г. Иваново составил 11 лет, а максимальный — 90 лет. Попыток суицида среди детей более раннего возраста за последние шесть лет в городе не зафиксировано. Эти данные совпадают с результатами ряда других региональных исследований [17, с. 88; 7, с. 27]³ и позволяют предположить, что выявленная нами ситуация в этом отношении весьма типична для современной России в целом. Между тем зарубежные исследователи давно фиксируют неуклонное снижение нижней границы суицидальности. Так, например, К. Пфедфер и ее коллеги сообщают о 5 пациентах в возрасте от 6 до 11 лет, наблюдавшихся в одной из психиатрических клиник Нью-Йорка в связи с неудавшейся попыткой самоубийства [35]. П. Розенталь и С. Розенталь пишут о 16 известных им суицидентах, не достигших пятилетнего возраста. Они же описывают уникальный в мировой практике случай, когда попытку суицида совершила девочка в возрасте двух с половиной лет [33]. Вполне очевидно, что подобные случаи в раннем детском

³ В.О. Юшковский и его коллеги, например, отмечают, что, по данным их исследования, «в Ленинградской области самоубийства у детей в возрасте до 10 лет отсутствуют» [17, с. 88].

Таблица 5

Индексы незавершенных самоубийств в различных гендерных и возрастных группах, 2000–2005 гг.

Годы	Дети и подростки (11–13 лет)			Молодежь (14–29 лет)			Старшие группы (30–90 лет)		
	Всего	Мальчики	Девочки	Всего	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины
2000	10,7	10,5	10,9	216,1	211,7	220,4	80,8	111,9	55,3
2001	34,6	26,8	42,8	255,7	256,6	254,8	104,0	130,0	86,2
2002	48,4	13,4	85,6	256,6	252,9	260,2	97,6	119,8	82,4
2003	41,5	13,4	71,3	243,9	238,0	247,7	101,4	130,0	81,7
2004	38,2	29,5	47,5	286,0	313,9	259,0	102,2	148,5	70,6
2005	22,9	14,7	31,7	256,3	264,8	248,1	95,7	118,6	80,2
В среднем за период	31,7	17,6	46,7	252,1	255,9	248,3	96,7	126,2	76,4

Таблица 6

Индексы незавершенных самоубийств для различных возрастных групп, 2000–2005 гг.

Годы	Возрастные группы										
	11–13	14–16	17–19	20–24	25–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80–90
2000	10,7	150,2	228,9	226,9	233,8	126,1	98,1	55,9	52,1	29,6	62,5
2001	34,6	178,6	257,2	272,9	282,4	182,0	131,4	69,4	46,2	47,8	92,3
2002	48,4	137,8	302,3	300,7	248,3	162,0	92,1	90,0	68,2	62,8	34,6
2003	41,5	158,2	315,9	247,8	242,1	172,0	129,9	69,4	41,8	51,0	103,8
2004	38,2	176,2	352,7	302,0	286,6	181,0	142,5	63,7	54,1	25,5	33,5
2005	22,9	165,2	270,6	277,8	274,0	179,4	99,1	76,1	37,6	47,8	89,4
В среднем за период	31,7	160,8	288,1	271,3	260,8	166,0	115,1	70,8	50,1	44,1	69,2

возрасте пока еще довольно редки, к тому же большинство из них сегодня квалифицируются врачами как «несчастные случаи». Однако не исключено, что тенденция к еще более резкому омоложению суицидов будет обнаружена и в России.

Самой уязвимой в суицидальном отношении является молодежная когорта от 14 до 29 лет (табл. 5). При очень высоком уровне самоубийств здесь наблюдается и весьма устойчивая отрицательная динамика. Индекс суицидальности среди молодежи сегодня превышает общегородской показатель более чем в 2 раза, при этом за последние шесть лет он увеличился на 19%.

Среди детей в возрасте от 11 до 13 лет наиболее интенсивный рост суицидальной активности (в 4,5 раза) наблюдался в период с 2000 г. по 2002 г., однако начиная с 2003 г. волна самопокушений в этой группе постепенно пошла на спад.

Среди людей старших возрастов (30–90 лет) индексы самоубийств сегодня заметно ниже, чем у молодежи, но тенденция к их росту по сравнению с базовым 2000 г. также просматривается (+18,4%). Разукрупнение этой очень широкой группы на более мелкие субкатегории показывает, что увеличение интенсивности самоубийств здесь произошло, прежде всего, за счет лиц в возрасте 70–79 лет (+61,5%), 80–90 лет (+43,0%), 30–39 лет (+42,3%) и 50–59 лет (+36,1). У 40-летних отмечалась нулевая динамика, а у 60-летних — нисходящая (–27,8%) (табл. 6). Регистрационные данные Ивановской городской станции «Скорой помощи» за 2000–2004 гг. позволили рассчитать стандартизированные коэффициенты незавершенных самоубийств для 16 возрастов в границах молодежной группы (табл. 7).

Таблица 7

Индексы незавершенных самоубийств в различных возрастных когортах молодежи, 2000–2004 гг.

Возраст	2000	2004	Прирост, %	Возраст	2000	2004	Прирост, %
14	174,3	183,3	+ 5,2	22	217,2	337,1	+ 55,2
15	97,5	116,0	+ 19,0	23	233,9	269,7	+ 15,3
16	195,0	231,9	+ 18,9	24	200,5	296,7	+ 48,0
17	308,8	478,3	+ 54,9	25	186,2	535,4	+187,5
18	162,5	333,4	+105,2	26	242,0	141,7	– 41,5
19	178,7	246,4	+ 37,9	27	298,0	283,5	– 4,9
20	367,3	337,1	+ 26,1	28	279,3	252,0	– 9,8
21	284,0	269,7	– 5,0	29	279,3	220,5	– 21,1

Анализ результатов показывает, что самой суицидогенной на сегодняшний день является группа 25-летних, имеющая наивысший индекс самоубийств, в 4,3 раза превышающий средний по городу. Очень тревожные показатели зафиксированы также у молодых людей в возрасте 17-ти, 18-ти, 20-ти и 22 лет. В этих же когортах в указанный период наблюдался и беспрецедентный рост суицидальной активности. Так, уровень незавершенных самоубийств среди 18-летних

ивановцев увеличился более чем в 2 раза, а среди 25-летних — почти в 3 раза. У лиц в возрасте 26–29 лет, напротив, отмечается позитивная динамика: число суицидальных актов за последние несколько лет здесь заметно сократилось.

В целом полученные нами данные свидетельствуют о продолжающемся процессе омоложения незавершенных самоубийств. Если в 2000 г. средний возраст суицидентов приближался к 34 годам, то к 2005 г. он составил 32 года.

Согласно исследованиям Я.И. Гилинского и его коллег, в Санкт-Петербурге в конце 1980-х годов коэффициент суицидальных попыток, рассчитываемый как частное от деления доли суицидентов в исследуемой группе на долю той же группы в населении города, для молодежи в возрасте 20–24 года был равен 1,7, а для лиц старше 60 лет — 0,7 [7, с. 24]. По нашим данным, в 2005 г. в Иванове эти показатели составляли 2,2 и 0,37 соответственно. Это подтверждает выявленную ранее тенденцию к дальнейшему усилению молодежной сверхсуицидальности.

Модели возрастного распределения суицидов. Судя по общероссийским и региональным данным, возрастное распределение фатальных суицидов в нашей стране носит бимодальный характер и имеет два выраженных пика, охватывающих, соответственно, группы среднего (40–49 лет) и пожилого (старше 70 лет) возраста⁴ [1, с. 58; 7, с. 24, 26; 8, с. 8]. По мнению Л.Г. Магурдумовой, незавершенные самоубийства также подчиняются этой закономерности. «С возрастом, — пишет она, — количество суицидальных попыток увеличивается. Особенно высокие показатели покушений приходится на возраст 55–65 лет и старше — от 40 до 60%» [11, с. 141]. Результаты нашего исследования не подтверждают этот вывод. Анализ среднегодовых индексов показывает, что для самопокушений характерен иной, «нисходящий» тип суицидальности. Максимальные уровни самоубийств наблюдаются в молодежных когортах (17–29 лет), а начиная с 30-летнего возраста они монотонно снижаются и не образуют второго пика (см. рис.).

Во многих эмпирических работах зафиксирована тесная зависимость индексов самоубийств от уровня экономического развития страны и ее отдельных регионов [10, с. 103–104], материального благосостояния населения [38, р. 91] и глубины социально-экономического неравенства в обществе [27, р. 442–443; 24, р. 112, 114]. Однако, как показали в своем исследовании П. Маккол и К. Лэнд, все эти «структурные» факторы

⁴ В отечественной литературе сведения относительно нижней границы «пика инволюции» заметно различаются. Одни авторы связывают ее с 60-летним [1, с. 58], другие — с 75-летним возрастом [7, с. 24]. Л.З. Трегубов и Ю.Р. Вагин относят начало данного пика к 45–50 годам, а окончание — к 65–70 годам [19, с. 22].

«дифференцированно влияют на людей, находящихся на разных стадиях жизненного цикла» [30, р. 60]. Депрессивная экономика, низкий уровень жизни и высокая дифференциация доходов населения сильнее всего сказываются на представителях молодежной когорты, порождая у них глубокий «разрыв между нормативными притязаниями... и средствами их реализации», усиливая аномические тенденции и способствуя тем самым росту суицидальной активности в этой группе [30, р. 61, 76, 78].

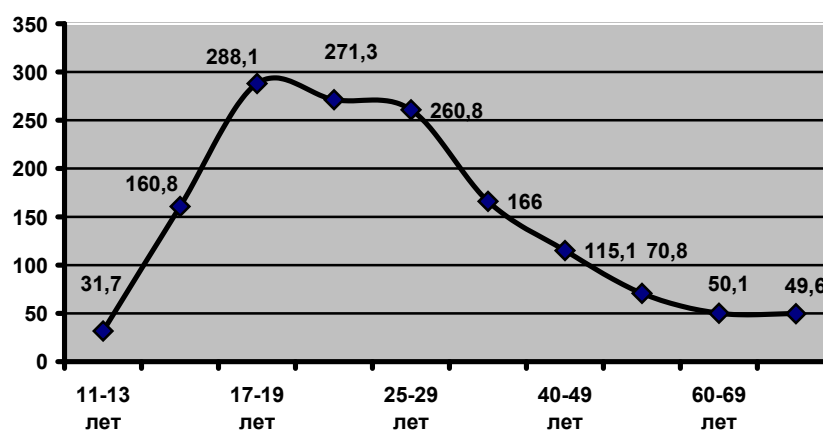


Рис. Возрастное распределение незавершенных самоубийств, *индексы*

Согласно исследованиям К. Жирара, большинство экономически развитых стран устойчиво демонстрируют либо «восходящую», либо «конвексную» (параболическую) модели суицидальности, в соответствии с которыми риск суицидов неуклонно повышается с возрастом, достигает максимума в период расцвета профессиональной карьеры, а иногда продолжается и далее, вплоть до отметки в 75 лет⁵. В модернизирующихся странах, имеющих средний уровень экономического развития, но при этом еще сохраняющих прежние социальные структуры и сильное влияние институтов родства, наблюдается «бимодальный» тип возрастного распределения. Пиковые уровни самоубийств здесь приходятся на когорты в 15–34 года и в 75 лет и старше. «Нисходящий» паттерн самоубийств с максимумом суицидальной активности в возрасте от 15 до 34 лет и последующим ее снижением в старших возрастных группах характерен, прежде всего, для развивающихся стран со слабой экономикой, низкими ВВП и уровнем жизни населения, традиционной системой ценностей и патриархальным жизненным укладом [25, р. 555–559].

⁵ Последующие эмпирические исследования подтвердили релевантность этих моделей для США [28, р. 321] и Японии [22, р. 249].

Эти выводы, касающиеся социальной локализации указанных моделей, с одной стороны, еще раз свидетельствуют в пользу известного тезиса о социальной природе самоубийств, а с другой — не оставляют сомнений в истинных причинах повышенной самодеструктивности в рассматриваемом регионе. Полуразрушенная экономика и отсталая социальная инфраструктура, слабые рыночные механизмы и низкий уровень жизни людей, острый дефицит современных рабочих мест и отсутствие у молодежи возможностей для профессиональной самореализации, узость среднего класса и высокая доля депривированных слоев населения — таковы основные факторы, создающие социально-экономическую базу для неспадающей волны суицидальной активности в Ивановской области. Продолжающийся рост самоубийств — это та цена, которую мы до сих пор вынуждены платить за нецивилизованные формы перехода к капитализму.

Методы самоубийств

Завершенные суициды. Для фатальных самоубийств, как отмечает в специальной литературе, характерно использование насильственных и высоко летальных методов и средств. Поэтому в их видовой структуре обычно доминируют самоповешения, смертельные ранения холодным и огнестрельным оружием, падения с высоты и др. при сравнительно небольшом проценте отравлений [4; 8, с. 10]. Имеющиеся в нашем распоряжении статистические данные свидетельствуют, что поведенческие образцы завершенных суицидов в Ивановской области практически не отличаются от тех, которые зафиксированы в предыдущих региональных и общероссийских исследованиях (табл. 8).

Таблица 8

Структура завершенных самоубийств в Ивановской области, 1998–2005 гг., %

Способы самоубийств	Годы						В среднем за период
	1998	1999	2000	2002	2004	2005	
Падения с высоты	3,4	4,3	4,8	3,7	5,4	1,9	4,0
Ранения холодным оружием	4,0	2,3	1,8	3,7	5,4	6,0	3,6
Огнестрелы	3,5	1,9	3,0	3,4	2,8	2,9	2,9
Самоповешения	80,6	80,7	82,4	82,0	83,3	83,8	82,0
Отравления	7,9	7,1	6,7	4,7	2,4	4,3	5,8
Прочие	0,6	3,7	1,3	2,6	0,6	1,0	1,8

На протяжении многих лет самоповешения занимают первое место в структуре самоубийств, причем их доля в общей массе суицидальных действий, похоже, растет, в то время как удельный вес отравлений постепенно снижается. В последние годы участились случаи применения холодного оружия в суицидальных целях. Относительная численность других видов самоубийств, включая огнестрельные ранения, пока остается без существенных изменений.

Анализ судебно-медицинской статистики позволяет увидеть некоторые различия в способах суицидального поведения в зависимости от места жительства индивидов. В крупных городах чаще происходят самоотравления, а также случаи, когда люди убивают себя, выбрасываясь из окон многоэтажных домов. Самоубийства с использованием огнестрельного оружия более распространены в малых городах, близких по своим характеристикам к сельской местности (табл. 9). Так, например, в 2004 г. на два самых крупных города Ивановской области (Иваново и Кинешму) приходилось 80% всех совершенных падений с высоты. В областном центре удельный вес этого вида самоубийств составил около 8%, а в Кинешме — 12%, в то время как во всех остальных городах и районах он не превысил 2%. С другой стороны, в 2005 г. в Иваново на долю огнестрелов приходилось лишь 2,8% всех совершенных там самоубийств, а в провинциальном городе Юже — 7,4%.

Таблица 9

Виды самоубийств по способам совершения в различных типах населенных пунктов Ивановской области (в среднем за 1998–2005 гг.), %

Способы самоубийств	Крупные города	Средние города	Малые города
Падения с высоты	6,0	1,6	1,7
Ранения холодным оружием	3,8	3,3	3,4
Огнестрелы	2,5	2,5	3,9
Самоповешения	77,7	86,0	86,9
Отравления	7,8	5,3	2,7
Прочие	2,2	1,3	1,4

Традиционный образ жизни людей и социально-бытовые условия, характерные для различных типов местности, определяют и выбор средств, используемых для совершения суицидов.

Незавершенные суициды. По способам добровольного прерывания жизни незавершенные самоубийства существенно отличаются от завершенных. Совокупный анализ всех случаев суицидальных попыток, произошедших в городе за последние шесть лет, показывает, что отравления, и в первую очередь медикаментозные, выступают наиболее распространенным способом самопокушений практически во всех возрастных категориях суицидентов. Они полностью доминируют у детей и подростков и лишь в группе 20-летних чуть отходят на второй план, уступая первенство «фокальным суицидам»⁶.

Эти выводы, особенно по детско-подростковой группе, хорошо согласуются с результатами многих исследований незавершенных самоубийств, проведенных в Швеции, США, Великобритании и других странах мира. Однако они не являются универсальными, а, скорее

⁶ Термин «фокальный суицид», означающий умышленное самокалечение, принадлежит Ч. Нейрингеру [18, с. 60].

всего, отражают западные образцы суицидального поведения. Между тем К. Сатхивати в своем исследовании обнаружил, что индийские подростки в возрасте до 15 лет при попытке совершения суицида в равной мере использовали как активные, так и пассивные способы самоубийств, однако первые они применяли все же чаще, чем взрослые суициденты. Аналогичные результаты были получены и в сингапурском исследовании Б. Чиа [26, р. 32–33].

Пожилые люди также чаще используют лекарственные препараты (40,7%) в качестве средства ухода из жизни. Однако в этой группе более распространенными, чем в других возрастных категориях, являются самоповешения (15,7%), а также отравления бытовым газом⁷ и прочими химическими веществами (12,5%) (табл. 10).

Таблица 10

Способы незавершенных самоубийств в зависимости от пола и возраста суицидентов, %

Группы	Способы самоубийства					
	I	II	III	IV	V	VI*
Пол:						
Мужчины	22,6	3,6	53,6	4,7	12,4	3,1
Женщины	62,2	6,4	24,7	2,7	2,7	1,3
Возраст:						
11–13	81,5	0,0	7,4	7,4	3,7	0,0
14–19	48,3	3,0	43,5	3,1	1,3	0,7
20–29	40,5	2,4	47,8	3,0	4,2	2,1
30–9	39,8	6,6	35,0	4,2	11,9	2,6
60–90	40,7	12,5	21,8	5,2	15,7	4,0
Все суициденты	41,8	4,9	39,4	3,7	7,6	2,2

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

Анализ материалов «Скорой помощи» показывает, что среди женщин намного чаще встречаются самоотравления (68,6%), среди мужчин — умышленное самокалечение: нанесение ножевых ран,

⁷ Известно, что в Великобритании еще в 1960-е годы поставляемый в дома газ был почти полностью детоксицирован. В результате за последние 10 лет, с 1971 г. по 1980 г., самоубийства подобного рода там почти прекратились [26, р. 32]. В России же бытовой газ по-прежнему остается опасным источником, провоцирующим людей на суицидальные поступки. Дети и старики, в отличие от других групп, как свидетельствуют специальные исследования, чаще склонны использовать именно те средства, которые наиболее доступны им в момент острого суицидального кризиса [26, р. 33; 31, р. 34–35].

вскрытие вен и др. (53,6%). Эта ситуация весьма типична для гендерных групп, и судя по сообщениям ряда авторов, характерна для многих стран современного мира [5; 26, р. 30, 41]. У девочек и молодых женщин суициды часто носят показательный, демонстративный («жесточивый») характер и сопряжены с надеждой на продолжение жизни. Не случайно, что женщины, по рассказам специалистов, нередко интересуются летальными возможностями различных средств, подробно расспрашивают о том, насколько мучительной бывает смерть от их применения и как они будут выглядеть после совершения суицида [5]. Самоубийство для них — скорее «крик о помощи», апелляция к окружающим или своеобразное «послание миру», чем осознанное решение умереть [32, р. 25]. В связи с этим женщины чаще совершают суицидальные попытки с применением «щадящих» средств, позволяющих контролировать ситуацию и оставляющих шанс на выживание. Мужчины, напротив, склонны использовать насильственные и более радикальные способы самоубийств, обладающие высокой степенью летальности.

Таблица 11

Способы незавершенных самоубийств, 2000–2005 гг., %

Годы	Способы самоубийств					
	I	II	III	IV	V	VI*
2000	43,1	2,2	40,9	4,7	6,7	2,5
2001	44,7	4,1	39,4	2,9	6,6	2,3
2002	46,2	6,9	36,3	4,0	4,2	2,4
2003	41,6	7,2	39,6	3,0	6,8	1,8
2004	39,6	4,6	40,8	3,8	9,6	1,5
2005	36,5	4,0	40,6	4,2	11,9	2,8

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

В принципе выявленная нами картина не выглядит необычной. Следующие из нее выводы хорошо согласуются с результатами многих отечественных и зарубежных исследований. Однако обобщенные данные скрывают одну очень тревожную тенденцию, связанную с трансформацией образцов суицидального поведения в последние годы. Динамический анализ статистических данных за 2000–2005 гг. свидетельствует, что попытки самоубийств принимают сегодня все более грубый и деструктивный характер. Так, на протяжении многих лет наиболее массовым видом незавершенных самоубийств в Иваново были медикаментозные отравления, однако начиная с 2004 г. они постепенно уступают первенство различным формам травматических действий. За последние три года почти утроилось число самоповешений,

заметно вырос и удельный вес этой категории самоубийств в общей структуре суицидальных попыток. В то же время абсолютная численность отравлений лекарственными препаратами сократилась почти на четверть (см. табл. 11).

С другой стороны, если в 2002 г. «пассивные» методы самопокушений использовались суицидентами чаще (54,3%), чем «активные» (45,7%)⁸, то к 2005 г. это соотношение изменилось: перевес в пользу «жестких» методов стал уже очевидным (58,1%: vs 41,9%). При совершении суицидальных действий люди все чаще прибегают к использованию таких средств, которые потенциально несовместимы с жизнью. В этом смысле поведенческая структура незавершенных самоубийств, кажущаяся относительно стабильной, постепенно эволюционирует в сторону образцов, характерных для фатальных суицидов. Вполне возможно, что отмеченная тенденция имеет место и в других регионах нашей страны, однако данное предположение нуждается в специальной проверке на материалах более широкой региональной статистики.

Соотношение убийств и самоубийств

В теориях социальной интеграции рост самоубийств традиционно считается важным признаком усиления напряженности и самодеструктивности в обществе, являющихся, в свою очередь, следствием глубоких девиаций в социальных структурах и отсутствия ценностно-нормативного единства. Вместе с тем многие исследователи рассматривают высокий уровень суицидальности как один из индикаторов нарастания социальной патологии и постепенной деградации современных обществ. Для измерения глубины и интенсивности этих процессов Я.И. Гилинский, в частности, предлагает использовать специальный показатель — коэффициент «цивилизованности-социальности», рассчитываемый как частное от деления числа совершаемых в обществе убийств на общее число самоубийств [3, с. 127–128]. Чем выше получаемое значение, тем меньше страна соответствует стандартам современной цивилизации. Сегодня в США данный индекс, по расчетам Я.И. Гилинского, равен 0,87, в Пуэрто-Рико — 2,72, в Мексике — 7,52, в то время как в Японии, Дании, Франции, Австрии, Швеции и Норвегии его значения варьируются в пределах от 0,04 до 0,08 [4]. В нашей стране в настоящее время он составляет 0,8 (табл. 12), а между тем в 1990 г. он был на уровне 0,54.

⁸ Разделение методов самоубийств на «активные» и «пассивные» является сегодня, пожалуй, самым распространенным (см., например: [29, р. 197; 18, с. 60]). Между тем в специальной литературе для обозначения этих групп используются и другие термины: «мягкие — жесткие», «насильственные — ненасильственные», «фатальные — нефатальные», «опасные — неопасные», «эффективные — менее эффективные» и др. [1, с. 57; 26, р. 30–33, 63–66; 32, р. 25–26].

Таблица 12

Индексы убийств, самоубийств и «цивилизованности-социальности» в Ивановской области и России в целом, 1997–2005 гг.

Годы	Ивановская область			Россия в целом		
	убийств	самоубийств	«цивилизованности»	убийств*	самоубийств*	«цивилизованности»
1997	25,9	51,9	0,50	23,8	37,5	0,64
1998	31,9	52,3	0,61	22,9	35,3	0,65
1999	37,2	59,7	0,62	26,2	39,2	0,67
2000	37,2	55,1	0,67	28,2	39,1	0,72
2001	36,6	53,3	0,69	29,6	39,5	0,75
2002	41,5	51,9	0,80	30,7	38,4	0,80
2003	36,1	45,3	0,80	29,1	36,1	0,81
2004	36,7	40,9	0,90	27,3	34,3	0,80
2005	40,4	43,3	0,93	—	—	—

*Источник: [16, с. 127].

Коэффициент «цивилизованности» (по терминологии Я.И. Гиллинского) в Ивановской области в последние 9 лет рос гораздо быстрее, чем в стране в целом. За период с 1997 г. по 2005 г. данный показатель в России увеличился на 25%, а в Ивановской области — почти вдвое и практически достиг единицы. При этом его рост происходил не только за счет снижения числа самоубийств, но и за счет прогрессирующего увеличения количества убийств, совершенных в области за эти годы. По показателям нецивилизованности и несоциальности Ивановская область сегодня заметно опережает многие другие регионы страны.

Заключение

Проведенное исследование позволяет сделать ряд выводов. Уровни завершенных и незавершенных самоубийств в Ивановской области имеют разнонаправленную динамику. Если индексы фатальных суицидов постепенно снижаются, что в целом соответствует общероссийскому тренду, то попытки самоубийств, напротив, демонстрируют хотя и неустойчивую, но все же очевидную тенденцию к росту. Несмотря на то, что в последние годы наблюдается некоторое сокращение разрыва в областных и общероссийских индексах суицидальности, показатели самоубийств со смертельным исходом в регионе по-прежнему остаются более высокими, чем в стране в целом.

Продолжающееся омоложение суицидов — давняя и почти универсальная тенденция, типичная не только для России, но и для многих других стран современного мира. Между тем распространение мужской сверхсуицидальности с завершенных самоубийств на незавершенные и маскулинизация гендерной структуры самопокушений —

относительно новый процесс, отражающий специфику постсоветской России в период интенсивных социальных трансформаций.

Поведенческая структура завершенных самоубийств (с точки зрения используемых методов) с годами остается практически неизменной, в то время как у самопокушений она менее стабильна. Традиционные различия в способах совершения фатальных и нефатальных суицидов по-прежнему сохраняются, однако тенденция к радикализации суицидальных попыток, характерная, прежде всего, для женской части населения, становится все более отчетливой.

Растет число алкогольных самопокушений, причем не только среди мужчин, но и среди женщин. Сегодня удельный вес суицидальных попыток, совершаемых в состоянии алкогольного опьянения, в Ивановской области выше, чем в ряде других регионов страны. Коэффициенты «цивилизованности-социальности» также обнаруживают тенденцию к росту. Сегодня в области (равно как и в России в целом) их значения стремительно приближаются к единице, свидетельствуя тем самым о нарастании деструктивного потенциала в российском обществе и продолжающемся отдалении нашей страны от идеалов человеческой цивилизации. Бимодальный и нисходящий паттерны возрастного распределения самоубийств, характерные для слаборазвитых и развивающихся стран, во многом объясняют причины повышенной суицидальной активности в регионе и указывают на первостепенную роль социально-экономических факторов в процессе ее воспроизводства. Депрессивное состояние области — главный источник сохранения негативных трендов в динамике самоубийств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Мотивы самоубийств // Социологические исследования. 1987. № 6. С. 52–60.
2. Богоявленский Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы // Социологические исследования. 2002. № 5. С. 76–80.
3. Гилинский Я.И. Девиантное поведение в Санкт-Петербурге: на фоне российской действительности эпохи постперестройки // Мир России. 1995. Т. 4. № 2. С. 118–131.
4. Гилинский Я., Румянцева Г. Основные тенденции динамики самоубийств в России [online]. Обращение к документу: 02.02.2003. <<http://www.narcom.ru/ideas/socio/28.html#3>>
5. Гроллман Э. Суицид — превенция, интервенция, поственция [online]. Обращение к документу: 12.01.2003. <<http://alis6.narod.ru/grollman.htm>>
6. Давыдов А.А. Модульный анализ и конструирование социума. М.: Институт социологии РАН, 1994.
7. Девиантность подростков: Теория, методология и эмпирическая реальность / Я. Гилинский, И. Гурвич, М. Русакова и др. СПб.: Медицинская пресса, 2001.
8. Девяткова Г.И. Социально-гигиеническая характеристика самоубийств и пути совершенствования суицидологической помощи населению: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Оренбургский гос. мед. ин-т. Оренбург, 1992.

9. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер. с франц. А.Н. Ильинского. СПб.: Союз, 1998.
10. 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.
11. Магурдумова Л.Г. Суицидоопасные состояния у лиц инволюционного возраста, меры их предупреждения и лечения // Актуальные проблемы суицидологии: Сб. ст.: Труды Моск. НИИ психиатрии / Отв. ред. В.В. Ковалев. Т. 92. М., 1981. С. 141–150.
12. Манн Дж. Профилактика самоубийств [online]. Обращение к документу: 02.02.2003 г. <<http://www.inosmi.ru/abstract/143364.html>>
13. Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств // Социологические исследования. 2004. № 3. С. 83–92.
14. Мягков А.Ю., Журавлева И.В., Журавлева С.Л. Суицидальное поведение молодежи: масштабы, основные формы и факторы // Социологический журнал. 2003. № 1. С. 48–70.
15. Орлова И.Б. Самоубийство — явление социальное // Социологические исследования. 1998. № 8. С. 69–73.
16. Российский статистический ежегодник. 2005: Стат. сб. М.: Росстат, 2006.
17. Самоубийство: судебно-медицинский и социально-экономический взгляд / В.О. Юшковский, А.Я. Гриненко, Г.И. Заславский, В.П. Попов. СПб.: Международная академия интегративной антропологии, 2003.
18. Тихоненко В.А. Классификация суицидальных проявлений // Актуальные проблемы суицидологии: Сб. ст.: Труды Моск. НИИ психиатрии / Отв. ред. А.А. Портнов. Т. 82. М., 1978. С. 59–73.
19. Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р. Эстетика самоубийства. Пермь: КАПИК, 1993.
20. Экономика Ивановской области: состояние, проблемы, развитие / Редколл.: В.И. Тихонов, Б.Д. Бабаев и др. Иваново: Иваново-Вознесенск, 2002.
21. Bedeian A.G. Suicide and occupation: A review // Journal of Vocational Behavior. 1982. Vol. 21. No. 2. P. 206–223.
22. Chandler Ch.R., Tsai Y.-M. Suicide in Japan and in the West: Evidence for Durkheim's theory // International Journal of Comparative Sociology. 1993. Vol. 34. No. 3–4. P. 244–259.
23. Conner K.R., Beautrais A.L., Conwell Y. Risk factors for suicide and medically serious suicide attempts among alcoholics: Analyses of Canterbury suicide project data // Journal of Studies on Alcohol. 2003. Vol. 64. No. 4. P. 551–554.
24. 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.
25. Girard C. Age, gender and suicide: A cross-national analysis // American Sociological Review. 1993. Vol. 58. No. 4. P. 553–574.
26. Hawton K. Suicide and attempted suicide among children and adolescents. Beverly Hills, etc.: Sage Publications, 1986.
27. Jarosz M. Suicide as an indicator of disintegration of the Polish society // Polish Sociological Review. 1999. No. 3. P. 427–444.
28. Kposova A.J., Breault K.D., Singh G.K. White male suicide in the United States: A multivariate individual-level analysis // Social Forces. 1995. Vol. 74. No. 1. P. 315–325.

29. *Lester D.* The influence of society on suicide // *Quality and Quantity*. 1993. Vol. 27. No. 2. P. 195–200.
30. *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.
31. *Orbach I.* Children who don't want to live: Understanding and treating the suicidal child. San Francisco, etc.: Jossey-Bass, 1988.
32. *Rosenblatt J.* Youth suicide // *Youth problems: Editorial research reports*. Washington, 1981. P. 23–40.
33. *Rosenthal P.A., Rosenthal S.* Suicidal behaviors by pre-school children // *American Journal of Psychiatry*. 1984. Vol. 141. No. 4. P. 520–525.
34. Spirituality and attempted suicide among American Indians / E.M. Garrouthe, J. Goldberg, J. Beals, et al. // *Social Science and Medicine*. 2003. Vol. 56. No. 7. P. 1571–1579.
35. Suicidal behavior in latency-age children: An out-patient population / C.R. Pfeffer, H.R. Conte, R. Plutchic, I. Jerrett // *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 1980. Vol. 19. No. 7. P. 703–710.
36. Suicide attempts and self-mutilative behavior in a juvenile correctional facility / J.V. Penn, C.L. Esposito, L.E. Schaeffer, et al. // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2003. Vol. 42. No. 7. P. 762–769.
37. Why are suicide rates rising in young men but falling in the elderly? A time-series analysis of trends in England and Wales, 1950–1998 / D. Gunnell, N. Middleton, E. Whitley, et al. // *Social Science and Medicine*. 2003. Vol. 57. No. 4. P. 595–611.
38. *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.