

Российские самоубийства: случай Башкортостана



Над темой номера работали



Рим
ВАЛИАХМЕТОВ¹ *Регина*
МУХАМАДИЕВА² *Гульдар*
ХИЛАЖЕВА³

Печальное лидерство России

Высокая смертность - одна из наиболее острых проблем российского общества. Особую тревогу вызывает необычно высокая смертность от внешних (неестественных) причин, в число которых входят убийства, отравления, травмы, дорожно-транспортные происшествия и другие несчастные случаи. Одно из первых мест среди внешних причин смерти в России занимают самоубийства.

Так было не всегда. В XIX веке Россия выделялась на фоне европейских стран относительно низким уровнем самоубийств. Например, в 1876 году Россия занимала по этому показателю последнее место в списке европейских стран. Коэффициент самоубийств, рассчитанный на 100 тысяч населения, составлял в Саксонии – 31, Франции – 15, Пруссии – 13, Австрии – 13, Баварии – 9, Англии – 7, России – 3. Тот же показатель за 1926 год был в России – 7,8, Германии – 26,2⁴.

Динамику самоубийств в начале XX века можно проиллюстрировать лишь на примере столичных городов. В 1910–1913 годах число завершенных самоубийств составило в Санкт-Петербурге 30,1 на 100 тысяч жителей, в Москве – 18,9⁵.

В годы Первой мировой войны в воюющих странах и, с некоторым запозданием, в нейтральных государствах было зафиксировано снижение количества и уровня самоубийств. В Петербурге в 1915–1917 годах было зарегистрировано 10,7, в Москве – 10,6 завершенных самоубийств на 100 тысяч жителей. Снижение уровня самоубийств среди мужчин проходило интенсивнее, чем среди женщин, относительно увеличилась доля самоубийц старших возрастных групп (старше 60 лет).

После Первой мировой войны число и уровень самоубийств постепенно увеличивались во всем мире, то же самое происходило и в России, хотя она все еще продолжала оставаться в числе стран с невысоким уровнем суицидального поведения⁶. Среди суицидентов послевоенного времени возросла доля душевнобольных⁷.

На современном этапе рост количества и уровня самоубийств в России отмечался с середины 60-х годов прошлого столетия. Этот рост привел к тому, что к 1980-м годам Россия начинает занимать одно из лидирующих мест в мире по уровню самоубийств. В 1980 году показатель составлял 34,7 случая на 100 тысяч населения, в 1984 году – 37,9. Далее наблюдалось резкое снижение, и к 1986 году уровень самоубийств составил 23,1. Многие исследователи связывали это падение с «антиалкогольной кампанией», представлявшей собой комплекс жестких административных мер, направленных на принудительное ограничение доступа населения к алкоголю. Воздействие этого

масштабного эксперимента на смертность превзошло все ожидания, но удержать достигнутые успехи России не удалось. По мере адаптации населения к искусственно созданным ограничениям и истощения государственных ресурсов для поддержания режима ограниченного потребления алкоголя, в конце 1980-х годов снижение числа самоубийств уступило место его медленному росту, который в 1992–1994 годах сменился резким взлетом⁸. В 1994–1995 годах был достигнут «абсолютный рекорд» – 42,1 самоубийства на 100 тысяч населения⁹. В 1994 году Россия занимала по самоубийствам второе место в мире после Литвы (45,8), на третьем месте была Эстония (40,9), на четвертом – Латвия (40,6)¹⁰. Одно из первых мест по уровню самоубийств Россия занимала и в 2000-е годы (табл. 1).

Таблица 1. Интенсивность самоубийств в различных странах, на 100 тысяч населения

Страны	Годы			
	1983	1992	2005	2007
Австралия	11	11,9	10,8 ⁷	11,5
Австрия	25,7	20,6	16,9	17
Англия	9,5	-	6,7	7
Бельгия	19,1	17,9	21,1 ³	21
Болгария		6,6	13,0 ⁸	13
Венгрия	-	37	26	28,5
Голландия	10,1	10,2 ²	-	-
Дания	31,6	20,4	13,6 ⁵	14
Ирландия	4,9	-	9,7	10
Италия	6,4	6,8	7,1 ⁷	7
Канада	14,8	12,9 ²	11,3 ⁸	12
Новая Зеландия	9,7	-	11,9 ⁴	12
Норвегия	12,4	15,5 ²	11,5	12
Польша		15,6	15,8	16
Россия		46	32,2	36,0 ¹
Румыния		12	12,5 ⁸	13
США	12,5	12,3 ¹	11	11
Финляндия	25,2	27,8	18,9	20,5
Франция	17,2	18,9 ²	17,6	18
Германия	20,9	15,5 ²	13,0 ⁸	13
Швейцария	25,7	-	17,5	17,5
Швеция	19,4	15,9 ¹	13,2 ⁶	13
Япония	17,6	15,5	24,2	24

¹ 1990 г.

⁵ 2001 г.

² 1991 г.

⁶ 2002 г.

³ 1997 г.

⁷ 2003 г.

⁴ 2000 г.

⁸ 2004 г.

Источник: World Health Statistics. Geneva //

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) делит все страны по показателю суицида на три группы: с высоким (свыше 20 суицидов в год на 100 тысяч населения), средним (10–20 самоубийств в год на 100 тысяч), и низким (до 10 самоубийств в год на 100 тысяч населения) уровнем **11**.

По данным Росстата, в 2010 году уровень самоубийств в России составлял 23,4 случая на 100 тысяч населения. Таким образом, несмотря на некоторое снижение показателей, Российская Федерация продолжает находиться в группе стран с высоким уровнем самоубийств.

Сравнительный анализ уровня самоубийств в восьми федеральных округах Российской Федерации показал, что наибольшее число суицидов приходится на Сибирский федеральный округ, коэффициент (k) – 36,5 на 100 тысяч населения в 2010 году (табл. 2). В состав округа входит 12 субъектов РФ (4 республики, 3 края, 5 областей): Республики Алтай, Бурятия, Тыва, Хакасия; Алтайский, Красноярский и Забайкальский края; Иркутская, Кемеровская, Новосибирская, Омская и Томская области. Критическая отметка, определенная ВОЗ как «высокий уровень суицида», превышена здесь в 2 раза, при этом в республиках Алтай, Бурятия и Тыва – в 3-3,5 раза (Приложение 1).

Таблица 2. Интенсивность самоубийств в Российской Федерации по федеральным округам, 2005–2010 годы, на 100 тысяч населения

	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	32,2	30,1	29,1	27,1	26,5	23,4
Центральный федеральный округ	21,9	20,6	19	17,7	17,1	14,5
Северо-западный федеральный округ	30,9	27,9	27	24,6	23,5	21,6
Южный федеральный округ	17,9	16,6	15,9	14,4	15,1	17,7
Северо-Кавказский федеральный округ *	-	-	-	-	-	6,4
Приволжский федеральный округ	41,3	38,8	37,9	35,4	34,8	30,4
Уральский федеральный округ	41,1	36,5	34,8	32,1	32,5	30,2
Сибирский федеральный округ	46	44,4	43,9	41,5	40,2	36,5
Дальневосточный федеральный округ	42,7	40,2	40,4	38,2	35,4	34

* На основании Указа Президента РФ от 19 января 2010 г. N 82 «О внесении изменений в перечень федеральных округов», из Южного федерального округа был выделен Северо-Кавказский федеральный округ. В состав Северо-Кавказского федерального округа вошли: Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Северная Осетия-Алания, Чеченская Республика, Ставропольский край.

Источник: Росстат.

Не намного ниже показатели суицида в Дальневосточном федеральном округе (k=34,0). «Лидируют» здесь Чукотский автономный округ (k=88,7), Еврейская автономная область (k=66,7), Амурская область (k=50,5) и Республика Саха (Якутия) (k=40,8), имеющие значительные превышения от критической отметки.

Наименьшее число суицидов зафиксировано в Северо-Кавказском федеральном округе (k=6,4). Южный федеральный округ имеет средние показатели уровня самоубийств (k=17,7). Близки к

среднероссийским показателям данные по Северо-Западному федеральному округу, в котором коэффициент умерших от самоубийств в 2010 году составил 21,6 на 100 тыс. человек.

Уральский и Приволжский федеральные округа, занимающие промежуточное положение по числу самоубийств в России, тем не менее также относятся к регионам с высоким уровнем самоубийств по критерию ВОЗ (30,2 и 30,4 соответственно).

Самоубийства в Башкортостане

В настоящей статье более подробно рассматривается ситуация с самоубийствами в Башкортостане. Республика Башкортостан входит в Приволжский федеральный округ, хотя и занимающий, как было отмечено, промежуточное положение среди всех федеральных округов, но все же характеризующийся высоким уровнем самоубийств. Только две области в Приволжском федеральном округе имеют, согласно классификации ВОЗ, относительно невысокие показатели: Самарская (к=9,8) и Ульяновская (к=15,1), в 2010 году к ним добавилась еще Нижегородская (к=19,2). В Башкортостане же в целом обозначенный экспертами ВОЗ порог высокого уровня самоубийств, даже после заметного снижения их уровня в предшествующие годы, в 2010 году был превышен вдвое (к=40,0) – см. табл. 3.

Таблица 3. Уровень самоубийств в Приволжском федеральном округе, 2005–2010 годы, на 100 тысяч населения

	Число умерших от самоубийств					
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Приволжский федеральный округ	41,3	38,8	37,9	35,4	34,8	30,4
Удмуртская Республика	63,7	62,2	61,4	56,6	53	49,2
Республика Марий Эл	64,8	52,5	59,7	46,3	50,5	47,9
Чувашская Республика	47,2	50,7	51,9	44,2	45,8	45,1
Пермский край	52,1	46,9	48,7	45,1	45,5	43,3
Кировская область	57	52,1	51,2	52,2	49	40,9
Республика Башкортостан	57,7	54,5	50	48,9	48,3	40
Оренбургская область	45,9	42,3	41,9	42,2	40,4	34
Республика Татарстан	36,8	32,3	32,3	31,2	30	28,7
Саратовская область	26,7	32,6	31,1	27,2	28,8	25,5
Пензенская область	36	34,2	32,7	27,3	29,6	24,9
Республика Мордовия	31,2	28,6	27	27,1	26,4	24,1
Нижегородская область	32,5	29	28,7	24,8	25,3	19,2
Ульяновская область	18,8	18,7	17,8	14	16,8	15,1
Самарская область	23,2	20,6	18,6	13,7	13,8	9,8

Источник: Росстат.

По численности населения (4,1 млн. человек по данным Всероссийской переписи населения 2010 года) Республика Башкортостан занимает первое место в Приволжском федеральном округе. Республика - один из многонациональных субъектов РФ, в нем проживают представители более 130 национальностей и народностей. В национальном составе преобладают русские, башкиры и татары. По данным Всероссийской переписи населения 2010 года, численность башкир в

республике составляла 1172,3 тысяч человек (29,5% от общей численности населения республики); численность русских – 1432,9 тысяч (36,1%); татар – 1009,3 тысяч человек (25,4%). Проживают также другие народы, в том числе чувашаи, марийцы, мордва, удмурты, украинцы, белорусы, немцы и другие (9,0%) (рис. 1).



Рисунок 1. Национальный состав населения Республики Башкортостан, по данным ВПН 2010, в %

Преобладающие религии в республике - ислам и христианство. Русское население по вероисповеданию в основном – православное, башкиры и татары придерживаются мусульманской религии.

По сравнению со среднероссийскими показателями демографическая ситуация в Республике Башкортостан относительно благополучная. Здесь более молодое и сбалансированное по половозрастному составу население, выше рождаемость, ниже смертность и естественная убыль населения. В то же время, несмотря на относительно невысокие показатели смертности от других причин, Башкортостан входит в группу субъектов Российской Федерации с очень высоким уровнем суицида (рис. 2).



Рисунок 2. Распределение умерших по видам смерти от несчастных случаев, отравлений и травм, 2006 и 2010 годы, в %

Источник: Смъртность населения Республики Башкортостан от несчастных случаев, отравлений и травм: Стат. бюллетень. Уфа, С.8.; Смъртность населения Республики Башкортостан: Стат. Сб. Уфа, 2011. С.76.

Количество смертей от самоубийств и их доля в общем числе смертей от внешних причин в Башкортостане колеблется от года к году, но неизменно остается очень высоким и только в самые последние годы обнаружило некоторую тенденцию к снижению (рис. 3).

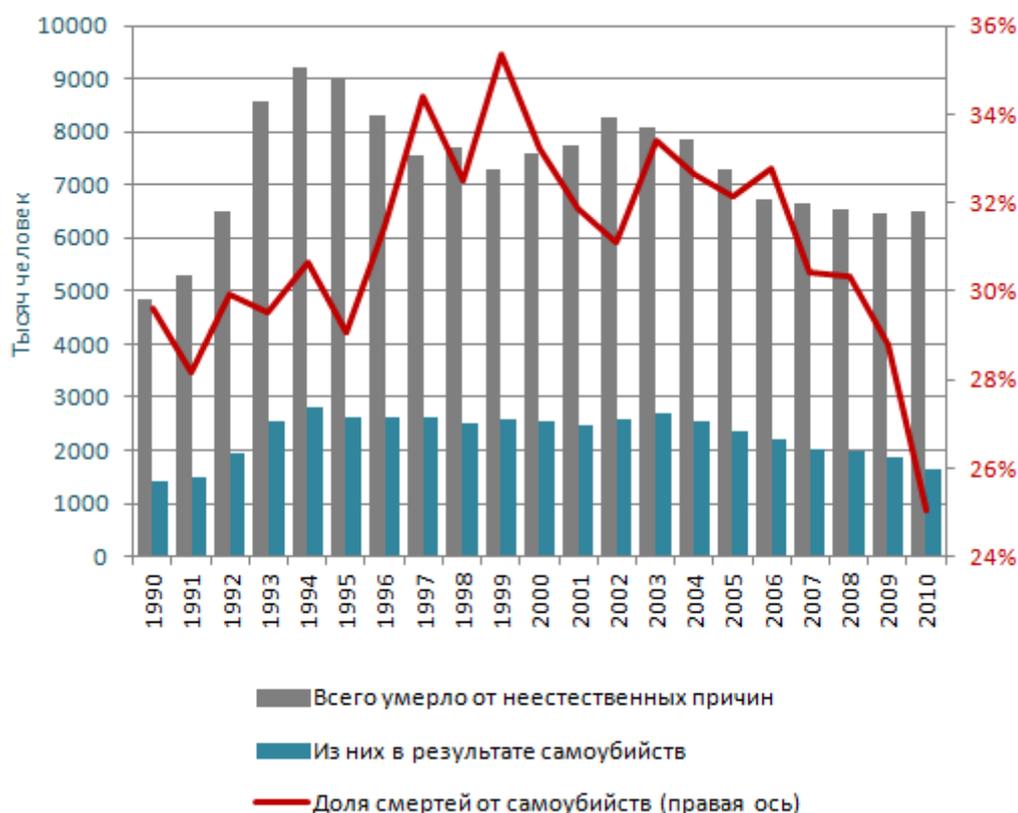


Рисунок 3. Число умерших от всех неестественных причин и от самоубийств в Республике Башкортостан, 1990-2010 годы

Источник: Смъртность населения Республики Башкортостан от несчастных случаев, отравлений и травм: статистический бюллетень. С. 12.; Смъртность населения Республики Башкортостан: статистический сборник. Уфа, 2011. С. 73-74.

В 1990 году в Башкортостане уровень самоубийств составлял 36 случаев на 100 тысяч жителей. На протяжении более 10 лет (1993–2004 годы) коэффициент смъртности от самоубийств находился на критической отметке, при этом его максимальные значения приходятся на 1994 и 2003 годы (рис. 4). Лишь с 2004 года в республике наметилась относительно устойчивая тенденция к уменьшению количества самоубийств. В 2010 году, по сравнению с 2009, снижение уровня самоубийств в Башкортостане составило 17,2%: в городской местности – более чем на 29%, в сельской – только на 9,8%. Несмотря на снижение, уровень смъртности от самоубийств в Республике Башкортостан остается высоким и значительно превышает средние российские показатели.

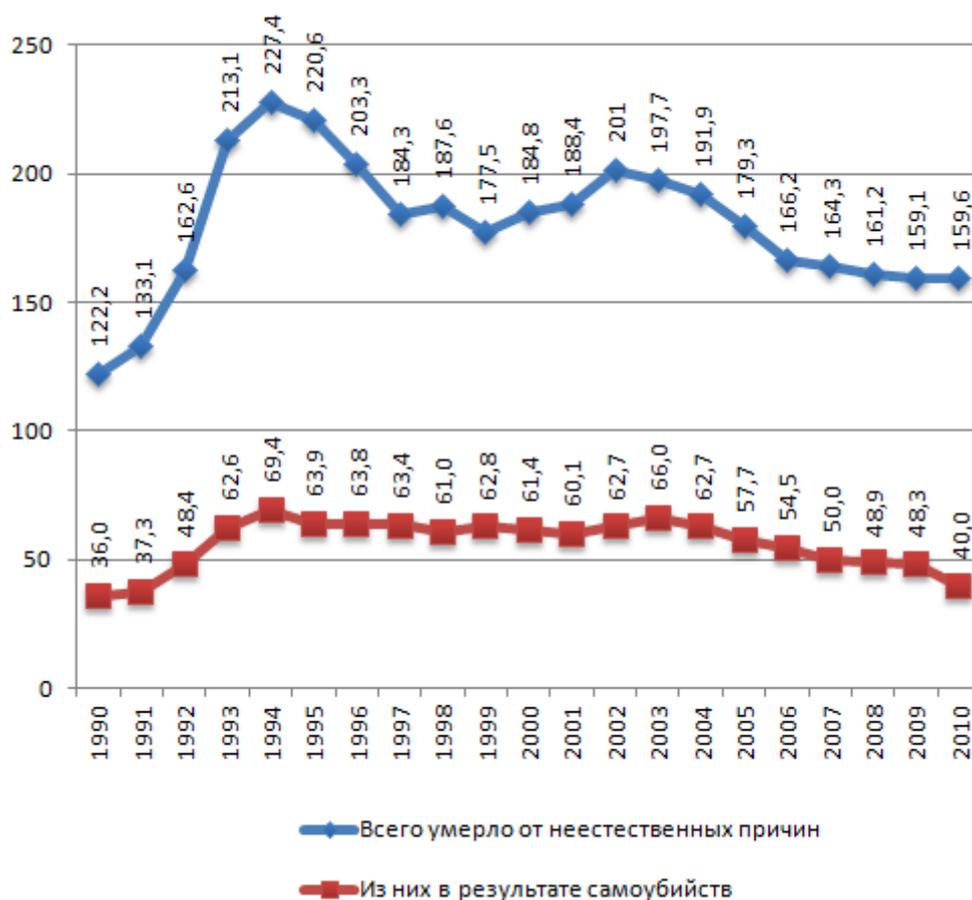


Рисунок 4. Уровень самоубийств в Республике Башкортостан, на 100 тысяч населения, 1990-2010 годы,

Источник: Смъртность населения Республики Башкортостан от несчастных случаев, отравлений и травм: статистический бюллетень. С. 12.; Смъртность населения Республики Башкортостан: статистический сборник. Уфа, 2011. С. 73-74.

И города, и сельские районы республики существенно различаются по уровню самоубийств, причем эти различия достаточно устойчивы. Нами была предпринята попытка выделить группы по пять городов и пять сельских районов Башкортостана с наиболее высоким и наименьшим уровнем самоубийств за несколько последних лет, начиная с 2004 года.

К городам с низким уровнем суицида стабильно относятся столица республики г. Уфа, а также такие большие города, как Стерлитамак и Салават. В число городов с высоким уровнем суицида попали 5 малых и средних городов республики, наибольший коэффициент смертности от самоубийств наблюдался в г. Белорецке¹². Впрочем, уровень самоубийств в малых и средних городах нестабилен, один и тот же город на протяжении нескольких лет может демонстрировать как самые низкие значения, так и самые высокие. Например, город Баймак, который в 2004 году занимал второе место по уровню самоубийств, в 2008 году вошел в число городов с наименьшим числом самоубийств. Город Давлеканово, напротив, в 2004 году входил в пятерку городов с наименьшим числом самоубийств, а в 2005 – уже в пятерку с наибольшим их числом (табл. 4).

Таблица 4. Города РБ с наименьшим и наибольшим числом суицидов на 100 тыс. человек населения, 2004-2010 гг.

2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
С наименьшим числом суицидов													
Октябрьский	27	Уфа	27	Октябрьский	25	Уфа	12	Уфа	15	Уфа	12	Уфа	7
Уфа, Сибай	30	Октябрьский	32	Уфа, Агидель	27	Дюртюли	25	Мелеуз	23	Благовещенский, Октябрьский	27	Благовещенский	12
Дюртюли	31	Мелеуз	35	Салават, Учалы	31	Салават, Межгорье	30	Межгорье	24	Дюртюли	28	Давлеканово, Стерлитамак	13
Стерлитамак	38	Дюртюли, Салават	40	Нефтекамск	37	Стерлитамак	32	Туймазы, Баймак, Ишимбай	35	Салават	32	Межгорье	23
Давлеканово, Салават	39	Стерлитамак	41	Стерлитамак, Благовещенск	39	Ишимбай	34	Стерлитамак	37	Учалы	33	Октябрьский, Кумертау	24
С наибольшим числом суицидов													
Белорецк	100	Белорецк	90	Белорецк	92	Белорецк	109	Белорецк	74	Баймак	117	Белорецк	80
Баймак	87	Благовещенск	82	Янаул	63	Мелеуз	73	Агидель, Бирск	52	Белорецк	84	Янаул	78
Мелеуз	70	Агидель	72	Мелеуз	60	Сибай	68	Янаул	51	Межгорье	76	Баймак	57
Нефтекамск	68	Учалы	67	Баймак	59	Учалы	62	Благовещенск	45	Агидель	63	Мелеуз	54
Учалы	66	Давлеканово, Янаул	63	Кумертау, Межгорье	58	Благовещенск	60	Дюртюли, Салават, Белебей	44	Белебей	48	Учалы	50

Рассчитано по: Смертность населения Республики Башкортостан от несчастных случаев, отравлений и травм: Стат. бюллетень. Уфа: Башкортостанстат, 2007. С.32–39; Смертность населения Республики Башкортостан, 2008. С.87–98; Смертность населения Республики Башкортостан, 2011. С.99.

В сельской местности уровень самоубийств минимален в наиболее развитых подрайонах¹³ республики – центральном, северо-западном и западном. Самый высокий уровень суицида зафиксирован в сельских районах северо-восточного, северного и уральского социально-экономических подрайонов. В последнем из них, кстати, находятся и вышеупомянутые города Белорецк и Баймак (табл. 5).

Таблица 5. Сельские районы РБ с наименьшим и наибольшим числом суицидов на 100 тыс. человек населения, 2004-2010 гг.

2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.	
С наименьшим числом суицидов													
Чишминский	54	Кушнаренковский	40	Бакалинский	31	Иглинский	15	Нуримановский	14	Нуримановский	9	Уфимский, Стерлитамакский	17
Кушнаренковский	56	Чишминский	45	Уфимский	41	Уфимский	19	Иглинский	17	Иглинский	12	Кушнаренковский	18
Краснокамский	58	Уфимский	49	Буздякский	49	Нуримановский	33	Кушнаренковский	24	Уфимский	23	Стерлибашевский	30
Стерлитамакский	60	Бирский	56	Туймазинский	52	Зилаирский	35	Уфимский	28	Чишминский	42	Бирский	34
Уфимский	65	Бураевский	58	Калта-	53	Ермеке-	42	Ермеке-	36	Балта-	43	Кююргазинский	40

				синский		евский		евский		чевский			
С наибольшим числом суицидов													
Кигинский	182	Татышлинский	127	Гафурийский	134	Миякинский	150	Татышлинский	132	Стерлибашевский	137	Абзелиловский	115
Абзелиловский	140	Кугарчинский	125	Мелеузовский	123	Татышлинский	133	Зилаирский	131	Баймакский		Кармаскалинский, Мишкинский	107
Дюртюлинский	131	Альшеевский	124	Ишимбайский	122	Кигинский	115	Баймакский	120	Белорецкий		Баймакский, Балтачевский, Дуванский	106
Баймакский	128	Салаватский	123	Кигинский	120	Учалинский	109	Учалинский	118	Кигинский	115	Учалинский	102
Миякинский	126	Белорецкий	121	Баймакский	117	Баймакский	108	Аургазинский	117	Зилаирский	114	Бижбулякский, Мелеузовский	96

Рассчитано по: Смертность населения Республики Башкортостан от несчастных случаев, отравлений и травм: Стат. бюллетень. – Уфа: Башкортостанстат, 2007. – С.32–39; Смертность населения Республики Башкортостан: Стат. Сб. – Уфа: Башкортостанстат, 2008. – С.87-98; Смертность населения Республики Башкортостан: Стат. Сб. - Уфа: Башкортостанстат, 2009. – С.51–62; Смертность населения Республики Башкортостан: Стат. сб. – Уфа: Башкортостанстат, 2010. – С. 100–102.

Таким образом, анализ данных официальной статистики на уровне отдельных муниципальных образований (городов и сельских районов) показывает определенную зависимость показателей самоубийств от уровня социально-экономического развития подрайонов. Но эти закономерности и зависимости не устойчивы, наблюдается скачкообразная динамика коэффициентов суицида в некоторых муниципальных образованиях Башкортостана.

Как изучать самоубийства

Для более полного анализа реальной ситуации используются не только материалы статистики, но и другие данные, в том числе – социологических исследований.

Необходимость обращения к социологическим методам сбора и анализа информации по проблеме суицида вызвана, в частности, и тем, что органы статистики регистрируют только завершенные случаи самоубийств. Данные статистики достаточно хорошо иллюстрируют структуру и тенденции смертности населения от самоубийств, позволяют понять некоторые другие принципиально важные моменты. Однако число попыток суицида значительно превышает число летальных исходов. Очень важной становится информация, раскрывающая не только социально-экономические, но и социально-психологические предпосылки, факторы и причины суицидального поведения.

В 2008 году Центром социальных и политических исследований АН РБ (в настоящее время – Институт социально-политических и правовых исследований) было проведено исследование, ставшее первым в республике опытом сбора и обобщения социологической информации по проблеме самоубийств. Оно осуществлялось в рамках проекта «Проблемы профилактики и преодоления суицида в Республике Башкортостан» с целью выявления латентного потенциала суицидальных намерений и суицидального поведения населения. В ходе реализации проекта был разработан методический инструментарий исследования, сформирована уникальная эмпирическая база социологических данных, систематизирован и обработан обширный статистический материал, проведен контент-анализ материалов республиканской и российской периодики, ресурсов сети Интернет.

Авторами проекта изучен и учтен опыт исследования причин и факторов смертности населения в Удмуртской Республике и г. Москве, проведенного Институтом международных исследований семьи в 1999 году¹⁴.

Еще на первоначальном этапе нашего исследования возник вопрос выбора метода сбора данных с учетом деликатности изучаемой проблемы, так как получение максимально достоверной и полной информации о данном явлении было одним из важнейших условий работы над научно-исследовательским проектом. Однако получить искренние ответы респондентов на вопросы, касающиеся суицидального поведения, очень сложно. По мнению ряда авторов, традиционные формы проведения опроса провоцируют высокий уровень отказов от участия в исследовании. Согласно оценкам Н.М. Фоломеевой и ее коллег, в традиционных социологических опросах, посвященных изучению девиантного поведения, до 60% респондентов сообщают интервьюерам заведомо недостоверные сведения¹⁵.

В силу данных обстоятельств был выбран метод «запечатанного буклета» (the sealed booklet). Этот метод создан и экспериментально валидизирован австралийскими социологами Т. Маккаем и Я. Макаллистером в конце 1980-х–начале 1990-х годов и предназначается для сбора сведений по особо острым и деликатным темам в режиме персонального интервью. Специальная техника его реализации, предложенная авторами, позволяет обеспечить респондентам объективную и субъективную анонимность и тем самым получить значительно более достоверные ответы, чем при традиционных процедурах личного интервьюирования.

Данная методика применялась в России в экспериментальном социологическом исследовании, проводившемся в 2000 году в Ивановской области под руководством А.Ю. Мягкова¹⁶. Как отмечается исследователями, использование этой методики действительно обеспечивает более высокий уровень искренности ответов на чувствительные вопросы, гарантирует респондентам анонимность, не вызывает у них отторжения. Она позволяет в ходе одного интервью задавать большое количество острых вопросов, допускает возможность реинтервьюирования респондентов и проведения исследований в панельном режиме¹⁷.

На основе данной методики в семи социально-экономических подрайонах Республики Башкортостан опрошено 1200 респондентов - городских и сельских жителей. Выборка формировалась методом квотного отбора и репрезентировала различные социально-демографические группы населения в возрасте от 16 до 69 лет. Квотные признаки распределились по полу, возрасту, национальности, месту жительства. Итоги исследования позволяют утверждать, что представительство квотных групп в выборке отражает их распределение в генеральной совокупности.

Разработанный для исследования вопросник содержал 86 вопросов, сгруппированных в отдельные тематические блоки. Первый блок был представлен вопросами, раскрывающими отношение респондентов к жизни в целом; второй касался здоровья населения; третий – употребления алкогольных и наркотических веществ. Следующий блок был посвящен непосредственно проблеме суицида и содержал весьма деликатные вопросы, требующие от респондентов наибольшей откровенности и искренности. Оценки и суждения респондентов касались не только их самих, но и ближайшего окружения (родственников, друзей). Социально-демографический блок вопросов включал информацию о поле, возрасте, образовании, национальности, вероисповедании, семейном положении, роде занятий и месте жительства опрашиваемых.

В обязанности интервьюера входило ознакомление респондента с целью и методикой исследования. В дальнейшем респонденту предлагался запечатанный конверт, из которого он самостоятельно извлекал анкету. Прочитав вопрос и выбрав подходящий ответ, респондент сообщал интервьюеру лишь его номер. Для еще большей конфиденциальности в анкете они

давались в случайном порядке; названные респондентом номера ответов фиксировались интервьюером только в кодировочном бланке.

Лица, совершившие самоубийство, и лица, покушающиеся на самоубийство, по сути, различны. Поскольку проблема суицида имеет сложный и неоднозначный характер, нам было важно сопоставить и сравнить данные, полученные разными путями. Данные социологического опроса чаще служили предметом анализа покушений на самоубийства, т.е. мыслей, намерений и попыток совершения суицида, данные статистики – завершенных случаев суицида.

Отношение к суицидам

В ходе исследования нами выяснялось отношение жителей республики к проблеме суицида. С этой целью были сформулированы утверждения, отражающие различные точки зрения по данной проблеме (рис. 5).



Рисунок 5. Отношение респондентов к проблеме самоубийств (% респондентов согласившихся с предложенным суждением)

В целом, респонденты выбирали утверждения позитивного характера. Однако, учитывая высокий уровень самоубийств в республике, можно предположить, что выбор того или иного суждения не всегда был тождественен поведению в повседневной жизни.

Так как уровень суицида наиболее высок именно в сельской местности, для нас было важно проследить насколько различаются мнения и суждения сельских и городских жителей. С утверждением «Самое ценное на свете – это человеческая жизнь, и никто не в праве лишать ее человека, в том числе он сам» согласилось подавляющее большинство опрошенных (86,3%). Оценки городского и сельского населения распределились примерно одинаково: 85,7% горожан, 87,1% – селян.

То, что «Главное в жизни – забота о своем здоровье и благополучии» подтвердили 82% респондентов. Обращает на себя внимание то, что доля селян согласившихся с высказыванием на 10% выше горожан (78,6% против 87,1%). Сельское население в большей степени обеспокоено своим материальным положением и чаще, чем городское сталкивается с различными проблемами и трудностями.

«Самоубийство – это грех, и никакие обстоятельства не могут оправдать этот поступок», считают 81,6% городских жителей и 84,2% сельских.

Доля городских респондентов склоняющихся к тому, что «только духовно слабые люди совершают самоубийства», составила 67,8%, сельских – 66,9%.

Высказывание «Когда самоубийства совершают чужие мне люди, я отношусь к этому терпимо, но для меня и моих близких это неприемлемо», близко 62,4% опрошенных. Сравнение оценок, даваемых представителями городского и сельского поселений, также свидетельствует о незначительном расхождении в ответах.

С мнением, «В результате некоторых обстоятельств, решение человека о самоубийстве можно понять», в большей степени согласилось сельское население (50,9%), нежели городское (46,1%). Это показывает более лояльное отношение селян к данному явлению и объясняется тем, что самоубийство на селе стало «бытовым явлением» и люди привыкли к нему.

Суждение «Самоубийство – это протест против социально-экономического и политического строя в государстве», приемлемо для 21,8% городских жителей и 19,0% сельских.

Кроме этого, респондентам был задан вопрос «В результате каких обстоятельств самоубийство может быть оправдано?» (табл. 6). По мнению большинства опрошенных, самоубийство можно оправдать в тех ситуациях, когда человек осознанно жертвует своей жизнью ради спасения другого человека или людей, когда он не случайно погибает, а сознательно идет на смерть (22,6%). Далее идет ответ «тяжелая болезнь, инвалидность» (19,2%). Вариант «пьянство и алкоголизм» выбрало 4,4% ответивших, причем доля респондентов-горожан составила 2,7%, а селян гораздо больше – 7%. Наибольшую долю среди городских и сельских жителей составили те, кто считает, что самоубийства никак не могут быть оправданы. При этом горожане выбирали этот ответ намного чаще, чем селяне (47% и 35,6% соответственно).

Таблица 6. «В результате каких событий и обстоятельств решение человека уйти из жизни может быть оправдано» (в % от числа опрошенных)*

Вариант ответа	Населенный пункт		Всего по выборке
	Город	Село	
Ничем не может быть оправдано	47	35,6	42,1
Ситуация, когда человек осознанно жертвует своей жизнью ради спасения жизни другого человека	21	24,8	22,6

Тяжелая болезнь, инвалидность	18,9	19,4	19,2
Душевные болезни	6,1	6,6	6,3
Пьянство, алкоголизм	2,6	7	4,4
Разочарование в жизни, «утомленность жизнью»	4	6,2	5
Разочарования в любви	1,9	1,8	1,8
Предательство близкого человека	1,9	2	1,9
Горе, обиды	1,6	1	1,3
Экономические трудности	1,4	3,6	2,3
Стыд и страх наказания	0,6	0,8	0,7
Другое	7,5	11,2	9

* Сумма ответов составляет более 100%, т.к. вопрос предполагал возможность выбора нескольких вариантов ответа

Как показало исследование, отношение населения к проблеме суицида неоднозначно и определяется многими факторами: нравственно-этическими нормами, обычаями, традициями, религиозными представлениями.

Ответы респондентов на вопрос о том, нужно ли освещать проблему самоубийств в СМИ, распределились следующим образом: 36,0% считают нужным освещать, примерно столько же, что не нужно (30,6%), – и 31,0% затруднились с ответом. Дифференциация ответов в городах и селах незначительная, хотя следует отметить, что на селе больше приверженных тому, что освещать данную проблему в СМИ все-таки стоит (разница составляет 6%).

Портрет самоубийцы

Гендерные особенности. Еще Э. Дюркгейм обратил внимание на мужскую сверхсуицидальность, отметив, что на одну лишаящую себя жизни женщину приходится в среднем четверо мужчин. А.Г. Амбрумова и Л.И. Постовалова также утверждали, что «из каждых четырех самоубийц трое – мужчины. Исследователи ссылаются, прежде всего, на «конститутивную слабость» мужского пола и высокий уровень стрессов, присущий выполнению мужской роли»¹⁸. Мужчины острее реагируют на ухудшение условий жизни по причине невысокого порога биосоциальной адаптации.

Более низкий уровень самоубийств у женщин объясняется тем, что они, в силу исторических условий, более привязаны к семье, менее индивидуализированы, и их жизнь более устойчива, чем жизнь мужчин.

Для проверки гипотезы о сверхсуицидальности мужчин исследователи обратились к данным ВОЗ. Было обнаружено, что из 52 стран, предоставивших статистику за 1985–1987 годы, только в двух (Кувейт и Мальта) женщины кончали жизнь самоубийством чаще, чем мужчины. Таким образом, высказывание Э. Дюркгейма о самоубийстве как преимущественно мужском явлении, сделанное им при анализе самоубийств в Австрии, Пруссии, Италии, Саксонии, Франции и Дании за период с 1831 по 1877 год, остается справедливым для большинства стран и сегодня.

В России мужчины также избирают добровольный уход из жизни намного чаще, чем женщины. Согласно данным статистики, темпы роста мужских самоубийств в несколько раз превышают женские. За весь почти полувековой период (1956–1999) на одно женское самоубийство приходилось в среднем около четырех мужских. Если же использовать более точные стандартизованные показатели, то положение мужчин еще хуже: за период с 1965 по 1999 год они

совершали самоубийства, в среднем, в пять раз чаще, чем женщины, а максимальное превышение достигало 6 раз.

В Республике Башкортостан доля мужских самоубийств из общего числа самоубийств составляет в среднем 87% (рис. 6).

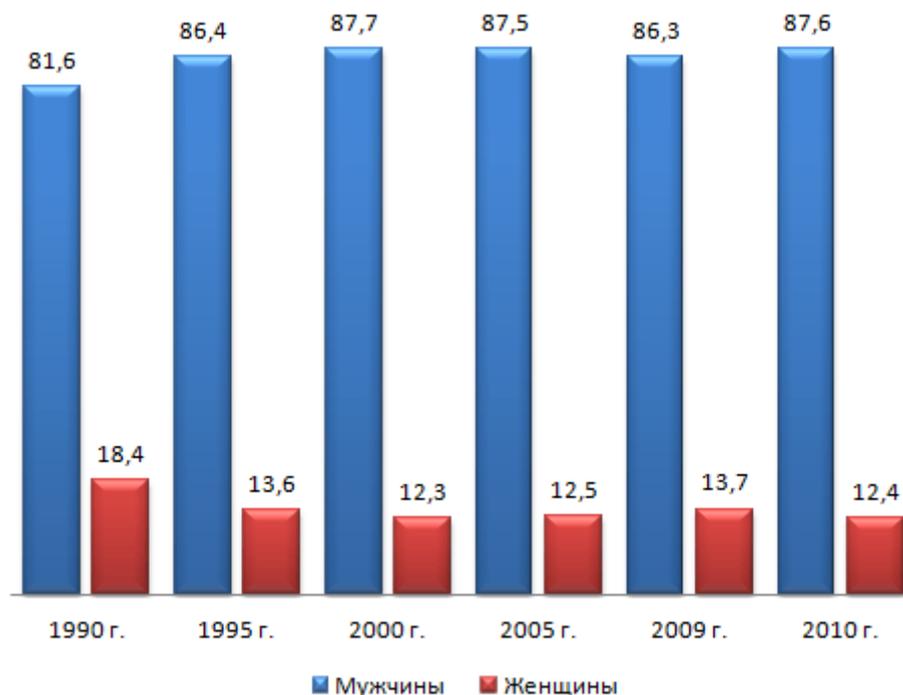


Рисунок 6. Удельный вес мужчин и женщин в смертности от самоубийств в Башкортостане, 1990–2010 годы, в %

Источник: Материалы Башкортостанстата.

Результаты исследования, проведенного ЦСПИ АН РБ, показали, что суицидальному риску подвержены как мужчины, так и женщины. Среди респондентов, совершивших попытку самоубийства, не закончившуюся летальным исходом, представители обоих полов представлены примерно одинаково (рис. 7).

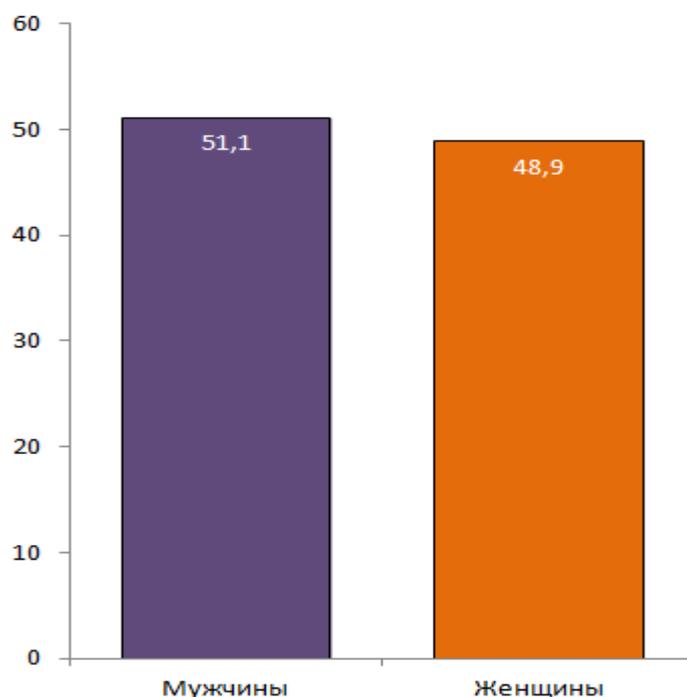


Рисунок 7. Гендерная структура попыток самоубийства (в % от числа опрошенных)

Однако, органы официальной статистики, регистрирующие только завершённые акты самоубийства, свидетельствуют о значительном преобладании мужского суицида над женским.

Возрастные особенности. Если в западных странах число самоубийств постепенно увеличивается с возрастом, то в России так же, как в Республике Башкортостан, высок уровень самоубийств среди трудоспособного населения (табл. 7). По данным республиканской статистики, 80% покончивших жизнь самоубийством приходится на людей активного трудоспособного возраста. Это также подтверждается результатами проведенного исследования.

Таблица 7. Смертность населения Республики Башкортостан от самоубийств в 1990–2010 гг. (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Годы	Всего умерших от всех причин, человек (все возраста)	Умерших от самоубийств (все возраста)	Из них трудоспособного населения, тыс. чел.
1990	965,6	36,2	51
2000	1300,5	61,4	84,8
2005	1419,4	57,7	76,2
2010	1337,9	40	-

Источник: Демографические процессы в Республике Башкортостан: Стат. сб. Уфа, 2005; Смертность населения Республики Башкортостан от несчастных случаев, отравлений и травм: Стат. бюллетень. Уфа. 2007.

По данным социологического исследования, максимальная суицидальная активность как мужчин, так и женщин проявляется в возрасте 16–24 года. В группу риска также входят мужчины 25–44 лет, составляющие 43% числа мужчин, пытавшихся покончить жизнь самоубийством. Наименьшая суицидальная активность свойственна представителям более старших возрастов (рис. 8).

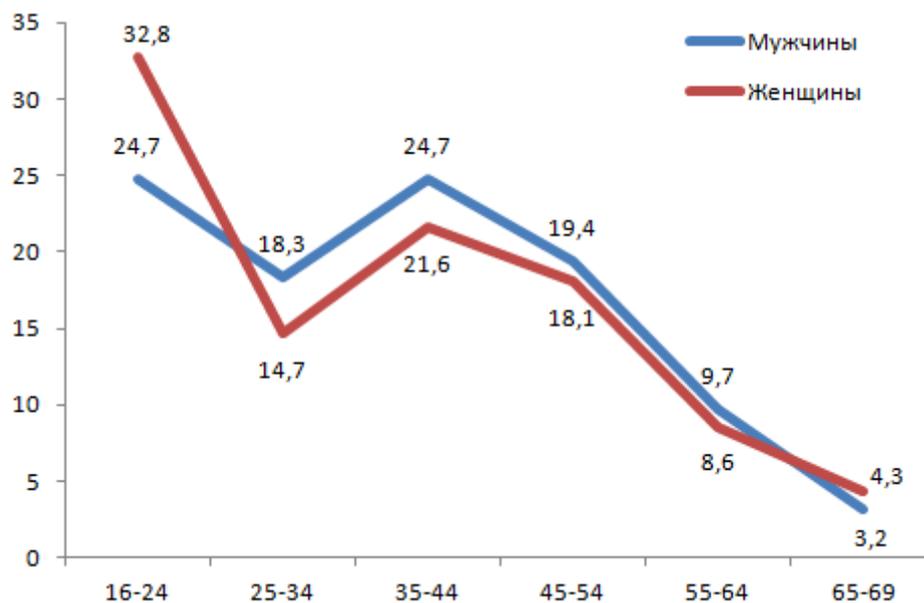


Рисунок 8. Возрастная структура мужчин и женщин, совершивших попытку самоубийства (в % от числа опрошенных)

Растет число самоубийств среди детей и подростков. По данным Шведского центра суицидальных исследований, в 2007 году Россия по абсолютному количеству подростковых самоубийств (15–19 лет) находилась на первом месте (2500 смертей в год). Аналогичная ситуация складывается в Республике Башкортостан (рис. 9).

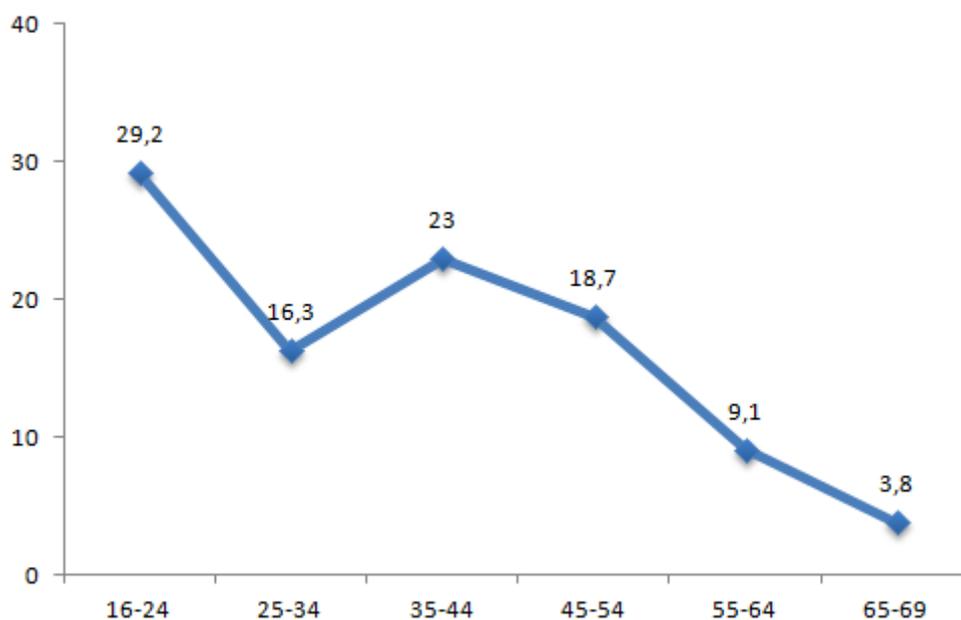


Рисунок 9. Возрастной состав респондентов, совершивших покушение на самоубийство (в % от числа опрошенных)

Во многих случаях суицидальное поведение подростка – это привлечение к себе внимания и крик о помощи, не всегда воспринятый взрослыми правильно. Однако взрослые часто недооценивают те проблемы, с которыми сталкиваются подростки, воспринимая подростковый период как «самое беззаботное» время. Среди подростков существует определённая «группа риска», которая, будучи не в состоянии контролировать свои эмоции и переживания, избирает добровольный уход из жизни как способ решения всех проблем. Корни склонности к суициду изначально следует искать в семье. Огромное значение имеют такие факторы, как психологический климат и атмосфера в доме, взаимоотношения родителей. Немаловажное значение для подростка имеют отношения со сверстниками, его позиционирование в группе.

Большую роль играет формирование «образа кумира» в системе ценностей молодого человека. «Более половины опрошенных россиян (53%) признались, что в юношеском возрасте (14–18 лет) у них были кумиры – люди, которые вызвали восхищение и воспринимались ими как образец поведения»¹⁹. Желание подражать кумиру может перерасти в навязчивую идею и подтолкнуть подростка к крайней черте, а смерть кумира – повлечь за собой необратимые последствия.

По данным Генпрокуратуры РФ, 10% выпускников госучреждений для детей-сирот кончают жизнь самоубийством, не будучи в состоянии приспособиться к жизненным условиям. Очень высока интенсивность самоубийств в армии, в 2008 году в армии и на флоте добровольно расстались с жизнью 505 человек (в армии США – 128)²⁰. До 70% самоубийств приходится на первый год службы.

Огромное влияние на формирование подростка имеет состояние нравственности в обществе, в котором важную роль играют СМИ. Большую тревогу вызывает факт наличия в сети Интернет сайтов, пропагандирующих самоубийство как способ избавления от проблем, где подробнейшим образом описываются способы совершения суицида («100 способов покончить жизнь самоубийством»). Родители по причине своей неосведомлённости зачастую не обращают внимания на те сетевые ресурсы, которые посещает их ребёнок. Подросток, ознакомившись с

такими сайтами (зачастую просто ради интереса), отождествляет себя с их авторами и начинает задумываться о том, что, возможно, ему тоже стоит уйти из жизни. Более того, на подобных сайтах существуют также и чаты, где подросток может познакомиться со своими единомышленниками, и, размышляя с ними на тему суицида, укрепить своё желание. Таким образом, развивается тенденция группового подросткового самоубийства.

Российское законодательство предусматривает ответственность за доведение человека до самоубийства. Но влияние сети Интернет на динамику самоубийств до сих пор остается безнаказанным. Это является большим недостатком отечественного законодательства. Следует ориентироваться на опыт зарубежных стран, в которых за размещение подобной информации в Интернете предусмотрена юридическая ответственность.

Образование. Результаты проведенного исследования не позволяют установить наличие прямой зависимости между уровнем образования и склонностью к суициду. Однако те респонденты, которые совершали хотя бы одну попытку самоубийства, чаще всего имели среднее специальное и среднее общее образование (рис. 10).

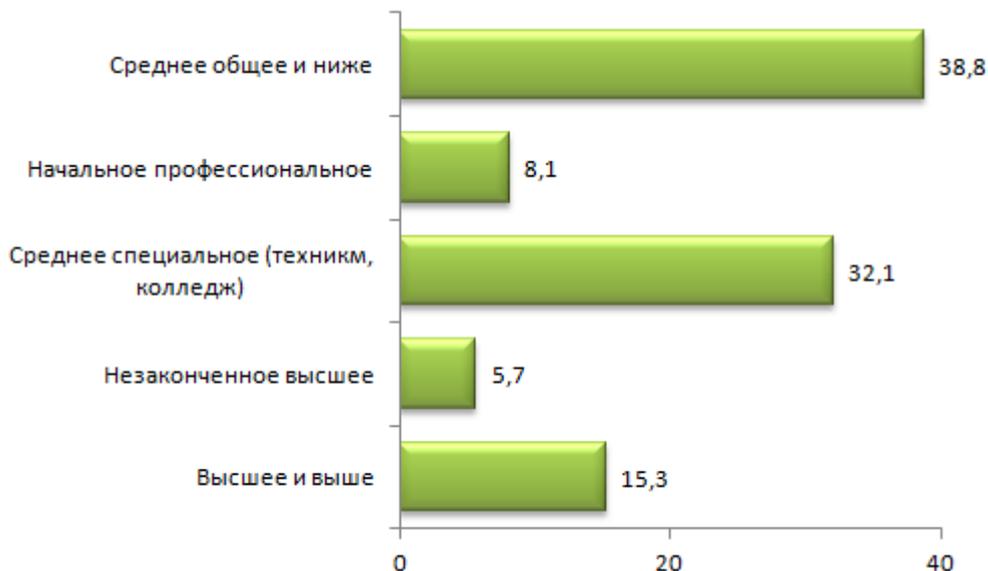


Рисунок 10. Уровень образования лиц, совершивших попытку самоубийства (в % от числа опрошенных)

В то же время высокий суицидальный риск наблюдается у женщин с высшим образованием (17,5%), возможно, это связано с тем, что женщинам сложнее, чем мужчинам, самоутвердиться в профессиональной сфере (табл. 8).

Таблица 8. Уровень образования мужчин и женщин, совершивших попытку самоубийства (в % от числа опрошенных)

Уровень образования	Мужчины	Женщины
Неполное начальное никогда не учился	3,3	-
Начальное	5,6	4,4
Неполное среднее общее	10	6,1

Среднее общее	22,2	26,3
Начальное профессиональное	7,8	7,9
Среднее специальное (техникум, колледж)	36,7	30,7
Незаконченное высшее	3,3	7
Высшее и выше	11,1	17,5
Всего	100	100

Социальный статус. Как показали результаты исследования, наименьшую суицидальную активность проявляли респонденты, принадлежащие к двум противоположным статусным группам: «неработающим» и «работающим на постоянной основе» (табл. 9).

Среди неработающих респондентов, доля которых составила 31% во всей выборочной совокупности, каждый третий находился на пенсии по старости или выслуге лет (32%); 4,7% опрошенных – на пенсии по инвалидности, 9,5% – в отпуске по уходу за ребенком, 4,7% вели домашнее хозяйство. Безработным являлся каждый седьмой участник опроса (13,4%).

Как показали результаты опроса, суицидальному риску в большей степени подвержена та часть населения, чья профессиональная деятельность не приносит желаемого результата, социальной определенности, устроенности, психологической удовлетворенности. Доля респондентов, отметивших, что работа приносит им удовлетворение и радость, составила 42,7%. Равнодушны к работе (относятся как к необходимости) – 21,5%. То, что работа тяготит, отметили 3,1% респондентов.

Наиболее высокие показатели суицидальной активности наблюдались у лиц с низким социальным статусом (рабочие), а также у студентов, суицидальный риск которых связан с повышенной эмоциональностью, незащищенностью в учебной, трудовой, личной сферах.

К группам повышенного суицидального риска также относятся «работающие временно» либо подрабатывающие, и частные предприниматели. Несмотря на невысокий удельный вес данных статусных групп, частота попыток суицида в них составила 11,4% и 5,9%, соответственно. Очевидно нестабильность социального положения и риск, характерный для предпринимательской деятельности, являются значимыми факторами, обуславливающими повышенный процент самоубийств в данных группах.

Таблица 9. Социальный статус респондентов, совершивших покушение на самоубийство (в % от числа опрошенных)

Ответы на вопрос: «Была ли в Вашей жизни попытка самоубийства?»	Социальный статус				Пол		Тип поселения	
	рабо- тающие на постоян- ной основе	работающие временно или подра- батывающие	работающие на себя (частный, индивид. предпри- ниматель)	Не рабо- та- ющие	муж- чины	жен- щины	Город	село
Нет, не было	95,2	88,6	94,1	95,3	94,5	94,6	94,8	94,3
Да, была одна попытка	3,7	9,5	3	3,6	4,4	4,1	4	4,5
Да, была более	1,1	1,9	2,9	1,1	1,1	1,3	1,2	1,2

одного раза								
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100

Социально-территориальные особенности. Согласно мировой практике, суицид рассматривается как явление в большей степени характерное для больших городов. В России наблюдается обратная тенденция. Уровень суицидальной активности сельского населения в несколько раз выше, чем городского. В Республике Башкортостан, на протяжении нескольких десятилетий наблюдается аналогичная ситуация: в 2010 году на 100 тысяч горожан всех возрастов приходилось 20,2 самоубийств, а на 100 тысяч сельчан – 70,2. В наиболее «опасном» возрастном промежутке 25–29 лет наблюдалось превышение более чем в 3 раза. Поселенческая асимметрия интенсивности самоубийств просматриваются и в показателях по городским округам и муниципальным районам.

Необходимо отметить, что раньше на селе самоубийства встречались реже, чем в городах. Однако в постперестроечный период положение резко изменилось (рис. 11). На рост суицида в сельской местности оказывает влияние неблагоприятная социально-экономическая ситуация на селе и высокий уровень безработицы. Возможно, это является также следствием урбанизационных процессов, которые приводят к массовому оттоку населения в города и стагнации сельской жизни.

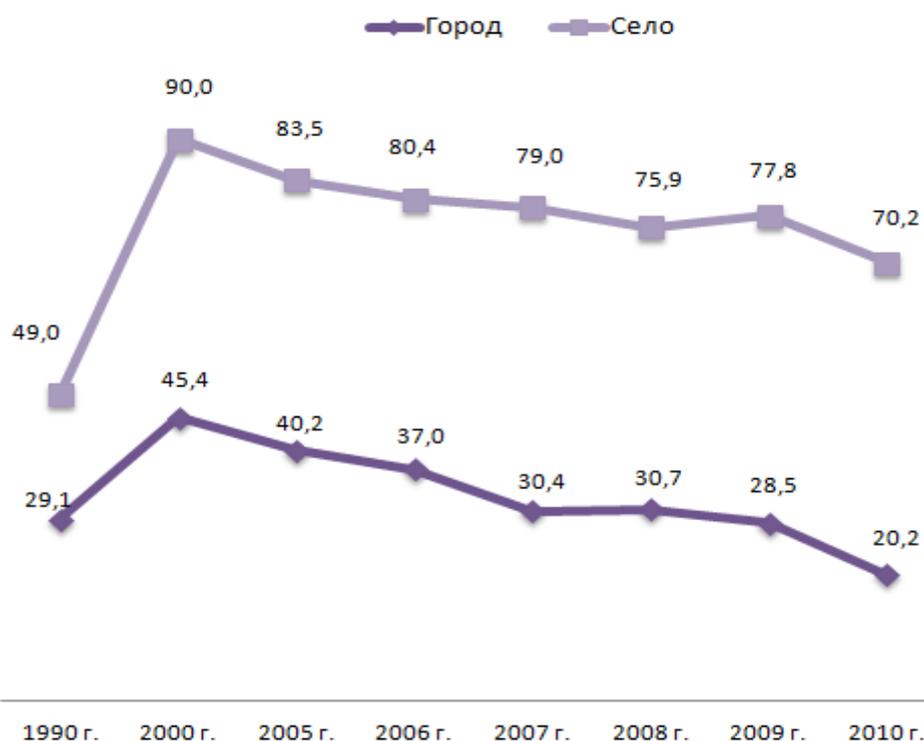


Рисунок 11. Смертность городского и сельского населения республики от самоубийств (на 100 тыс. человек населения)

Источник: Смертность населения Республики Башкортостан от несчастных случаев, отравлений и травм: Стат. бюллетень. Уфа. 2007; Смертность населения Республики Башкортостан: Стат. сб. Уфа. 2011.

Понизился средний возраст суицидентов. В 1991 году он составлял у мужчин, проживающих в городах – 47 лет, у мужчин, проживающих в сельской местности – 42,5 года. В 2007 году показатели составляли 42 года и 39,5 года, соответственно²¹.

Семейное положение. Уровень самоубийств тесно связан с семейным положением индивида. Наличие семьи в целом является антисуицидальным фактором²². Уровень самоубийств среди несемейных, одиноких обычно выше. Наиболее высок риск самоубийства у лиц никогда не состоявших в браке, затем следуют овдовевшие, разведенные, состоящие в браке, но бездетные. Наименьшее число самоубийств отмечается у состоящих в браке и имеющих детей. Отмечено, что те респонденты, у кого есть дети, в особенности женщины, реже совершают самоубийства (рис. 12). Выполняемые женщиной социальные роли матери, жены, хозяйки дома, даже при социальных катаклизмах сглаживают негативное влияние стрессовых ситуаций и во многих случаях сдерживают от совершения самоубийства.

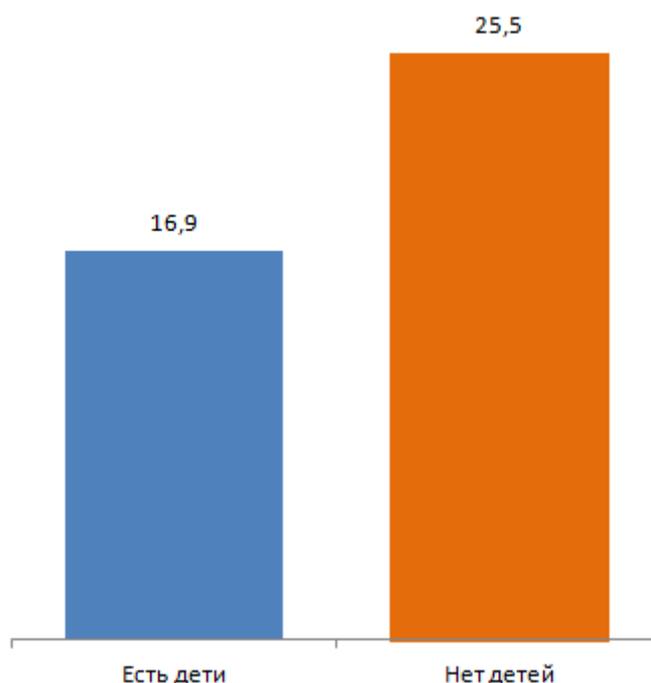


Рисунок 12. Зависимость суицидального риска от наличия детей в семье (в % от числа опрошенных)

С другой стороны, семейные конфликты могут сами стать поводом для совершения суицида. Эта двойственная роль семьи проявляется в мотивации суицидальных актов. По данным А. Амбрумовой, Я. Гилинского, Л. Смолинского, выявлен высокий процент самоубийств «по мотивам, связанным с одиночеством или же семейным конфликтом; преобладание мотивов, зависящих от конфликтов в семье; более значимый для мужчин мотив конфликтности в семье при более значимом для женщин мотиве одиночества»²³.

Потенциал суицидальных намерений

Потенциал суицидальных намерений выявлялся вопросами, которые раскрывали наличие у респондента мыслей о суициде (рис. 13). Около трети всех опрошенных отметили, что хотя бы раз в жизни задумывались о самоубийстве.

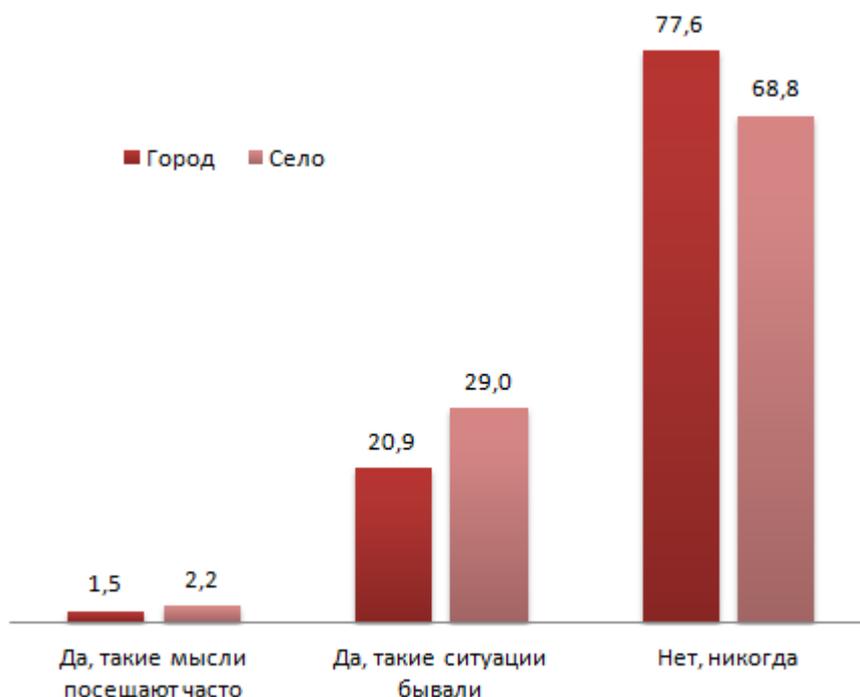


Рисунок 13. Ответы на вопрос: «Бывали ли у вас такие жизненные ситуации, когда возникали мысли о самоубийстве?» (в % от числа опрошенных)

Сравнение ответов представителей разных возрастных групп, свидетельствует, что чаще всего суицидальные мысли возникают у представителей молодого поколения. Так, каждый третий респондент 16–24 лет отметил, что у него случались такие жизненные ситуации, когда возникали суицидальные мысли (33,0%). Респонденты 25–44 лет это отмечали несколько реже (25,5%). Респонденты более старших возрастных групп наименее подвержены суицидальным настроениям (табл. 10).

Результаты проведенного опроса подтверждаются общероссийскими исследованиями. По данным независимых психиатров России, в настоящее время 30% молодых людей в возрасте от 14 до 24 лет имеют суицидальные мысли²⁴.

Таблица 10. Ответы на вопрос: «Бывали ли у вас такие жизненные ситуации, когда у вас возникали мысли о самоубийстве?» (в % от числа опрошенных)

Ответы	Возрастные группы						Всего
	16–24	25–34	35–44	45–54	55–64	65–69	
Нет, никогда	67	72,7	72,2	76,5	83,8	81	74
Да, такие ситуации бывали	31	26,4	26,1	20	15,4	19	24,2
Да, такие мысли посещают часто	1,9	0,9	1,7	3,5	0,8	-	1,8
Всего	100	100	100	100	100	100	100

У кого искать поддержку?

Подавляющее большинство респондентов, у которых были мысли о самоубийстве, предпочитали не рассказывать об этом окружающим (64,6%). Треть респондентов (35,4%), делившихся с окружающими, чаще всего говорили о своих настроениях и намерениях друзьям (22,9%), намного реже - с родными и семьей (7,3% ответивших). Обращения к психологам, врачам и учителям упоминались крайне редко (рис. 14). Необходимо отметить, что респонденты, проживающие на селе, обладали большим порогом доверия и чаще городских респондентов рассказывали о своих суицидальных мыслях как членам своей семьи, так и друзьям (54,7% и 45,2%, соответственно).



Рисунок 14. «Кому вы говорили о своих мыслях о самоубийстве?» (в % от числа опрошенных)

На вопрос «Кто-либо из ваших друзей когда-либо говорил о намерениях совершить самоубийство?» 25% респондентов ответили утвердительно. Сравнительный анализ ответов городского и сельского населения показал, что чаще говорят о своих суицидальных намерениях жители сельской местности (31,2%), чем городской (21%) (рис. 15).

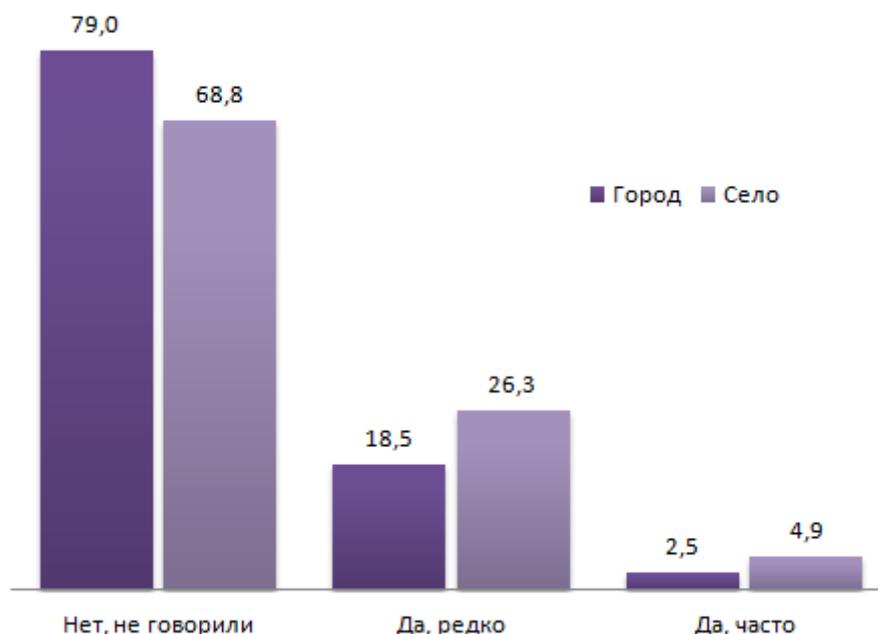


Рисунок 15. «Кто-либо из ваших друзей говорил о намерениях совершить самоубийство?» (в % от числа опрошенных)

Из числа тех респондентов, которые совершали попытку самоубийства, только 2,1% обращались к кому-либо за помощью, 14% ни к кому не обращались. Городские респонденты в первую очередь обращаются за помощью к друзьям (2,8%), сельские – к родным, матери или отцу (2,5%), среди горожан этот вариант является вторым по частоте выбора ответом. К психологам и психотерапевтам обращаются крайне редко как городские (0,8%), так и сельские жители (0,5%), к врачам еще меньше – 0,5%. К сожалению, в нашей стране сохраняется стигматизация психиатрии. Многие, нуждающиеся в помощи люди относятся к специалистам данного профиля с некоторым предубеждением. А мужчины вовсе считают это проявлением слабости.

Респонденты указывали на то, что человеку, стоящему на грани самоубийства, прежде всего, могут оказать помощь родные люди, мать или отец. Так считают 47,3% опрошенных, причем на селе убежденных в данном утверждении намного больше. Далее респонденты отдают предпочтение психологам, но следует отметить, что горожане, по вполне объяснимым причинам, выбирали данный вариант ответа намного чаще (23,1%), чем сельские жители (16,9%). На третьем месте – друзья, на четвертом у городских и на пятом у сельских жителей – специалисты Центров социальной и психологической помощи. Это может быть связано, во-первых, с низкой информированностью граждан о существовании таких Центров, во-вторых, с дороговизной предоставляемых в них услуг, в-третьих, с низкой степенью доверия населения специалистам данных организаций. В трудной жизненной ситуации приходилось обращаться в центры социальной и психологической помощи лишь 3,6% горожан, на селе данный показатель еще ниже – 2,6%. Далее респонденты называют врачей, учителей и наставников.

Проблемы наличия центров социальной и психологической помощи, информированности об их деятельности особенно остро стоят в сельской местности, так как в городах их число значительно больше чем на селе (рис. 16). Не знают о существовании центров в своих населенных пунктах 43,1% горожан и 38,4% сельян.



Рисунок 16. Осведомленность респондентов о наличии центров социальной и психологической помощи или телефонов доверия (в % от числа опрошенных)

Почему и как сводят счёты с жизнью

Причины самоубийств. Одной из задач исследования было выявление причин, приводящих человека к самоубийству. Сложность поставленной задачи заключалась в том, что чаще всего к самоубийству приводит не одна, а множество различных причин, нередко отягощенных неблагоприятными обстоятельствами. Выделение из них одной, основной причины, является сложной, порой невыполнимой задачей. Сам человек, идущий на самоубийство, не всегда может осознавать истинную его причину.

По мнению ученых, суицидальное поведение может быть вызвано группой причин:

Психические. Ряд ученых полагают, что один из главных факторов, способствующих совершению самоубийства, - это психические заболевания

Генетические. Бытует мнение, что самоубийца имеет полученную по наследству предрасположенность²⁵.

Биологические. Согласно данной точке зрения, существует зависимость между изменениями климата и температуры в течение года и уровнем самоубийств. Впервые временные вариации в совершении самоубийств были зафиксированы в работе Х. Морселли. Проанализировав огромный массив статистических данных конца XIX в. по 28 европейским странам, он пришел к выводу, что сезонные колебания в ежегодном распределении суицидов просматриваются настолько отчетливо, что их невозможно объяснить лишь случайностями, связанными исключительно с человеческой волей. Он утверждал также, что страны с теплым климатом в наибольшей степени благоприятствуют самоубийствам, верхний пик которых приходится на летние месяцы, а нижний – на зимний период. Из этих наблюдений Х. Морселли заключил, что температура оказывает прямое

влияние на склонность к самоубийствам: жара с ее механическим воздействием на церебральные функции делает людей более подверженными к суицидам²⁶.

Социальные. По мнению Э. Дюркгейма, важнейшая социальная причина суицидальной ситуации – дезинтеграция связей личности с референтными группами или лицами, т. е. социальное отчуждение²⁷.

Некоторые ученые полагают, что одним из главных факторов в совершении самоубийств является *алкоголизм*. О несомненной связи самоубийств с потреблением спиртного говорит сокращение уровня самоубийств в период «антиалкогольной кампании» (1985-1987 годы). В последние годы участились случаи суицида и под влиянием наркотиков.

На вопрос: «Какова была главная причина Вашей попытки самоубийства?» каждый второй опрошенный, имеющий такой опыт, выбирал из числа предложенных вариантов «Горе, обиды» (рис. 17). Каждый седьмой указывал на «разочарование, утомленность жизнью» (13,6%). Примечательно, что причины экономического характера указывались редко, как сельскими, так и городскими жителями.



Рисунок 17. «Какова была главная причина Вашей попытки самоубийства?» (в % от числа опрошенных)

Трудность анализа причин суицида состояла в том, что многие участники опроса отмечали не конкретную причину, а вариант «Другое», который также был обозначен в анкете. Его выбирал каждый четвертый респондент.

На вопрос: «Какова была основная причина самоубийства или попытки самоубийства члена Вашей семьи?» респонденты также чаще всего отмечали вариант «Другое» (рис. 18), при этом количественный перевес обеспечивался за счет ответов скорее сельских жителей, нежели городских (63,2% и 36,8%, соответственно). Каждый шестой респондент давал ответ «Пьянство, алкоголизм». Тем не менее, алкоголизм является скорее поводом для совершения суицида,

нежели его причиной. Лишившись работы или попав в стрессовую ситуацию, люди часто находят утешение в алкоголе, приобретая сильную алкогольную зависимость, что создает «благоприятную почву» для совершения суицида. Самоубийство в данном случае воспринимается как избавление от отчаяния, безнадежности, неудовлетворенности собой, безнадежного будущего.



**Рисунок 18. «Какова была основная причина попытки самоубийства члена Вашей семьи?»
(в % от числа опрошенных)**

Показательно и то, что процент сельских жителей, отметивших причину «Пьянство, алкоголизм» несколько выше, чем городских (рис. 19). Также сельские жители чаще горожан выбирали такие причины, как «Одиночество» и «Разочарование в любви». Респонденты, опрошенные в городах, чаще называли причиной суицида «Разочарование», «Утомленность жизнью», «Душевные болезни», «Тяжелую болезнь, инвалидность».

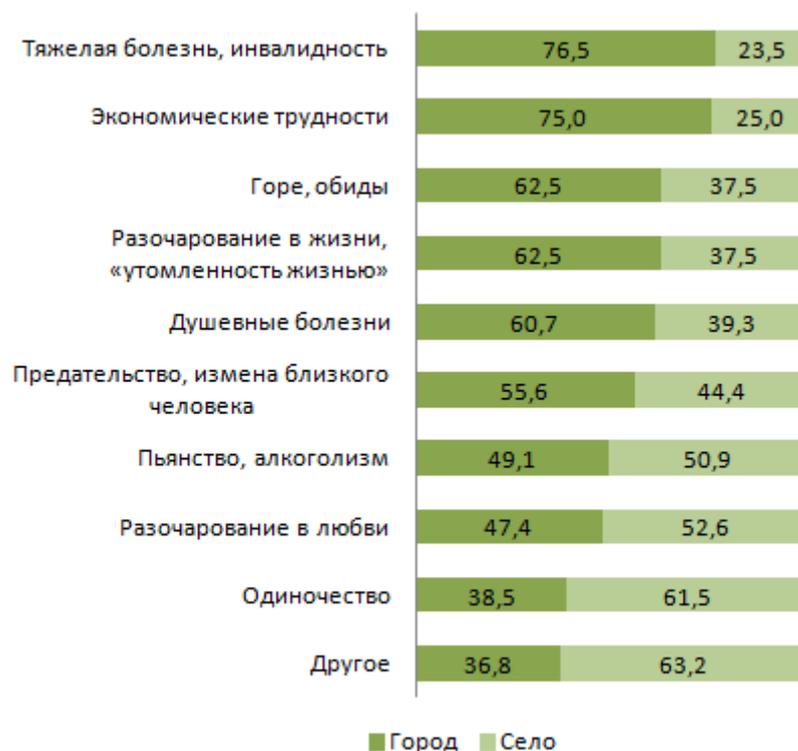


Рисунок 19. Распределение ответов городского и сельского населения на вопрос: «Какова была основная причина попытки самоубийства члена Вашей семьи?» (в % от числа опрошенных)

Отвечая на вопрос «Какова была основная причина самоубийства или попытки самоубийства Вашего друга?», 13,2% респондентов отметили «Разочарование в любви». Из числа указавших на данную причину 23% находились в возрастном промежутке 16–24 лет; 12,5% – 25–34 года. Однако далеко не все подростковые самоубийства происходят из-за несчастной любви. Чаще всего подростковая влюбленность - не что иное, как потребность быть кому-нибудь нужным. И когда взаимности не возникает, нередко приходит ощущение «ненужности», отчужденности. Большинство самоубийц хотели, как правило, не умереть, а обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь.



Рисунок 20. Распределение ответов мужского и женского населения на вопрос: «Какова была основная причина попытки самоубийства члена Вашей семьи?» (в % от числа опрошенных)



Рисунок 21. Распределение ответов городского и сельского населения на вопрос о причинах самоубийств среди друзей (в % от числа опрошенных)

Данные проведенного социологического исследования показали, что существуют гендерные, возрастные и поселенческие различия причин самоубийства. Также причины самоубийств значительно различаются в разных возрастных группах. Так, суициды из-за неразделенной любви у подростков до 16 лет составляют практически половину общего числа самоубийств, а после 25 лет по этой причине кончают с собой гораздо реже.

Способы совершения самоубийства. Наиболее часто встречающийся вид суицида – попытка отравиться лекарственными препаратами. Среди тех респондентов, у кого была попытка самоубийства, к этому способу прибегли 34,4% опрошенных. Иные попытки указали 21,5% респондентов. Уход из жизни через повешение избирали 16,1% респондентов. Пытались вскрыть вены 20,4%, выпрыгнуть из окна 4,3%, броситься под поезд 3,2% (рис. 22). Считается, что большая доля фатальных ДТП с единственной жертвой – фактически суициды.



Рисунок 22. «Каким способом Вы совершили попытку самоубийства?» (в % от числа опрошенных)

Ответы респондентов относительно способа самоубийства кого-либо из членов семьи распределились следующим образом: на первом месте – самоповешение, втором – вскрытие вен, третьем – отравление (с несколько более высокими показателями у женщин), далее – падение с высоты, применение огнестрельного оружия (у мужчин), утопление (у женщин) (рис. 23).



Рисунок 23. «Каким способом член Вашей семьи совершил самоубийство или попытку самоубийства?» (в % от числа опрошенных)

На вопрос: «Кем приходился человек, совершивший самоубийство?», респонденты чаще всего отвечали: «Другие родственники». Второй по частоте ответ был «Отец», третий – «Супруг», четвертый – «Сын». Намного реже самоубийства совершались членами семьи женского пола.

Как показало исследование, сельские респонденты чаще городских выбирали ответы «Супруг» и «Сын» и намного реже – «Мать», «Дочь», «Супруга». Это еще раз подтверждает факт высокой суицидальной активности мужчин, особенно в сельской местности.

Почему и как сводят счёты с жизнью

Причины самоубийств. Одной из задач исследования было выявление причин, приводящих человека к самоубийству. Сложность поставленной задачи заключалась в том, что чаще всего к самоубийству приводит не одна, а множество различных причин, нередко отягощенных неблагоприятными обстоятельствами. Выделение из них одной, основной причины, является сложной, порой невыполнимой задачей. Сам человек, идущий на самоубийство, не всегда может осознавать истинную его причину.

По мнению ученых, суицидальное поведение может быть вызвано группой причин:

Психические. Ряд ученых полагают, что один из главных факторов, способствующих совершению самоубийства, - это психические заболевания

Генетические. Бытует мнение, что самоубийца имеет полученную по наследству предрасположенность²⁵.

Биологические. Согласно данной точке зрения, существует зависимость между изменениями климата и температуры в течение года и уровнем самоубийств. Впервые временные вариации в совершении самоубийств были зафиксированы в работе Х. Морселли. Проанализировав огромный массив статистических данных конца XIX в. по 28 европейским странам, он пришел к выводу, что сезонные колебания в ежегодном распределении суицидов просматриваются настолько отчетливо, что их невозможно объяснить лишь случайностями, связанными исключительно с человеческой волей. Он утверждал также, что страны с теплым климатом в наибольшей степени благоприятствуют самоубийствам, верхний пик которых приходится на летние месяцы, а нижний – на зимний период. Из этих наблюдений Х. Морселли заключил, что температура оказывает прямое влияние на склонность к самоубийствам: жара с ее механическим воздействием на церебральные функции делает людей более подверженными к суицидам²⁶.

Социальные. По мнению Э. Дюркгейма, важнейшая социальная причина суицидальной ситуации – дезинтеграция связей личности с референтными группами или лицами, т. е. социальное отчуждение²⁷.

Некоторые ученые полагают, что одним из главных факторов в совершении самоубийств является *алкоголизм*. О несомненной связи самоубийств с потреблением спиртного говорит сокращение уровня самоубийств в период «антиалкогольной кампании» (1985-1987 годы). В последние годы участились случаи суицида и под влиянием наркотиков.

На вопрос: «Какова была главная причина Вашей попытки самоубийства?» каждый второй опрошенный, имеющий такой опыт, выбирал из числа предложенных вариантов «Горе, обиды» (рис. 17). Каждый седьмой указывал на «разочарование, утомленность жизнью» (13,6%). Примечательно, что причины экономического характера указывались редко, как сельскими, так и городскими жителями.



Рисунок 17. «Какова была главная причина Вашей попытки самоубийства?» (в % от числа опрошенных)

Трудность анализа причин суицида состояла в том, что многие участники опроса отмечали не конкретную причину, а вариант «Другое», который также был обозначен в анкете. Его выбирал каждый четвертый респондент.

На вопрос: «Какова была основная причина самоубийства или попытки самоубийства члена Вашей семьи?» респонденты также чаще всего отмечали вариант «Другое» (рис. 18), при этом количественный перевес обеспечивался за счет ответов скорее сельских жителей, нежели городских (63,2% и 36,8%, соответственно). Каждый шестой респондент давал ответ «Пьянство, алкоголизм». Тем не менее, алкоголизм является скорее поводом для совершения суицида, нежели его причиной. Лишившись работы или попав в стрессовую ситуацию, люди часто находят утешение в алкоголе, приобретая сильную алкогольную зависимость, что создает «благоприятную почву» для совершения суицида. Самоубийство в данном случае воспринимается как избавление от отчаяния, безнадежности, неудовлетворенности собой, безнадежного будущего.



**Рисунок 18. «Какова была основная причина попытки самоубийства члена Вашей семьи?»
(в % от числа опрошенных)**

Показательно и то, что процент сельских жителей, отметивших причину «Пьянство, алкоголизм» несколько выше, чем городских (рис. 19). Также селяне намного чаще горожан выбирали такие причины, как «Одиночество» и «Разочарование в любви». Респонденты, опрошенные в городах, чаще называли причиной суицида «Разочарование», «Утомленность жизнью», «Душевные болезни», «Тяжелую болезнь, инвалидность».

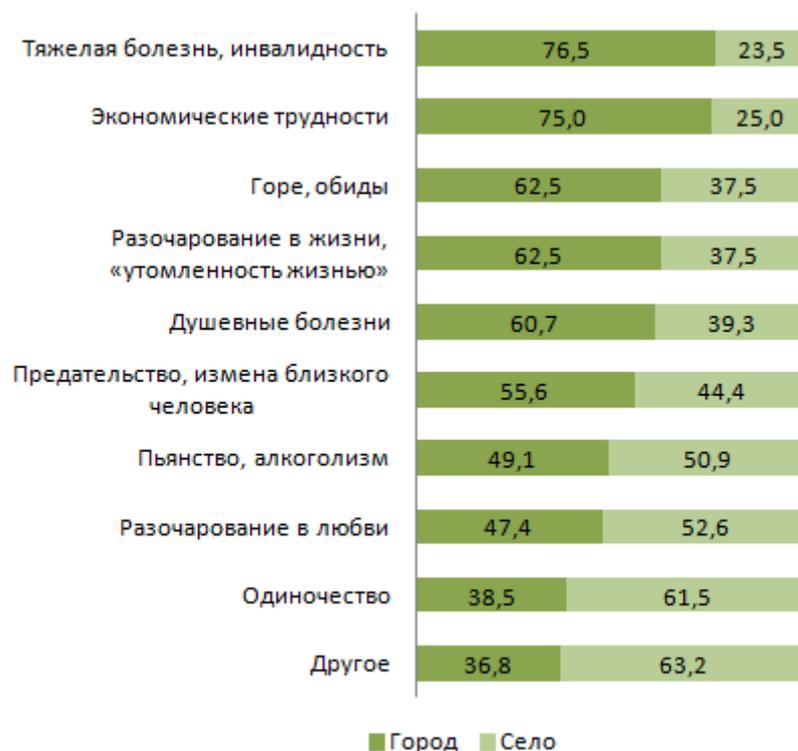


Рисунок 19. Распределение ответов городского и сельского населения на вопрос: «Какова была основная причина попытки самоубийства члена Вашей семьи?» (в % от числа опрошенных)

Отвечая на вопрос «Какова была основная причина самоубийства или попытки самоубийства Вашего друга?», 13,2% респондентов отметили «Разочарование в любви». Из числа указавших на данную причину 23% находились в возрастном промежутке 16–24 лет; 12,5% – 25–34 года. Однако далеко не все подростковые самоубийства происходят из-за несчастной любви. Чаще всего подростковая влюбленность - не что иное, как потребность быть кому-нибудь нужным. И когда взаимности не возникает, нередко приходит ощущение «ненужности», отчужденности. Большинство самоубийц хотели, как правило, не умереть, а обратить внимание на свои проблемы, позвать на помощь.



Рисунок 20. Распределение ответов мужского и женского населения на вопрос: «Какова была основная причина попытки самоубийства члена Вашей семьи?» (в % от числа опрошенных)



Рисунок 21. Распределение ответов городского и сельского населения на вопрос о причинах самоубийств среди друзей (в % от числа опрошенных)

Данные проведенного социологического исследования показали, что существуют гендерные, возрастные и поселенческие различия причин самоубийства. Также причины самоубийств значительно различаются в разных возрастных группах. Так, суициды из-за неразделенной любви у подростков до 16 лет составляют практически половину общего числа самоубийств, а после 25 лет по этой причине кончают с собой гораздо реже.

Способы совершения самоубийства. Наиболее часто встречающийся вид суицида – попытка отравиться лекарственными препаратами. Среди тех респондентов, у кого была попытка самоубийства, к этому способу прибегли 34,4% опрошенных. Иные попытки указали 21,5% респондентов. Уход из жизни через повешение избирали 16,1% респондентов. Пытались вскрыть вены 20,4%, выпрыгнуть из окна 4,3%, броситься под поезд 3,2% (рис. 22). Считается, что большая доля фатальных ДТП с единственной жертвой – фактически суициды.



Рисунок 22. «Каким способом Вы совершили попытку самоубийства?» (в % от числа опрошенных)

Ответы респондентов относительно способа самоубийства кого-либо из членов семьи распределились следующим образом: на первом месте – самоповешение, втором – вскрытие вен, третьем – отравление (с несколько более высокими показателями у женщин), далее – падение с высоты, применение огнестрельного оружия (у мужчин), утопление (у женщин) (рис. 23).



Рисунок 23. «Каким способом член Вашей семьи совершил самоубийство или попытку самоубийства?» (в % от числа опрошенных)

На вопрос: «Кем приходился человек, совершивший самоубийство?», респонденты чаще всего отвечали: «Другие родственники». Вторым по частоте ответ был «Отец», третий – «Супруг», четвертый – «Сын». Намного реже самоубийства совершались членами семьи женского пола.

Как показало исследование, сельские респонденты чаще городских выбирали ответы «Супруг» и «Сын» и намного реже – «Мать», «Дочь», «Супруга». Это еще раз подтверждает факт высокой суицидальной активности мужчин, особенно в сельской местности.

Выводы

Несмотря на постепенное снижение уровня самоубийств, проблема суицида в Республике Башкортостан остается острой.

Уровень самоубийств дифференцирован в зависимости от пола, возраста, семейного положения, социального статуса и места проживания индивида. Кроме этого, на распространение суицида влияют как социально-экономические факторы (занятость, уровень и качество жизни населения), так и социокультурные (национально-культурные ценности, религиозные традиции и т.д.).

Суициду подвержены лица разных социальных и демографических групп. К «группам риска» в первую очередь относятся:

1. молодежь и подростки (как правило, из-за конфликтов в семье, учебе, на работе, взаимоотношений с противоположным полом; среди суицидентов есть и представители неформальных молодежных объединений, культивирующих идею смерти и суицида (готы, эмо и др.);
2. лица пожилого возраста, страдающие от чувства одиночества, беспомощности, материальных проблем;
3. жители села (как правило, мужчины трудоспособного возраста);
4. безработные (чаще всего мужчины), не имеющие возможности содержать семью, столкнувшиеся с неразрешимыми, на их взгляд, материальными проблемами. Учитывая сложившуюся социально-экономическую ситуацию в стране – усиление финансового кризиса – можно прогнозировать увеличение числа суицидов, причиной которых выступают материальные проблемы: невозможность содержать семью, выплатить кредиты и т.д.;
5. психически нездоровые люди, а также страдающие алкоголизмом, наркоманией и т.д.

Каждая из вышеперечисленных групп под влиянием разных причин и мотивов идет на совершение суицида. Предстоит большая работа по более глубокому изучению этих причин и мотивов, выработке адекватных мер по профилактике и преодолению суицида в каждой из социально-демографических групп населения.

Исследование показало низкий уровень информированности населения о деятельности служб социальной и психологической помощи, очень редкое обращение в них лиц, оказавшихся в сложной жизненной ситуации. Жители республики считают, что помощь человеку, стоящему на грани самоубийства, могут оказать, в первую очередь, его родители, близкие родственники (47%), а потом уже специалисты – медики и психологи (20,5%). За помощью в специализированные службы социальной и психологической помощи обратились 3,6% респондентов.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Смертность населения субъектов Российской Федерации от самоубийств в 2005-2009 годах (на 100 тысяч населения)

Российская Федерация и ее субъекты	Число умерших от самоубийств					
	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Российская Федерация	32,2	30,1	29,1	27,1	26,5	23,4
Центральный федеральный округ	21,9	20,6	19	17,7	17,1	14,5
Белгородская область	23,4	21,4	20,9	21	18,8	17,4
Брянская область	31,3	27,8	24,8	21,5	21,1	18,9
Владимирская область	37,2	32,3	32	28,6	29,7	26,7
Воронежская область	22,2	22,2	20,9	18,3	19,5	15,2
Ивановская область	37	35,3	35,4	33	30,9	27,5
Калужская область	26,8	24,7	22,3	21,9	22,8	21
Костромская область	38,8	32,6	33,9	28,5	30	23,6
Курская область	24,4	25,7	18,3	18,2	16,4	10,4
Липецкая область	25,1	25	23,9	19,9	20,1	16,4
Московская область	23,5	21,7	21,2	20,7	18,8	16,8
Орловская область	19,2	19,3	18,4	14,6	14,9	15,5
Рязанская область	12,5	13	9,1	11,4	8,5	7,2
Смоленская область	38,1	35,8	27,5	25,9	28,9	23,8

Тамбовская область	17,8	16,9	18,6	14,2	13,3	14,4
Тверская область	36,9	37,5	30,8	30,3	33	28,8
Тульская область	29,6	26,9	24,9	20,7	20,5	18,6
Ярославская область	31	27,1	26,2	23,5	22,5	20
г. Москва	9,3	8,8	8,1	8	7,2	5,5
Северо-западный федеральный округ	30,9	27,9	27	24,6	23,5	21,6
Республика Карелия	40,6	37,8	35,1	34	29,2	27,1
Республика Коми	44,6	44,8	45,7	41,8	40	40,5
Архангельская область	51,9	46,7	50,5	44,8	37,5	39,1
Ненецкий автономный округ	61,9	100,1	119,1	102,3	33,2	75,1
Вологодская область	39,2	40,9	35,2	26,5	29,4	25,7
Калининградская область	33,4	27,1	29	24	26	23,5
Ленинградская область	32,5	31,1	27,3	26,1	26,5	22,7
Мурманская область	28,2	16,7	14,3	12,3	9,9	13,8
Новгородская область	38,8	37,8	35,6	39,1	35,9	29,1
Псковская область	40	32,4	30,3	32,5	29	26
г. Санкт-Петербург	15,2	13	13,2	12	12,1	10,8
Южный федеральный округ*	17,9	16,6	15,9	14,4	15,1	17,7
Республика Адыгея	26,8	23,1	17,9	18,8	22,3	22
Республика Калмыкия	47	44,8	39,1	39,7	47,3	39,7
Краснодарский край	27,7	25,7	25,7	23,6	23,3	21,8
Астраханская область	36,2	36,1	35,9	32,1	31,7	25,9
Волгоградская область	26,1	25,5	25,1	21	21,5	17,3
Ростовская область	11,2	10,9	10,5	8,1	10,3	9,1
Северо-Кавказский федеральный округ*						6,4
Республика Дагестан	4,7	3,5	3,8	3,3	3,7	3,2
Республика Ингушетия	-	0,4	0,4	0	0,4	0
Кабардино-Балкарская республика	13,5	12,8	12,2	13,2	13,1	11,3
Карачаево-Черкесская республика	11,1	11,6	8,6	5,9	6,8	7,9
Республика Северная Осетия-Алания	5,5	4,4	2,6	2,1	4,1	4,9
Чеченская республика	1,4	1,6	0,3	0,4	0,1	0,2
Ставропольский край	19,3	15,6	14,4	15,8	15,8	12,2
Приволжский федеральный округ	41,3	38,8	37,9	35,4	34,8	30,4
Республика Башкортостан	57,7	54,5	50	48,9	48,3	40
Республика Марий Эл	64,8	52,5	59,7	46,3	50,5	47,9
Республика Мордовия	31,2	28,6	27	27,1	26,4	24,1
Республика Татарстан	36,8	32,3	32,3	31,2	30	28,7
Удмуртская Республика	63,7	62,2	61,4	56,6	53	49,2
Чувашская Республика	47,2	50,7	51,9	44,2	45,8	45,1
Пермский край	52,1	46,9	48,7	45,1	45,5	43,3

Кировская область	57	52,1	51,2	52,2	49	40,9
Нижегородская область	32,5	29	28,7	24,8	25,3	19,2
Оренбургская область	45,9	42,3	41,9	42,2	40,4	34
Пензенская область	36	34,2	32,7	27,3	29,6	24,9
Самарская область	23,2	20,6	18,6	19,3	13,8	9,8
Саратовская область	26,7	32,6	31,1	27,2	28,8	25,5
Ульяновская область	18,8	18,7	17,8	14	16,8	15,1
Уральский федеральный округ	41,1	36,5	34,8	32,1	32,5	30,2
Курганская область	53,4	51,7	49,2	50,5	50,2	43,2
Свердловская область	40,3	36,7	33,4	29,9	30,8	28,2
Тюменская область	34,3	28,4	27,6	25,3	25,6	24,3
Ханты-Мансийский авт. округ - Югра	26,6	22,5	20,4	16,4	17,1	16,3
Ямало-Ненецкий авт. округ	30,2	21,9	16,5	14,5	17,6	17,8
Челябинская область	45	39,6	39,4	36,6	36,6	34,9
Сибирский федеральный округ	46	44,4	43,9	41,5	40,2	36,5
Республика Алтай	87,2	89,8	71,8	73	68,6	65,6
Республика Бурятия	77,4	77,2	70,4	73,3	67,1	64,7
Республика Тыва	51,6	62,5	52,8	59,5	57,7	71,1
Республика Хакасия	50,4	41,5	41,3	38,5	39,2	38,9
Алтайский край	43,8	45,6	42,5	41,8	41,7	37,6
Красноярский край	36,6	32,9	31,7	29,9	29,1	25,1
Таймырский (Долгано-Ненецкий) авт. округ	68,9	59,5	-	-	-	-
Эвенкийский автономный округ	121	99,2	-	-	-	-
Иркутская область	55,2	50	50,7	46,9	44,6	43,1
Усть-Ордынский Бурятский авт. округ	81,4	77,7	75,3	-	-	-
Кемеровская область	46,2	44	45,7	40,8	41,6	36,6
Новосибирская область	35,4	35,2	35,2	34,7	32,2	27,6
Омская область	33,1	33,2	35,4	32,1	31,9	25,9
Томская область	36,2	35,3	28,1	26,2	20,7	18,6
Читинская область	72,2	70,6	80	-	-	-
Агинский Бурятский авт. округ	100,2	89,7	83,2	-	-	-
Забайкальский край**				87,2	-	65,3
Дальневосточный федеральный округ	42,7	40,2	40,4	38,2	35,4	34
Республика Саха (Якутия)	48,3	46,6	48,3	48,5	46,9	40,8
Приморский край	36	29,7	33	28,8	27,4	27,4
Хабаровский край	47,3	45,9	42,2	40,9	32,4	32,4
Амурская область	59,5	62	60,3	56,2	55,3	50,5
Камчатская область	25,9	35,6	-	-	-	-
Корякский авт. округ	85,1	91,8	-	-	-	-
Камчатский край***			29,4	35,7	-	27

Магаданская область	23,1	18,2	18,5	17,6	19,1	22,2
Сахалинская область	24,4	18,1	17,9	15,5	12,1	15,4
Еврейская авт. область	63,4	58,6	63	56,6	61,5	66,7
Чукотский авт. округ	86,9	71,3	89,3	82,2	91,7	88,7

*До 2010 г. данные по ЮФО - включая регионы, выделенные в СКФО, в 2010 г. - отдельно

** Образован 1 марта 2008 г. в результате объединения Читинской области и Агинского Бурятского АО.

*** Образован 1 июля 2007 г. в результате объединения Камчатской области и Корякского АО.

Источник: Росстат.

¹ Валиахметов Рим Марсович – директор, Институт социально-политических и правовых исследований Республики Башкортостан

² Мухамадиева Регина Робертовна – аспирант кафедры прикладной и отраслевой социологии Башкирского государственного университета

³ Хилажева Гульдар Фаритовна — заместитель директора по науке, Институт социально-политических и правовых исследований Республики Башкортостан

⁴ См.: Лихачев А.В. Самоубийство в Западной Европе и европейской России. Опыт сравнительно-статистического исследования. СПб. 1882. С.40.

⁵ См.: Гилинский Я.И., Румянцева Г. Самоубийства в России. С.1.

⁶ См.: Там же. С.1.

⁷ См.: Социология в России. С. 594.

⁸ См.: Политика по контролю кризисной смертности России в переходный период /Редакторы В.М.Школьников, В.В.Червяков. М.: Институт международных исследований семьи, 2000. С. 15.

⁹ См.: Богоявленский Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы // Социологические исследования. 2002. № 5. С.76–77.

¹⁰ См.: Самоубийства в России // Население и общество. 1998. № 25.

¹¹ Статистика самоубийств // <http://lossofsoul.com/DEATH/suicide/statistic.html>

¹² В 2010 г. численность населения составляла 68,8 тыс. человек. Около 70% населения составляют русские, менее 1/5 – башкиры, менее 1/10 – татары. В возрастной структуре населения высока доля лиц пожилого возраста. В 2010 г. на 1000 человек населения приходилось 224 человек старше трудоспособного возраста. Источник: Демографические процессы в Республике Башкортостан: статистический сборник – Уфа: Башкортостанстат, 2011. с. 8, 16.

¹³ На территории Башкортостана специалисты выделяют семь социально-экономических подрайонов (центральный, южный, западный, северо-западный, северный, северо-восточный и уральский), каждый из которых отличается по уровню социально-экономического развития, степени урбанизированности, характеру протекающих социально-демографических процессов. Наиболее развитыми в социально-экономическом отношении и с относительно благоприятной демографической ситуацией являются центральный, южный, западный и северо-западный подрайоны. В них сконцентрировано более 90% промышленного потенциала, находятся 16 городов республики. Другие подрайоны Башкортостана имеют относительно низкий уровень экономического развития. Северный и северо-восточные подрайоны являются практически неурбанизированными, там нет ни одного городского поселения.

¹⁴ См.: Политика по контролю кризисной смертности России. С.83.

¹⁵ См.: Там же. С.57.

¹⁶ См.: Мягков А.Ю. «Запечатанный буклет»: Альтернативный метод сбора данных в опросах по чувствительной проблематике // Социологический журнал. 2001. №4.

¹⁷ См.: Там же.

- ¹⁸ См.: *Давыдов А.А.* Самоубийства, пол и золотое сечение // Социологические исследования. 1991. №5. С.99.
- ¹⁹ Опрос населения «Кумиры молодежи». Отчет от 28.08.2008 // <http://bd.fom.ru/report/map/d083424>.
- ²⁰ <http://www.newsland.ru/news/detail/id/803018/>.
- ²¹ Экспресс-информация Башкортостанстата. №12-06 от 17.04.2008.
- ²² *Гилинский Я.И., Румянцева Г.* Основные тенденции динамики самоубийств в России.
- ²³ Там же.
- ²⁴ См: Количество самоубийств среди подростков вышло в России на первое место по случаям гибели людей // <http://www.newsland.ru/news/detail/id/114949/>