

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК  
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО  
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН



**М.В. Морев, А.А. Шабунова**  
**К.А. Гулин, В.И. Попова**

# **Проблемы насильственной смертности в России**

Вологда  
2012

УДК 316.64  
ББК 60.723.4  
П78

Публикуется по решению  
Ученого совета ИСЭРТ РАН

*Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ № 12-06-33046  
«Экономическая оценка влияния смертности от насильственных причин  
на развитие территорий»*

**Проблемы насильственной смертности в России** [Текст] / М.В. Морев, А.А. Шабунова, К.А. Гулин, В.И. Попова; отв. редактор д.э.н., проф. В.А. Ильин. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 158 с.

Монография является результатом исследований, проведенных ИСЭРТ РАН в области социального здоровья и распространения социальных патологий в Российской Федерации. Представлен системный анализ условий и факторов формирования в России причин насильственной смертности. Раскрыты ее демографические и социально-экономические последствия.

Подробно рассматриваются региональные особенности формирования социального здоровья за период с 1990 по 2010 г. На основе обобщенного зарубежного и отечественного опыта представлены подходы к организации системы профилактики насильственных причин смертности с учетом региональной специфики субъектов Российской Федерации.

Книга адресована научным сотрудникам, преподавателям, аспирантам и студентам вузов социально-экономического профиля, а также государственным служащим, принимающим решения в социальной сфере.

*Рецензент:*

советник Главы г. Вологды  
**И.А. Поздняков**

ISBN 978-5-93299-209-8

© Морев М.В., Шабунова А.А.,  
Гулин К.А., Попова В.И., 2012  
© ИСЭРТ РАН, 2012

## ВВЕДЕНИЕ

Социальное благополучие, согласно определению Всемирной организации здравоохранения, наряду с физическим и психическим, является одним из трёх главных компонентов общественного здоровья. Его сущностными характеристиками выступают механизмы социальной защищенности граждан и права людей на свободное, активное проявление своих биологических и социальных возможностей, их реальное воплощение в действительность<sup>1</sup>.

Социальное здоровье можно трактовать как состояние индивидуума, группы, общества, соответствующее норме с точки зрения всех статусных параметров (психологического, семейного, социального, культурного, экономического, этнического)<sup>2</sup>. Из этого определения следует, что социальное здоровье состоит из ряда компонентов, которые тесно взаимосвязаны друг с другом и, соответственно, требуют комплексного подхода в своем изучении.

Характеризуя уровень социального благополучия российского общества в 1990-х гг., член-корр. РАН Н.М. Римашевская отметила: «Социальное нездоровье населения проявляется в катастрофическом росте аномалий и асоциального поведения: алкоголизме; наркомании, особенно среди молодёжи; криминализации социальной среды; резком увеличении числа самоубийств»<sup>3</sup>. По данным Всемирной организации здравоохранения, насилие является третьей по распространенности причиной

---

<sup>1</sup> Анисимов А.И. Проблема социально-психологического исследования профессионального здоровья личности // информационный образовательный портал Института прикладных социальных технологий. – Реж. дост.: <http://socio.ru/baza-znaniy/polnotekstovye-versii-zhurnalov/uchenye-zapiski-sankt-peterburgskogo-gosudarstvennogo-instituta-psikhologii-i-socialnoi-raboty/vypusk-no1-13-2010/problema-socialno-psikhologicheskogo-issledovaniya-professionalnogo-zdorovja-lichnosti/>

<sup>2</sup> Киреева Н.Н. Междисциплинарное исследование социального здоровья человека [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://socio.ru/baza-znaniy/polnotekstovye-versii-zhurnalov/uchenye-zapiski-sankt-peterburgskogo-gosudarstvennogo-instituta-psikhologii-i-socialnoi-raboty/vypusk-no2-14-2010/mezhdisciplinarnoe-issledovanie-socialnogo-zdorovja-cheloveka/>

<sup>3</sup> Римашевская Н.М. Русский крест // Природа. – 1999. – № 6. [Эл. pec.]. – Реж. дост.: [http://vivovoco.rsl.ru/VV/JOURNAL/NATURE/06\\_99/RUSSDEMO.HTM](http://vivovoco.rsl.ru/VV/JOURNAL/NATURE/06_99/RUSSDEMO.HTM)

смертности среди лиц в возрасте от 10 до 29 лет. Российская Федерация возглавляет список европейских стран с максимальным уровнем смертности от насильственных причин в этом возрасте.

Кроме того, Россия входит в пятерку стран – лидеров по количеству совершенных убийств и самоубийств. При этом следует отметить, что смертность от этих причин представляет собой лишь «верхушку айсберга». Согласно формуле экспертов ВОЗ, на «п» завершенных самоубийств приходится 10 – 20п парасуицидов, 8п близких и родственников суицидента (которые входят в группу повышенного суицидального риска), 100п людей, помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне. Таким образом, в целом в проблему суицидального поведения может быть включено до 4,2 млн. человек, что составляет 2,9% населения страны.

В сферу проблем, связанных с преступностью, входят не только люди, нарушающие закон, но и жертвы преступлений, а также лица, отбывающие наказание. Все они, так или иначе, оказываются «выключенными» из полноценной жизни общества. Численность осужденных в России за период с 1990 по 2009 г. увеличилась на 66% (с 537,6 до 892,2 тыс. человек), при этом их возрастной состав практически не менялся: более половины из них (54%) относятся к возрастной группе от 14 до 30 лет.

Таким образом, высокая смертность населения, прежде всего от внешних причин, в число которых входят убийства, самоубийства, отравления, травмы, дорожно-транспортные происшествия и другие несчастные случаи, для современного российского общества является одной из наиболее актуальных проблем. Большие потери в результате их распространения стали особенностью нашей статистики, они приобрели длительный и устойчивый характер в большинстве регионов страны<sup>4</sup>.

Важно подчеркнуть, что этот факт обуславливает необходимость проведения региональных исследований проблем насильственной смертности. Субъекты Российской Федерации неоднородны по своим социально-демографическим, историческим, национальным и иным признакам, поэтому профилактика социальных патологий должна учитывать их специфику, что требует научно обоснованного подхода к ее организации.

---

<sup>4</sup> Валиахметов Р. М. Опыт социологического исследования проблемы суицида // Вестник общественного мнения: Данные. Анализ. Дискуссии / Аналитический центр Юрия Левады (Левада-Центр). Междисциплинарный академический центр социальных наук (Интерцентр). – 2010. – № 1(103). – С. 65-89.

С 2010 г. коллективом ИСЭРТ РАН под научным руководством доктора экономических наук, профессора В.А. Ильина проводится исследование социального здоровья. Оно является продолжением долгосрочного мониторинга психологического климата и психического здоровья населения, который осуществляется с 2000 г. Смена направленности исследования была связана с тем, что различные отклонения психики от нормы, так же как и формы девиантного поведения, рассматриваются как следствие социального нездоровья общества, то есть с 2010 г. негативные процессы и явления, происходящие в социуме, начали изучаться более углубленно в связи с изменением объекта и предмета исследования.

Целью исследования, результаты которого представлены в данной монографии, стал комплексный анализ проблем суицидального поведения и преступности как наиболее ярких форм девиантного поведения и насильственных причин смертности населения, что обеспечивает их репрезентативность в качестве индикатора социального здоровья общества.

Кроме сравнительного анализа основных тенденций преступности и суицидального поведения в регионах Российской Федерации в работе представлены результаты научных исследований по выявлению факторов риска убийств и самоубийств; вычислению латентного уровня преступности и определению фактического числа совершенных правонарушений; определению социальных характеристик населения, чаще всего становящегося жертвами правонарушений; оценке социально-экономического бремени суицидов и убийств.

В монографии содержится также анализ отечественного и зарубежного опыта организации системы профилактики насильственных причин смертности. На его основе выявлены основные проблемы отечественной системы превенции социальных патологий, приведены практические рекомендации по их устранению.

Таким образом, материалы научных исследований, публикуемые в данной монографии, представляют собой попытку осмысления и оценки современных тенденций социального здоровья, наблюдаемых как на региональном уровне, так и на территории Российской Федерации в целом; научное обоснование и выработку управленческих решений, направленных на снижение распространенности социальных патологий в обществе.

## **ГЛАВА 1**

# **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

### **1.1. Эволюция теоретических подходов к пониманию социального здоровья и методов его измерения**

Сложность человека как биосоциального и духовного существа требует рассмотрения здоровья как единства морфологических, психоэмоциональных, социально-психологических и духовно-нравственных показателей. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «не просто отсутствие болезней, а объективное состояние и субъективное чувство полного физического, психического и социального благополучия». В более широком смысле здоровье можно рассматривать как феномен культуры и мировоззренческую ценность, определяющую стиль и образ жизни человека.

Социальное здоровье выступает важной характеристикой как индивидуального здоровья личности, так и здоровья социума. На уровне социума – это сущностная характеристика жизнеспособности всего общества как социального организма, его возможности гармоничного развития в экономической, политической, духовной сферах, способности всей общности и каждого ее члена в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальные и биологические функции.

На индивидуальном уровне социальное здоровье является интегральной характеристикой полноценности физического, психического, социального и духовного функционирования личности, зрелости механизмов личностной саморегуляции, способности человека эффективно взаимодействовать с другими людьми и выступать активным субъектом своей жизни.

Социальное здоровье первоначально рассматривалось в рамках медицинской социологии – науки, использующей социологические данные для объяснения демографических и биологических проблем общества. Экономисты, политологи и социологи (Т. Мальтус, К. Маркс, Э. Фромм, Э. Дюркгейм), характеризуя социальное здоровье общества, оперировали медицинскими терминами. При этом рассматривали не все общество в целом, а отдельные его компоненты – социальные группы, процессы и явления.

Основатель теории «человеческих отношений» Э. Мэйо утверждал, что главная проблема современности – установление мира в промышленности, преодоление опасной социальной болезни – конфликтности. По его мнению, социальное здоровье – это «социальное равновесие», «состояние сотрудничества». К нему и нужно всячески стремиться, используя не только экономические, но и психологические методы, в частности формирование благоприятного психологического климата в производственных коллективах, чувства удовлетворенности трудом, демократического стиля руководства.

В начале XX века начинает разрабатываться понятие о социальных болезнях, к которым были отнесены туберкулез, венерические болезни, алкоголизм, некоторые виды психозов. В середине XX века сама медицина стала объектом социологии. Появилась новая наука – социология медицины, чему способствовали работы Т. Парсонса, Р. Штрауса. Таким образом, сменился вектор изучения проблемы социального здоровья, однако данная категория по-прежнему рассматривалась в рамках медицины и биологии.

Традиция рассмотрения здоровья в социальном аспекте была заложена во второй половине XX в., когда на первые места в структуре заболеваемости и смертности вышли болезни, вызванные не внешними, а внутренними (поведенческими) причинами. Социологические исследования стали уделять все больше внимания проблемам качества жизни. У истоков теоретической разработки проблем здоровья в социальном аспекте стоят американские исследователи Д. Мездок и Е. Френдсон, которые перенесли социальные закономерности на медицину, рассматривая состояние здоровья как определенную форму поведения индивида.

Одно из первых определений социологии здоровья в 80-е годы дали В.Н. Иванов и В.М. Лупандин, которые считали, что данная научная дисциплина исследует «закономерности формирования и сохранения здоровья человека функционирования разнообразных условий и факторов, влияющих на здоровье различных социально-демографических

и профессиональных групп населения, а также деятельности по охране здоровья людей». По мнению специалистов, основными в предмете социологии здоровья являются категории «образ жизни» и «качество здоровья», «право на здоровье» и другие.

В 80-е годы XX столетия вводится также новый показатель уровня социального развития – индекс развития человеческого капитала. Появление этого критерия означало, что на смену экономическим теориям, в основе которых был валовой национальный продукт, пришла новая концепция, ориентированная на повышение социального здоровья человека, поскольку, кроме роста доходов, существуют и другие цели развития индивида: образование, долголетие, участие в общественной жизни и т.д. В этом контексте формируются новые направления в изучении социального здоровья: во-первых, исследование механизмов улучшения социального здоровья; во-вторых, анализ природы и сущности социального здоровья; в-третьих, разработка проблемы управления социальным здоровьем, которая, в частности, включает управление качеством труда, технологий, образования, окружающей среды, культуры и науки, социальных и экологических систем; в-четвертых, выделение основных сегментов анализа социального здоровья, среди которых наиболее подробную разработку получили следующие аспекты:

- социально-экономический аспект, предполагающий анализ экономического развития, целью которого является создание условий для развития цивилизации по таким индикаторам, как уровень потребления продуктов питания, уровень и качество потребления услуг, уровень и качество здоровья, образования, безопасности личности, социального обеспечения и др.;

- экологический аспект, предполагающий анализ существующей экологической политики, направленной на сбалансированное развитие природы и общества, и выделение таких индикаторов, как уровень развития антропогенных и экологических систем, состояние окружающей среды, состояние расширенного воспроизводства возобновляемых природных ресурсов и др.;

- демографический аспект, предусматривающий анализ качества населения и выделение таких показателей, как суммарный коэффициент рождаемости, условный коэффициент депопуляции, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, младенческая смертность, заболеваемость населения, материнская смертность и др.;

- духовно-культурологический аспект, направленный на анализ развития культуры, и выделение таких индикаторов, как уровень духовных

потребностей личности, удовлетворенность состоянием культурно-досуговой сферы, ее доступностью, состояние этнокультурного разнообразия.

Научно-исследовательская традиция в отечественной социально-философской литературе, посвященной изучению проблем здоровья, имеет свои особенности. Исследование ценностей и смысла жизни, соотношения индивидуального и общественного является центральным вопросом в философии всеединства Н.А. Бердяева, В.С. Соловьева и П.А. Флоренского. Состояние здоровья рассматривается как комплексное явление, включающее в себя экономические условия развития общества, качество окружающей среды, условия, созданные обществом для реализации возможностей личности, а также оценку этих условий самой личностью (А.С. Акопян, Г.Н. Голухов, Ю.В. Шиленко, В.А. Бояджян, В.Ю. Семенов, Б.Г. Юдин, А.Ж. Демин). В названном контексте здоровье представляет скорее «социальное явление, а не физическую сущность или характеристику индивидов, поскольку низкий уровень здоровья, высокая склонность к заболеваниям нарушают эффективное выполнение социальных ролей, поэтому здоровье, прежде всего, ценный социальный ресурс для индивидуальных достижений и стабильного функционирования общества» (А.В. Александрова, Н.А. Зоркая, Н.М. Мартынова).

Основы социологического подхода к пониманию социального здоровья лежат в теоретических концепциях здоровья Т. Парсонса и Э. Фромма<sup>5</sup>.

Концепция Т. Парсонса основывается на представлении о болезни как специфическом типе социальной девиации, которая изменяет социальный статус индивида, выполнение привычных ролевых функций, влияет на отношения с окружающими. Болезнь формирует у личности определенные социальные ожидания в отношении ближайшего окружения и общества в целом. Парсонс рассматривает заболевание или отклонение от привычной нормы как динамичный процесс, характеризующийся развитием и сменой качественно отличных друг от друга этапов, выработкой оптимальных типов поведения на основе принимаемых решений.

Концепция Э. Фромма основывается на положении о том, что здоровье личности зависит в первую очередь не от нее самой, а от структуры данного общества. При этом общество оказывает как развивающее, так и деформирующее влияние на человека.

---

<sup>5</sup> Комплексное социально-психологическое исследование «Социальное здоровье подростка» / Ханты-Мансийское региональное отделение Академии социальных технологий и местного самоуправления [Эл. pec.]. – Реж. дост.: [http://www.astmsu.ru/project/project\\_54.html?part=1](http://www.astmsu.ru/project/project_54.html?part=1)

Таким образом, следуя социологическому пониманию социального здоровья, можно сказать, что в самом общем виде оно представляет собой сложный социальный феномен, возникающий в процессе взаимодействия индивида с социальной средой и отражающий уровень этого взаимодействия. Социальное здоровье обуславливается, с одной стороны, статусно-ролевыми и аксиологическими характеристиками самой личности, а с другой – специфическим влиянием ближайшего окружения и общества в целом (детерминированного существующим социальным укладом).

Категория «социальное здоровье» имеет немаловажное значение в теории социального и человеческого капитала. Здоровье и все его виды сами по себе являются капиталом, который человек использует для достижения своих жизненных целей, руководствуясь определенными ценностными установками. В связи с этим социальное здоровье служит необходимым условием сохранения и развития социального и в конечном счете человеческого капитала.

Основоположники теории социального капитала (П. Бурдье, Д. Коулман, Р. Патнэм) с различных позиций рассматривали возможности наиболее эффективного социального устройства общества.

Пьер Бурдье, использовавший марксистский подход, выделял три формы капитала: экономический, культурный и социальный. Он считал, что обладание социальным капиталом вовсе не обязательно приводит к обладанию экономическим капиталом, однако является атрибутом элит, средством удержания власти и привилегий. Джеймс Коулман, изучив опыт неэлитарных групп, полагал, что маргинальные сообщества или рабочий класс также могут получать пользу от обладания социальным капиталом. Роберт Патнэм, рассматривая социальный капитал с точки зрения политологии, пришел к выводу о его огромном значении для благосостояния людей.

Несмотря на различия в подходах основоположников социального капитала, социальное здоровье в их теориях выступает критерием общественного развития, поскольку является качественной характеристикой социальных связей, возникающих между социальными группами, слоями, индивидами. Так, например, сообщества с высоким социальным капиталом меньше страдают от преступности и других социальных девиаций, лучше развиваются экономически.

В настоящее время в социологической науке наиболее известны два принципиальных подхода к исследованию социального здоровья<sup>6</sup>:

---

<sup>6</sup> Там же.

1. Первый подход – плюралистический. В его русле социальное здоровье рассматривается как отражение не только физического (физиологического) и психического статусов человека, но и его социального статуса, детерминированного, в том числе, определенным ценностным мировосприятием. То есть физический и психический статусы человека выступают, наряду с его социальным статусом, основными показателями социального здоровья, охватывая в своем единстве всю совокупность его сущностных параметров. Таким образом, плюралистический подход обосновывает в самом широком смысле необходимость изучения социального здоровья с таких трех основных позиций, как физическое, психическое и собственно социальное здоровье человека.

2. Гносеологический подход (более узкий), напротив, опирается на положение о том, что социальное здоровье представляет собой интегративный показатель совокупности определенных объективных и субъективных социальных характеристик личности. Физические и психические характеристики рассматриваются вне структуры социального здоровья в системе его личностных факторов. Такая исследовательская логика основывается на признании опосредованности влияния психических и физических параметров человека на общий показатель его социального здоровья. Механизм этого влияния состоит в непрерывном формировании в социальной структуре личности под воздействием изменяющихся состояний психики и организма социальных новообразований, обуславливающих изменение социальных показателей и в конечном счете общее состояние социального здоровья индивида.

В основе такой точки зрения лежит понимание социального здоровья как «продукта» социальных взаимодействий индивида в обществе, а также приоритет статусных и поведенческих характеристик личности, ценностной природы ее жизнедеятельности. Соответственно базовым процессом, определяющим параметры социального здоровья человека, необходимо рассматривать процесс его социализации. Гносеологический подход позволяет сосредоточиться на социальных показателях социального здоровья, выявить их многогранность, функциональную специфику, меру влияния и уровень взаимосвязи и взаимозависимости.

Таким образом, анализ различных теоретико-методологических подходов к пониманию сущности социального здоровья дает возможность сделать вывод о том, что современное, мультидисциплинарное понимание социального здоровья сложилось относительно недавно. Одни ученые по-прежнему рассматривают социальное здоровье в

русле «медицинской теории» (Г.Л. Волков, Н.И. Уткин, К.Н. Хабибуллин). Другие сводят анализ социального здоровья к поиску корреляционных связей между состоянием физического здоровья и социальными характеристиками (доходы, общественный статус и т.д.). Вместе с тем изучение социального здоровья общества как целостной системы, состоящей из отдельных подсистем и обеспечивающей длительное и благополучное состояние общества, находится на стадии формирования и систематизации комплекса знаний, накопленных в рамках различных научных дисциплин.

Теоретические подходы к трактовке понятия «социальное здоровье» можно представить в виде следующей таблицы (табл. 1).

Таблица 1. Подходы к трактовке понятия «социальное здоровье»

Автор	Определение
Э. Мэйо	Социальное здоровье – это «социальное равновесие», «состояние сотрудничества». К нему и нужно всячески стремиться, используя не только экономические, но и психологические методы, в частности формирование благоприятного психологического климата в производственных коллективах, чувства удовлетворенности трудом, демократического стиля руководства и т.п. [2].
В.И. Кирпичев	Социальное здоровье отражает меру социальной активности, деятельного отношения человека к миру, его социальной востребованности [107].
Л.С. Товстоногов	В самом общем виде социальное здоровье можно определить как способность людей быть субъектами познавательной деятельности. Речь идет об осознании ими своих потребностей, сочетании собственных интересов с интересами других, учете объективных условий, о способности осуществлять соответствующую деятельность и постоянно вносить в нее необходимые коррективы [14].
Н.М. Борщева	Социальное здоровье выступает важной характеристикой индивидуального здоровья личности и здоровья социума. На уровне социума социальное здоровье – это сущностная характеристика жизнеспособности всего общества как социального организма, возможности его гармоничного развития в экономической, политической, духовной сферах, способности всей общности и каждого ее члена в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальные и биологические функции [1].
Г.С. Никифоров	Понятие «социальное здоровье» трактуется как оценка биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных статистических показателей, составляющих так называемую социальную статистику [90].
Э. Дюркгейм	Социальное здоровье заключается в нормальном развитии жизненных сил индивида, коллектива и общества, в их способности адаптироваться к условиям природной и социальной среды и использовать ее для своего развития [28].
А.Г. Комков	Социальное здоровье понимается как система ценностей, установок и мотивов поведения в социальной среде [5].
Т.Б. Сергеева	Сущностным моментом социального здоровья является наличие социальных контактов, а важнейшим признаком – организация гармоничного взаимодействия личности с социумом [102].

Продолжение табл. 1

Социологическое определение (О.А. Рагимова)	Социальное здоровье трактуется как состояние индивидуума, группы, общества, соответствующее норме с точки зрения всех статусных параметров (психологического, семейного, социального, культурного, экономического, этнического) [91].
О.А. Рагимова	Это ресурс, социальный капитал, необходимый как молодежи, так и взрослым людям для успешной социализации и социальной адаптации в новых общественно-экономических условиях, а также в условиях модернизации российского общества [91].
Е.В. Дмитриева	Социальное здоровье – это состояние человека, несводимое к клиническим проявлениям организма, а выражающееся в удовлетворенности условиями труда, социально-экономическим положением и семейно-бытовыми условиями [27].
М.А. Болдина	Социальное здоровье индивидуума – это устойчивое состояние благополучия, обеспечивающее успешность функционирования, развития и самореализации личности в условиях современного общества [9].
Р.А. Зобов О.А. Келасьев	Социальное здоровье – это комфортное состояние человека в рамках той или иной социальной системы. Оно может рассматриваться как некоторая интегральная характеристика развития личности (группы, общества в целом), взятая в единстве социальных и биологических показателей и выражающаяся в совокупности критериев жизненной удовлетворенности, соматического и психического здоровья и социальной активности [34].
Н.А. Чентемирова	Социальное здоровье выражается в умении адаптироваться в жизни и социуме и обладать социально-ролевой саморегуляцией. Оно определяется социальной активностью человека, его профессиональными достижениями, высокой коммуникативностью, широким кругом общения, наличием взаимопонимания, социально-психологической поддержки. Социальное здоровье обуславливается, с одной стороны, статусно-ролевыми и аксиологическими характеристиками самой личности, а с другой — специфическим влиянием ближайшего окружения и общества в целом (детерминированного существующим социальным укладом) [111].
И.В. Кузнецова	Социальное здоровье представляет собой определенный уровень развития, сформированности и совершенства форм способов взаимодействия индивида с внешней средой (приспособление, уравнивание, регуляция); определенный уровень психического и личностного развития, позволяющий успешно реализовывать это взаимодействие [46].
О.М. Бландинская	Социальное здоровье – это состояние благополучия, удовлетворенности социальными отношениями, адекватное восприятие социальной действительности, принятие и выполнение социальных норм общества [7].
Л.А. Байкова	Социальное здоровье представляет собой состояние гармонии взаимоотношений человека с другими людьми, обществом, культурой, – гармонии, которая способствует не только эффективному развитию и самоактуализации личности, но и благотворному влиянию, которое активная личность оказывает на других людей, общество и культуру в целом [107].
Г.С. Никифоров	Социальное здоровье определяется как количество и качество межличностных связей индивидуума и степень его участия в жизни общества. Сущностной характеристикой социального здоровья является полноценное выполнение человеком своих социальных функций [90].
Медицинское определение	Социальное здоровье – это оптимальные, адекватные условия социальной среды, препятствующие возникновению социально-обусловленных заболеваний, социальной дезадаптации и определяющие состояние социального иммунитета, гармоничное развитие личности в социальной структуре общества [3].
Педагогическое определение	Социальное здоровье – это моральное самообладание, адекватная оценка своего «Я», самоопределение личности в оптимальных социальных условиях микро- и макросреды (в семье, школе, социальной группе) [3].

Социально-психологическое определение (Л.В. Колпина)	Социальное здоровье – это взаимоотношение социального субъекта с социальной средой, детерминируемое его индивидуальными особенностями и социальной ситуацией. Это взаимоотношение выражается в субъективной и объективной достаточности социального статуса человека для реализации своих потребностей, целей и ценностей в процессе социального взаимодействия в соответствии с общественными ожиданиями* [41].
Педагогическое определение (Е.Н. Приступа)	Социальное здоровье личности – это такое состояние человека, при котором его биопсихические возможности способствуют установлению равновесия с социальной средой путем адаптации и конструктивной активизации в ней, следуя нравственным социальным нормам. Это состояние, которое напрямую связано с особенностями личностного и психического развития» [82].
* Экспектация – набор индивидуальных ожиданий человека, обусловленный свойственным ему типом социального поведения, его социальным статусом, а также характеристиками современного ему общества.	

По нашему мнению, к изучению социального здоровья следует подходить с социологической точки зрения (Т. Парсонс, Э. Фромм), трактующей его как сложный социальный феномен, возникающий в процессе взаимодействия индивида с социальной средой и отражающий уровень этого взаимодействия. В данном аспекте личность и общество рассматриваются в комплексе, что, на наш взгляд, является необходимым условием анализа социального здоровья.

## **1.2. Методологические подходы к оценке социального здоровья**

В ряду дискуссионных вопросов исследования социального здоровья находится его измерение и оценка. Эта проблема была поднята еще одним из основоположников социологии как самостоятельной науки Эмилем Дюркгеймом (1858 – 1917). В труде «Метод социологии» он ставит задачу найти объективный критерий, позволяющий «научно различать здоровье от болезни в разных разрядах социальных явлений»<sup>7</sup>. Трудность оценивания социального здоровья состоит в отсутствии общепринятых критериев, позволяющих отличать больное общество от здорового. Тем более что нет показателей для сравнения социального здоровья населения России с социальным здоровьем населения других стран. Например, хотя Росстат и НИИ МВД предоставляют данные о потреблении алкоголя в России, не существует показателя, который определял бы, какие именно объемы потребления свидетельствуют об алкоголизме как о социальной болезни российского населения<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Дюркгейм Э. Метод социологии. – Киев, 1899. – С. 55.

<sup>8</sup> Рывкина И.В. Социальное нездоровье современной России как предмет изучения социальной науки [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://demoscope.ru/weekly/2008/0351/nauka02.php>

Специалистами ООН была предложена система социальных индикаторов, которая используется в настоящее время на международном уровне. Она содержит 186 показателей, которые распределены по 11 социально значимым областям. На основе анализа различных подходов к классификации индикаторов социального здоровья могут быть выделены следующие основные виды социальных индикаторов: объективные и субъективные; социальной и природной среды; внешние и внутренние, количественные и качественные.

*Объективные индикаторы* подразделяются на индикаторы *природной среды*, к которой относятся экономико-географическое положение, природно-климатические условия, природно-ресурсный потенциал; и *социальной среды*, к которой относятся демографические, экономические, правовые, культурные, здравоохранительные, образовательные и другие сферы жизнедеятельности общества.

*Субъективные индикаторы* – это оценка самим человеком условий жизнедеятельности, зависящая от мировоззрения, индивидуально-психологических особенностей личности и отражающая мнение индивида о своем самочувствии и благосостоянии (доходы и потребление; расходы; накопленное имущество и жилищные условия; соотношение уровня доходов и стоимости жизни; социальная дифференциация; состояние социальной сферы).

К количественным индикаторам относятся: уровень дохода и его распределение в обществе, степень потребления различных материальных благ и услуг по классам товаров, занятость населения. К качественным индикаторам – показатели условий труда, быта и досуга, материального благосостояния, показатели уровня образования и культуры, системы здравоохранения.

Социальное здоровье в определенной степени зависит и от такого индикатора, как «социальный ресурс», или «социальный капитал», личности. Компоненты социального ресурса, определяющего социальное здоровье, таковы: социальное происхождение, условия первичной социализации, возраст, образование, квалификация, уровень материального благополучия, этнокультурная и религиозная принадлежность, жилищные условия, питание, наличие санитарно-гигиенической информации, навыков и умений в сфере здоровья и др.

Кроме таких важных параметров, как качество и уровень жизни, социальное здоровье характеризуют динамика изменений уровня преступности, средней продолжительности жизни, уровня смертности и рождаемости, соблюдение принципов социальной справедливости.

Круг параметров здоровья может быть значительно расширен на основе концепции социального здоровья и понятия социальной безопасности. К примеру, в концепции В.Н. Ярской<sup>9</sup> возможность расширения понятия социального здоровья до уровня категории связана с сопутствующими понятиями социального благополучия, социального комфорта, социальной безопасности, устойчивости социального статуса. При этом система статусных характеристик социальной группы или отдельно взятого индивида охватывает параметры экономического, этнического, профессионального, образовательного, семейного, интеллектуального, культурного и психологического укоренения человека в социуме. Понятие статуса в таком понимании созвучно по смыслу понятию статуса здоровья. Интегральными направлениями статуса социального здоровья выступают показатели младенческой смертности, плохого обращения с детьми, нищеты, самоубийства, наркомании и т.д.

Обобщая отечественный и зарубежный опыт исследования социального здоровья, необходимо отметить его комплексный характер. С учетом этой структуры социального здоровья можно представить в виде следующей схемы (рис. 1).

На первых этапах нашего исследования основным объектом будет выступать общественный уровень социального здоровья, и в частности его демографический, социально-экономический и духовно-культурный аспекты, которые мы рассмотрим через призму смертности населения от убийств и самоубийств.

Мы акцентируем внимание именно на этих компонентах социального здоровья и причинах смертности населения, поскольку социальные патологии наиболее объективно отражают состояние социального здоровья на определенной территории. Социальное здоровье – характеристика такого здорового общества, где минимален уровень социальных болезней<sup>10</sup>. Увеличение числа случаев асоциального поведения, в частности алкоголизма, наркомании, криминализации социальной среды, и резкий рост числа самоубийств, по словам Н.М. Римашевской, служат теми критериями, которые свидетельствуют об актуальности проблемы социального нездоровья российского общества<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Ярская В.Н. – д.ф.н., проф., научный руководитель Социологического центра СГТУ, эксперт РФФИ по социальным наукам, заслуженный деятель науки Российской Федерации, почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации.

<sup>10</sup> Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – С. 143.

<sup>11</sup> Римашевская Н.М. Русский крест // Природа. – 1999. – № 6 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: [http://vivovoco.rsl.ru/VV/JOURNAL/NATURE/06\\_99/RUSSDEMO.HTM](http://vivovoco.rsl.ru/VV/JOURNAL/NATURE/06_99/RUSSDEMO.HTM)

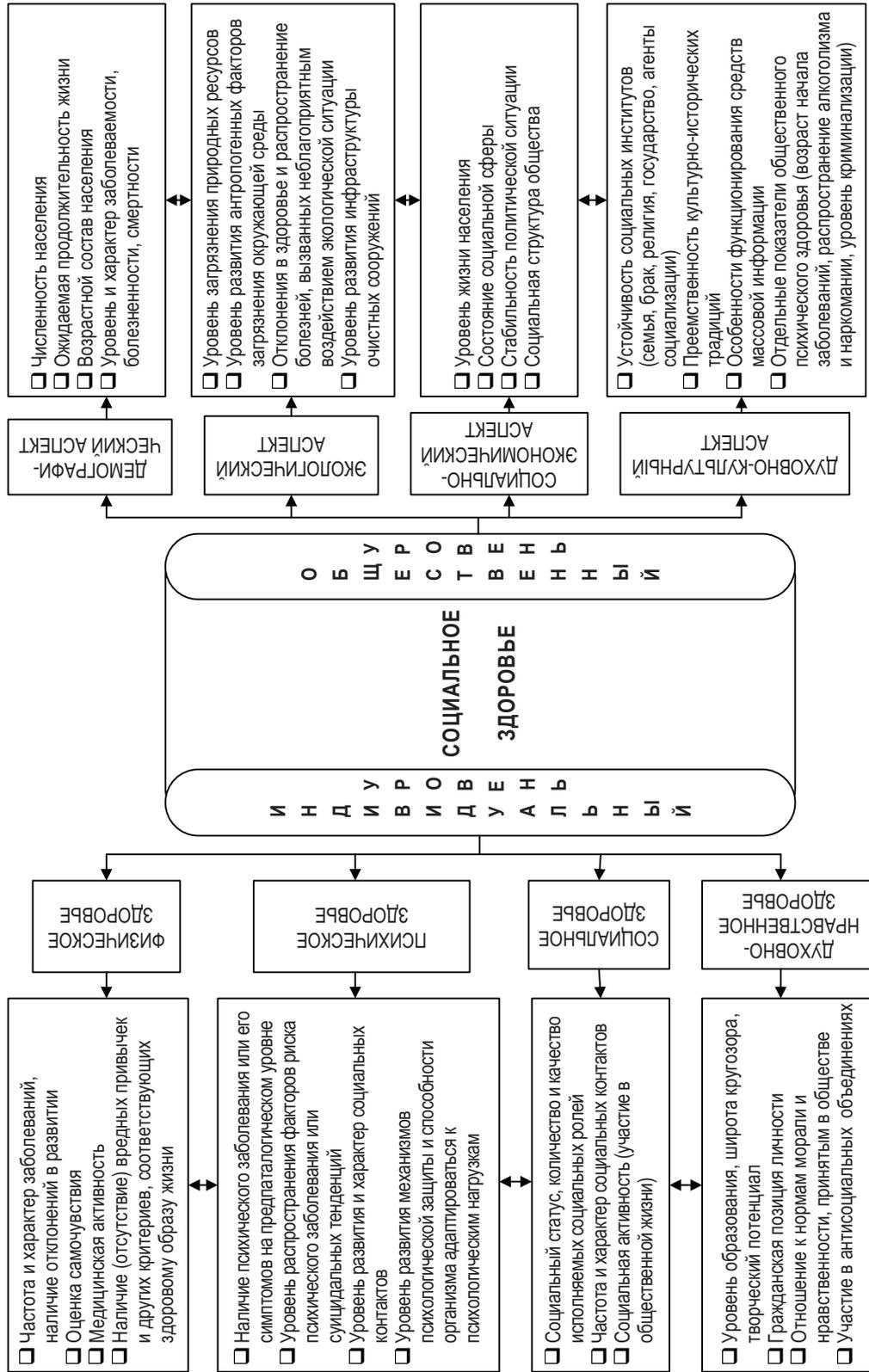


Рис. 1. Структура социального здоровья населения

Убийства и самоубийства – это критические и поэтому наиболее яркие проявления социального нездоровья общества. При этом первые в большей степени отражают внешние признаки (уровень и качество жизни, социальную структуру населения), вторые – внутренние (отношения в микросоциуме, состояние психологического климата). Кроме того, убийства и самоубийства, как виды девиантного поведения, представляют собой формы протеста и агрессии, направленные на окружающих (в первом случае) и на себя (во втором случае). Таким образом, динамика распространения этих социальных патологий косвенно свидетельствует, с одной стороны, об отношении людей друг к другу, с другой стороны, о психологическом восприятии индивидом своего места в социуме.

В ходе исследования перед нами стояла задача не только поиска факторов и причин распространения убийств и суицидов, но и характеристики этих социальных патологий как актуальных демографических и экономических проблем современного российского общества.

Информационной базой исследования выступили Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех», материалы ежегодных отчетов и докладов ВОЗ, база данных Федеральной службы государственной статистики РФ, статистические ежегодники и информационные бюллетени ФГС (в том числе по Вологодской области), а также результаты отечественных и зарубежных исследований по проблемам преступности, виктимизации (от латинского слова *victim* – жертва) и суицидального поведения.

Кроме того, с целью углубления и получения более достоверных результатов исследования был выполнен анализ данных социологических мониторингов, проводимых научным коллективом Института социально-экономического развития территорий РАН<sup>12</sup>. Это позволило добавить информацию, которая в настоящее время не учитывается официальной статистикой.

В общем виде перечень методов, примененных в данном исследовании, можно представить в виде следующей таблицы (табл. 2).

---

<sup>12</sup> Данные мониторинга общественного мнения Института социально-экономического развития территорий РАН. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012 – 2011. Мониторинг осуществляется методом анкетирования по месту жительства. С периодичностью 6 раз в год опрашивается 1500 человек в 10 муниципальных образованиях Вологодской области (Кирилловский, Вожегодский, Шекснинский, Грязовецкий, Никольский, Бабаевский, Тарногский, Великоустюгский районы, а также г. Вологда и г. Череповец). Выборка целенаправленная, квотная. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации производится в программах SPSS и Excel.

**Таблица 2. Характеристика методов, использованных в данном исследовании**

Метод	Показатели	Цель применения метода
Анализ статистических данных	Уровень смертности населения от убийств и самоубийств (на 100 тыс. нас.) Индекс безопасности территории	Оценка положения России на международном уровне Сравнительный анализ распространения убийств и самоубийств в регионах Российской Федерации Оценка влияния убийств и суицидов на демографическую ситуацию в стране Анализ динамики рассматриваемых социальных патологий за период с 1990 по 2010 г. Выявление групп населения с повышенным уровнем распространения убийств и суицидов
Методика расчета индекса ППЖ (потерянные годы потенциальной жизни)	Количество убийств и самоубийств в различных возрастных группах (абс.) Валовой региональный продукт (руб.) Затраты системы здравоохранения на лечение отдельных классов заболеваний (руб.)	Оценка экономического ущерба вследствие смертности населения от убийств и самоубийств Сравнительный анализ экономического бремени убийств и суицидов с наиболее распространенными причинами смертности в Российской Федерации и ее регионах Определение категорий населения, в которых смертность от убийств и самоубийств приносит наибольшие социально-экономические потери
Мониторинг общественного мнения	Результаты социологических опросов (в % от числа опрошенных)	Определение доли населения, проявляющего признаки социальной дезинтеграции, тревоги, депрессии и невроза Оценка уровня виктимизации общества, определение наиболее виктимных категорий населения, оценка их численности
Корреляционно-регрессионный анализ факторов распространения убийств и самоубийств	Данные Федеральной службы государственной статистики	Выявление факторов риска распространения убийств и самоубийств Оценка уровня распространенности факторов риска убийств и самоубийств на территории Российской Федерации
Анализ литературных источников	Уровень самоубийств в странах мира (на 100 тыс. населения) Данные официальных сайтов служб психиатрической помощи населению, информационно-новостных ресурсов, региональных концепций и программ профилактики психических заболеваний	Анализ отечественного и зарубежного опыта организации системы профилактики суицидального поведения. Выявление основных направлений профилактики социальных патологий на основе систематизации зарубежного опыта Оценка эффективности систем профилактики суицидального поведения в зарубежных странах Выявление ключевых проблем отечественной системы профилактики суицидального поведения и разработка рекомендаций по ее совершенствованию

Некоторые из методологических подходов и конкретных методик, представленных в исследовании, требуют конкретизации:

➤ *Оценка уровня латентной преступности.* Для расчета уровня латентной преступности по регионам Российской Федерации использована методика Д.А. Ли, основанная на модульной теории социума,

которую предложил социолог А.А. Давыдов. Научная гипотеза теории такова: мир является живой, взаимосогласованной гармонической системой.

В ней человек, общество и природа, как равноправные части, образуют неделимое целое. В целостных социальных системах одновременно присутствуют все пропорции, однако численность каждой пропорции может варьироваться. Незначительная дисгармония присутствует в любой системе, выполняя функцию необходимого разнообразия, выступая необходимым условием самоорганизации. В настоящее время в естествознании накоплен значительный эмпирический материал, который позволяет предположить, что константа необходимой дисгармонии в природных системах составляет около 6%<sup>13</sup>.

По мнению Д.А. Ли, количество преступников в конкретном обществе должно составлять 5,6% от общего числа населения, выполняя, таким образом, функцию сохранения его целостности как системы и поддержания необходимого разнообразия, что служит необходимым условием самоорганизации системы. Это означает, что хотя латентная преступность и существует, однако она не превышает сложившейся в мире нормы, иначе говоря, той цифры, что признана за средний показатель отклонения от нормы. Таким образом, уровень латентной преступности можно вычислить по формуле:

$$ЛП = \frac{\text{Число совершённых преступлений}}{\text{Число зарегистрированных преступлений}},$$

где ЛП – уровень латентной преступности; число совершённых преступлений – 5,6% от общей численности населения.

➤ *Оценка социально-экономического ущерба вследствие смертности населения от убийств и самоубийств.* Для расчета бремени убийств и самоубийств нами была использована концепция глобального бремени болезней (ГББ; Global Burden of Disease Study), предложенная Мюррэем (Murray) и Лопесом (Lopez) и впервые реализованная в одноименном проекте в 1992 г. Всемирной организацией здравоохранения по инициативе Всемирного банка<sup>14</sup>.

По результатам исследования, проведенного в 90-х гг. специалистами ВОЗ, был сделан вывод о том, что данная методика «выявила истинную

<sup>13</sup> Давыдов А.А. Модульный анализ и конструирование социума. – М., 1996.

<sup>14</sup> Пряткина О.П. Современные индикаторы здоровья населения // Медицинские новости. – 2000. – №10 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=3054>

значимость длительного недооцененного воздействия проблем психического здоровья вследствие нетрудоспособности»<sup>15</sup>. В настоящее время расчеты глобального бремени болезней проводятся ежегодно.

Методика предполагает вычисление индекса DALY. Он представляет собой меру потерь здоровья, которая состоит из суммы двух величин: лет жизни населения, проживающего на рассматриваемой территории, потерянных вследствие преждевременной смертности (YLL); и лет жизни населения, потерянных вследствие нарушений здоровья, не приводящих к смертельному исходу (YLD).

$$DALY = YLL + YLD$$

Психические заболевания в сравнении с серьезными медицинскими заболеваниями занимают высокое место в перечне DALYs потому, что возникают в начале жизни и не приводят к ранней смертности, поэтому число лет, прожитых с расстройством, довольно велико и приводит к большому количеству DALYs<sup>16</sup>.

Для расчета потерь продуктивных лет жизни нами использовался показатель YLL (Years of Life Lost, потерянные годы жизни из-за преждевременной смертности)<sup>17</sup>. При этом в отсутствие информации о точном возрасте человека на момент совершения суицида было сделано статистическое допущение, что на данный момент он имел средний возраст в группе (12 лет в группе от 10 до 14 лет, 17 лет в группе от 15 до 19 лет и т.д.).

$$YLL = N \times L$$

где N – число смертельных случаев,

L – средняя продолжительность жизни в возрасте смерти (в годах). В нашем случае за этот показатель был принят возраст выхода на пенсию (54 полных года до выхода на пенсию для женщин и 59 лет – для мужчин).

➤ *Коэффициент специальной (избирательной) виктимности.* Данный коэффициент рассчитан по методике, которая была предложена Д.В. Ривманом<sup>18</sup>, согласно которой коэффициент массовой виктимности

---

<sup>15</sup> Priebe S., Badesconyi A., Fioritti A. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123-6.

<sup>16</sup> Weissman M.M. Функциональное ухудшение может иметь разные значения // *Всемирная психиатрия*. – 2009. – Т.8. – №2. – Июнь. – С. 125.

<sup>17</sup> Методика измерения DALY на сайте ВОЗ. – Реж. дост.: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)

<sup>18</sup> Ривман Давид Вениаминович (05.11.1929 – 17.02.2007) – адвокат, учёный криминолог, социолог, доктор юридических наук, профессор, заслуженный юрист РФ, заслуженный работник МВД СССР.

(то есть уровень потерпевших от всех видов правонарушений) исчисляется из количества жертв преступлений за определенный период времени на той или иной территории и общего количества населения в расчете на тысячу, десять тысяч, сто тысяч человек. Этот показатель выражается только в относительных цифрах. Расчет производится по формуле:

$$K_{\text{вл}} = \frac{\text{П}}{\text{Н}} \times 1000,$$

где  $K_{\text{вл}}$  – коэффициент виктимности по лицам,  
П – количество потерпевших от преступлений,  
Н – все население региона независимо от возраста.

Аналогичным образом коэффициент избирательной виктимности (то есть уровень потерпевших от какого-либо определенного вида правонарушений) рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{свл}} = \frac{\text{П}_c}{\text{Н}} \times 1000,$$

где  $K_{\text{свл}}$  – коэффициент специальной виктимности по лицам, то есть виктимности вследствие определенных видов преступлений,  
 $\text{П}_c$  – количество потерпевших от определенных видов преступлений,  
Н – все население региона независимо от возраста.

➤ *Данные мониторинга общественного мнения.* Результаты социологических исследований использовались нами для решения двух задач: 1) вычисление доли жителей Вологодской области, имеющих признаки социальной дезинтеграции и психических расстройств; 2) уточнение официальных статистических данных, характеризующих уровень виктимности общества (доля людей, ставших жертвами или свидетелями правонарушения). Мы исходили из данных, полученных в ходе опросов, проводимых в рамках научно-исследовательских работ «Мониторинг психологического климата и психического здоровья населения Вологодской области и пути их улучшения» и «Мониторинг общественного мнения по проблеме личной безопасности и оценки деятельности милиции» научным коллективом Института социально-экономического развития территорий РАН с 2001 и 1995 гг. соответственно.

Опросы проводятся Институтом ежегодно (1 раз в год – по изучению психологического климата, 2 раза в год – по оценке деятельности органов милиции) в городах Вологде и Череповце и восьми районах области

(Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском и Шекснинском). Объем выборочной совокупности составляет 1500 человек в возрасте 18 лет и старше. Репрезентативность выборки обеспечивается соблюдением следующих условий:

- пропорций между городским и сельским населением;
- пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города);
- половозрастной структуры взрослого населения области.

Метод опроса – анкетирование по месту жительства респондентов. Ошибка выборки не превышает 3%.

Кроме того, с целью выявления факторов риска распространения социальных патологий, в 2007 г. в рамках НИР «Мониторинг психологического климата и психического здоровья населения Вологодской области и пути их улучшения» было проведено исследование суицидальных попыток. Оно заключалось в анализе больничных карт пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (ВОПБ), проходящих лечение в связи с попыткой суицида (объем выборки составил 98 человек). Результаты данного исследования позволили выявить социально-экономические условия, в которых чаще всего находятся суициденты, а также типичные для данной категории населения характеристики социального портрета.

➤ *Корреляционно-регрессионный анализ факторов риска.* Для того чтобы выяснить причины, влияющие на рост числа убийств и самоубийств, необходим комплексный анализ факторов риска распространения социальных патологий. Он должен учитывать особенности демографической ситуации, уровень и качество жизни населения, степень развития социальной и культурной сферы и многие другие аспекты. Нами был выполнен пробный вариант такого анализа, заключавшийся в установлении корреляционно-регрессионной связи различных факторов социальной среды с уровнем убийств и самоубийств (планируется углубить данное исследование в 2012 г. за счет внедрения дополнительных показателей, кластеризации регионов/муниципальных образований и увеличения динамических рядов данных).

Факторы выбирались исходя из анализа отечественного и зарубежного опыта исследования суицидального поведения. Расчеты проводились для 89 субъектов Российской Федерации за 2009 г., причем рассматриваемые факторы были разделены на четыре группы:

1. *Социально-демографические характеристики территорий:* удельный вес городского населения в общей численности населения (%); коэффициент демографической нагрузки (на 1000 человек трудоспособного возраста приходится лиц нетрудоспособных возрастов); общие коэффициенты рождаемости (на 1 тыс. чел.).

2. *Социально-экономические факторы:* уровень экономической активности населения (в %); среднедушевые денежные доходы населения (руб.); уровень безработицы (в %); уровень зарегистрированной безработицы (в %); коэффициент фондов (раз); коэффициент Джини; численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения); удельный вес ветхого и аварийного жилья в общей площади жилищного фонда (в %).

3. *Состояние системы здравоохранения:* мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (на 10 тыс. чел.); численность врачей (на 10 тыс. чел.); численность среднего медицинского персонала (на 10 тыс. чел.).

4. *Образ жизни населения:* потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов); объем продажи водки и ликеро-водочных изделий (литров на душу населения).

Таким образом, для решения поставленных задач мы использовали социологические, математические и экономические методы исследования, при этом уделяя особое внимание не только данным официальной статистики, но и субъективным оценкам населения, что соответствует принципу комплексности и позволяет с различных точек зрения взглянуть на проблему сохранения и укрепления социального здоровья общества.

## ГЛАВА 2

### НАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ КАК ИНДИКАТОР СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

#### 2.1. Убийства и самоубийства в контексте социального здоровья

Чтобы ответить на вопрос о том, можно ли считать насильственную смертность индикатором социального здоровья, необходимо в первую очередь определить ее место в структуре общей смертности населения.

Причины смерти разделяются на естественные и неестественные. *Естественная смерть* – это исход, который обусловлен физиологическими причинами, делающими невозможным существование целостного живого организма из-за наступающего в глубокой старости полного исчерпания физиологических ресурсов организма, из-за недостатка физиологических ресурсов молодого живого организма вследствие глубокой недоношенности (незрелости) плода и несовместимых с жизнью пороков развития организма.

*Неестественная смерть* – это исход жизни, наступивший ранее физиологического предела. Причиной такого исхода могут быть болезни и повреждения. *Ненасильственная смерть* – это смерть, при которой не нарушаются какие-либо правовые нормы. Это бывает в случаях смерти от заболеваний или при естественной (физиологической) смерти. *Насильственной* называют смерть, наступившую в результате убийства, самоубийства и случая<sup>19</sup>.

Таким образом, ключевым отличием ненасильственной смертности от насильственной является то, что последняя предполагает нарушение правовых норм, и это, на наш взгляд, дает основание трактовать ее как показатель, свидетельствующий об уровне социального здоровья общества.

---

<sup>19</sup> Попов В.Л. Судебная медицина. – С.-Пб.: Юрид. центр Пресс, 2006. – С. 97.

Кроме того, термин «криминальное насилие» обозначает ряд запрещенных законом физических или психических действий, совершаемых в отношении других лиц вопреки их воле и желанию, причиняющих им физический вред и моральный ущерб<sup>20</sup>. Из этого определения следует, что в случае насильственной смерти нарушается не только юридическая сторона закона, но и морально-нравственные принципы. Статистика смертности от насильственных причин свидетельствует об уровне и характере отношений в обществе, а также о том, насколько значима в данном обществе такая ценность, как человеческая жизнь.

Насильственные причины смертности входят в состав XIX («Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин») и XX («Внешние причины заболеваемости и смертности») классов Международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ)<sup>21</sup>.

Следует отметить, что смертность от насильственных и внешних причин не являются идентичными понятиями. Для характеристики социального здоровья не является информативной смертность от таких причин, как случайное утопление или поражение электрическим током, поскольку в данном случае не идет речь об осознанных активных действиях человека, повлекших за собой смерть. Насильственные причины смертности связаны с агрессией и аутоагрессией, что также является основанием для рассмотрения их в качестве индикатора социального здоровья общества.

Агрессия – это мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам (правилам) сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т. п.)<sup>22</sup>. Аутоагрессия – форма агрессивного поведения, направленного на самого себя.

В статистике смертности прямым и самым ярким проявлением агрессии выступает убийство. Наиболее распространенной формой

---

<sup>20</sup> Прикладная юридическая психология: учеб. пособие для вузов / под ред. проф. А.М. Столяренко. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. — С. 97.

<sup>21</sup> МКБ – система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. Является нормативным документом, определяющим правила систематизации наблюдений при изучении заболеваемости, причин смерти и деятельности учреждений здравоохранения.

<sup>22</sup> Словарь-справочник для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями / под ред. Л.Г. Гуслияковой, С.Г. Чудовой. – М.: Просвещение, 1996; Национальная психологическая энциклопедия [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://vocabulary.ru/dictionary/34/word/agresija>

аутоагрессии можно считать суицид, который также имеет открытый характер, в отличие, например, от смертности в результате потребления алкоголя, наркотиков или табачной продукции. Репрезентативность убийств и самоубийств как наиболее ярких представителей насильственной смертности и индикаторов социального здоровья состоит в том, что последствия суицидальных попыток или покушений на убийство носят одномоментный характер, они зависят непосредственно от воли и деструктивной активности человека на данный момент времени.

Проблема суицидального поведения и смертности населения от насильственных причин является актуальной не только в России, но и во всем мире. Суицид представляет собой глобальную проблему для мирового здравоохранения. По статистике, в результате самоубийств в мире умирает больше людей, чем в результате войн и насильственных убийств, вместе взятых. По данным ВОЗ, общее количество смертей от суицида приближается к миллиону в год. Тенденции таковы, что к 2020 году число самоубийств, по всей видимости, возрастет в полтора раза<sup>23</sup>. Оценивая актуальность данной проблемы в России, Всемирная организация здравоохранения признала нашу страну находящейся в состоянии вялотекущей чрезвычайной ситуации<sup>24</sup>.

Российская Федерация является также одной из стран-лидеров по уровню преступности. По данным Института экономики и мира, индекс безопасности в Российской Федерации равен 3,5, что соответствует таким странам, как Филиппины, Пакистан, Эфиопия, Нигерия, Турция, Азербайджан, Грузия. Более высоким значением индекса (что соответствует более напряженной ситуации) обладают только Индия, Мьянма и Республика Конго (по 5 соответственно)<sup>25</sup>. Для сравнения: в развитых странах величина индекса безопасности ниже: во Франции, Италии, Испании, Дании, Норвегии, Великобритании, США – по 2,5; в Германии, Австрии, Бельгии, Финляндии, Греции, Канаде, Швейцарии, Швеции – по 1,5. В годы экономического кризиса многие из показателей, учитываемых при расчете данного индекса, резко выросли, что свидетельствовало о снижении безопасности в мире. Так, в докладе Института экономики и мира отмечается увеличение на 5% уровня убийств, рост протестных выступлений, приводящих к кровопролитным столкновениям, и, как итог, страх населения перед преступностью.

---

<sup>23</sup> Портал поддержки международного научного, культурного и делового сотрудничества «Вся Россия». – Реж. дост.: <http://www.allru.org/SD/SDShow.asp?SdID=7706>

<sup>24</sup> Национальная психолого-психиатрическая энциклопедия [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://vocabulary.ru/>

<sup>25</sup> В индексе, рассчитанном по 149 странам мира, учитывались уровень преступности, затраты на вооружения, интенсивность вооруженных конфликтов, а также нарушения прав человека.

Убийства и покушения на них, как наименее латентный вид преступлений, находят объективно точное отражение в статистических показателях. Поэтому данный вид является своеобразным индикатором общей криминальной ситуации в стране.

По данным ВОЗ, Российская Федерация на протяжении последних 20 лет ежегодно входит в пятерку стран, имеющих наиболее высокий уровень смертности населения от самоубийств (в 1990 г. Россия занимала 6 место). Из 53 государств, данные о которых доступны в Европейской базе «Здоровье для всех», за период с 1998 по 2008 г. Российская Федерация ежегодно демонстрировала наиболее высокий уровень смертности от убийств. В среднем за 1998 – 2009 гг. он составил 23,5 случая на 100 тыс. нас. (табл. 3).

Таблица 3. Ранжирование стран – лидеров по уровню смертности от убийств и самоубийств (число умерших на 100 тыс. населения; объем выборки – 53 страны)

1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.
<i>Самоубийства</i>				
1. Венгрия (38,1)	1. Литва (47,9)	1. Литва (46,7)	1. Литва (37,0)	1. Литва (31,5)
2. Финляндия (29,1)	<b>2. Россия (41,6)</b>	<b>2. Россия (37,8)</b>	<b>2. Россия (29,8)</b>	2. Казахстан (24,5)
3. Словения (28,0)	3. Эстония (40,9)	3. Беларусь (34,2)	3. Беларусь (29,0)	<b>3. Россия (24,1)</b>
4. Эстония (27,6)	4. Латвия (40,7)	4. Казахстан (32,7)	4. Казахстан (26,8)	4. Венгрия (21,8)
5. Литва (27,2)	5. Казахстан (33,3)	5. Латвия (30,7)	5. Венгрия (23,2)	5. Латвия (20,7)
<i>Убийства и умышленные травмы (в возрасте до 64 лет)</i>				
1. Кыргызстан (18,0)	<b>1. Россия (31,3)</b>	<b>1. Россия (28,0)</b>	<b>1. Россия (23,5)</b>	<b>1. Россия (14,2)</b>
<b>2. Россия (14,8)</b>	2. Эстония (24,3)	2. Казахстан (17,9)	2. Казахстан (14,8)	2. Казахстан (10,0)
3. Казахстан (13,3)	3. Казахстан (22,4)	3. Эстония (13,4)	3. Латвия (10,4)	3. Кыргызстан (8,0)
4. Эстония (11,4)	4. Латвия (18,7)	4. Латвия (12,8)	4. Украина (9,0)	4. Украина (6,3)
5. Республика Молдова (9,9)	5. Республика Молдова (17,6)	5. Республика Молдова (12,3)	5. Литва (8,9)	5. Республика Молдова (6,0)
Источник: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех» [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <a href="http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html">http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html</a>				

Россия возглавляет также список европейских стран с максимальным уровнем смертности от насильственных причин среди молодежи в возрасте от 10 до 29 лет. По данным ВОЗ, ежедневно в Европе в результате насилия погибают примерно 40 молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет или более 15 тыс. человек в год<sup>26</sup>. Насилие является третьей по значению причиной смертности в этой возрастной группе. При этом

<sup>26</sup> Европейский доклад о предотвращении насилия и преступности среди молодежи (European report on preventing violence and knife crime among young people) World Health Organization, 2010.

в странах Западной Европы уровень смертности лиц в возрасте от 10 до 29 лет несоизмеримо меньше, чем в России (например, в Германии, Австрии – по 0,5 случая на 100 тыс. нас., в России – 15,9).

Динамика убийств и самоубийств в Российской Федерации имеет схожие тенденции и тесно связана с социально-экономическими процессами, происходящими в стране. Рост уровня смертности от данных причин наблюдался в те периоды, когда в России имели место экономические кризисы (1991, 1998 гг.). Отражение социально-экономических катаклизмов на уровне смертности от убийств и самоубийств продолжалось в течение 4 – 5 лет, после чего наблюдался период снижения смертности, связанного с постепенной адаптацией населения к изменившимся социально-экономическим условиям.

Стабилизация социально-экономической и политической ситуации, которая была достигнута в начале 2000-х гг., привела к тому, что аутодеструктивная активность населения стала снижаться. Мировой финансовый кризис 2008 г. незначительно отразился на уровне смертности от суицидов, однако в целом не повлиял на позитивные тенденции снижения смертности. Во многом это произошло благодаря уже накопленному опыту преодоления кризисов, который в 90-х гг. приобрели как органы государственной власти, так и широкие слои населения.

Вместе с тем следует отметить, что уровень смертности от самоубийств в Российской Федерации ежегодно превышает смертность от убийств. На протяжении всего периода с 1990 по 2010 г. он также был выше предельно-критического значения, установленного Всемирной организацией здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения; рис. 2). Для сравнения: в странах Европейского региона среднее число случаев самоубийств составляет 11,9 на 100 тыс. населения, убийств – 1,5 случая<sup>27</sup>.

Убийство – это один из тех видов преступлений, которые обладают наименьшей степенью латентности, то есть наиболее четко регистрируются официальной статистикой. Однако показатель смертности от убийств нельзя рассматривать в отрыве от общей криминальной ситуации.

Зарегистрированная преступность, включающая в себя те правонарушения, которые приняты на учет в органах милиции, прокуратуры и в суде, является первоначальным статистическим показателем уголовной

---

<sup>27</sup> Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) // Официальный сайт Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. – Реж. дост.: [http://data.euro.who.int/hfadb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html)

статистики. Однако определенная часть преступлений не учитывается в текущей официальной отчетности и составляет латентный уровень. В связи с этим фиксируемые статистические данные дают общее представление о криминальной ситуации, но не содержат полной информации о ней.

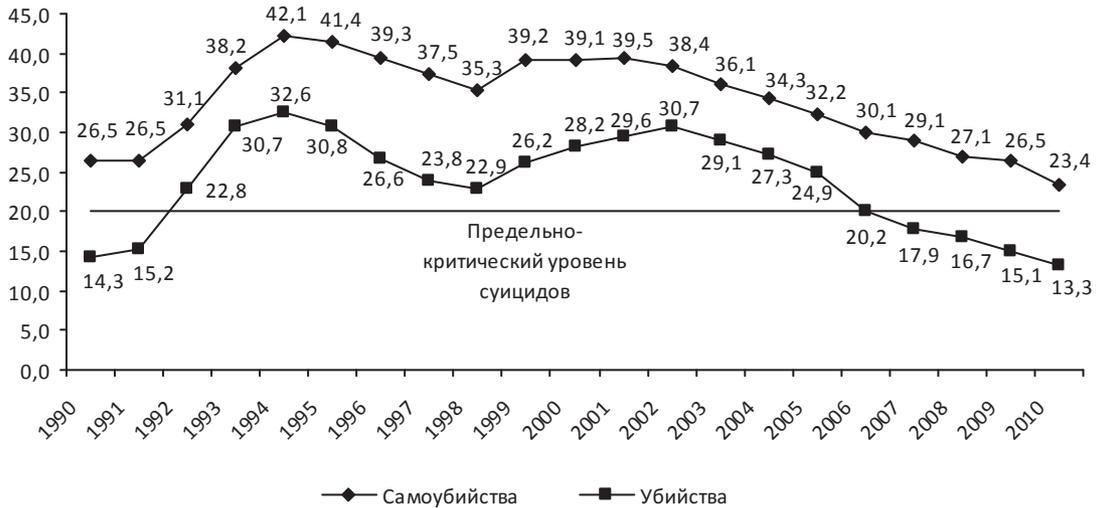


Рис. 2. Соотношение уровня убийств и самоубийств в Российской Федерации (умерших на 100 тыс. нас.)

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Латентную (скрытую) преступность образуют случаи, не выявленные системой уголовной юстиции и потому не повлекшие применения мер ни государственного, ни общественного принуждения<sup>28</sup>. Установить ее уровень крайне сложно, поскольку он зависит от ряда факторов, поддающихся лишь косвенному статистическому анализу (например, выявление правонарушений, о которых не было заявлено в органы УВД, по результатам социологического опроса). По различным оценкам латентная преступность составляет от двух третей общего числа зарегистрированных преступлений до значения, превосходящего официальную статистику правонарушений в 8 – 10 раз.

По данным ФСГС, уровень общей преступности в стране имеет тенденцию к снижению. Она характерна для всех федеральных округов, в том числе для наиболее неблагоприятных из них – Сибирского, Уральского и Дальневосточного (табл. 4). Однако, по мнению криминологов, в Российской Федерации совершается преступлений в 10–12 раз больше,

<sup>28</sup> Кудрявцев В. Эффективность системы уголовной юстиции // Соц. законность. – 1971. – № 7. – С. 14.

чем регистрируется. Иными словами, латентная преступность намного превышает зарегистрированную<sup>29</sup>. На одно зарегистрированное преступление приходится четыре незарегистрированных. Ежегодно в России рассматривается свыше 22 млн. заявлений и только по 10% из них принимается решение о возбуждении уголовного дела<sup>30</sup>.

Таблица 4. **Уровень преступности в федеральных округах России** (число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. нас. в возрасте от 14 до 60 лет)

Территория	1990 г.	1995 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2003 г.	2005 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
<i>Российская Федерация</i>	<i>1949,9</i>	<i>2888,3</i>	<i>2657,3</i>	<i>3083,4</i>	<i>3032,0</i>	<i>2806,1</i>	<i>3573,3</i>	<i>3220,2</i>	<i>3021,2</i>	<i>2667,0</i>
Сибирский федеральный округ	2288,4	3505,9	3288,5	3744,2	3596,4	3316,8	4098,0	3976,8	3736,2	3335,8
Уральский федеральный округ	2225,9	3618,2	3221,0	3930,2	3792,0	3448,6	4752,1	3807,0	3574,9	3297,2
Дальневосточный федеральный округ	2501,8	3884,2	3268,1	3734,0	3620,9	3300,7	3991,9	4087,9	3588,3	3110,1
Приволжский федеральный округ	1758,0	2594,4	2367,0	2894,7	2815,0	2633,4	3835,0	3275,4	3032,5	2648,9
Северо-Западный федеральный округ	1993,7	3324,0	3053,2	3535,9	3352,7	2628,6	3365,0	2946,6	2808,7	2479,0
Центральный федеральный округ	1388,5	2267,2	2016,6	2285,5	2368,2	2520,8	3020,0	2682,3	2607,2	2355,7
Южный федеральный округ	1841,6	2057,6	2126,6	2356,6	2345,8	1915,5	2149,7	2133,1	1978,9	2189,6
Северо-Кавказский федеральный округ	Н.д.	1182,7								
* Ранжировано по значению показателя в 2010 г. Источник: Данные Федеральной службы государственной статистики.										

Согласно проведенным расчетам уровень латентной преступности в России в 2,65 раза выше, чем официально зарегистрированное число правонарушений<sup>31</sup>. В некоторых регионах (Рязанская область, Республика Адыгея, Карачаево-Черкесская Республика) этот показатель доходит до 5 раз (прил. 4). Максимальное превышение латентной преступности над официальной наблюдается в Республике Ингушетия (21,8 раза) и Чеченской Республике (14,9 раза). В Вологодской области он составляет 2,47 раза (7 место среди регионов СЗФО), что ниже, чем в среднем по стране и Северо-Западу (прил. 5).

<sup>29</sup> Антонян Ю.М. Криминология. Избранные лекции. – М.: Логос, 2004. – С. 258.

<sup>30</sup> Материалы международной конференции по латентной преступности [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.crimpravo.ru/blog/prestupnost/463.html>

<sup>31</sup> Рассчитано авторами по методике члена Союза криминалистов и кримиологов Д.А. Ли (источник: Д.А. Ли. Преступность в России: системный анализ. – М.: Гелва, 1997. – С. 20).

Вклад убийств и самоубийств в общую структуру смертности населения весьма значителен. На долю этих причин приходится 24% всех смертей, относящихся к классу «Несчастные случаи, травмы и отравления», который по распространенности устойчиво занимает третье место, уступая только смертности от болезней системы кровообращения и новообразований (табл. 5). Как уже отмечалось, сверхвысокий уровень смертности от внешних причин является не только особенностью российской смертности, но и проблемой, влекущей за собой существенные социально-экономические и демографические последствия.

Таблица 5. Структура смертности населения Российской Федерации в 2010 г.

Класс причин смертности	Число случаев		
	умерло чел.	на 100 тыс. нас.	в % от всех причин смертности
<i>Структура общей смертности</i>			
Все причины	2 028 516	1422	100
Болезни системы кровообращения	1 151 917	798	56,8
Новообразования	293 171	205	14,5
Внешние причины	216 867	144	10,7
Болезни органов пищеварения	91 995	64	4,5
Болезни органов дыхания	74 808	52	3,7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	33 609	23	1,7
<i>Структура смертности от внешних причин воздействия</i>			
Причины смертности	Число случаев		
	умерло чел.	на 100 тыс. нас.	в % от внешних причин
Внешние причины	216 867	144	100
Самоубийства	33 480	23	15,4
Все виды транспортных несчастных случаев	28 558	20	13,2
Убийства	18 951	13	8,7
Случайные отравления алкоголем	19 132	10	8,8
* Ранжировано по значению показателя в %.			
Источник: Данные Федеральной службы государственной статистики.			

Соотношение регионов по уровню суицидальной активности населения достаточно стабильно: к благоприятным территориям можно отнести субъекты Северо-Кавказского, Центрального и Южного федеральных округов, к неблагоприятным – Сибирского, Уральского и Дальневосточного (рис. 3). Регионы Северо-Западного и Приволжского федеральных округов относятся к группе территорий со средним уровнем самоубийств, входящих тем не менее в группу риска.



Уровень смертности от самоубийств, 2010 г.  
(умерших на 100 тыс. населения)

- менее 20
- от 20 до 30
- более 30

Менее 20 случаев	От 20 до 30 случаев	Более 30 случаев
<i>1990 год</i>		
Северо-Кавказский федеральный округ (10,1)	Южный федеральный округ (20,0) Центральный федеральный округ (23,2) Северо-Западный федеральный округ (26,3) Приволжский федеральный округ (28,3)	Дальневосточный федеральный округ (30,2) Сибирский федеральный округ (31,5) Уральский федеральный округ (31,8)
<i>2000 год</i>		
Северо-Кавказский федеральный округ (11,5)	Южный федеральный округ (24,1) Центральный федеральный округ (27,6)	Северо-Западный федеральный округ (39,5) Приволжский федеральный округ (48,6) Уральский федеральный округ (48,7) Дальневосточный федеральный округ (49,9) Сибирский федеральный округ (52,3)
<i>2010 год</i>		
Северо-Кавказский федеральный округ (6,4) Центральный федеральный округ (14,5) Южный федеральный округ (17,7)	Северо-Западный федеральный округ (21,6)	Уральский федеральный округ (30,2) Приволжский федеральный округ (30,4) Дальневосточный федеральный округ (34,0) Сибирский федеральный округ (36,5)

**Рис. 3. Уровень смертности населения от самоубийств на территории Российской Федерации (число умерших на 100 тыс. нас.)**

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

В 59 субъектах Российской Федерации уровень смертности населения от самоубийств превышает предельно-критическое значение, установленное Всемирной организацией здравоохранения (прил. 1). По данным на 2010 г. наибольший уровень суицидальной активности населения имеют территории Сибирского федерального округа: республики Тыва и Алтай, Забайкальский край и Республика Бурятия (прил. 1). Повышенный уровень самоубийств в этих субъектах связан с более низким уровнем социально-экономического развития, а также с этнокультуральными особенностями населения, проживающего на данных территориях<sup>32</sup>.

Сибирский и Дальневосточный федеральные округа ежегодно входят в число территорий, характеризующихся наиболее высоким уровнем смертности населения от убийств (рис. 4). Кроме того, за период с 1990 по 2010 г. в их регионах (в частности, в Республике Саха, Хабаровском крае и Чукотском автономном округе) в первую очередь был отмечен рост данного показателя (прил. 2).

Такое территориальное распределение убийств связано с численностью населения. Так, по данным Е.М. Щербаковой<sup>33</sup>, уровень преступности выше в относительно малолюдных регионах Сибири и Дальнего Востока и ниже в более плотно заселенных регионах центральной и южной части Европейского Центра<sup>34</sup>.

По данным на 2009 г. наиболее суицидально активной возрастной категорией являются люди 20 – 39 лет (34 случая на 100 тыс. нас.), в группе от 40 до 59 лет уровень самоубийств составляет 31 случай на 100 тыс. нас., среди людей старше 60 лет – 29 случаев, в возрасте 5 – 19 лет – 9 случаев.

Среди лиц в возрасте от 10 до 14 лет частота суицидов колеблется в пределах от 3 до 4 случаев на 100 тысяч, а среди подростков 15-19 лет – 19-20 случаев. В мире же средний показатель по этой возрастной категории в 2,7 раза ниже, чем в России<sup>35</sup>.

---

<sup>32</sup> Наши подростки сводят счеты с жизнью в три раза чаще сверстников из других стран (материалы интервью с Б.С. Положим) // Российская газета. – 2011. – №5430 (54). – 16 мар. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.rg.ru/2011/03/15/suicid-poln.html>

<sup>33</sup> Щербакова Екатерина Михайловна – старший научный сотрудник Института демографии ГУ-ВШЭ, кандидат экономических наук, доцент.

<sup>34</sup> Щербакова Е.М. Демоскоп Weekly №313 – 314 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0313/barom01.php>

<sup>35</sup> Наши подростки сводят счеты с жизнью в три раза чаще сверстников из других стран (материалы интервью с Б.С. Положим) // Российская газета. – 2011. – №5430 (54). – 16 мар. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.rg.ru/2011/03/15/suicid-poln.html>



Уровень смертности от убийств, 2010 г.  
(умерших на 100 тыс. населения)

- менее 10
- от 10 до 20
- более 20

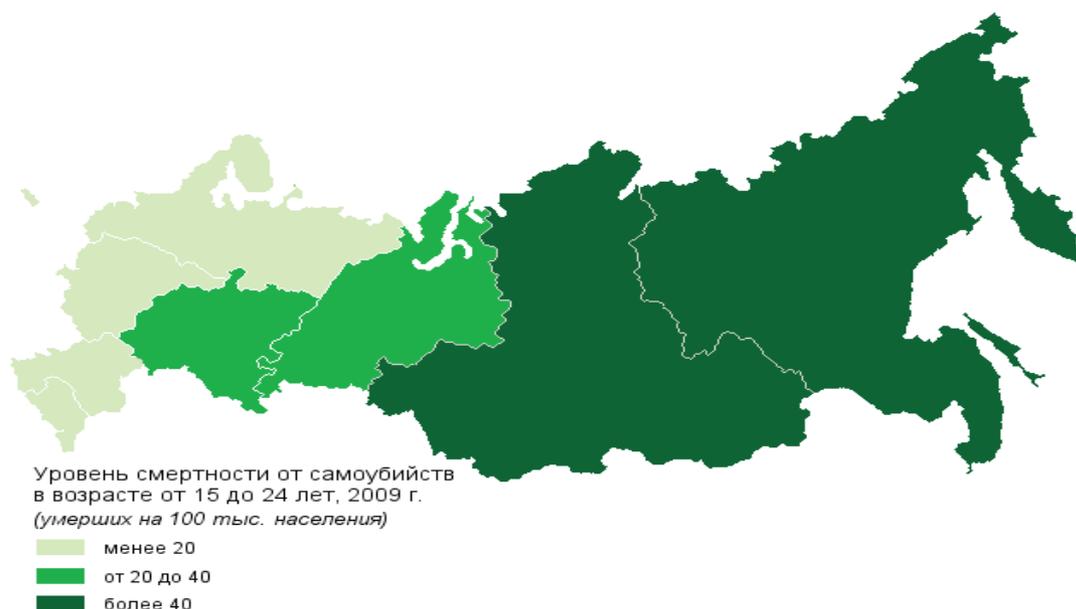
Менее 10 случаев	От 10 до 20 случаев	Более 20 случаев
<i>1990 год</i>		
Северо-Кавказский федеральный округ (8,0)	Центральный федеральный округ (10,5) Южный федеральный округ (11,2) Приволжский федеральный округ (11,7) Северо-Западный федеральный округ (12,1) Уральский федеральный округ (18,5)	Дальневосточный федеральный округ (22,9) Сибирский федеральный округ (23,9)
<i>2000 год</i>		
	Северо-Кавказский федеральный округ (14,0) Южный федеральный округ (18,4)	Центральный федеральный округ (21,7) Приволжский федеральный округ (25,6) Северо-Западный федеральный округ (26,6) Уральский федеральный округ (36,9) Сибирский федеральный округ (45,1) Дальневосточный федеральный округ (45,2)
<i>2010 год</i>		
Южный федеральный округ (8,3) Северо-Кавказский федеральный округ (8,3) Центральный федеральный округ (9,3)	Северо-Западный федеральный округ (12,4) Приволжский федеральный округ (12,6) Уральский федеральный округ (16,0)	Сибирский федеральный округ (23,1) Дальневосточный федеральный округ (25,6)

**Рис. 4. Уровень смертности населения от убийств на территории Российской Федерации (число умерших на 100 тыс. нас.)**

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Таким образом, суицидальное поведение широко распространено среди лиц трудоспособного возраста. В молодежной среде, к которой по определению ЮНИСЕФ относятся люди от 15 до 24 лет<sup>36</sup>, средний уровень суицидов по стране составил 25,1 случая на 100 тыс. населения, при этом в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах этот показатель почти в 2 раза выше (40 и 48 случаев на 100 тыс. нас. соответственно; рис. 5).

В целом по Российской Федерации уровень суицидов среди представителей данной возрастной группы выше предельно-критического значения, установленного ВОЗ, в 48 регионах (прил. 3).



Менее 20 случаев	От 20 до 40 случаев	Более 40 случаев
Южный федеральный округ (11) Центральный федеральный округ (13) Северо-Западный федеральный округ (20)	Приволжский федеральный округ (30) Уральский федеральный округ (33)	Дальневосточный федеральный округ (40) Сибирский федеральный округ (48)

**Рис. 5. Уровень смертности от самоубийств среди лиц в возрасте от 15 до 24 лет на территории Российской Федерации (число умерших на 100 тыс. нас., 2009 г.)**

Уровень смертности от убийств среди молодежи по данным на 2009 г. составил 9,2 случая на 100 тыс. населения. Лидерами по данному показателю являются территории Сибирского и Дальневосточного

<sup>36</sup> Здоровье молодежи – необходимость перемен: Руководство ЮНИСЕФ по разработке программ в области охраны здоровья и развития молодых людей. – Женева, 1997. – 126 с.

федеральных округов (рис. 6). В 35 регионах уровень убийств в молодежной среде выше среднероссийского, в первую очередь это касается Республики Тыва (76,4 случая на 100 тыс. нас.) и Чукотского автономного округа (64,6; прил. 3).



Менее 10 случаев	От 10 до 15 случаев	Более 15 случаев
Южный федеральный округ (4,8) Центральный федеральный округ (6,7) Северо-Западный федеральный округ (7,6) Приволжский федеральный округ (7,9)	Уральский федеральный округ (11,7)	Сибирский федеральный округ (17,7) Дальневосточный федеральный округ (18,8)

**Рис. 6. Уровень смертности от убийств среди лиц в возрасте от 15 до 24 лет на территории Российской Федерации** (число умерших на 100 тыс. нас., 2009 г.)

Как уже отмечалось, преждевременная смертность населения является одним из самых важных факторов ухудшения демографической ситуации в России. Согласно статистике значительную роль в этом играет распространение социальных патологий: убийства, самоубийства, дорожно-транспортные происшествия и алкогольные отравления чаще всего становятся причиной смертности среди мужчин, лиц в возрасте от 20 до 60 лет, жителей сельских территорий (табл. 6).

В Северо-Западном федеральном округе наиболее низкий уровень суицидов отмечается в г. Санкт-Петербурге (10,8 на 100 тыс. нас.) и Мурманской области (13,8), при том, что эти территории имеют

самую стабильную динамику его снижения (прил. 1). В остальных субъектах СЗФО смертность от самоубийств превышает предельно-критический уровень, установленный ВОЗ, причем в некоторых регионах почти в 2 раза (Архангельская область, Республика Коми; рис. 7).

Таблица 6. Сравнительный анализ внешних причин смертности в России в различных социальных категориях (умерших на 100 тыс. нас., 2009 г.)

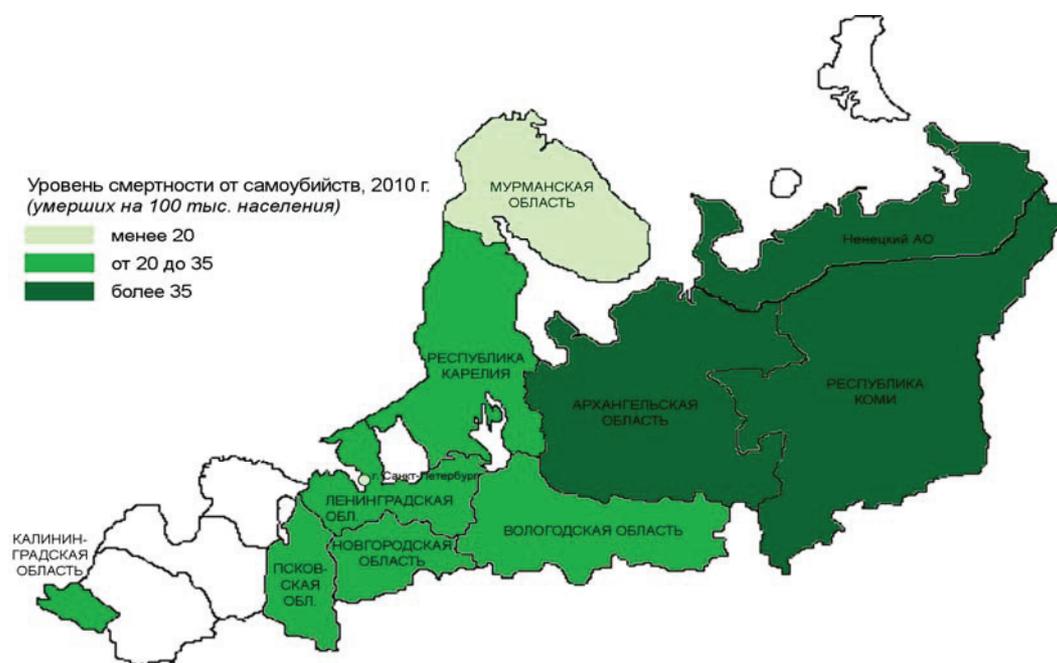
Категории населения	Самоубийства	Убийства	ДТП	Алкогольные отравления
Мужчины	<b>47,3</b>	<b>24,4</b>	33,6	25,0
Женщины	8,5	7,0	10,6	6,5
5 – 19 лет	8,8	2,9	10,2	0,1
20 – 39 лет	<b>34,0</b>	<b>19,2</b>	29,3	11,0
40 – 59 лет	<b>31,0</b>	<b>21,2</b>	22,3	30,3
60 лет и старше	28,9	11,1	19,2	13,9
Городское	20,9	13,9	18,7	13,5
Сельское	<b>41,6</b>	<b>18,3</b>	28,1	19,3

\* Выделены категории населения с наиболее высоким уровнем смертности от убийств и самоубийств.

По уровню убийств Вологодская область занимает 36 место среди всех регионов России и 5 место на Северо-Западе (прил. 2). В целом основная доля убийств в Северо-Западном федеральном округе сосредоточена в тех же регионах, что и самоубийств (Архангельская область, Новгородская область, Республика Коми, Ненецкий автономный округ; рис. 8). Это свидетельствует об общем негативном фоне социального здоровья на данных территориях.

В разрезе муниципальных образований Вологодской области позитивные изменения в отношении распространенности самоубийств коснулись 16 территорий (по сравнению с 2009 г.; рис. 9). Прежде всего, существенно снизился уровень смертности от суицидов в Бабаевском, Усть-Кубинском и Никольском районах. Негативные изменения затронули в первую очередь Тотемский и Харовский районы (прил. 6).

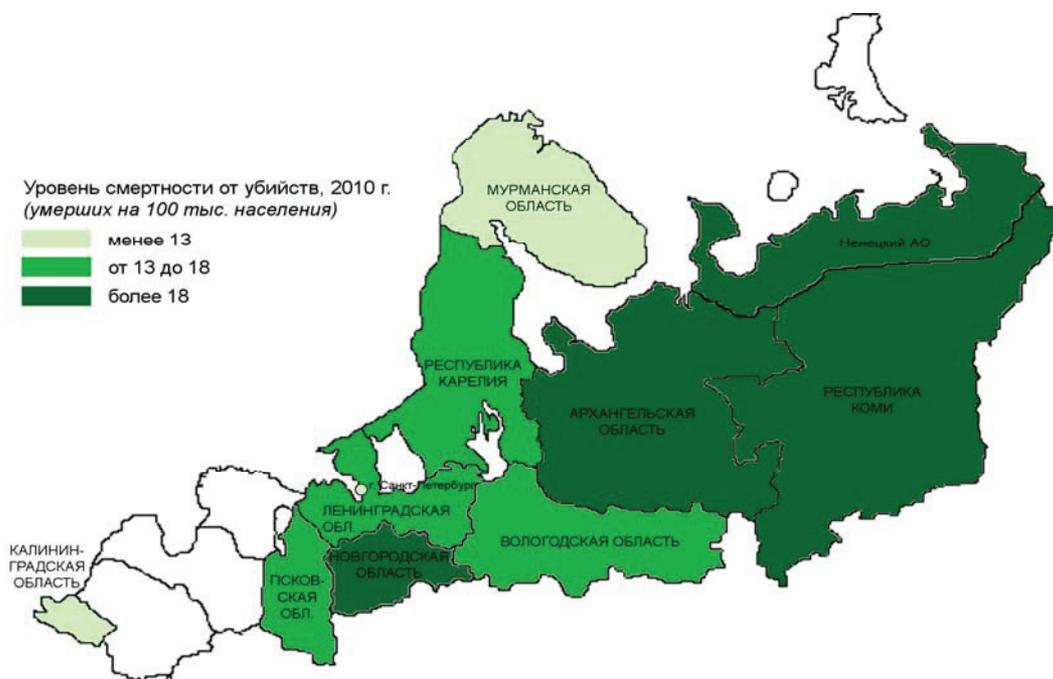
В 9 районах Вологодской области за период с 2003 по 2010 г. возрос уровень смертности от убийств. По данным на 2010 г. наиболее неблагоприятными в этом отношении территориями являются Усть-Кубинский, Верховажский, Белозерский, Междуреченский, Сямженский и Шекснинский районы (рис. 10). Низкие показатели смертности от убийств с 2008 г. отмечаются в Бабушкинском, Кирилловском, Тарногском районах, а также в городах Вологде и Череповце (прил. 7).



Менее 20 случаев	От 20 до 35 случаев	Более 35 случаев
<i>1990 год</i>		
г. Санкт-Петербург (18,5) Мурманская область (19,7)	Ленинградская область (29,4) Архангельская область (30,5) Вологодская область (31,1) Республика Карелия (31,1) Республика Коми (31,3) Калининградская область (32,1) Псковская область (34,3)	Новгородская область (35,2)
<i>2000 год</i>		
г. Санкт-Петербург (18,4)		Мурманская область (38,0) Ленинградская область (40,2) Калининградская область (46,2) Республика Коми (48,8) Новгородская область (49,3) Республика Карелия (55,0) Псковская область (55,0) Вологодская область (57,3) Архангельская область (61,6)
<i>2010 год</i>		
г. Санкт-Петербург (10,8) Мурманская область (13,8)	Ленинградская область (22,7) Калининградская область (23,5) Вологодская область (25,7) Псковская область (26,0) Республика Карелия (27,1) Новгородская область (29,1)	Архангельская область (39,1) Республика Коми (40,5)

**Рис. 7. Уровень смертности от самоубийств на территории Северо-Западного федерального округа (умерших на 100 тыс. населения)**

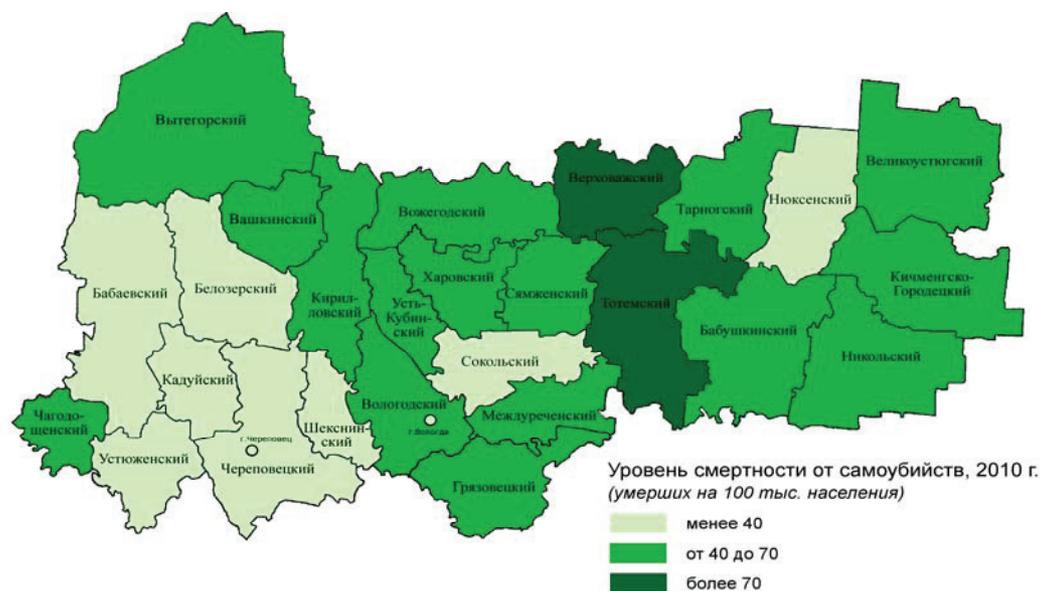
Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)



Менее 13 случаев	От 13 до 18 случаев	Более 18 случаев
<i>1990 год</i>		
Мурманская область (7,0) г. Санкт-Петербург (8,2) Калининградская область (9,8) Ленинградская область (12,4) Псковская область (12,9)	Республика Карелия (14,7) Архангельская область (14,8) Вологодская область (14,8) Новгородская область (17,4)	Республика Коми (22,3)
<i>2000 год</i>		
		г. Санкт-Петербург (19,4) Мурманская область (23,1) Калининградская область (23,6) Вологодская область (26,6) Республика Карелия (28,3) Псковская область (28,7) Ленинградская область (29,6) Новгородская область (32,1) Архангельская область (33,7) Республика Коми (44,7)
<i>2010 год</i>		
г. Санкт-Петербург (7,5) Калининградская область (10,2) Мурманская область (10,4)	Республика Карелия (13,3) Псковская область (13,8) Ленинградская область (13,9) Вологодская область (14,0) Архангельская область (18,6) Новгородская область (19,4)	Республика Коми (23,5)

**Рис. 8. Уровень смертности от убийств на территории Северо-Западного федерального округа (умерших на 100 тыс. населения)**

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)



1 группа (менее 40 умерших на 100 тыс. нас.)	2 группа (от 40 до 70 умерших на 100 тыс. нас.)	3 группа (более 70 умерших на 100 тыс. нас.)
<i>2010 год</i>		
Сокольский р-н (34,7) Нюксенский р-н (30,2) Белозерский р-н (28,5) Бабаевский р-н (18,0) г. Вологда (16,9) Устюженский р-н (15,8) Шекснинский р-н (6,0) Череповецкий р-н (2,4) г. Череповец (2,2) Кадуйский р-н (0,0)	Грязовецкий р-н (66,4) Сямженский р-н (66,2) Харовский р-н (65,6) Великоустьюгский р-н (58,6) Чагодощенский р-н (56,9) Кирилловский р-н (56,2) Вытегорский р-н (54,7) Бабушкинский р-н (52,1) Усть-Кубинский р-н (49,0) Вашкинский р-н (48,8) Междуреченский р-н (48,7) Никольский р-н (48,5) Кичменгско-Городецкий (47,9) Вожегодский р-н (47,0) Тарногский р-н (46,0) Вологодский р-н (43,6)	Тотемский р-н (87,3) Верховажский р-н (85,2)
<i>2005 год</i>		
Вологодский (39,8) Кадуйский (38,9) Устюженский (38,8) Бабаевский (37,7) г. Вологда (27,8) Шекснинский (22,7) г. Череповец (19,8)	Белозерский (68,6) К. Городецкий (65,7) Сокольский (64,7) Вашкинский (62,5) Кирилловский (60,8) В. Устюгский (56,3) Бабушкинский (56,3) Грязовецкий (50,6) Сямженский (49,0) Череповецкий (45,2) Нюксенский (43,5) Харовский (41,5) Чагодощенский (40,5) Тарногский (40,5)	Междуреченский (95,9) Верховажский (93,8) У. Кубинский (87,0) Никольский (86,3) Вытегорский (85,5) Тотемский (73,6) Вожегодский (71,4)

2000 год		
г. Вологда (39,1) У. Кубинский (28,5) Вашкинский (27,5)	Кадуйский (68,0) Вологодский (65,5) Сокольский (65,1) Междуреченский (61,7) К. Городецкий (57,3) Нюксенский (53,8) Харовский (53,5) Тарногский (50,3) Белозерский (49,5) В. Устюжский (45,5) г. Череповец (40,5)	Верховажский (148,8) Кирилловский (103,0) Вожегодский (102,4) Шекнинский (96,2) Вытегорский (92,7) Сямженский (86,9) Грязовецкий (86,7) Никольский (84,5) Бабушкинский (82,2) Тотемский (79,1) Бабаевский (75,7) Устюженский (73,7) Чагодощенский (72,7) Череповецкий (71,9)

**Рис. 9. Уровень смертности от самоубийств на территории Вологодской области (умерших на 100 тыс. населения)**

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)



1 группа (менее 15 умерших на 100 тыс. нас.)	2 группа (от 15 до 25 умерших на 100 тыс. нас.)	3 группа (более 25 умерших на 100 тыс. нас.)
<i>2010 год</i>		
Вашкинский р-н (0,0) Нюксенский р-н (0,0) г. Вологда (6,1) Кирилловский р-н (6,3) Бабушкинский р-н (7,5) Тарногский р-н (7,7) г. Череповец (8,0) Кичменгско-Городецкий р-н (10,8) Грязовецкий р-н (11,1) Кадуйский р-н (11,7)	Тотемский р-н (16,7) Вожегодский р-н (17,8) Вологодский р-н (19,8) Устюженский р-н (21,3) Вытегорский р-н (22,0) Никольский р-н (22,2) Великоустюгский р-н (22,4) Харовский р-н (24,2) Череповецкий р-н (24,3)	Сокольский р-н (27,2) Бабаевский р-н (27,3) Чагодощенский р-н (28,7) Междуреченский р-н (32,8) Шекснинский р-н (33,0) Сямженский р-н (33,5) Белозерский р-н (34,6) Верховажский р-н (35,8) Усть-Кубинский р-н (37,0)
<i>2005 год</i>		
Бабушкинский (7,0) Вашкинский (0,0) В. Устюгский (12,6) Кадуйский (11,1) Кирилловский (11,0) Сокольский (9,0) Устюженский (14,5) Шекснинский (8,5)	Верховажский (18,6) Никольский (23,4) Нюксенский (17,3) Тарногский (20,1) Череповецкий (20,0) г. Вологда (16,6) г. Череповец (16,5)	Бабаевский (45,7) Белозерский (39,0) Вожегодский (32,6) Вологодский (29,9) Вытегорский (52,3) Грязовецкий (27,6) К. Городецкий (42,0) Междуреченский (40,8) Сямженский (29,4) Тотемский (34,6) У. Кубинский (32,6) Харовский (46,1) Чагодощенский (26,9)
<i>2003 год</i>		
Бабаевский (12,1) Вашкинский (0,0) В. Устюгский (10,8) Вологодский (11,9) Сокольский (3,5) Сямженский (9,7) Тарногский (6,6) У. Кубинский (0,0) Чагодощенский (13,0)	Бабушкинский (20,3) Грязовецкий (19,5) К. Городецкий (18,2) Нюксенский (17,1) Шекснинский (25,2) г. Вологда (16,0) г. Череповец (23,8)	Белозерский (33,0) Верховажский (30,8) Вожегодский (31,8) Вытегорский (66,8) Кадуйский (49,0) Кирилловский (27,1) Междуреченский (39,7) Тотемский (38,0) Устюженский (46,7) Харовский (59,2) Череповецкий (44,4)

**Рис. 10. Уровень смертности от убийств на территории Вологодской области (умерших на 100 тыс. населения)**

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Итак, Российская Федерация характеризуется повышенным уровнем убийств и самоубийств, которые являются наиболее яркими представителями насильственных причин смертности с точки зрения оценки

социального здоровья общества. Следует также отметить, что, несмотря на свою репрезентативность, эти индикаторы представляют собой лишь «верхушку айсберга». Согласно формуле экспертов ВОЗ, на «n» завершенных самоубийств приходится 10 – 20n парасуицидов, 8n близких и родственников суицидента (которые входят в группу повышенного суицидального риска), 100n людей, помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне. Таким образом, на 33 480 самоубийств, официально зарегистрированных в Российской Федерации в 2010 г., приходится, по расчетам, 0,4% жителей, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, 0,2% населения из числа ближайшего окружения суицидента и 2,4% лиц, имеющих «внутренний суицидальный дискурс». В целом же в проблему суицидального поведения может быть включено до 4,2 млн. человек, что составляет 2,9% населения страны.

В сферу проблем, связанных с преступностью, состояние которой отражается уровнем смертности от убийств, входят не только люди, нарушающие закон, но и жертвы преступлений, а также лица, отбывающие наказание. Все они, так или иначе, оказываются «выключенными» из полноценной жизни общества. Оценка численности этих категорий населения показала, что преступниками являются преимущественно мужчины (722,7 чел. на 100 тыс. нас.), лица от 30 до 49 лет (337,3 на 100 тыс. нас.), без постоянного источника дохода (553,6 на 100 тыс. нас.). Численность осужденных в России за период с 1990 по 2009 г. увеличилась на 66% (с 537,6 до 892,2 тыс. человек), из них к лишению свободы ежегодно приговаривается от 32 до 35%. Возрастной состав осужденных в течение данного периода практически не менялся: более половины из них (54%) относятся к возрастной группе от 14 до 30 лет. Пострадавшими от преступлений, по результатам исследования, проведенного на территории Вологодской области, чаще всего становятся мужчины (747 чел. на 100 тыс. нас.), представители возрастных групп до 30 и от 30 до 55 лет (по результатам опроса – 41 и 47% соответственно), жители городской местности (85%).

Проведенный анализ позволяет оценить не только масштабы, но и территориальную специфику распространения социальных патологий: наиболее благоприятная ситуация наблюдается в Центральном, Северо-Кавказском и Южном федеральных округах, неблагоприятная – в Сибирском и Дальневосточном. При этом следует отметить, что на всех территориях Российской Федерации состояние социального

здоровья населения значительно ухудшилось к 2000 г., что стало следствием нестабильности социально-экономической и политической ситуации в конце 1990-х годов.

## **2.2. Влияние социальной дезинтеграции на распространение насильственных причин смертности**

Учитывая тот факт, что убийства и самоубийства представляют собой формы деструктивного и аутодеструктивного поведения, следует отметить, что основной причиной их является социальная дезинтеграция; снижение эффективности нравственно-правовых регуляторов поведения личности; социальная изоляция индивидов, которая ведет к недостатку социальной поддержки; дефекты нравственно-правовой социализации личности; форсированный рост социальной мобильности, включая процессы массовой миграции; резкий рост преступности, в первую очередь организованной, в условиях ослабления рычагов государственного воздействия на общество<sup>37</sup>.

Социальная дезинтеграция понимается как процесс и состояние распада общественного целого на части, разъединение элементов, некогда бывших объединенными, то есть процесс, противоположный социальной интеграции. Наиболее частые формы дезинтеграции – распад или исчезновение общих социальных ценностей, общей социальной организации, институтов, норм и чувства общих интересов. Этим понятием часто обозначается и отступление от норм организации и эффективности, то есть принятого институционального поведения то ли со стороны индивида, то ли со стороны социальных групп и акторов, стремящихся к переменам<sup>38</sup>.

Социальная дезинтеграция, с одной стороны, лежит в основе депрессивного состояния, которое является движущим механизмом суицидальных тенденций, с другой стороны, она влечет за собой определенный тип поведения, который создает риск того, что человек может стать жертвой преступления.

На личностном уровне социальная дезинтеграция проявляется в таких чертах психологического портрета, как неуверенность в себе, тревожность, внушаемость, эмоциональная неустойчивость, пессимизм.

---

<sup>37</sup> Вишневецкий К.В. Криминогенная виктимизация социальных групп в современном обществе: автореф. дис. ... д.ю.н. – М., 2007; Саратовский Центр по исследованию проблем организованной преступности и коррупции [Эл. рес.]. – Реж. дост.: [http://sartracc.ru/i.php?oper=read\\_file&filename=Disser/vishnevecky.htm](http://sartracc.ru/i.php?oper=read_file&filename=Disser/vishnevecky.htm)

<sup>38</sup> Голенкова З.Т., Игитханян Е.Д. Процессы интеграции и дезинтеграции в социальной структуре российского общества // Социс. – 1999. – № 9. – С. 22-33.

На территории Вологодской области, согласно результатам исследования, подобные черты отмечают в себе от 10 до 40% населения (табл. 7)<sup>39</sup>.

**Таблица 7. Доля жителей Вологодской области, которые имеют психологические черты, свидетельствующие о социальной дезинтеграции (в % от числа опрошенных)**

Вариант ответа	2009 г.
Ощущаю усталость, апатию	41,3
Испытываю чувство одиночества	37,6
Употребляю алкоголь исключительно для снятия нервного напряжения	37,4
Испытываю внутреннее напряжение	36,7
Недостаточно уверен в себе	31,7
Доля людей, проявляющих симптомы тревоги*	30,7
Испытываю напряжение, раздражение, страх, тоску	29,5
Считаю себя пессимистом	19,7
У меня часто меняется настроение в зависимости от серьезной причины или без нее	10,1
* Для оценки численности населения, проявляющего симптомы тревоги, использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии. Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья населения Вологодской области.	

При длительном нахождении в состоянии социальной дезинтеграции, в случае отсутствия своевременного вмешательства, негативные психологические черты личности могут трансформироваться в особенности поведения, то есть проявиться на «внешнем», видимом уровне. Такое поведение сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации, вплоть до крайней ее степени – полной изоляции личности. Оно характеризуется частой сменой настроения, пассивностью в трудных ситуациях, склонностью к социальной изоляции. Личности, обладающие подобными чертами, либо часто попадают в конфликтные ситуации, склонны к алкоголизму и нарушению принятых в обществе норм, либо характеризуются высокой степенью конформности, то есть стараются избегать ситуаций принятия решения и ничем не выделяться из привычной для них социальной группы.

Как показали результаты исследования, подобные черты отмечаются у 10 – 30% населения Вологодской области (табл. 8).

<sup>39</sup> Мониторинг общественного психического здоровья населения Вологодской области проводится ИСЭРТ РАН с 2001 г. С периодичностью 1 раз в год опрашивается 1500 человек в 10 муниципальных образованиях области (Кирилловский, Вожегодский, Шекснинский, Грязовецкий, Никольский, Бабаевский, Тарногский, Великоустюгский районы, а также г. Вологда и г. Череповец). Выборка целенаправленная, квотная. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации производится в программах SPSS и Excel.

**Таблица 8. Доля жителей Вологодской области, которые проявляют черты поведения, свидетельствующие о социальной дезинтеграции (в % от числа опрошенных)**

Вариант ответа	2009 г.
Испытываю затруднения при знакомстве с незнакомыми людьми	29,7
Часто совершаю поступки, в которых приходится раскаиваться	27,2
Не желаю заводить новые социальные контакты, расширять круг общения	24,3
Мне трудно поддерживать разговор при знакомстве	22,3
Мои отношения на работе можно охарактеризовать как конфликтные	21,9
Часто попадаю в конфликтные ситуации	20,1
Употребляю алкогольные напитки 1 – 2 раза в неделю и чаще	19,1
Оцениваю свои семейные взаимоотношения как напряженные, конфликтные	19,1
Неудовлетворен отношениями с супругом	13,1
Неудовлетворен отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми	9,8
Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья населения Вологодской области.	

По результатам различных исследований практически во всех случаях завершеного самоубийства или его попытки у суицидентов было отмечены симптомы депрессивного расстройства. Это повлияло на то, что депрессию называют «движущим механизмом» самоубийства. В Вологодской области признаки депрессии проявляет около трети населения региона (31 – 32%), причем этот показатель остается стабильным на протяжении периода с 2001 по 2009 г. (рис. 11). Результаты проведенного исследования показали, что люди, которым присущи социально дезинтегрированные черты личности или поведения, склонны к проявлению признаков депрессии примерно в два раза чаще, чем остальное население (прил. 10).

Таким образом, изучение процессов и проявлений социальной дезинтеграции имеет важное значение с точки зрения мониторинга суицидальных тенденций и профилактики самоубийств среди населения. Аналогичным образом социальная дезинтеграция лежит в основе виктимного поведения, то есть выступает фактором преступности как общественного явления.

Виктимологические исследования за рубежом имеют высокий статус как источник информации, который дает более точные и полные сведения о криминальной ситуации, чем официальная статистика. Преимуществом подобного анализа является то, что он позволяет учесть латентные процессы преступности, а также носит профилактическую направленность (результаты виктимологического исследования

состоят в выявлении социально-экономических, демографических и иных характеристик лиц, составляющих группу риска в плане того, что они могут стать жертвами преступных посягательств).

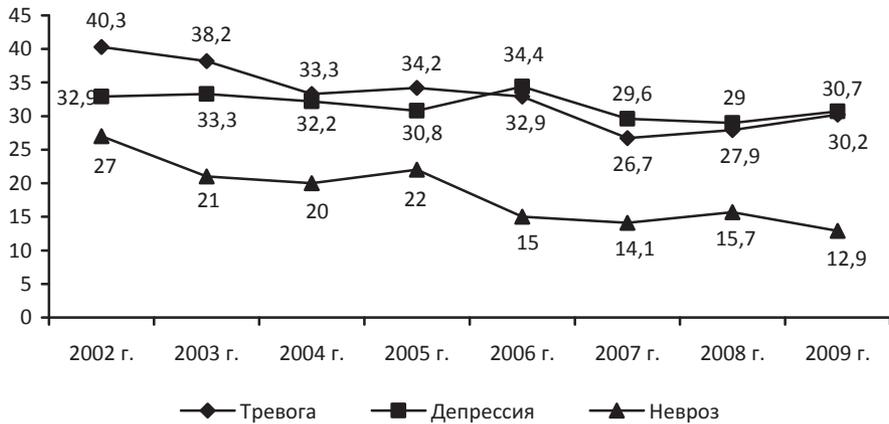


Рис. 11. Динамика распространения симптомов тревоги, депрессии и невроза (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН.

Следует также отметить, что если лица, совершающие преступления, в большей степени принадлежат к маргинальным слоям населения или «выключены» из общественной жизни по причине отбывания наказания, то их жертвы – это остальные люди, то есть именно они составляют основу человеческого потенциала территории.

Разработка и запуск системы регионального мониторинга виктимологической ситуации является перспективной задачей для предупреждения криминальных ситуаций на ранних стадиях развития, в настоящее же время мы можем судить об уровне виктимогенности общества по данным официальной статистики и результатам социологических исследований.

Виктимные качества граждан зависят от их возраста, пола, жизненного опыта, подготовленности к действиям в опасных ситуациях, личностных особенностей. Так, например, виктимность детей определяется их недостаточным опытом и знанием жизни, повышенной внушаемостью, а старых людей и инвалидов – ограниченными возможностями в быстрой ориентировке в пространстве и передвижении.

Условия социализации, существующие в обществе, также обладают определенной степенью виктимности. К ним относятся неблагоприятные факторы социализации, способствующие формированию социально-психологической предрасположенности личности к поведению

жертвы. Например, в сфере семейных отношений повышенную виктимность имеет поведение какого-либо из членов семьи, характеризующееся безнравственностью, асоциальностью, склонностью к оскорблению и притеснению других членов семьи, созданию психотравмирующей обстановки.

В периоды социальных новаций и перемен, сопровождающихся хаотическим развитием общественных отношений, убыстрением социальной дифференциации, социальной мобильности, понижением порога индивидуальной и общественной безопасности, возрастает число случаев, когда человек проявляет те или иные формы виктимного поведения. Снижение адаптации людей в связи с быстро меняющимися условиями жизни и психологические стрессы являются ведущими факторами виктимизации населения<sup>40</sup>.

Уровень виктимизации современного российского общества существенно выше, чем в европейских странах<sup>41</sup>. В течение последних 10 лет на территории Российской Федерации ежегодно увеличивалось число потерпевших. Если в 1997 г. было зарегистрировано 1704,2 тыс. жертв преступлений, то в 2009 г. их число достигло 2675,1 тыс. Наиболее объективно показывает состояние защищенности в обществе динамика числа лиц, пострадавших от тяжких насильственных преступлений. За 11 месяцев 2009 г. тяжкий вред здоровью был причинен 51 тыс. человек, от преступных посягательств погибло 41,5 тыс. человек. По подсчетам специалистов, количество потерпевших с учетом латентности, близких родственников пострадавших и их иждивенцев ежегодно составляет более 10 миллионов человек<sup>42</sup>.

Доля преступлений, сопряженных с насильственными действиями в отношении потерпевших, остается стабильной с 2004 г. и составляет 17 – 18% от общего числа совершенных правонарушений. По данным на 2009 г. наиболее напряженная ситуация наблюдается в Уральском, Сибирском и Приволжском федеральных округах (табл. 9).

В 42 регионах этот показатель выше среднего по стране. Его максимальные значения наблюдаются в Республике Тыва (33,3%), Курганской области (28,4%), Республике Коми и Республике Саха (по 26,2%; прил. 9).

---

<sup>40</sup> Волкова В.В. Феномен виктимного поведения в условиях современного мегаполиса [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://socionom.ru/baza-znaniy/polnotekstovye-versii-zhurnalov/uchenye-zapiski-sankt-peterburgskogo-gosudarstvennogo-instituta-psikhologii-i-socialnoi-raboty/vypusk-no2-14-2010/fenomen-viktimnogo-povedeniya-v-usloviyakh-sovremennogo-megapolisa/>

<sup>41</sup> Задорожный В.И. Виктимологическая безопасность и её обеспечение мерами виктимологической профилактики. – Тамбов, 2005. – С. 38.

<sup>42</sup> Ившин В.Г., Идрисова С.Ф., Татьяна Л.Г. Виктимология: учеб. пос. – М., 2011. – С. 11.

Таблица 9. **Число преступлений, сопряженных с насильственными действиями в отношении потерпевших**

Территория	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.	
	тыс. ед.	в %										
<i>Российская Федерация</i>	518,6	17,9	658,8	18,5	684,3	17,7	618,3	17,3	570,6	17,8	531,0	17,7
Уральский федеральный округ	65,1	19,8	80,7	19,5	77,8	17,8	71,2	18,3	72,3	21,7	66,8	21,4
Сибирский федеральный округ	92,7	19,8	118,6	20,8	119,9	19,5	113,0	19,0	110,1	19,9	101,9	19,7
Приволжский федеральный округ	120,1	20,0	156,9	19,3	174,5	19,3	155,4	19,6	135,7	19,5	122,6	19,2
Северо-Западный федеральный округ	55,0	20,1	68,2	20,9	68,7	19,8	60,6	18,7	53,2	18,8	49,7	18,6
Дальневосточный федеральный округ	27,3	17,5	35,8	18,7	45,4	19,0	39,3	17,9	33,9	17,5	29,5	17,6
Центральный федеральный округ	108,4	16,4	141,5	18,1	138,5	17,1	123,5	16,2	114,5	16,5	110,8	16,6
Южный федеральный округ	44,9	15,5	50,1	15,2	52,2	14,1	49,0	13,4	46,2	13,8	45,6	14,7

\* Ранжировано по значению показателя в 2009 г. (в %).  
 Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

По данным Министерства регионального развития Российской Федерации, в 2007 году каждый седьмой житель России лично подвергался преступным посягательствам, в 67 субъектах Российской Федерации более половины населения полагает, что проживает в регионах с высоким уровнем криминогенности<sup>43</sup>.

Пострадавшими чаще всего становятся лица 25 – 30 лет, по роду занятий – индивидуальные предприниматели, люди с высшим образованием, жители городской местности. Граждане со средними доходами в целом реже оказываются жертвами криминальных посягательств, чем наименее состоятельные граждане и люди с относительно высокими доходами<sup>44</sup>.

В 2009 г. в целом по России от преступных посягательств пострадало 2,3 млн. человек (1623 на 100 тыс. населения). В четырех из 8 федеральных округов данный показатель выше, чем в среднем по стране, что обусловлено более высоким уровнем преступности (в Приволжском федеральном округе – 3033 на 100 тыс. нас., Сибирском – 3736, Уральском – 3575, Дальневосточном – 3588, в среднем по России – 3021; рис. 12).

<sup>43</sup> Материалы международной конференции по проблемам латентной преступности (Эдинбург, 5-7 окт. 2010 г.) [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://www.crimpravo.ru/blog/prestupnost/463.html>

<sup>44</sup> Там же.

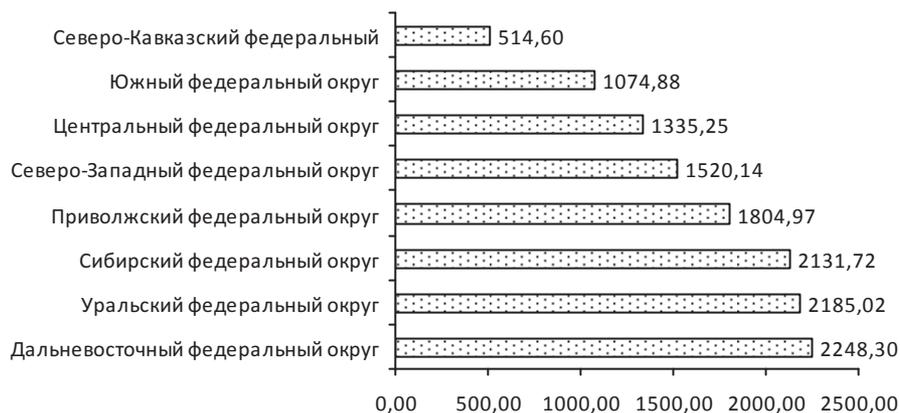


Рис. 12. Число лиц, потерпевших от преступных посягательств (2009 г., на 100 тыс. нас.)

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России в 2010 г.: стат. сб. / Росстат.

В Вологодской области численность потерпевших составляет 2007,9 на 100 тыс. человек (рис. 13). Это выше, чем в среднем по России и СЗФО. Всего за 2009 г. от преступных посягательств пострадало 24,4 тыс. жителей региона, что составляет 12% от общего числа потерпевших на территории Северо-Западного федерального округа. По данному показателю Вологодская область уступает только Санкт-Петербургу (28%).

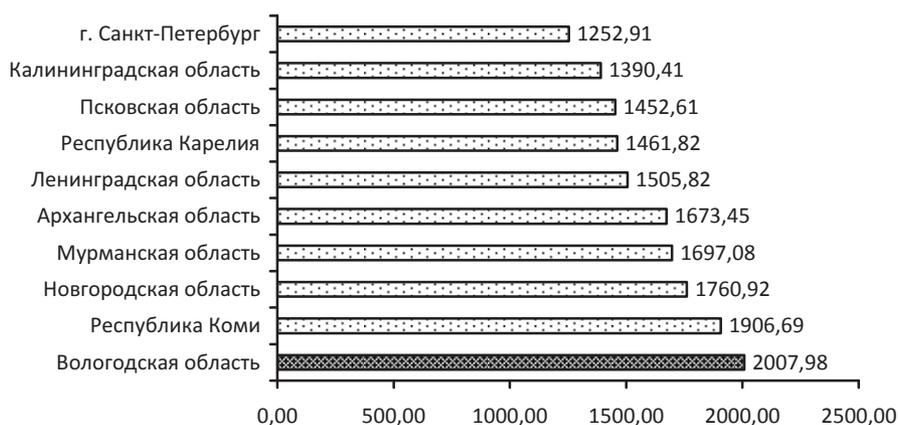


Рис. 13. Число лиц, потерпевших от преступных посягательств (2009 г., на 100 тыс. нас.)

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России в 2010 г.: стат. сб. / Росстат.

По данным опроса, проведенного на территории Вологодской области, доля ее жителей, пострадавших от преступлений и хулиганских действий, снижается на протяжении периода с 2002 по 2010 г. (рис. 14).

Мужчины и женщины одинаково часто становятся жертвами правонарушений (7 и 5% соответственно), при этом наиболее виктимной возрастной категорией являются люди, не достигшие 30 лет (10%), а также жители городских территорий (7%).



**Рис. 14. Доля пострадавших и свидетелей преступлений и хулиганских действий на территории Вологодской области (в % от числа опрошенных)**

Источник: данные мониторинга общественного мнения ИСЭРТ РАН об изменении условий жизни населения Вологодской области.

Согласно данным официальной статистики, преступления против собственности (кражи, грабежи, мошенничество) совершаются значительно чаще, чем такие виды правонарушений, как убийство или умышленное причинение тяжкого вреда здоровью. Тем не менее, именно по данным видам насчитывается наибольшее количество потерпевших.

За период с 2003 по 2009 г. доля убийств в структуре преступности сократилась почти в 2 раза (с 1,1 до 0,6%), однако коэффициент виктимности по данному виду правонарушений увеличился с 9358,2 до 9558,3 на 10 тыс. населения (табл. 10). Это означает, что в каждом конкретном случае убийства или покушения на него увеличивается число пострадавших, то есть происходит ужесточение криминальной субкультуры.

К наиболее виктимным группам населения относятся те граждане, которые в силу половозрастных характеристик (например, несовершеннолетние, женщины, пожилые люди), профессии (сотрудники правоохранительных органов, инкассаторы и т.д.) либо в силу собственного поведения или образа жизни (лица, злоупотребляющие алкоголем, ведущие асоциальный образ жизни) имеют большую по сравнению с другими людьми вероятность стать жертвой преступлений.

**Таблица 10. Коэффициент специальной (избирательной) виктимности по видам преступлений в Российской Федерации (число преступлений, в которых имелись потерпевшие, на 10 тыс. преступлений данного вида)\***

Виды преступлений	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
<i>Всего</i>	<i>6702,6</i>	<i>6854,3</i>	<i>7136,1</i>	<i>7056,6</i>	<i>6877,0</i>	<i>6704,3</i>	<i>6786,7</i>
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью	9739,5	9746,8	9729,9	9761,0	9778,7	9816,0	9858,0
Убийство и покушение на убийство	9358,2	9412,7	9465,5	9467,6	9493,0	9523,3	9558,3
Грабеж	9372,0	9541,3	9630,1	9652,9	9587,5	9518,1	9484,9
Разбой	9163,2	9306,0	9407,7	9487,5	9466,4	9387,5	9340,2
Хулиганство	8960,8	8432,1	8458,4	9429,2	9341,8	9139,7	9098,6
Неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения (угон)	8345,5	8074,4	8309,5	8930,2	8976,1	8884,4	8945,5
Кража	7600,1	7861,3	8104,3	8186,1	8088,9	8018,3	8321,7
Мошенничество	6367,8	6648,3	6928,3	6572,7	6181,5	5896,4	6189,0
* Ранжировано по значению показателя в 2009 г. Источник: рассчитано по данным стат. сборника «Регионы России: социально-экономические показатели» / Росстат. – М., 2010. – 996 с.							

Дети и молодежь в силу своего возраста не имеют жизненного опыта, обладают повышенной внушаемостью и одновременно любознательностью, склонностью пробовать новые формы поведения. Кроме того, по своему социальному статусу дети и подростки зависимы от родителей и не имеют возможности принимать самостоятельные решения.

За период с 2001 по 2010 г. тенденция снижения смертности от убийств и самоубийств наблюдается во всех возрастных группах населения Вологодской области (табл. 11). Следует отметить, что во всех категориях уровень суицидов существенно превосходит уровень смертности от убийств (особенно ярко это проявляется среди людей от 10 до 19 и старше 60 лет).

Повышенный уровень суицидов среди молодежи отмечается и в других российских исследованиях. Например, по данным А.Ю. Мягкова<sup>45</sup> и С.В. Ерофеева<sup>46</sup>, которые провели анализ ситуации в Ивановской области, «самой уязвимой в суицидальном отношении является молодежная когорта от 14 до 29 лет. При очень высоком уровне самоубийств здесь наблюдается и весьма устойчивая отрицательная динамика.

<sup>45</sup> Мягков Александр Юрьевич – д.с.н., профессор, заведующий кафедрой социологии Ивановского государственного энергетического университета.

<sup>46</sup> Ерофеев Сергей Владимирович – д.м.н., зав. кафедрой судебной медицины, медицинского права и биоэтики Ивановской государственной медицинской академии, начальник бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области.

Индекс суицидальности среди молодежи сегодня превышает общегородской показатель более чем в 2 раза, при этом за последние шесть лет он увеличился на 19%»<sup>47</sup>.

Риск суицида среди детей и подростков связан с тем, что они, имея повышенный уровень лабильности психики, в то же время не обладают жизненным опытом, достаточным для конструктивного реагирования на психотравмирующие ситуации. В пожилом возрасте повышенный риск самоубийства связан с ухудшением физического здоровья и одновременным выходом на пенсию, то есть с потерей принадлежности к социальной группе (трудовой коллектив) и необходимостью смены привычного образа жизни (профессиональная занятость). Кроме того, к старшему поколению относится большинство собственников крупных состояний, что повышает риск стать жертвой преступления.

Таблица 11. **Возрастная структура смертности населения Вологодской области от убийств и самоубийств (абс.)**

Возрастная группа	Год										2010 г. в % к 2001 г.	2010 г. в % к 2009 г.
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
<i>Самоубийства</i>												
0 – 9 лет	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10– 19 лет	12,0	15,2	12,1	9,1	11,9	9,1	11,9	7,2	7,0	9,7	46,2	133,3
20 – 39 лет	56,4	57,0	61,7	55,6	40,9	42,9	37,5	25,3	33,7	27,8	50,5	82,7
40 – 59 лет	80,6	74,7	75,9	64,3	58,2	56,0	46,7	37,8	38,7	33,8	43,8	86,6
60 и более лет	68,6	63,4	59,5	60,2	46,7	58,0	47,3	36,7	36,9	31,9	39,7	87,3
<i>Убийства</i>												
0 – 9 лет	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,9	0,8	4,0	0,8	3,8	0,0	500,0
10– 19 лет	5,1	1,0	9,1	3,2	3,4	4,9	5,9	5,7	5,4	0,0	0,0	0,0
20 – 39 лет	33,4	24,5	28,7	31,5	27,0	25,6	22,2	17,5	17,0	16,1	49,6	95,3
40 – 59 лет	49,0	47,6	43,3	29,4	39,4	25,1	26,2	22,3	22,0	20,6	43,9	92,6
60 и более лет	23,3	22,9	15,4	16,1	15,4	9,8	6,1	8,0	12,1	13,4	49,2	111,5

Источник: рассчитано по данным стат. сборников «Демографический ежегодник Вологодской области за 2000 – 2010 гг.» и «Половозрастной состав населения Вологодской области за 2000 – 2010 гг.».

На территории Российской Федерации с 2000 по 2009 г. число лиц несовершеннолетнего возраста (до 17 лет включительно), ставших жертвами преступления, увеличилось со 104,1 до 108,7 тыс. человек. За этот же период среди остальной части населения данный показатель снизился с 1991,4 до 1844,5 тыс. чел. Таким образом, уровень виктимизации среди несовершеннолетних в среднем за 2000 – 2009 гг. составил

<sup>47</sup> Мягков А.Ю., Ерофеев С.В. Самоубийства в Ивановской области: анализ временных трендов // Социологический журнал. – 2007. – №2. – С. 47.

434 человека на 100 тыс. населения. Однако криминальная активность в возрасте до 14 лет крайне низка и поэтому корректнее рассматривать возрастную группу от 14 до 17 лет, в которой данный показатель в 3 раза выше (рис. 15).



**Рис. 15. Уровень виктимизации среди лиц несовершеннолетнего возраста на территории Российской Федерации**

Источник: Молодежь в России. – 2010: стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: Статистика России, 2010. – 166 с.

Уровень смертности от убийств и самоубийств в 5 – 6 раз выше среди мужчин, чем среди женщин. Данное соотношение остается стабильным на протяжении 2000 – 2009 гг. как в Вологодской области, так и в среднем по стране (табл. 12).

Повышенный уровень самоубийств среди мужчин отмечается во многих и классических (П. Сорокин, Э. Дюркгейм), и современных (Д. Вассерман<sup>48</sup>, Г.В. Старшенбаум<sup>49</sup>) исследованиях. Ученые сходятся во мнении, что главным фактором суицидального поведения являются недостаток социальной интеграции, психологическое ощущение

<sup>48</sup> Данута Вассерман (Danuta Wasserman) – доктор медицины и философии, профессор психиатрии и суицидологии Национального института психосоциальной медицины Каролинского института Стокгольма, директор Шведского национального центра исследования суицидов и профилактики психических заболеваний.

<sup>49</sup> Старшенбаум Геннадий Владимирович – психиатр-психотерапевт высшей категории, кандидат медицинских наук, доцент Высшей школы психологии при Институте психологии РАН и Института психоанализа при МГУ.

одиночества, душевная боль. С этим связан, например, тот факт, что чаще всего суициды совершают мужчины 45 – 50 лет. В этом возрасте у них возникают проблемы со здоровьем, ощущение старости; на фоне этого они перестают чувствовать поддержку супруги, которая в этот период максимально востребована детьми или внуками. Кроме того, мужчины болезненнее реагируют на потерю работы, являющейся основным источником дохода в семье, и трудового коллектива, выступающего одной из наиболее важных для них социальных групп.

Таблица 12. **Уровень смертности от убийств и самоубийств среди мужчин и женщин (на 100 тыс. нас.)**

Категории населения		2000 г.	2003 г.	2005 г.	2007 г.	2009 г.	2009 к 2000 г., в %	2009 к 2005 г., в %
<i>Вологодская область*</i>								
Мужчины	Самоубийства	101,2	98,2	71,3	65,8	52,8	52,2	74,1
	Убийства	61,3	54,5	49,8	40,1	32,7	53,3	65,7
Женщины	Самоубийства	18,9	12,5	11,8	9,2	9,6	50,8	81,4
	Убийства	11,8	14,9	12,8	6,6	5,6	47,5	43,8
<i>Российская Федерация</i>								
Мужчины	Самоубийства	70,3	64,9	58,1	51,6	47,3	67,3	81,4
	Убийства	45,2	47,2	40,4	29,2	24,4	54,0	60,4
Женщины	Самоубийства	11,8	11,0	9,8	9,6	8,5	72,0	86,7
	Убийства	13,3	13,4	11,5	8,1	7,0	52,6	60,9
<p>* Данные об уровне смертности от убийств на территории Вологодской области – для населения трудоспособного возраста. Источники: Демографический ежегодник Вологодской области за 2000 – 2010 гг.; Демографический ежегодник Российской Федерации за 2000 – 2010 гг.</p>								

Численность лиц, потерпевших от преступных посягательств, среди мужчин ежегодно выше, чем среди женщин (рис. 16). Это связано с различиями в условиях социализации, а также большей вовлеченностью мужчин во внедомашние виды деятельности<sup>50</sup>.

Тенденции преступности в обеих рассматриваемых категориях населения в целом идентичны: снижение числа потерпевших в результате преступных посягательств в период с 2002 по 2004 г. обусловлено принятием новой редакции Уголовно-процессуального кодекса в июле 2002 г., согласно которому многие деяния, ранее считавшиеся тяжкими преступлениями, перешли в категорию преступлений средней тяжести, в то время как число зарегистрированных фактов таких преступлений

<sup>50</sup> Гидденс Э. Социология: учебник. – М.: Едиториал УРСС, 2005. – С. 116.

фактически не изменилось<sup>51</sup>. Уменьшение количества потерпевших от преступлений с 2006 г. является общемировой тенденцией (в странах Евросоюза она наблюдается с 2004 г.)<sup>52</sup>.

Следует также отметить, что за 2000 – 2009 гг. соотношение численности потерпевших от преступлений среди мужчин и женщин в целом по стране существенно сократилось (в 2000 г. оно составляло 2,5 раза, в 2009 г. – 1,4 раза), что, вероятно, является косвенным результатом процесса эмансипации. Так, еще в XIX веке криминалисты предсказывали, что уравнивание полов либо уменьшит, либо устранил полностью различия в криминальной деятельности мужчин и женщин, но пока эти различия остаются<sup>53</sup>.

На региональном уровне тенденция «сближения» уровня виктимизации среди мужчин и женщин проявляется еще более отчетливо. Судя по данным опросов, проведенных на территории Вологодской области, доля лиц, ставших жертвами правонарушений или хулиганских действий, среди мужчин и женщин практически одинакова (по данным на 2009 г. – 50,9 и 49,1% соответственно).

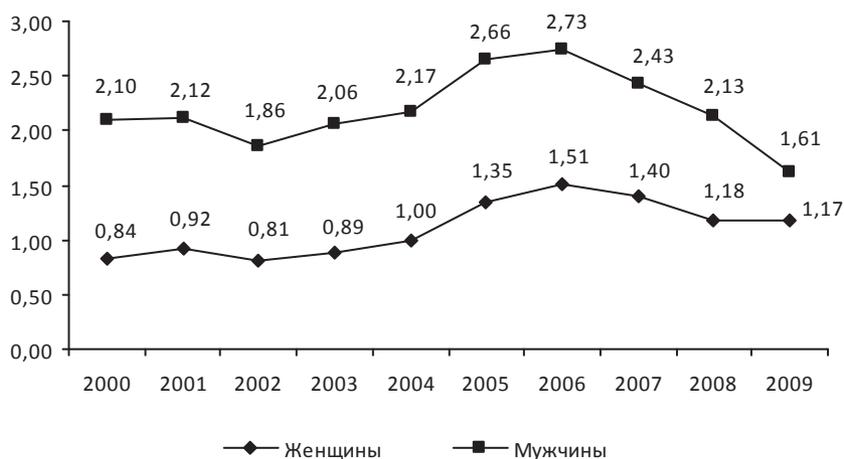


Рис. 16. Доля мужчин и женщин, потерпевших от преступных посягательств (в % от численности населения каждого пола)

Источник: Российский статистический ежегодник. 2010: стат.сб. / Росстат. – М., 2010. – 813 с.

Ситуация с соотношением суицидов и убийств на городских и сельских территориях в Вологодской области также схожа с общероссийской: сельские жители примерно в 1,5 – 2 раза чаще умирают от убийств или

<sup>51</sup> Щербакоева Е. Демоскоп Weekly [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0313/barom01.php>

<sup>52</sup> Там же.

<sup>53</sup> Гидденс Э. Социология: учебник. – М.: Едиториал УРСС, 2005. – С. 109.

самоубийств, чем городское население (табл. 13). Причина этого, на наш взгляд, состоит в более тяжелых социально-экономических условиях жизни в сельской местности. Так, в 2010 г. на городских и сельских территориях денежный доход населения составил соответственно 12 921 и 9234 руб. в месяц, общее количество располагаемых ресурсов – 14 309 и 10 912 руб. в месяц. Из них расходы на покупку алкогольных напитков было равно 1,8 и 2,5% от общих расходов соответственно (в 2009 г. – 1,8 и 2,9%). Количество безработных среди городских и сельских жителей в 2010 г. составило 6,5 и 11,2% от общей численности экономически активного населения (в 2009 г. – 6,9 и 10,4%).

Таблица 13. **Уровень смертности от убийств и самоубийств на городских и сельских территориях** (на 100 тыс. нас.)

Территория		1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2010 к 1990 г. (в %)	2010 к 2005 г. (в %)
<i>Вологодская область</i>								
Город	Самоубийства	26,3	49,8	47,3	29	16,6	63,1	57,2
	Убийства	13,9	25,8	26,1	21,1	9,8	70,5	46,4
Село	Самоубийства	40,2	71,1	79,3	60,9	47,5	118,2	78,0
	Убийства	16,4	20,1	27,9	26,8	24,0	146,3	89,6
<i>Российская Федерация</i>								
Город	Самоубийства	24,2	37,8	33,8	26,4	18,1	74,8	68,6
	Убийства	13,9	32,3	28,7	24,2	12,0	86,3	49,6
Село	Самоубийства	32,7	51,5	53,9	47,9	38,2	116,8	79,7
	Убийства	15,4	26,5	27	26,9	16,8	109,1	62,5
Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <a href="http://www.gks.ru">www.gks.ru</a>								

Повышенный уровень убийств и самоубийств на сельских территориях характерен не только для Вологодской области, но и для остальных регионов СЗФО (табл. 14). Следует также отметить, что по актуальности этих проблем на сельских территориях Вологодская область занимает четвертое место на Северо-Западе.

Представителями группы риска являются и различного рода социальные меньшинства (иммигранты, беженцы, вынужденные переселенцы), что связано с их адаптацией и ассимиляцией в новом обществе.

Повышенная виктимность перечисленных категорий населения обусловлена сильной зависимостью от состояния социального здоровья общества. Например, женщины, дети, пожилые люди зависят от устойчивости семьи как социального института. В то же время численность иммигрантов, лиц, злоупотребляющих алкоголем, и других категорий является прямым следствием социальных процессов, степени адаптации населения к изменяющимся условиям социальной среды.

Таблица 14. **Уровень самоубийств в городской и сельской местности по регионам СЗФО** (умерших на 100 тыс. нас., 2010 г.)\*

Территория	Городские территории		Сельские территории	
	Самоубийства	Убийства	Самоубийства	Убийства
Российская Федерация	18,1	12,0	38,2	16,8
СЗФО	17,1	10,6	44,6	21,8
Республика Карелия	22,0 (4)	12,5 (5)	45,2 (5)	16,2 (6)
Республика Коми	28,0 (2)	17,7 (1)	82,1 (1)	42,7 (1)
Архангельская область	31,3 (1)	16,0 (2)	63,2 (2)	26,6 (3)
<b>Вологодская область</b>	<b>16,6 (7)</b>	<b>9,8 (8)</b>	<b>47,5 (4)</b>	<b>24,0 (4)</b>
Калининградская область	21,3 (5)	9,6 (9)	31,0 (7)	12,2 (8)
Ленинградская область	20,8 (6)	13,2 (4)	26,5 (8)	15,2 (7)
Мурманская область	13,9 (9)	10,5 (7)	12,2 (9)	8,7 (9)
Новгородская область	22,7 (3)	15,1 (3)	44,5 (6)	29,5 (2)
Псковская область	16,2 (8)	11,4 (6)	49,0 (3)	19,3 (5)
г. Санкт-Петербург	10,8 (10)	7,5 (10)	0,0 (10)	0,0 (10)

\* В скобках указано место региона в СЗФО.  
Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Виктимный образ жизни характеризуется сознательным или неосознанным, свободным или сделанным под влиянием жизненных обстоятельств выбором индивидом типа поведения, повышающего степень криминальной опасности и возможности стать жертвой насилия. Повышенной виктимностью обладает образ жизни маргинальных слоев населения (лиц без определенного места жительства, беспризорных детей, нищих и др.), беженцев, вынужденных переселенцев, иммигрантов, а также тех категорий населения, которые сталкиваются с объективными трудностями социализации (такими как низкий уровень дохода, отсутствие занятости). Численность населения, относящегося к категориям с повышенной виктимностью, представлена в таблице 15.

Таким образом, социальная ситуация формирует на территории страны определенный уровень виктимности, то есть создает слой общества, представители которого по своим личностным качествам и поведенческим стереотипам обладают повышенной степенью вероятности совершения против них правонарушений. Численность данной категории зависит от уровня и качества жизни населения, политической и экономической стабильности, эффективности функционирования социальных институтов. На территории Российской Федерации вслед за снижением уровня преступности с 2005 г. уменьшается и число жертв правонарушений. Тем не менее актуальность проблемы виктимизации сохраняется, поскольку значительной остается доля населения, попадающего в группу риска.

Таблица 15. Социальные группы с повышенным уровнем виктимности

Категория населения	Российская Федерация			Северо-Западный федеральный округ			Вологодская область		
	2000 г.	2005 г.	2009 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.
Численность безработных (на 10 тыс. чел.)	525,3	367,8	449,1	497,9	304,1	400,0	424,7	274,1	427,7
Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности нас.)	29,0	17,7	13,2	33,2	17,3	14,3	25,5	18,3	18,4
Численность беженцев и вынужденных переселенцев (на 100 тыс. чел.)	40,4	6,2	2,9	28,0	1,1	0,5	18,6	0,1	0,0
Число прибывших мигрантов (на 10 тыс. чел.)	181,6	145,9	140,1	170,3	130,8	133,2	146,2	101,9	93,4
Число людей, заболевших алкоголизмом и алкогольными психозами (на 100 тыс. нас.)	130,6	146,2	112,5	131,1	141,9	106,6	98,8	150,2	104,2
Число людей, заболевших наркоманией (на 100 тыс. нас.)	50,7	17,0	17,8	35,6	17,7	18,2	28,6	11,6	10,2

Источник: Российский статистический ежегодник. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – 813 с.

Исследование, проведенное на территории Вологодской области, показало, что каждый третий ее житель проявляет симптомы депрессии и испытывает такие негативные эмоции, как страх, тоска, апатия, раздражение. От 20 до 30% жителей области социально пассивны, часто попадают в конфликтные ситуации и испытывают проблемы с общением.

Наличие значительной доли населения, обладающего характеристиками социальной дезинтеграции, не означает, что все эти люди совершат попытку суицида или станут жертвами преступлений. Однако они составляют группу риска и увеличение их численности является фактором, обуславливающим актуальность проблем преступности и суицидального поведения как социальных явлений и как индикаторов социального здоровья общества. Это вызывает необходимость более глубокого изучения круга проблем, связанных с характеристиками социальной дезинтеграции населения, и проведения специальных исследований на данную тему, а также принятия мер по нивелированию факторов риска социальной среды, способствующих превращению человека в жертву преступности и суицида.

Согласно полученным результатам большинство рассматриваемых факторов показали слабую ( $r = 0,20 - 0,29$ ) или очень слабую ( $r < 0,19$ ) степень связи с уровнем убийств и самоубийств (табл. 16, прил. 11). Это

объясняется тем, что социальные патологии не вызываются напрямую каким-либо из перечисленных факторов, а формируются под влиянием их комплекса в течение длительного времени.

Таблица 16. **Факторы, оказывающие влияние на уровень смертности населения от самоубийств на территории Российской Федерации (2009 г.)**

Факторы		Коэффициент корреляции (r) с уровнем смертности от самоубийств
Социально-демографические характеристики	Удельный вес городского населения в общей численности населения (%)	-0,168
	Коэффициент демографической нагрузки (на 1000 человек трудоспособного возраста приходится лиц нетрудоспособных возрастов)	-0,171
	Общие коэффициенты разводимости (на 1 тыс. чел.)	0,191
	<b>Коэффициент миграционного прироста</b> (на 10 тыс. нас.)	<b>-0,414**</b>
Социально-экономические характеристики	Уровень экономической активности населения (в %)	0,005
	Среднедушевые денежные доходы населения (руб.)	-0,041
	Уровень безработицы (в %)	-0,155
	Уровень зарегистрированной безработицы (в %)	-0,194
	Коэффициент фондов (раз)	-0,132
	Коэффициент Джини	-0,109
	<b>Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума</b> (в % от общей численности населения)	<b>0,312*</b>
	Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда (в %)	0,168
	Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на социально-культурные мероприятия в 2009 г. (млн. руб.)	-0,209
	Расходы субъектов Российской Федерации на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан (тыс. руб.)	-0,090
Состояние системы здравоохранения	<b>Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений</b> (на 10 тыс. чел.)	<b>0,430**</b>
	Численность врачей (на 10 тыс. чел.)	0,082
	<b>Численность среднего мед. персонала</b> (на 10 тыс. чел.)	<b>0,413**</b>
Образ жизни	<b>Потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия</b> (в % от общего уровня расходов)	<b>0,413**</b>
	<b>Объемы продажи водки и ликеро-водочных изделий</b> (литров на душу населения)	<b>0,308*</b>
	Число спортивных учреждений (стадионы с трибунами на 1500 мест и более, плоскостные спортивные сооружения, спортивные залы, плавательные бассейны)	-0,031
	Численность людей, посещающих учреждения культуры (библиотеки, музеи, театры; тыс. чел.)	-0,060
<p>* Уровень значимости <math>p &lt; 0,05</math>.  ** Уровень значимости <math>p &lt; 0,01</math>.  Источники: рассчитано по данным стат. сборников: Российский статистический ежегодник. 2010 / Росстат. – М., 2010. – 813 с.); Регионы России: социально-экономические показатели / Росстат. – М., 2010. – 996 с.; базы данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <a href="http://www.gks.ru">www.gks.ru</a>.</p>		

Тем не менее ряд показателей находятся в умеренной зависимости ( $r=0,30 - 0,49$ ), что позволяет трактовать их как значимые факторы распространения убийств и самоубийств. Социальные патологии находятся в прямой связи с численностью населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума ( $r_{\text{самоубийств}} = 0,312$ ;  $r_{\text{убийств}} = 0,307$ ) и в обратной связи с коэффициентом миграционного прироста ( $r_{\text{самоубийств}} = - 0,414$ ;  $r_{\text{убийств}} = - 0,445$ ).

Кроме того, распространение суицидов связано с уровнем развития системы здравоохранения, в частности такими показателями, как мощность амбулаторно-поликлинических учреждений ( $r = 0,430$ ) и обеспеченность населения средним медицинским персоналом ( $r = 0,413$ ). Результаты проведенного анализа свидетельствуют о влиянии на уровень смертности населения от самоубийств объемов продажи ( $r = 0,308$ ) и потребления ( $r = 0,413$ ) алкогольных напитков.

На распространение убийств, наряду с уровнем доходов населения ( $r = 0,307$ ) и объемами продажи алкогольной продукции ( $r = 0,382$ ), влияют также условия проживания населения (табл. 17). Об этом свидетельствует корреляционная связь уровня смертности от насильственных причин с удельным весом ветхого и аварийного жилищного фонда ( $r = 0,498$ ).

Если рассматривать ситуацию в динамике, то можно констатировать, что наиболее значимое влияние на распространение убийств и самоубийств оказывают уровень миграционного прироста, индикаторы развития системы здравоохранения, расходы населения на алкогольную и табачную продукцию, условия жилищного фонда (табл. 18).

В этом списке требует дополнительных разъяснений фактор миграционного прироста, поскольку зарубежные и отечественные исследования, в том числе классиков суицидологии, свидетельствуют о прямой зависимости между интенсивностью миграционных процессов и уровнем самоубийств. Миграция чаще всего происходит в результате объективных причин (поиск работы, улучшение жилищных условий и т.д.). Другими словами, человек не по собственной воле мигрирует в другую страну (или регион), а вынужден это делать под давлением каких-либо социальных обстоятельств. При этом возникают проблемы социальной, экономической, профессиональной и культурной адаптации мигранта к новой для него социальной среде. Следствием этого становится повышенный риск развития у него девиантных форм поведения, включая суицидальное.

Таблица 17. **Факторы, оказывающие влияние на уровень смертности населения от убийств и самоубийств на территории Российской Федерации (2009 г.)**

Факторы		Коэффициент корреляции (r) с уровнем смертности от убийств
Социально-демографические характеристики	Удельный вес городского населения в общей численности населения (%)	-0,047
	Коэффициент демографической нагрузки (на 1000 человек трудоспособного возраста приходится лиц нетрудоспособных возрастов)	-0,204
	Общие коэффициенты рождаемости (на 1 тыс. чел.)	0,073
	<b>Коэффициент миграционного прироста</b> (на 10 тыс. нас.)	<b>-0,445**</b>
Социально-экономические характеристики	Уровень экономической активности населения (в %)	-0,033
	Среднедушевые денежные доходы населения (руб.)	0,076
	Уровень безработицы (в %)	0,093
	Уровень зарегистрированной безработицы (в %)	-0,061
	Коэффициент фондов (раз)	-0,046
	Коэффициент Джини	-0,022
	<b>Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума</b> (в % от общей численности населения)	<b>0,307*</b>
	<b>Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда</b> (в %)	<b>0,498**</b>
	Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на социально-культурные мероприятия в 2009 г. (млн. руб.)	-0,134
	Расходы субъектов Российской Федерации на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан (тыс. руб.)	-0,064
Образ жизни	Потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов)	0,161
	<b>Объемы продажи водки и ликеро-водочных изделий</b> (литров на душу населения)	<b>0,382**</b>
	Число спортивных учреждений (стадионы с трибунами на 1500 мест и более / плоскостные спортивные сооружения, спортивные залы, плавательные бассейны)	-0,031
	Численность людей, посещающих учреждения культуры (библиотеки, музеи, театры; тыс. чел.)	-0,053

\* Уровень значимости  $p < 0,05$ .

\*\* Уровень значимости  $p < 0,01$ .

Источники: рассчитано по данным стат. сборников: Российский статистический ежегодник. 2010. / Росстат. – М., 2010. – 813 с.; Регионы России: социально-экономические показатели / Росстат. – М., 2010. – 996 с.; базы данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru).

**Таблица 18. Динамика наиболее значимых факторов риска убийств и самоубийств**

Факторы	1995 г.	2000 г.	2002 г.	2005 г.	2009 г.	2010 г.
<i>Самоубийства</i>						
Коэффициент миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)	-0,345	-0,356	-0,336	-0,222	-0,414	-0,442
Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	-0,126 ( <i>p</i> = 0,278)	0,077 ( <i>p</i> = 0,497)	-0,028 ( <i>p</i> = 0,804)	0,109 ( <i>p</i> = 0,332)	0,312	0,305
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (на 10 тыс. чел.)	0,234	0,280	0,303	0,360	0,430	0,515
Численность среднего мед. персонала (на 10 тыс. чел.)	0,388	0,366	0,370	0,365	0,413	0,466
Потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов)	Н.д.	Н.д.	0,459	0,354	0,413	0,301
Объемы продажи водки и ликероводочных изделий (литров на душу населения)	Н.д.	0,116 ( <i>p</i> = 0,304)	0,168 ( <i>p</i> = 0,132)	0,052 ( <i>p</i> = 0,645)	0,308	0,453
<i>Убийства</i>						
Коэффициент миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)	-0,251	-0,232	-0,334	-0,331	-0,445	-0,411
Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	0,136 ( <i>p</i> = 0,243)	0,127 ( <i>p</i> = 0,260)	0,023 ( <i>p</i> = 0,842)	0,175 ( <i>p</i> = 0,118)	0,307	0,380
Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда (в %)	Н.д.	Н.д.	0,258	0,381	0,498	0,598
Объемы продажи водки и ликероводочных изделий (литров на душу населения)	Н.д.	0,102 ( <i>p</i> = 0,366)	0,169 ( <i>p</i> = 0,129)	0,183 ( <i>p</i> = 0,099)	0,382	0,399

Тем не менее наши исследования показали, что уровень миграционного прироста имеет обратную связь с уровнем развития социальных патологий, причем эта зависимость наблюдается на протяжении всего периода с 1995 по 2010 г. На наш взгляд, это может быть вызвано тремя причинами:

1. Миграционная политика оказывает положительное влияние на общий уровень социально-экономического развития территории, что косвенно отражается и на психологическом самочувствии людей, ее населяющих. Как отмечает член Совета при Президенте России по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека

С.А. Ганнушкина, «в России сейчас стало принято утверждать, что приток мигрантов приводит к напряженности в обществе, культурные отличия мигрантов от местного населения так велики, что почти непреодолимы. Суждение о повышенной криминогенности мигрантской среды не соответствует действительности: процент преступлений, совершенных иностранными гражданами, не высок – он колеблется вокруг 3%. При этом в трети случаев правонарушений мигранты обвиняются в подделке документов»<sup>54</sup>. Таким образом, снижение уровня распространенности социальных патологий при повышении коэффициента миграционного прироста может свидетельствовать об эффективности миграционной политики и мер, принимаемых для наиболее эффективной адаптации мигрантов к новым социальным условиям.

2. Потенциальную базу для развития криминальной среды или суицидального поведения представляют не все мигранты, а только неучтенные, нелегальные. Так, по словам научного сотрудника Института макроэкономических исследований (ГУ ИМЭИ) при Минэкономразвития М.Л. Лифшица, «объем возможной иммиграции не опасен для России, особенно при его естественных потенциальных ограничениях. Негативные последствия имеет лишь теневая составляющая иммиграции. Это и потери бюджета от неуплаты налогов, и потери в зарплате отечественной низкоквалифицированной рабочей силы. Особенно опасна криминализация мигрантов. Поэтому усилия следует сосредоточить на переводе нелегальной миграции в правовое поле»<sup>55</sup>.

3. На территории страны преобладает внутрирегиональная миграция. По данным Росстата, в 2009 г. общее число мигрантов составило 1 987 598 человек. Из них 86% являлись гражданами России (причем 47% из них мигрировали в пределах одного региона) и лишь 14% – зарубежных стран. Аналогичное соотношение наблюдалось и раньше: в 2000 г. – 87 и 13%, в 1990 г. – 82 и 18% соответственно<sup>56</sup>. Для мигрантов из бывших стран СССР процесс адаптации (например, культурной) протекает с наименьшими потерями. Это связано и с отсутствием языкового барьера, и с наличием родственно-дружеских связей.

---

<sup>54</sup> Проблемы миграции и аспекты сотрудничества РФ и США в решении миграционных проблем: материалы заседания рабочей группы «Гражданское общество» в рамках Российско-Американской президентской комиссии по развитию сотрудничества от 27.05.2010 г. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.memo.ru/2010/06/01/dg.htm>

<sup>55</sup> Материалы заседания Экспертного совета по подготовке проекта программы партии «Правое дело» от 29.06.2011 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://pravodelo1.livejournal.com/210062.html>

<sup>56</sup> Демографический ежегодник России. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – С. 402.

Некоторые из полученных зависимостей можно подтвердить результатами других исследований. Например, исследование Д.Д. Богоявленского<sup>57</sup> показывает, что уровень самоубийств тесно связан с полом, возрастом, семейным положением, но при прочих равных условиях роковую роль играет алкоголизм. Распространенность самоубийств на 8 – 15% (в среднем на 12%) зависит от заболеваемости населения хроническим алкоголизмом. Не менее чем у 30% самоубийц (а максимально – у трех четвертей мужчин и у трети женщин) в крови обнаружен алкоголь<sup>58</sup>.

Роль первичного амбулаторного звена системы здравоохранения в предотвращении суицидальных тенденций на ранних стадиях развития состоит в диагностике депрессии. По данным Ф.И. Беялова<sup>59</sup>, ссылающегося также и на зарубежные исследования разных лет (Ustin T.B., Sartorius N., 1995; Lyketsos C.G., et al., 1999; Ayuso-Mateos J.L., et al., 2001; Strine T.W., et al., 2008), «признаки депрессии выявляются у 9–20% населения, а среди пациентов амбулаторных или стационарных лечебных учреждений частота достигает 10–33%»<sup>60</sup>. По данным Э. Гроллмана<sup>61</sup>, «3/4 тех, кто совершает самоубийства, посещают своих врачей до этого по какому-либо поводу в течение ближайших месяцев»<sup>62</sup>.

Динамику факторов риска социальных патологий нельзя однозначно оценивать как позитивную. С одной стороны, с 2000 г. стабильно снижается численность населения с доходами ниже прожиточного минимума, с 1990 г. увеличивается мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, с 2005 г. снижается уровень потребительских расходов населения на алкогольную продукцию и табачные изделия (табл. 19). С другой стороны, в 2009 г., по сравнению с 1990 г. почти в 2 раза увеличился удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда, снизилась обеспеченность населения средним медицинским персоналом.

---

<sup>57</sup> Богоявленский Дмитрий Дмитриевич – старший научный сотрудник Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН.

<sup>58</sup> Богоявленский Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы // Социс. – 2002. – №5. – С. 6.

<sup>59</sup> Беялов Фарид Исмагильевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры геронтологии и гериатрии Иркутского государственного института усовершенствования врачей (ИГИУВ), г. Иркутск.

<sup>60</sup> Беялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта. – Изд. 5, перераб. и доп. – Иркутск, 2011. – С. 12.

<sup>61</sup> Эрл Гроллман – американский психолог-суицидолог.

<sup>62</sup> Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее. – М., 2001. – С. 270 – 352.

**Таблица 19. Динамика распространности факторов риска социальных патологий на территории Российской Федерации**

Показатели	1990	1995	1998	2000	2005	2008	2009	2009 г. к 1990 г., в %	2009 г. к 2000 г., в %
Коэффициент миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)	19	44	19	25	9	18	18	94,7	72,0
Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	23,4	24,8	23,4	29,0	17,7	13,4	13,2	56,4	45,5
Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда (в %)	1,3	1,4	н.д.	2,4	3,2	3,2	3,1	238,5	129,2
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (на 10 тыс. чел.)	217,3	235,1	239,3	243,2	256,9	257,3	257,7	118,6	106,0
Численность среднего мед. персонала (на 10 тыс. чел.)	124,4	110,8	111,4	107,6	108,0	106,5	106,9	85,9	99,3
Потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов)	4,9	2,5	2,5	2,5	2,7	2,3	2,4	49,0	96,0
Объемы продажи водки и ликероводочных изделий (литров на душу населения)	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	12,5	11,7	Н.д.	Н.д.

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

В целом по Российской Федерации факторы риска социальных патологий распространены достаточно широко. Судя по материалам исследований зарубежных компаний и организаций (Gallup, Global Wealth 2011, Grant Thornton International, Sophos, March of Dimes, Ernst & Young, comScore, Legatum Institute, Institute for Economics and Peace, IMD)<sup>63</sup>, Россия занимает первое место в мире по числу разводов; количеству сирот и детей, брошенных родителями; объему потребления героина (21% всего производимого в мире героина) и табака (в том числе среди детей); по уровню потребления алкоголя среди лиц в возрасте от 11 до 18 лет.

Россия находится на втором месте по количеству заключенных (на первом – США, третьем и четвертом – Казахстан и Белоруссия) и численности мигрантов (первое место – США, далее следуют Германия, Саудовская Аравия, Канада, Франция). Третье место принадлежит

<sup>63</sup> Интернет-проект газеты «Мой район» (г. Санкт-Петербург). – Вып. от 10.06.2011. – Реж. дост.: [http://www.mr7.ru/news/society/story\\_43146.html](http://www.mr7.ru/news/society/story_43146.html)

Российской Федерации по количеству людей, страдающих ожирением (первое – США, второе – Мексика). Четвертое – по числу поданных гражданами просьб о предоставлении убежища за рубежом (после Ирака, Афганистана и Сомали), а также по употреблению алкоголя (после Молдавии, Чехии и Венгрии). При этом Россия является лидером по числу зарегистрированных больных алкоголизмом.

Вследствие широкого распространения факторов социальных патологий, по данным этого же исследования, Россия занимает 1 место по числу психических заболеваний и суицидов, 5 место по количеству убийств, 127 место по показателям здоровья населения (при этом по расходам на здравоохранение – 75-е), 175 место – по уровню физической безопасности граждан.

По данным Федеральной службы государственной статистики, в Россию ежегодно прибывает около 2 млн. мигрантов. На 1 января 2010 г. зарегистрировано 58 тыс. беженцев и вынужденных переселенцев. По данным на 2009 г. около 18,8 млн. человек в стране имели доходы ниже величины прожиточного минимума. Из них 19% составляют дети в возрасте до 16 лет, причем с 2007 г. их численность увеличивается (в 2007 г. – 17,2%, в 2008 г. – 18,7%).

В 2009 г. в России было зафиксировано 695,4 тыс. разводов (в 2007 г. – 682,1; в 2008 г. – 709,8). Около 13 – 14 тыс. детей ежегодно остается без попечения родителей (в 2008 г. – 13,1 тыс., в 2010 г. – 14,1). Примерно 2,8 млн. семей состоят на учете на приобретение жилья, при этом получают новое жилье или улучшают свои жилищные условия лишь около 180 тыс. семей.

От алкогольных отравлений ежегодно умирает около 20 тысяч россиян. Численность людей, у которых впервые был установлен диагноз «алкоголизм и алкогольные психозы», в 2010 г. составила 152,8 тыс. чел., в 2009 г. – 159,7, в 2008 г. – 173,7 тыс. чел.. При этом следует отметить, что постановке официального медицинского диагноза предшествует длительный период злоупотребления алкоголем и лишь проявление соматических симптомов заболевания дает основания для регистрации патологии. Таким образом, реальное число людей, составляющих группу риска по фактору злоупотребления алкоголем, значительно выше, чем то, которое регистрируется официальной статистикой. Судя по данным социологических опросов, в 2010 г. 41% населения Вологодской области или 494 тысячи человек употребляли алкоголь несколько раз в неделю (в 2009 г. – 44%).

Подчеркнем, что факторы социальных патологий тесно взаимосвязаны и имеют комплексный характер. Например, низкий уровень дохода часто сопровождается злоупотреблением алкогольными напитками и неудовлетворительными условиями проживания. Социальное «дно», которое формируется в результате маргинализации населения и является «естественным ресурсом уголовного мира», составляют в основном люди, не имеющие стабильного дохода и постоянного места проживания<sup>64</sup>.

Таким образом, полученные в ходе корреляционного анализа данные свидетельствуют о влиянии на уровень распространения убийств и самоубийств показателей, отражающих уровень и образ жизни населения. В то же время следует отметить, что это только предварительные данные. В перспективе они требуют дополнительного и более развернутого анализа, поскольку некоторые из них играют двойственную роль в формировании социальных патологий. Например, отечественными специалистами (А.Г. Амбрумова<sup>65</sup>, Я.И. Гилинский<sup>66</sup>, С.В. Бородин<sup>67</sup>) подчеркивается важность роли семьи в формировании суицидальных тенденций. Результаты исследований специалистов ВОЗ свидетельствуют о том, что самый высокий уровень самоубийств отмечается среди разошедшихся или разведенных людей<sup>68</sup>.

В 2007 г. нами было проведено исследование суицидальных попыток, которое также подтвердило значимость семейного фактора в формировании склонности к самоубийству (каждый четвертый парасуицидент родился и воспитывался в неполной семье, в каждом втором случае попытка самоубийства была связана с острой конфликтной ситуацией в семье)<sup>69</sup>.

В то же время нельзя не отметить, что семья часто является гарантом психологического дискомфорта для индивида. В случае длительных конфликтных отношений или напряженной психологической

---

<sup>64</sup> Римашевская Н.М. Бедность и маргинализация населения (социальное дно) // Социологические исследования. – 2004. – № 4. – С. 33 – 44.

<sup>65</sup> Амбрумова Айна Григорьевна – ведущий российский суицидолог, доктор медицинских наук, основатель и руководитель Всесоюзного суицидологического центра, заслуженный деятель науки РСФСР.

<sup>66</sup> Гилинский Яков Ильич – доктор юридических наук, профессор, профессор Санкт-Петербургского юридического института, член Нью-Йоркской академии наук.

<sup>67</sup> Бородин Станислав Владимирович (18.09.1924 – 16.09.2005) – специалист по уголовному праву, уголовному процессу, криминологии, судоустройству, д.ю.н., профессор, заслуженный юрист РФ.

<sup>68</sup> Насилие и его влияние на здоровье: доклад о ситуации в мире / ВОЗ (Женева). – М.: Весь мир. – С. 201.

<sup>69</sup> Исследование проведено на базе Вологодской областной психиатрической больницы (ВОПБ) в 2007 г. Было проанализировано 98 больничных карт пациентов ВОПБ, совершивших попытку суицида в 2006 – I кв. 2007 г.

атмосферы (когда открытых скандалов в семье нет, но взаимодействие между супругами носит «холодный», безразличный характер) развод может стать одним из барьеров, препятствующих развитию суицидальных тенденций. В некоторых случаях прекращение семейных взаимоотношений является наиболее эффективным вариантом выхода из психотравмирующей ситуации.

Дополнительной проверки требует и установленная обратная связь социальных патологий с уровнем миграции. Так, по мнению Э. Гроллмана, «с повышением темпов урбанизации и миграции населения семьи, друзья и сообщества людей становятся все более и более разобщенными, а те социальные структуры и роли, которые придавали смысл жизни личности, подвергаются болезненному исчезновению. Если люди теряют свои жизненные корни из-за ослабления социальных связей, то уровень суицидов, естественно, возрастает»<sup>70</sup>.

Широкий спектр факторов распространения социальных патологий, присутствие в популяции (регионе, стране) стабильной группы риска, а также значительные масштабы социально-экономического ущерба от убийств и самоубийств – все это обуславливает актуальность данных проблем и диктует необходимость организации системы их профилактики. Направленность этой системы должна иметь не столько психологический, сколько социальный характер, потому что именно социальные причины, как показали результаты корреляционного анализа, лежат в основе этих явлений.

Широкое распространение убийств и самоубийств среди лиц трудоспособного возраста и более ранних возрастных категорий обуславливает существенные социально-экономические потери общества вследствие преждевременной смертности населения. Это заставляет обратить внимание на социальные патологии не только как на индикаторы социального здоровья общества, но и как на проблемы экономического характера.

### **2.3. Оценка социально-экономического ущерба от убийств и самоубийств**

Смертность от убийств и самоубийств является и демографической, и в то же время социально-экономической проблемой, поскольку большинство смертей по данной причине происходят среди лиц трудоспособного возраста.

---

<sup>70</sup> Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее. – М., 2001. – С. 270 – 352.

Определение и расчет экономических потерь, вызываемых снижением количественных и качественных показателей образовательного и трудового потенциала в результате заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности, имеют важное значение как для разработки политики в области здравоохранения, так и для определения ресурсов, необходимых для снижения этих потерь<sup>71</sup>.

По данным на 2009 г. почти половина (46%) всех самоубийств в России было совершено людьми в возрасте до 40 лет, при этом максимальное число суицидов приходилось на возрастную группу 25 – 29 лет (4231 ед.). Уровень смертности от убийств в целом ниже, однако большая его доля также приходится на ранние возрастные группы (на людей до 40 лет приходится 54% всех случаев смертности от убийств). Таким образом, рассматриваемые социальные патологии широко распространены среди наиболее молодых, трудоспособных категорий населения, что вызывает необходимость анализа и оценки их психологического и демографического аспектов как фактора, обуславливающего существенный социально-экономический ущерб из-за потерь продуктивных лет жизни.

Согласно полученным данным совокупные потери ВРП вследствие смертности населения от убийств и самоубийств значительно превышают ущерб не только от других причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления», но и от таких распространенных причин смерти, как злокачественные новообразования и ишемическая болезнь сердца (табл. 20; прил. 8).

По потерям ВРП вследствие суицидов лидирующие места в стране занимают Сибирский и Приволжский федеральные округа (рис. 17). Особенно неблагоприятная ситуация наблюдается в Чукотском автономном округе (2,7%), Республике Алтай и Забайкальском крае (по 1,6%; прил. 8).

Максимальные потери ВРП от убийств отмечены в Сибирском федеральном округе (рис. 18). Наиболее неблагоприятными в этом отношении субъектами Российской Федерации являются Республика Тыва (1,8%), Чукотский автономный округ (1,4%), Забайкальский край (0,9%), республики Бурятия (0,8%) и Саха (0,7%; прил. 8).

В сравнении с другими причинами смертности самоубийства показывают максимальный уровень ПГПЖ в ранних возрастных категориях (20 – 29 лет). В целом на данную группу приходится до 37% всех

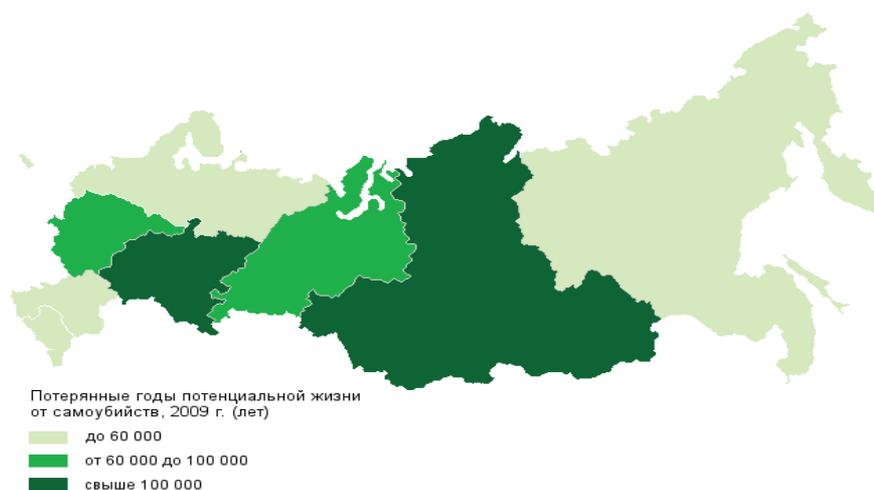
---

<sup>71</sup> Карцевский А.В. Формирование региональной системы управления здравоохранением в условиях рынка (на примере Нижегородской области): дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05.– Н.Новгород, 1996. – С. 13.

потерянных лет потенциальной жизни. Аналогичная ситуация наблюдается только в отношении транспортных несчастных случаев (табл. 21). Наибольшие потери от убийств происходят в группе от 25 до 35 лет, от алкогольных отравлений – 30 – 39 лет, от новообразований и ишемической болезни сердца – 45 – 55 лет.

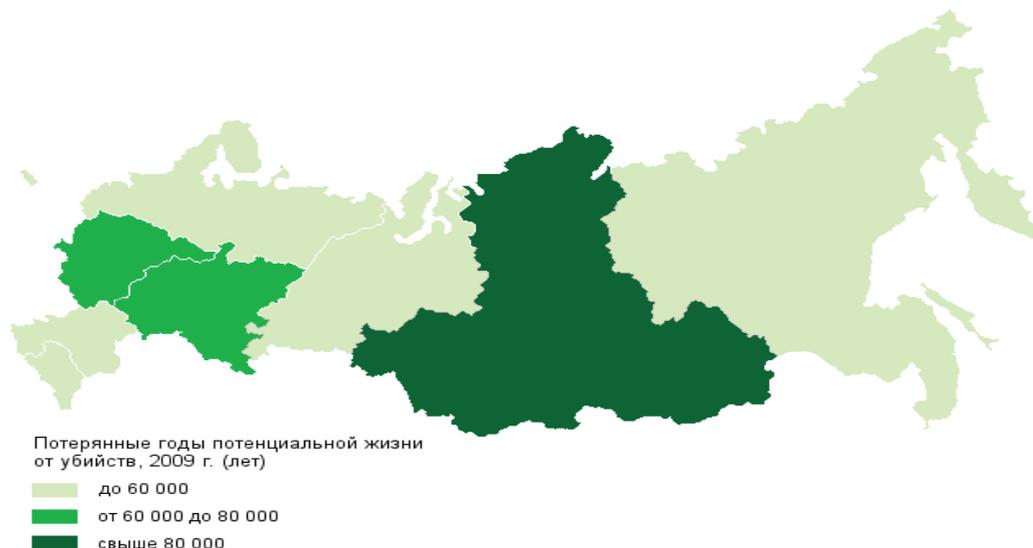
Таблица 20. Социально-экономический ущерб в федеральных округах РФ вследствие ПГПЖ (2009 г.)

Территория	Ишемическая болезнь сердца		Злокачественные новообразования		Случайные отравления алкоголем		Транспортные несчастные случаи		Убийства		Самоубийства	
	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП
Россия	675 369	0,476	640 249	0,451	229 896	0,162	580 350	0,409	350 586	0,247	645 061	0,455
ЦФО	187 113	0,504	168 050	0,453	61 539	0,166	152 162	0,410	65 648	0,177	91 481	0,246
СЗФО	74 434	0,553	61 369	0,456	25 733	0,191	50 081	0,372	30 551	0,227	52 146	0,388
ЮФО	79 529	0,580	96 143	0,701	9947	0,073	92 461	0,674	32 822	0,239	56 146	0,409
ПФО	138 840	0,461	133 546	0,443	59 304	0,197	126 396	0,419	66 308	0,220	178 842	0,593
УФО	45 753	0,373	54 493	0,444	17 131	0,140	44 651	0,364	37 306	0,304	71 078	0,579
СФО	101 681	0,520	95 556	0,489	46 761	0,239	89 008	0,455	85 959	0,440	150 431	0,769
ДФО	48 019	0,744	31 092	0,482	9481	0,147	25 591	0,397	31 992	0,496	46 047	0,714



До 60 тыс. лет	От 60 до 100 тыс. лет	Свыше 100 тыс. лет
Дальневосточный федеральный округ (46 047)	Уральский федеральный округ (71 078)	Сибирский федеральный округ (150 431)
Северо-Западный федеральный округ (52 146)	Центральный федеральный округ (91 481)	Приволжский федеральный округ (178 842)
Южный федеральный округ (56 146)		

Рис. 17. Распределение регионов Российской Федерации по уровню ПГПЖ вследствие самоубийств (2009 г.)



До 60 тыс. лет	От 60 до 80 тыс. лет	Свыше 80 тыс. лет
Северо-Западный федеральный округ (30 551) Дальневосточный федеральный округ (31 992) Южный федеральный округ (32 822) Уральский федеральный округ (37 306)	Центральный федеральный округ (65 648) Приволжский федеральный округ (66 308)	Сибирский федеральный округ (85 959)

Рис. 18. Распределение регионов Российской Федерации по уровню ПГПЖ вследствие убийств (2009 г.)

Таблица 21. Распределение ПГПЖ в различных возрастных группах населения Российской Федерации

Причина смерти	Возрастная группа (лет)										
	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59
Ишемическая болезнь сердца	47	42	3146	10 276	25 922	48 541	72 757	109 537	175 137	169 830	60 134
Злокачественные новообразования	12 715	10 881	20 656	28 413	40 380	53 263	63 737	84 667	132 767	125 041	44 832
Случайные отравления алкоголем	0	136	2077	12 534	29 580	42 136	42 833	36 123	37 503	21 740	4758
Транспортные несчастные случаи	13 342	16 119	68 327	138 348	113 427	82 378	52 997	37 639	29 036	13 881	2634
Убийства	2631	2408	21 944	53 928	64 600	65 788	52 168	35 366	28 861	13 749	2578
Самоубийства	515	10 613	71 571	135 401	133 027	105 111	71 107	48 737	41 590	22 823	4566

Среди молодежи (возрастная группа от 15 до 24 лет) совокупный размер ПГПЖ от убийств и самоубийств составляет 282 844 года, что выше, чем потери вследствие всех рассматриваемых причин смертности (рис. 19).



Рис. 19. ПГПЖ в возрастной группе от 15 до 24 лет, лет

На детей и подростков (до 24 лет) приходится 34% ПГПЖ от самоубийств и 33% – от убийств. Для сравнения: величина ПГПЖ от ишемической болезни сердца составляет 2%, от новообразований – 15%, от алкогольных отравлений – 7%. Таким образом, самоубийства и убийства являются теми причинами смертности, которые несут наибольший социально-экономический ущерб вследствие широкого распространения среди людей молодого возраста.

Таблица 22. ПГПЖ и потери ВРП среди мужчин и женщин на территории Российской Федерации (2009 г.)

Причина смерти	Мужчины			Женщины		
	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)
Ишемическая болезнь	608 686	137,568	0,429	66 683	15,071	0,047
Злокачественные новообразования	416 882	94,218	0,294	223 367	50,483	0,157
Случайные отравления алкоголем	198 411	44,842	0,140	31 485	7,116	0,022
Транспортные несчастные случаи	468 194	105,815	0,330	112 156	25,348	0,079
Убийства	285 510	64,527	0,201	65 076	14,708	0,046
Самоубийства	571 575	129,180	0,403	73 486	16,608	0,052

Самоубийства среди мужчин уступают по ПГПЖ только ишемической болезни сердца, что связано прежде всего с высокой смертностью

от сердечно-сосудистых заболеваний. Суициды среди женского населения, несмотря на значительно меньшую распространенность, приносят наиболее существенные социально-экономические потери по сравнению с другими причинами смертности (табл. 22).

В отношении убийств наблюдается более благоприятная ситуация: как среди мужчин, так и среди женщин показатель ПППЖ превышает только уровень потерь от случайных алкогольных отравлений.

Причина более высокого уровня ПППЖ от убийств и самоубийств среди мужчин обусловлена двумя факторами:

1. В силу своего характера и типа поведения мужчины традиционно чаще, чем женщины, прибегают к такому поступку, как суицид. Эта особенность, проявляющаяся во всех возрастных группах, отмечается в различных исследованиях, проведенных в разное время. К примеру, мужчины реже, чем женщины, обращаются за помощью к специалистам в случае возникновения проблем психологического характера; в случае попытки суицида избирают способ с максимальной вероятностью летального исхода (повешенье, самострел).

2. Высокий уровень потерь продолжительности продуктивной жизни вследствие убийств и самоубийств среди мужской части населения связан с резким ростом их числа в молодом возрасте (от 10 до 29 лет). На долю только этой возрастной категории приходится более половины (54%) бремени суицидов и 41% потерь от убийств среди мужчин.

В территориальном разрезе лидирующие места по уровню ПППЖ от самоубийств как среди мужчин, так и среди женщин занимают Приволжский и Сибирский федеральные округа (табл. 23). Это происходит за счет Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Пермского края (в Приволжском федеральном округе) и Красноярского края, Иркутской и Кемеровской областей (в Сибирском федеральном округе). Наиболее высокий уровень ПППЖ от убийств отмечен в Дальневосточном, Сибирском и Уральском федеральных округах.

В Вологодской области социально-экономические потери от суицидов существенно выше, чем от других причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» (рис. 20). По данному показателю самоубийства можно сравнить с ишемической болезнью сердца и злокачественными новообразованиями, число которых выше в 16 и 7 раз соответственно. Уровень ущерба от убийств почти в два раза меньше, чем от суицидов (0,236 и 0,438% ВРП соответственно).

Таблица 23. Территориальное распределение ПГПЖ и потерь ВРП среди мужчин и женщин (2009 г.)

Территория	Мужчины			Женщины		
	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)
<i>Самоубийства</i>						
Российская Федерация	571 575	129,180	0,403	73 486	16,608	0,052
ЦФО	81 448	25,113	0,219	10 033	3,093	0,027
СЗФО	45 138	11,430	0,336	7008	1,775	0,052
ЮФО	49 652	7,200	0,362	6494	0,942	0,047
ПФО	161 155	26,312	0,535	17 687	2,888	0,059
УФО	63 412	22,726	0,517	7666	2,747	0,062
СФО	130 878	22,692	0,669	19 553	3,390	0,100
ДФО	39 892	10,705	0,618	6155	1,652	0,095
<i>Убийства</i>						
Российская Федерация	285 510	64,527	0,201	65 076	14,708	0,046
ЦФО	53 325	16,442	0,144	12 323	3,800	0,033
СЗФО	25 187	6,378	0,187	5364	1,358	0,040
ЮФО	27 401	3,973	0,200	5421	0,786	0,040
ПФО	52 201	8,523	0,173	14 107	2,303	0,047
УФО	30 084	10,782	0,245	7222	2,588	0,059
СФО	70 715	12,261	0,362	15 244	2,643	0,078
ДФО	26 597	7,137	0,412	5395	1,448	0,084

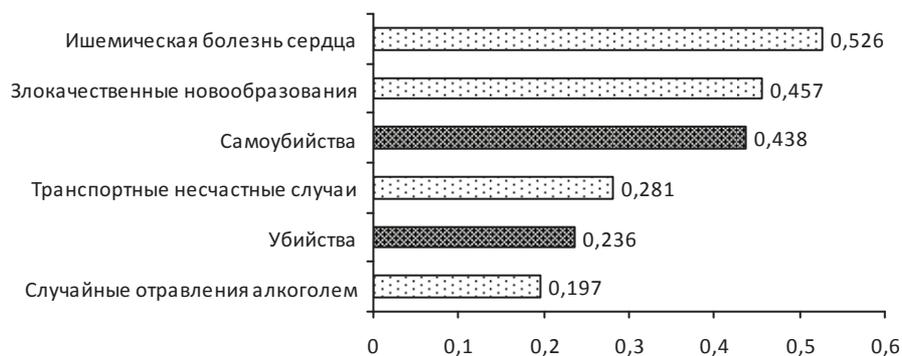


Рис. 20. Потери ВРП вследствие ПГПЖ от некоторых причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» в сравнении с наиболее распространенными причинами смертности на территории Вологодской области в 2009 г., в %

По количеству потерянных лет потенциальной жизни вследствие самоубийств Вологодская область занимает 5 место на Северо-Западе (5382 года), при этом регион является лидером по значению данного показателя среди детей и подростков (1532 года). Максимальный уровень потерь ПГПЖ отмечается в Архангельской области и г. Санкт-Петербурге (8268 и 8081 год соответственно; рис. 21; прил. 8).

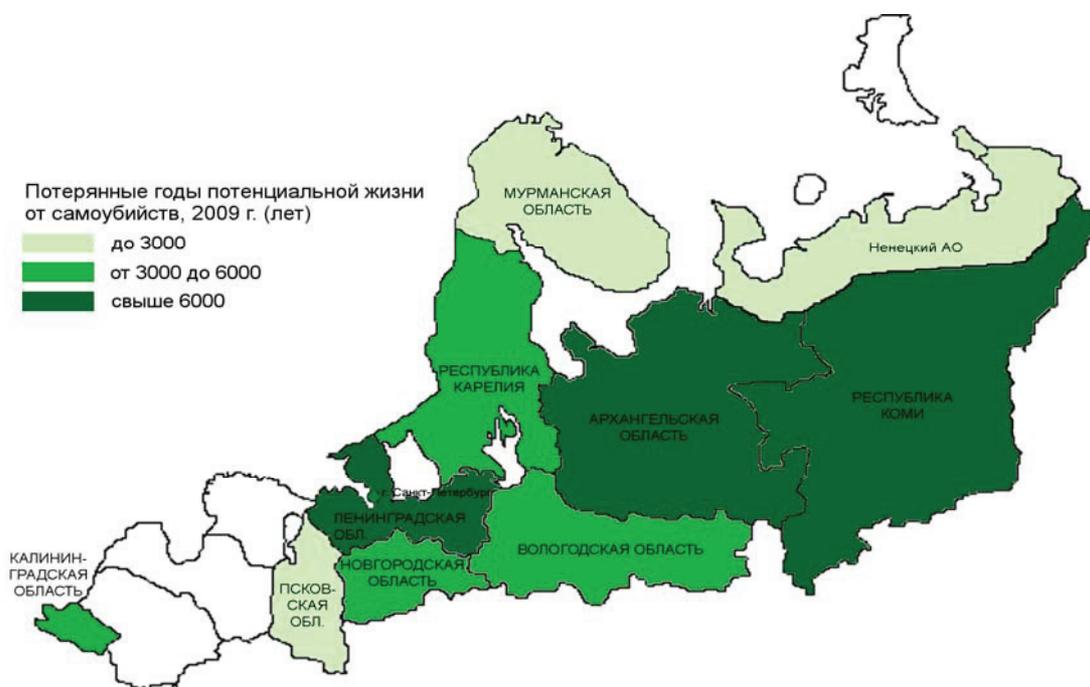


Рис. 21. Распределение регионов Северо-Западного федерального округа по уровню ПГПЖ вследствие самоубийств (2009 г.)

Также 5 место в округе Вологодская область занимает по уровню ПГПЖ от убийств (2869 лет). Максимальный уровень потерь отмечается в г. Санкт-Петербурге (6529 лет), Ленинградской области (4122 года) и Республике Коми (4075 лет; рис. 22; прил. 8).

На примере Вологодской области мы имеем возможность сравнить экономические затраты системы здравоохранения на лечение классов заболеваний, соответствующих рассматриваемым причинам смертности. Затраты системы здравоохранения на лечение болезней системы кровообращения и психических расстройств в 2009 г. были примерно одинаковы (1,04 и 1,06 млрд. руб., или 11,5 и 11,7% от общего уровня затрат соответственно; рис. 23). В то же время индекс ПГПЖ только по одним самоубийствам в Вологодской области в 2009 г. составил 1532, что в 13 раз больше, чем по ишемической болезни сердца (116 лет). При этом следует учесть, что хотя часть убийств, алкогольных отравлений и дорожно-транспортных происшествий также происходит под влиянием суицидального импульса, однако по различным причинам не регистрируется как самоубийство.

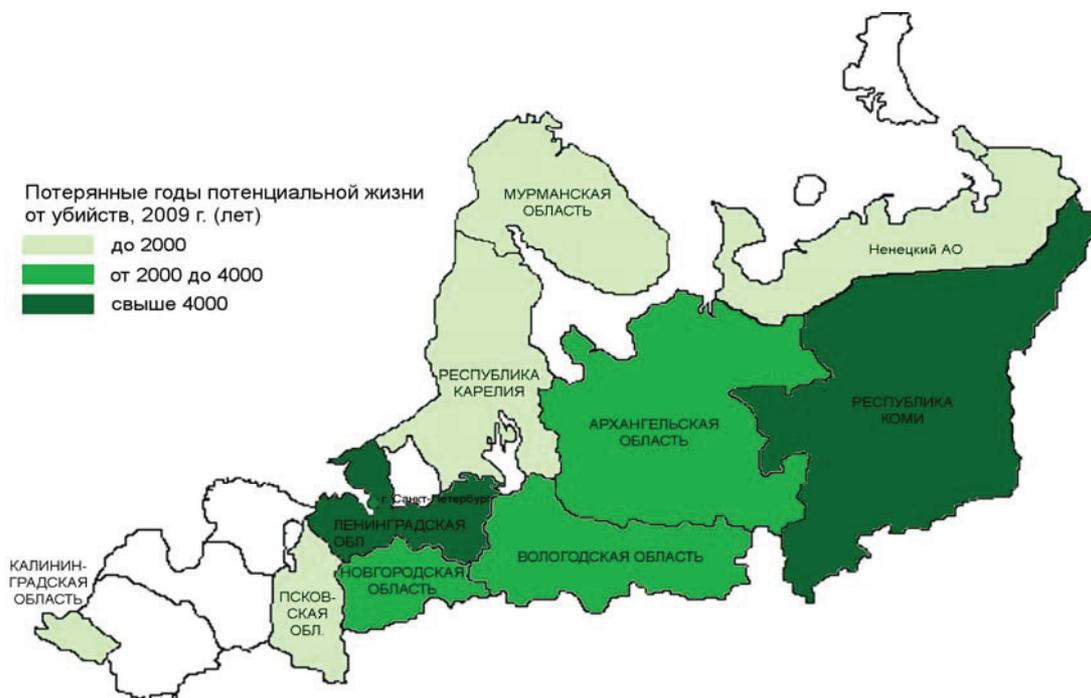


Рис. 22. Распределение регионов Северо-Западного федерального округа по уровню ППЖ вследствие убийств (2009 г.)

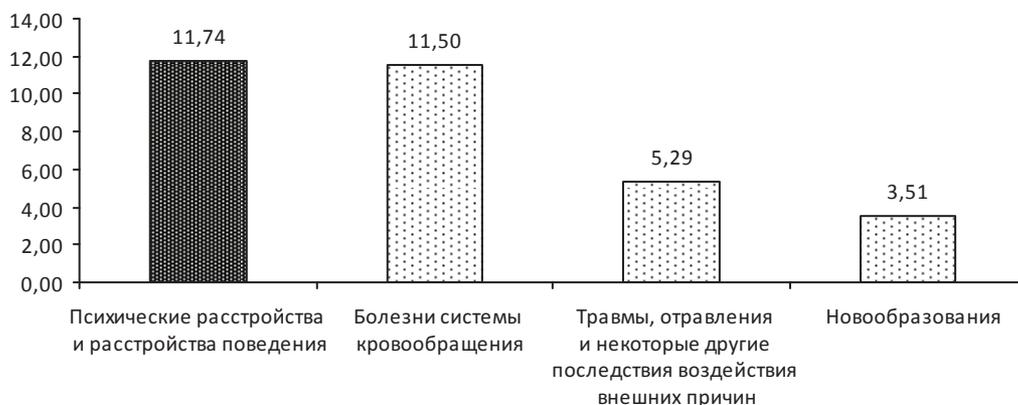


Рис. 23. Затраты системы здравоохранения Вологодской области на лечение отдельных классов заболеваний (в % от общего уровня затрат; 2009 г.)

Таким образом, убийства и самоубийства влекут за собой существенный социально-экономический ущерб. В первую очередь это происходит за счет суицидов и их распространения в ранних возрастных категориях.

Вместе с тем заметим, что если убийства имеют низкий уровень латентности и их основная часть фиксируется официальной статистикой, то реальные масштабы социально-экономического ущерба, связанного с проблемой суицидального поведения, значительно шире, поскольку включают в себя затраты на лечение и реабилитацию парасуицидентов, а также экономические потери, связанные с оценкой «бремени семьи» суицидента. Кроме того, результатом суицидальных тенденций является часть дорожно-транспортных происшествий, алкогольных и прочих отравлений, повреждений с неопределенными намерениями. Такие случаи не отражаются официальной статистикой, поэтому установить их долю невозможно, однако очевидно, что они вносят свои коррективы и в структуру экономических потерь.

Актуальность смертности населения от убийств и самоубийств как демографической и экономической проблемы диктует необходимость анализа зарубежных и отечественных подходов к их профилактике.

## **ГЛАВА 3**

### **ЗАРУБЕЖНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТНОСТИ**

#### **3.1. Профилактика суицидального поведения**

В мировом сообществе осознание проблемы суицидального поведения как фактора, имеющего негативные последствия для экономики и демографической ситуации в стране, способствует повышению внимания со стороны общественности и органов власти к решению данного вопроса. Создание и реализация национальных стратегий превенции суицидов с 1989 г. отнесена Всемирной организацией здравоохранения к числу приоритетных направлений в сфере общественного здоровья<sup>72</sup>. В дальнейшем эта инициатива неоднократно обсуждалась на различных конференциях, организованных ВОЗ (в 1999, 2004, 2007 гг.). Ежегодно проводится Европейский симпозиум по проблемам самоубийства и суицидального поведения.

В 2001 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала стратегию по повышению осознания масштабов проблемы самоубийств властями, лицами, принимающими решения. Оценивая показатели в России, ВОЗ признала, что страна находится в состоянии чрезвычайной ситуации.

Во многих странах Европы, даже с низким уровнем самоубийств, существуют государственные программы по профилактике суицидов<sup>73</sup>. Наибольших успехов в организации помощи суицидентам, их близким и родственникам достигли США, Япония, Швеция, Финляндия, Великобритания. В этих странах наряду с общественными и религиозными

---

<sup>72</sup> Материалы конференции «Социальная реабилитация и поддержка инвалидов в Германии», г. Кельн, 26 – 30 января 2010 г. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: [www.dorogavmir.ru/text/Materialy\\_konferencii.doc](http://www.dorogavmir.ru/text/Materialy_konferencii.doc)

<sup>73</sup> Войцех В.Ф. Что мы знаем о суициде / под ред. проф. В.С. Ястребова. – М., 2007. – С. 20.

организациями, занимающимися профилактикой суицидального поведения, существуют национальные ассоциации и научные институты, которые финансируются государством и разрабатывают программные документы рекомендательного характера. Кроме того, подобные организации образуют единое информационное пространство (в том числе за счет сети Интернет) по борьбе с суицидом, являясь участниками различных международных симпозиумов и конгрессов.

Наиболее известной на территории Российской Федерации организацией, занимающейся проблемой суицидального поведения, является Суицидологический федеральный научно-методический центр при НИИ психиатрии. Однако, в отличие от зарубежных аналогов, деятельность центра не поддерживается государством, поскольку в России отсутствует единая федеральная стратегия профилактики суицидального поведения, а региональные программы не скоординированы. В связи с этим представляется интересным с научной и практической точек зрения опыт зарубежных государств по организации системы помощи суицидентам.

### **США**

Система профилактики суицидального поведения в США выделяется широко развитой сетью общественных организаций, работающих на добровольных началах. К таким организациям относятся The Samaritans of New York (специализируется на помощи людям в кризисной ситуации), Mental Health Association in New York State (обеспечивает взаимодействие суицидентов, их семей, профессионалов, сторонников движения).

Общенациональные службы помощи суицидентам представлены в таблице 24.

Таким образом, в США государство принимает активное участие в деле оказания помощи суицидентам. Широкая сеть общественных и национальных организаций позволяет одновременно работать по различным аспектам проблемы суицидального поведения. Американская ассоциация суицидологии (AAS), основанная в 1968 г. Э. Шнейдманом<sup>74</sup>, является одним из мировых центров превенции суицидов. Она разработала и внедрила национальную программу по изучению и предупреждению самоубийств, главной идеей которой является повышение осведомленности населения о суицидальном поведении и возможностях превенции самоубийств.

---

<sup>74</sup> Эдвин Шнейдман (Edwin Shneidman, 13.05.1918 – 15.05.2009) – ведущий американский суицидолог, основатель и руководитель ряда центров исследований и профилактики самоубийств в США, основатель Американской ассоциации суицидологии.

Таблица 24. **Общенациональные службы помощи суицидентам в США**

Организация	Специфика деятельности
The National Suicide Prevention Lifeline	Финансируемая федеральным правительством сеть местных кризисных центров, предпринимающих меры по предупреждению самоубийств и предлагающих услуги служб интервенции.
National Suicide Hotlines	Общенациональная сеть «горячих линий» каждого штата по предотвращению самоубийств.
Girls & Boys Town National Hotline	Круглосуточная кризисная линия, представляющая необходимую информацию и выдающая направления суицидентам в специальные службы. Линия аккредитована национальной ассоциацией суицидологии и в своем штате содержит профессионально обученных консультантов.
Covenant House	Самое крупное агентство, специализирующееся на оказании помощи детям. Один из основных видов услуг состоит в предоставлении жилья молодым людям, сбежавшим из дома.
American Association of Suicidology (AAS)	Общенациональный центр по сбору и распространению информации, касающейся проблемы суицидального поведения. Организует программы обучения для профессионалов и добровольцев, занимается поддержкой научно-исследовательских, информационных и образовательных программ.
Suicide Prevention Resource Center (SPRC)	Занимается подготовкой суицидологов и распространением информационных материалов, используя в своей деятельности передовые достижения науки и помощь высококвалифицированных специалистов.
National Strategy for Suicide Prevention (NSSP)	Общенациональное объединение сторонников движения по предотвращению самоубийств (клинические врачи, ученые, а также люди, чьи близкие покончили жизнь самоубийством). Функция организации состоит в разработке основных принципов деятельности по предотвращению самоубийств и координации деятельности различных суицидологических служб.
The American Foundation for Suicide Prevention	Организация, специализирующаяся на вопросах депрессии и ее лечения (оказывает поддержку научным исследованиям, разрабатывает информационные и образовательные материалы, содействует развитию профессионального обучения в области распознавания и лечения людей, страдающих депрессией и проявляющих склонность к самоубийству, оказывает поддержку программам помощи лицам, чьи близкие покончили с собой).
The Suicide Prevention Action Network USA (SPAN-USA)	Некоммерческая общенациональная организация, связывающая деятельность людей, которые потеряли близких в результате самоубийства или которых затронуло самоубийство, с работой ведущих экспертов в области науки, здравоохранения, бизнеса, а также государственных и общественных служб.
Suicidal Awareness Voices of Education (SAVE)	Организация осуществляет просветительскую деятельность с целью снижения уровня стигматизации суицидентов и выработки толерантного отношения в обществе к людям, испытывающим психологические проблемы.
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)	Американская академия детской и подростковой психиатрии. Распространяет информацию для семей, с тем чтобы предоставить им конкретную и актуальную информацию по вопросам, касающимся проблем детей и подростков.
National Mental Health Association (NMHA)	Самая крупная некоммерческая организация, деятельность которой посвящена всем аспектам психического состояния здоровья и психических заболеваний. Занимается защитой прав пациентов, проводит просветительскую и научно-исследовательскую работу.
Источник: Информация отдела охраны психического здоровья г. Нью-Йорк [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <a href="http://www.omh.state.ny.us/omhweb/russian/speak/state_and_national_resources.html">http://www.omh.state.ny.us/omhweb/russian/speak/state_and_national_resources.html</a>	

## **ЯПОНИЯ**

Япония является одной из развитых стран с повышенным уровнем суицидальной активности населения, что обусловлено особенностями национальной культуры.

Характерная черта японской системы профилактики суицидального поведения – повышенное внимание к качеству статистической информации по данной проблеме. Национальное полицейское управление ведет мониторинг суицидальных тенденций с 1978 г., при этом полученные данные используются и правительством, и неправительственными организациями, публикуются в средствах массовой информации, то есть доступны широкому кругу людей.

Достоверная и полная статистика позволяет координировать деятельность государства и общественных организаций. Так, по инициативе последних в 2006 г. был пересмотрен базовый закон Японии о самоубийствах (принято решение к 2016 г. обеспечить снижение уровня самоубийств на 20%, а также усилить детализацию статистики о причинах суицидального поведения)<sup>75</sup>.

Сбором статистической информации (в том числе и по проблеме суицидального поведения) занимаются все правительственные органы страны, координирующим органом является Департамент статистических обследований Министерства общих дел. Данные публикуются в сборнике «Статистический ежегодник Японии», который ведется с 1882 г.

В 2009 г. по инициативе Правительства Японии был подсчитан экономический ущерб от самоубийств и депрессий, составивший 31,8 млрд. долларов. При подсчетах были учтены медицинские выплаты гражданам, находящимся в депрессии, потерянный доход самоубийц и их семей, а также ряд других факторов. В 2009 г. недополученный доход вследствие смертности трудоспособного населения (в возрасте от 15 до 69 лет) от самоубийств составил 22,5 млрд. долларов<sup>76</sup>.

Министерством здравоохранения, труда и благосостояния Японии было выделено 15,8 млрд. иен на проекты по предотвращению самоубийств. При правительстве был организован штаб по предупреждению суицидов, создан специальный сайт, посвященный профилактике суицидального поведения (целевой аудиторией являются не

---

<sup>75</sup> Тебин П.Н. Японская статистика как средство борьбы с суицидом и многими другими бедами // Независимая газета. – 2008. – 16 окт. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: [http://www.ng.ru/style/2008-10-16/8\\_japan.html](http://www.ng.ru/style/2008-10-16/8_japan.html)

<sup>76</sup> Информационный портал Закон. – Реж. дост.: <http://auto.zakon.kz/183720-japonija-podschtitala-stoimost.html>

только сами суициденты, но и люди, испытывающие психологические проблемы, их близкие и родственники); проведены дополнительные социологические исследования; установлены специальные заграждения в местах повышенного риска (железнодорожные пути и т.д.).

Отдельное внимание в профилактике суицидального поведения в Японии уделяется таким его причинам, как затруднения в профессиональной деятельности (переутомление, конфликты) и деятельность интернет-сайтов, занимающихся пропагандой суицида («сетевое самоубийство»). Так, на сайте, посвященном профилактике самоубийств, размещен обучающий курс по улучшению атмосферы на рабочем месте и поддержке психологического здоровья. Активистами общественных организаций проводятся акции по пропаганде среди населения методов диагностики депрессивного состояния членов семьи. Полиция обязывает владельцев сайтов, спекулирующих на суициде, информировать правоохранительные органы об их посетителях с целью установления контроля за ними (в Австралии аналогичную проблему пытаются решить за счет введения закона, полностью запрещающего подобные интернет-ресурсы на территории страны).

### **СКАНДИНАВСКИЕ СТРАНЫ**

*Шведская национальная программа* превенции суицидов имеет три направления:

1. Общая суицидальная превенция (меры психологического, образовательного и социального характера, направленные на улучшение состояния здоровья населения и профилактику травматизма в целом).
2. Непрямая суицидальная превенция (выявление и лечение болезней и социальных проблем в группах и в ситуациях риска; снижение доступности средств самоубийства).
3. Прямая суицидальная превенция (направлена непосредственно на лиц, переживающих суицидальные мысли и проявляющих суицидальные тенденции).

Общенациональную программу суицидальной превенции координирует Национальный центр исследования суицидов и профилактики психических заболеваний, основанный в 1993 г. Д. Вассерман. Центр проводит наблюдение за этой работой в регионах. Региональные усилия системы помощи приспособлены к местным традициям и условиям, включают на добровольной основе профессионалов и непрофессионалов<sup>77</sup>.

---

<sup>77</sup> Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 224.

Центр работает по четырем направлениям: создание и разработка новых методов превенции самоубийств; эпидемиологические исследования; мониторинг; информационная и обучающая деятельность.

Самыми приоритетными являются проекты, направленные на внедрение новых мер превенции самоубийств среди молодежи. Так, по заявлению министра здравоохранения Швеции М. Юханссон, акцент делается преимущественно на ситуации в школах: «Роль школы невозможно переоценить. Именно там можно рано заметить суицидальные тенденции и именно в школе можно успеть что-то предпринять»<sup>78</sup>.

В Финляндии проблемой самоубийств занимается сеть кризисных центров, каждый из которых предназначен для работы со специфическим контингентом, например<sup>79</sup>:

1. Ассоциация Monika-Naisten liitto ry (женщины и дети из иммигрантской среды, которые подверглись насилию).

2. Центр SOS (SOS-keskus/Ulkomaalaisten kriisipalvelu) оказывает помощь иммигрантам и их семьям, проживающим в Финляндии.

3. Центр реабилитации лиц, подвергшихся пыткам (Kidutettujen Kuntoutuskeskus): беженцев и лиц, просящих убежища, ставших у себя на родине жертвами пыток.

4. Nimettömät alkoholistit – общество анонимных алкоголиков.

5. Gamblers Anonymous – группа поддержки людей, страдающих от игровой зависимости.

6. Myrkytystietokeskus – Центр информационной помощи при отравлениях.

7. Miesten keskus, Naisten Linja – специальные горячие линии для людей, пострадавших от насильственных действий (для мужчин и женщин соответственно).

Крупнейшей из перечисленных организаций является кризисный центр SOS, функционирующий с 1970 г. при Финляндском обществе психического здоровья. Он анонимно и конфиденциально осуществляет как срочную помощь суицидентам, так и услуги по их реабилитации. На базе Центра создан общефедеральный «кризисный» телефон и дежурная служба для жертв криминальных преступлений.

Центр SOS имеет 19 филиалов по всей стране, десять из которых образуют виртуальную сеть помощи суицидентам (Tukinet-palvelu), четыре – предоставляют «кризисное» жилье.

<sup>78</sup> Материалы «Радио Швеция» [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.rurik.se/index.php?id=145>

<sup>79</sup> Сайт Финляндского общества психического здоровья. – Реж. дост.: <http://www.e-mielenterveys.fi/ru/kriisikeskusverkosto/>

## **ШОТЛАНДИЯ**

Предотвращение суицидов является одной из стратегических целей, обозначенных в Национальной программе охраны психического здоровья, разработанной Правительством Шотландии. В 2009 г. были разработаны критерии психического здоровья для взрослого населения (для детского разрабатываются в настоящее время).

С целью укрепления психического здоровья в раннем возрасте при Правительстве Шотландии был создан специальный орган, занимающийся вопросами физического, социального, психического и эмоционального благополучия детей в школах (Scottish Health Promoting Schools Unit). Разрабатываемые им рекомендации включены в базовую школьную программу, а также реализуются во внеклассной работе.

В 2003 г. была разработана Программа по оценке потребностей Шотландии (Scottish Needs Assessment Programme), реализация которой доказала необходимость улучшения психического здоровья населения. На ее основе Правительством был профинансирован национальный проект по психическому здоровью детей и молодежи, названный «Выше голову, Шотландия» (HeadsUpScotland).

Кроме того, правительство осуществляет финансирование добровольной помощи суицидентам и лицам, испытывающим психологические проблемы. Например, оно поддерживает добровольческий форум «Молодая Шотландия», который выступает площадкой для взаимодействия добровольческих общественных организаций с государством.

В 2010 г. была подготовлена национальная стратегия (и план действий) по профилактике суицидов, рассчитанная на 10 лет. Она получила название «Выбери жизнь». Для лиц, страдающих депрессией или испытывающих кризисное состояние, действует бесплатная конфиденциальная телефонная служба «Место, где можно дышать».

В целом на территории *Великобритании* (Шотландия, Англия, Ирландия, Уэльс) действует адаптированная австралийская программа «Первая психиатрическая помощь», целью которой является обучение населения методам распознавания признаков психического заболевания и оказания первичной психиатрической помощи. Аналогичная программа, касающаяся работы непосредственно с суицидентами, заимствована в Канаде и носит название «Обучающая инициатива» («ASIST Training»). Она ориентирована на все слои населения, и прежде всего на работников специфических сфер (образовательные учреждения, правоохранительные органы и т.д.).

С целью повышения эффективности борьбы с депрессией шотландским правительством были опубликованы и внедрены в систему здравоохранения Стандарты интегрированных методов ухода за больными депрессией. Основным направлением работы является сокращение уровня потребления антидепрессантов за счет увеличения числа сеансов психотерапии. Кроме того, было опубликовано специальное руководство по социальной работе, включающее перечень контактов всех служб, оказывающих немедическую поддержку больным, страдающим депрессией. Ежегодно для поддержки людей с тревожными состояниями и служб, занимающихся их проблемами, выделяется сумма в размере 3 млн. долларов.

В Шотландии учреждены 2 государственные награды: the Healthy Working Lives Award, которая присуждается компаниям за создание условий для сохранения здоровья и безопасности на рабочем месте, и Commendation Award (за достижения в сфере улучшения психического здоровья).

Специально для людей пожилого возраста разработана программа психического здоровья и благополучия в поздние годы жизни (Mental Health and Wellbeing in Later Life). Помимо прочих она включает вопросы стигматизации пожилых людей (в частности, содержит руководство о специальном оформлении помещений первичного приема), обучения волонтеров для осуществления ухода на дому.

Для снижения стигматизации и социальной изоляции людей, испытывающих психологические проблемы, шотландское правительство финансирует национальную программу «Заметь меня». Она направлена на работу со средствами массовой информации и региональными общественными организациями, самой крупной из которых является Шотландская сеть выздоравливающих (The Scottish Recovery Network).

Таким образом, во многих развитых странах профилактика суицидального поведения организована при непосредственной поддержке государства. Помимо перечисленных государств национальные стратегии превенции суицида существуют и в других странах Западной Европы:

1. В Венгрии, Польше, Болгарии стратегия реализуется в двух направлениях: подход, ориентированный на систему здравоохранения, и подход, ориентированный на повышение уровня общественного здоровья в целом. Первый подход предусматривает раннюю диагностику

психических расстройств, прежде всего таких, как депрессия, психозы, алкоголизм, наркомания; специальную подготовку работников лечебных учреждений; лечение и реабилитацию лиц, совершивших суицидальные попытки. Второй подход реализуется через мероприятия по улучшению социального обеспечения. Мероприятия включают также повышение уровня знаний в обществе о вопросах профилактики самоубийств, контроль доступности средств суицида, контроль за освещением суицидальных фактов в средствах массовой информации.

2. В Германии вопросами, связанными с профилактикой суицидального поведения, занимается организация «Программа национальной профилактики суицида». В 2004 г. ее специалистами было подсчитано, что стоимость затрат на срочную медицинскую помощь, лечение в больницах и работу полиции составляет 178 млн. евро, а если учесть выплаты больничных, то сумма возрастет до 300 млн. евро<sup>80</sup>.

3. В Великобритании государство, при поддержке благотворительных обществ (например, Parugus), активно ведет борьбу с интернет-ресурсами, пропагандирующими суицидальные действия, ужесточив меры наказания в законе «О самоубийствах», принятом еще в 1961 г.

Национальные стратегии предотвращения самоубийств действуют также в Норвегии, Австралии, Новой Зеландии, Нидерландах, Франции, Эстонии и многих других странах. Поскольку стратегии создавались в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, они имеют общие черты и в целом «направлены на улучшение социальных условий, проведение просветительской работы среди населения (улучшение навыков жизнедеятельности и способности справляться с жизненными проблемами, работа со средствами массовой информации и реализация программ обучения общественности), уменьшение доступности средств самоубийства и их способности приводить к летальному исходу. Мероприятия включают обучение и подготовку специалистов в области предоставления медико-санитарной помощи и помощи других, имеющих отношение к этой сфере деятельности работников; предоставление соответствующих услуг по проведению мероприятий, таких как координация и сотрудничество на местном уровне, работа центров по предотвращению самоубийств и услуг на базе стационаров. Мероприятия после неудавшихся попыток самоубийства включают оказание поддержки родственникам, реализацию программы поддержки выжившим

---

<sup>80</sup> Новости немецкой общественно-правовой медиакомпании Deutsche Welle [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.orthomed.ru/news.php?id=6637>

после попытки самоубийства и проведение «психологического вскрытия» с воссозданием обстоятельств, способствовавших осуществлению самоубийства»<sup>81</sup>.

Кроме того, государства, целенаправленно занимающиеся профилактикой суицидального поведения, создают международные проекты. Одним из последних является совместная инициатива Англии, Ирландии, США и Норвегии по использованию социальной сети Facebook (разработана специальная форма, по которой любой человек может сообщить о потенциальном самоубийце, и эта информация будет передана в полицию и благотворительные организации)<sup>82</sup>.

Таким образом, наличие программы действий на федеральном уровне позволяет скоординировать усилия местных организаций, что способствует эффективному решению данной проблемы.

Вопросом о создании комплексной программы профилактики суицидального поведения обеспокоены страны не только дальнего, но и ближнего зарубежья. Так, в феврале 2011 г. Министерством образования и науки *Республики Казахстан* (МОН РК) совместно с министерствами внутренних дел, здравоохранения, связи и информации, культуры, туризма и спорта был разработан и утвержден План мероприятий по профилактике и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних на 2011 г. Согласно данному проекту в республике планируется разработка методических рекомендаций по измерению базовых уровней показателей стресса и выявлению групп повышенного риска среди учащихся средних, профессиональных и технических организаций образования, вузов. В каждой области разработаны планы мероприятий с комплексом профилактических мер, утвержденные заместителями акимов областей. Созданы рабочие группы по изучению каждого случая суицида. Проводится работа по информированию населения о деятельности «телефонов доверия». Во всех регионах организуются семинары для педагогов, психологов, руководителей организаций образования в рамках курсов повышения квалификации.

В июне 2011 г. в Казахстане состоялось заседание Коллегии генеральной прокуратуры, по итогам которой было указано на необходимость

---

<sup>81</sup> Доклад Всемирной организации здравоохранения «Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?» (июль 2004 г.). – С. 10. [Эл. pec.]. – Реж. дост.: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/74693/E83583r.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/74693/E83583r.pdf)

<sup>82</sup> Новости журнала «Смена» от 10.03.2011 [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://smena-online.ru/news/facebook-protiv-samoubiistv>

разработки и принятия государственной программы по профилактике суицида среди детей, предусматривающей новые методы профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних, проведение комплекса превентивных мер, активизацию взаимодействия между уполномоченными органами и общественностью. Перед МОН РК Коллегией были поставлены задачи по привлечению квалифицированных специалистов-психологов, активизации внешкольного воспитания и досуга учащихся, формированию у них способности к критической оценке существующей действительности, умения противостоять отрицательному давлению. Министерству связи и информации было рекомендовано рассмотреть вопрос об ограничении деятельности интернет-ресурсов, пропагандирующих суицидальные действия, о блокировке доступа к ним определенной возрастной категории детей или об установлении особого порядка предоставления услуг. Министерству здравоохранения было предложено решить вопрос об открытии в регионах специализированных суицидологических служб, призванных оказывать помощь лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением<sup>83</sup>.

*В Республике Беларусь в 2009 г. был разработан Комплексный план профилактики суицидального поведения до 2012 г. В его реализации принимают участие 25 различных ведомств и организаций. В соответствии с Планом создаются межведомственные комиссии по профилактике суицидов (например, в Минской области, Борисовском районе). В 2007 г. межведомственной рабочей группой, в которую входили представители различных министерств и ведомств, религиозных и общественных организаций, разрабатывалась общенациональная программа превенции суицидов, однако она так и не была принята. По мнению директора Республиканского научно-практического центра психического здоровья проф. С. А. Игумнова<sup>84</sup>, «такая программа нужна, если она не будет профанацией. Если будут определены ответственные за ее выполнение и выделены средства на ее реализацию. В Беларуси нужна качественная программа профилактики суицидов, представляющая собой многоступенчатую стратегию профилактики, однако в нынешних экономических условиях ее принятие маловероятно»<sup>85</sup>.*

---

<sup>83</sup> Новости Агентства международной информации «Новости – Казахстан» от 16.06.2011 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.newskaz.ru/society/20110616/1595200.html>

<sup>84</sup> Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой судебной медицины Белорусского государственного медицинского университета (г. Минск).

<sup>85</sup> Интервью С.А. Игумнова газете «Белорусские новости» от 08.05.2011 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: [http://naviny.by/rubrics/society/2011/05/08/ic\\_articles\\_116\\_173531/](http://naviny.by/rubrics/society/2011/05/08/ic_articles_116_173531/)

В Украине, по данным д.м.н., проф. Г.Я. Пилягиной<sup>86</sup>, разработка национальной программы профилактики суицидального поведения и формирование национальной суицидологической службы ведутся с 1999 г. Проводится работа по реализации нормативно-правовой и научно-методологической базы формирования государственной суицидологической службы, по разработке стандартов диагностики и терапии при суицидальном поведении и его эквивалентных формах, по внедрению курсов обучения по суицидологии в медицинских институтах и академиях последипломного медицинского образования, а также по оказанию непосредственной суицидологической помощи населению. Тем не менее сама программа на государственном уровне до сих пор не принята, и в качестве одной из главных причин этого исследователь называет отсутствие финансирования: «Реальная ситуация процесса реализации Национальной программы усложняется недостаточным уровнем финансирования здравоохранения в Украине и особенно психиатрии. При этом суицидология как область охраны психического здоровья отдельно не финансируется вообще»<sup>87</sup>.

Попытка создать единую систему профилактики суицидов на территории *Российской Федерации* была предпринята еще в 1996 – 1998 гг. Был подписан приказ о создании суицидологической службы в России, однако, по заявлению В. Войцеха<sup>88</sup>, который в настоящее время возглавляет Федеральный центр суицидологии, «после всех преобразований в системе здравоохранения все было разрушено»<sup>89</sup>.

Национальная программа превенции суицидов в России отсутствует, несмотря на то, что «совершенствование методов профилактики психических расстройств и суицидов» заявлено как одна из основных целей подпрограммы «Психические расстройства» в федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)»<sup>90</sup>.

---

<sup>86</sup> Пилягина Галина Яковлевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры детской, социальной и судебной психиатрии КМАПО им. П.Л. Шупика, зав. сектором агрессологии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины.

<sup>87</sup> Пилягина Г.Я. Создание национальной программы предотвращения роста саморазрушающего поведения и профилактики самоубийств в Украине // Информационный сайт «Новости украинской психиатрии». – Реж. дост.: <http://www.psychiatry.ua/brief/paper098.htm>

<sup>88</sup> Войцех Владимир Федорович – доктор медицинских наук, профессор, директор Федерального центра суицидологии (г. Москва).

<sup>89</sup> Седова Ю. Доктор, спасите меня от меня самого!: Интервью с В.Ф. Войцехом // Научная среда. – 2001. – № 31-32 – 14 авг. [Эл. pec.]. – Реж. дост.: [http://www.lgz.ru/archives/html\\_arch/lgz31-322001/Tetrad/art8.htm](http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lgz31-322001/Tetrad/art8.htm)

<sup>90</sup> Постановление Правительства РФ «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)» от 10 мая 2007 г. № 280 // Информационно-правовой портал «Гарант» [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://base.garant.ru/4184672/>

В целом по стране проблемой суицидального поведения занимаются две организации:

1. *Федеральный научно-методический суицидологический центр при НИИ психиатрии*. Основными направлениями деятельности Центра являются<sup>91</sup>:

- выявление критериев прогноза повторных суицидальных действий;
- разработка принципов профилактики повторных суицидов;
- мультифакторный и многоаспектный анализ состояний дезадаптации, ведущих к формированию суицидального поведения;
- разработка принципов ранней диагностики и профилактики состояний дезадаптации.

2. *Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского*. Проводит работу по изучению суицидов и разработке мер их профилактики. С середины 1990-х гг. разрабатывает соответствующие рекомендации для территорий с наиболее высоким уровнем смертности от самоубийств (республики Коми, Удмуртия, Татарстан, Хабаровский край)<sup>92</sup>.

В отдельных субъектах разрабатываются проекты региональных программ, однако в большинстве случаев на сегодняшний день они не утверждены.

В Пермской области Управление здравоохранения создает межведомственную целевую программу по снижению числа самоубийств среди трудоспособного населения. В настоящее время работу с суицидентами ведут Кризисный центр и служба «Телефон доверия», однако, по словам заместителя министра здравоохранения Пермского края Ш. Биктаева, для профилактики суицидального поведения и снижения числа суицидов помощь должна быть комплексной, с участием образования, здравоохранения, социальных служб, правоохранительных органов, общественности<sup>93</sup>.

Министерством по делам молодежи, спорта и туризма Архангельской области финансируется региональная программа «Жизнь прекрасна», направленная на профилактику суицидального поведения среди населения<sup>94</sup>.

---

<sup>91</sup> Сайт Московского научно-исследовательского Института психиатрии (МНИИП). – Реж. дост.: <http://www.mniip.org/departaments/suicidology.php>

<sup>92</sup> Выступление Б.С. Положего на online-конференции «Самоубийства: как предотвратить беду?» 10.09.2011 г. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://ria.ru/online/20110910/434380661.html>

<sup>93</sup> Российская газета от 13.07.2011 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.rg.ru/2011/07/13/reg-permkray/suicidy-anons.html>

<sup>94</sup> Молодежный информационный портал Архангельской области. – Реж. дост.: <http://www.molarh.ru/?page=40>

С 2010 г. в Архангельске начали проводиться регулярные заседания рабочей группы по созданию российско-норвежского проекта «Регистр смертности Архангельской области», а также тренинговые занятия для специалистов первичного звена медико-санитарной помощи, психологов и психиатров с привлечением специалистов из Великобритании и Норвегии (данный проект финансируется Департаментом здравоохранения Норвегии).

В 2011 г. на заседании межведомственной комиссии по охране здоровья граждан при губернаторе Архангельской области было принято решение при формировании бюджета на 2012 год предусмотреть выделение средств на создание областного организационно-методического центра по профилактике суицидов в Архангельском областном психоневрологическом диспансере. В состав Центра должны войти антикризисный кабинет, патопсихологическая лаборатория, реабилитационный центр и полипрофессиональные бригады медработников<sup>95</sup>.

В Оренбургской области в 2010 г. прошло межведомственное совещание по вопросам совершенствования системы профилактики суицидального поведения среди детей и подростков, после чего под особый контроль была взята деятельность в этом направлении комиссии по делам несовершеннолетних<sup>96</sup>.

В Кемеровской области в 2008 г. распоряжением Администрации Таштагольского района была принята комплексная межведомственная программа по профилактике суицидов и оказанию помощи лицам, совершившим суицидальные попытки, однако в этом же году она была отменена<sup>97</sup>.

В Свердловской области на совместном заседании областной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав и межведомственного координационного Совета по профилактике насилия над детьми при Правительстве Свердловской области было принято решение о том, чтобы рекомендовать Министерству здравоохранения «разработать и распространить методы оказания комплексной суицидологической помощи, включающей меры первичной и вторичной профилактики; создать межведомственную службу социально-психологической помощи

---

<sup>95</sup> Официальный сайт Правительства Архангельской области. – Реж. дост.: <http://www.dvinaland.ru/prcenter/release/18444/>

<sup>96</sup> Новости Оренбурга и области от 24.08.2010 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.oren.ru/news/2522299/>

<sup>97</sup> Распоряжение Администрации Таштагольского района от 25.08.2008 № 1021-р и от 01.11.2008 № 50-р.

детям, находящимся в критических ситуациях, и их семьям; организовать обучение педагогов, родителей распознаванию суицидальных тенденций и поведения у детей и подростков»<sup>98</sup>.

В Республике Тыва в 2008 г. был утвержден план мероприятий по предупреждению суицида среди населения на 2008 – 2009 гг.

Проект предусматривал такие мероприятия, как мониторинг семей, находящихся в кризисном состоянии, открытие на базе республиканской психиатрической больницы «телефона доверия», внедрение комплексной реабилитационной программы по семейной терапии, обучение среднего медицинского персонала методам диагностики суицидальных тенденций, введение в образовательные курсы основ суицидологии, повышение квалификации работников образовательных учреждений в области диагностики и реагирования в кризисных ситуациях<sup>99</sup>.

Таким образом, в отдельных регионах Российской Федерации вопрос о необходимости совершенствования системы профилактики суицидального поведения регулярно обсуждается на научно-практических конференциях и заседаниях межведомственных комиссий. В некоторых субъектах предпринимаются конкретные практические шаги в данном направлении. Аналогичные приведенным примерам решения имели место в Иркутской области, Республике Бурятия и ряде других субъектов.

В Вологодской области в 2011 г. была принята ведомственная целевая программа «Психическое здоровье населения региона, развитие психиатрической помощи населению на 2011 – 2013 годы»<sup>100</sup>. На ее реализацию правительством области выделено 12 млн. 650 тыс. руб. Аналогичный проект, находившийся на рассмотрении в правительстве в 2006 г., не был поддержан по причине высокой затратности (для реализации программы требовалось 150 млн. руб.).

Мероприятия, указанные в данной программе, касаются таких вопросов, как совершенствование методов профилактики психических

---

<sup>98</sup> Решение совместного заседания областной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав и межведомственного координационного Совета по профилактике насилия над детьми в Свердловской области «О мерах, принимаемых в Свердловской области по профилактике суицидных попыток несовершеннолетних. О практике и опыте работы с несовершеннолетними, нуждающимися в психоэмоциональной поддержке» [Эл. рес.]. – Реж. дост.: [http://kdnzr.midural.ru/files/reshenie\\_10\\_2010.pdf](http://kdnzr.midural.ru/files/reshenie_10_2010.pdf)

<sup>99</sup> Постановление Правительства Республики Тыва «Об утверждении плана мероприятий по предупреждению суицида среди населения Республики Тыва на 2008 – 2009 годы» от 04.10.2008 № 581 // Тувинская правда. Спецвыпуск. – 2008. – № 133. – 30 окт.

<sup>100</sup> Ведомственная целевая программа «Психическое здоровье населения Вологодской области, развитие психиатрической помощи населению на 2011 – 2013 годы»: утв. приказом Департамента здравоохранения Вологодской области от 13 января 2011 г. № 6.

расстройств, повышение квалификации работников психиатрических служб, развитие материально-технической базы специализированных медицинских учреждений, реализация обучающих программ для населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидов. Все эти меры, безусловно, будут способствовать снижению суицидальной активности населения, однако, как следует отметить, ни в списке запланированных мероприятий, ни в перечне стратегических целей данного документа проблема суицидального поведения не выделена. Аналогично в рамках Программы модернизации здравоохранения, в которой планируется совершенствование форм и методов помощи для больных алкоголизмом, наркоманией и психическими расстройствами, также не отмечена категория суицидентов<sup>101</sup>.

Таким образом, система профилактики суицидального поведения в настоящее время создается в некоторых регионах Российской Федерации (Архангельская область, Кемеровская область, Республика Тыва). Вместе с тем для ее эффективного функционирования требуется разработка соответствующей концепции на федеральном уровне.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что организация помощи суицидентам в развитых зарубежных странах имеет ряд общих черт, которые целесообразно реализовывать и на территории Российской Федерации. К ним относятся следующие:

1. Активное участие государства в деле охраны психического здоровья и предотвращения самоубийств. Оно заключается в поддержке вневедомственных организаций и служб, в разработке нормативных документов законодательного и рекомендательного характера, финансировании целевых программ.

2. Широко развитая сеть вневедомственных учреждений и служб, занимающихся проблемами суицидентов. Это позволяет одновременно охватывать различные аспекты проблемы суицидального поведения (помощь в ситуации острого психологического кризиса, предоставление жилья, посредничество во взаимодействии суицидента со специализированными учреждениями, защита прав и т.д.). Кроме того, развитая сеть служб суицидологического профиля повышает доступность соответствующих услуг для населения.

3. Сочетание мер профилактики специализированного и общесоциального характера. То есть одновременная работа с представителями группы риска и людьми, нуждающимися в психологической поддержке,

---

<sup>101</sup> Программа модернизации здравоохранения Вологодской области на 2011 – 2012 гг.: утв. Постановлением Правительства области от 4 марта 2011 г. № 183.

а также с широкими категориями населения (пенсионеры, молодежь) с целью формирования толерантности к психическим нагрузкам и предотвращения суицидальных тенденций на ранних стадиях развития.

4. Повышенное внимание к информации, как наиболее регулируемому фактору предотвращения самоубийств. Имеется в виду два аспекта деятельности: а) жесткая цензура всех СМИ на предмет использования сведений о суициде и мерах психического воздействия; б) четкая система ведения статистической информации о самоубийствах с тенденцией к детализации социальных параметров по каждому зарегистрированному случаю.

Таблица 25. **Основные направления профилактики суицидального поведения в странах мира**

Страны	Действия, направленные на снижение суицидальной активности
США	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Развитая сеть некоммерческих общественных организаций.</li> <li>2. Активная, в том числе финансовая, поддержка общественных организаций государством.</li> <li>3. Национальная программа изучения и предупреждения самоубийств, разработанная Американской ассоциацией суицидологии.</li> </ol>
Япония	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Повышенное внимание к качеству статистической информации по проблеме суицидального поведения.</li> <li>2. Долгосрочный мониторинг суицидальных тенденций на государственном уровне.</li> <li>3. Специальный орган при Правительстве Японии, занимающийся вопросами изучения и профилактики суицидов.</li> <li>4. Законодательный запрет интернет-сайтов, пропагандирующих суицид.</li> </ol>
Швеция Финляндия Норвегия	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Развитая инфраструктура учреждений и служб, занимающихся профилактикой суицидального поведения, включающая первичный уровень системы здравоохранения.</li> <li>2. Приоритетным объектом системы профилактики являются дети и подростки.</li> <li>3. Профилактика суицидальных тенденций и психических расстройств путем реализации целевых программ в социальной сфере.</li> <li>4. Жесткая антиалкогольная политика государства.</li> </ol>
Шотландия Англия Ирландия Уэльс	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Включение мер по улучшению психического здоровья в базовую школьную программу.</li> <li>2. Государственная поддержка добровольческих движений, оказывающих помощь лицам с психическими отклонениями и суицидентам.</li> <li>3. Обучение населения методам распознавания признаков психического заболевания и оказания первичной психиатрической помощи.</li> <li>4. Внедрение в систему здравоохранения стандартов ухода за больными депрессией.</li> <li>5. Государственное стимулирование деятельности работодателей по профилактике суицидального поведения.</li> <li>6. Финансирование национальной программы по снижению уровня стигматизации суицидентов.</li> </ol>

На наш взгляд, именно эти общие для развитых стран черты позволяют эффективно решать проблему смертности населения от самоубийств и, следовательно, от неестественных причин в целом. Сеть ведомственных и общественных организаций, занимающихся в этих странах данной проблемой, хорошо развита благодаря координации их усилий, и все это обеспечивается государством или специально организованной

для этих целей суицидологической службой федерального значения. Основные особенности системы профилактики суицидального поведения в зарубежных странах представлены в таблице 25.

Следствием эффективной организации системы профилактики самоубийств является низкий уровень суицидальной активности населения. В государствах Западной Европы он соответствует предельно-критическому уровню, установленному ВОЗ, и, кроме того, существенно ниже, чем в странах ближнего зарубежья (табл. 26). Следует также отметить, что динамика смертности от самоубийств в государствах, решающих данную проблему на национальном уровне, имеет тенденцию к снижению.

**Таблица 26. Уровень смертности населения от самоубийств в государствах, имеющих национальную программу профилактики суицидального поведения (умерших на 100 тыс. нас.)\***

Государства	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.	2009 к 1990 г., в %
Великобритания	7,8	7,2	7,2	6,4	6,6	84,6
Нидерланды	9,3	9,2	8,9	9,0	8,5	91,4
Норвегия	15,1	12,2	11,9	11,3	11,6	76,8
Швеция	15,9	14,2	11,6	12,4	12,3	77,4
Франция	19,0	18,7	16,8	15,9	15,0**	78,9
Финляндия	29,1	26,1	21,5	17,6	18,3	62,9
<i>Для сравнения:</i>						
<i>Украина</i>	<i>20,5</i>	<i>28,1</i>	<i>28,2</i>	<i>20,8</i>	<i>19,0</i>	<i>92,7</i>
<i>Казахстан</i>	<i>22,9</i>	<i>33,3</i>	<i>32,7</i>	<i>26,8</i>	<i>24,5</i>	<i>107,0</i>
<i>Республика Беларусь</i>	<i>21,3</i>	<i>32,3</i>	<i>34,2</i>	<i>29,0</i>	<i>25,3***</i>	<i>118,8</i>
<i>Российская Федерация</i>	<i>27,0</i>	<i>41,6</i>	<i>37,8</i>	<i>29,8</i>	<i>24,2</i>	<i>89,6</i>

\* Ранжировано по среднему уровню смертности населения от самоубийств за период 1990 – 2009 гг. Источник: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех». – Реж. дост.: [http://data.euro.who.int/hfadshell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfadshell_ru.html)  
\*\* Данные 2008 г.  
\*\*\* Данные 2007 г.

Наибольших успехов в снижении уровня смертности от самоубийств добилась Финляндия, где общенациональная программа превенции суицидов дополнена комплексом профилактических мероприятий социального характера (например, программа рабочих мест, которая направлена на поддержку безработных и заключается в комбинировании базовых навыков, опыта с одновременным повышением мотивации к оплачиваемому труду<sup>102</sup>). Кроме того, Правительство активно

<sup>102</sup> Профилактика психических и поведенческих расстройств: рекомендации для политики и практики [Эл. pec.] // World Psychiatry. – 2006. – Vol. 5, 1. – Pp. 5–10. – Реж. дост.: <http://www.psyobsor.org/1998/27/2-1.html>

проводит антиалкогольную политику, которая включает в себя законы, определяющие ценовую политику, временный и возрастной ценз на покупку алкоголя; ограничения на рекламу алкогольной продукции; государственную помощь больным алкоголизмом в решении социальных проблем; создание системы клиник с анонимными и эффективными методами лечения; санитарное просвещение среди детей и подростков. Научно-исследовательские вопросы, связанные с антиалкогольной политикой, осуществляет государственная компания «Алко», которая имеет отделы, контролирующие использование этилового спирта (лицензирование и контроль торговых точек), лаборатории, занимающиеся изучением качества продукции. На основе этой деятельности разрабатываются рекомендации для Министерства социального развития и здравоохранения, включающие в себя перечень норм и ограничений потребления алкоголя для различных социально-демографических групп населения<sup>103</sup>.

Для России разработка национальной концепции профилактики суицидального поведения особенно актуальна в связи с повышенным уровнем смертности населения от самоубийств и вызванными этим существенными социально-экономическими потерями. Инициативы регионов по созданию программ превенции суицидов станут более эффективными, если будут поддержаны и скоординированы на федеральном уровне. Как отмечает Б.С. Положий<sup>104</sup>, «в целом для России, учитывая ситуацию, требуется государственная программа профилактики. Это должна быть комплексная программа, которая должна курироваться на самых высоких уровнях власти. Только тогда она будет реально выполняться. Она предполагает участие не только медиков и психиатров, но и педагогических организаций, разнообразных социальных служб, Минобороны и Министерства внутренних дел, а также участие здравоохранения в самом широком смысле слова»<sup>105</sup>.

---

<sup>103</sup> Информационный ресурс «Вся Финляндия». – Реж. дост.: <http://da.fi/115.html>

<sup>104</sup> Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (МГППУ), руководитель отдела экологических и социальных проблем психического здоровья Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, профессор кафедры социальной и судебной психиатрии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

<sup>105</sup> Выступление Б.С. Положего на online-конференции «Самоубийства: как предотвратить беду?» 10.09.2011 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://ria.ru/online/20110910/434380661.html>

### 3.2. Профилактика преступности и смертности населения от убийств

Профилактика убийств, как и профилактика правонарушений в целом, во всех странах построена по следующему принципу: «Предупреждение не может быть эффективным, если оно не организовано на систематической и скоординированной основе и не включает мероприятий по улучшению жизни населения, совершенствованию уголовного правосудия и пенитенциарной системы»<sup>106</sup>. Исходя из этого принципа, в отличие от профилактики суицидального поведения, основным субъектом профилактики преступности является государство.

Основные стратегические направления профилактики преступности за рубежом были сформулированы в начале 1980-х гг. Это такие направления, как<sup>107</sup>:

- общесоциальные меры по сокращению социально-экономической дифференциации, безработицы, улучшению городской экологии и т. д.;
- программы поддержки семьи и детей;
- программы поддержки и помощи тем, кто злоупотребляет алкоголем и наркотиками, освобожден из мест лишения свободы, а также жертвам преступлений;
- соседская взаимопомощь («соседский контроль»);
- максимальное сокращение тюремного «населения»;
- улучшение «техники безопасности» (освещение улиц, дворов, скверов, лестниц, охранная сигнализация, патрулирование территорий местной полицией, электронные средства безопасности и т. п.).

В США и странах Западной Европы с 1960-х гг. система профилактики преступлений ориентирована на тесное сотрудничество сотрудников полиции с населением. Например, в Великобритании данное направление нашло свое отражение в программе «Наблюдение за домом соседа», в США – в системе «соседского надзора». В сущности это постоянное наблюдение, которое ведется самими жителями за всеми преступными проявлениями в районе их проживания. Кроме того, в США осуществляется также программа «Block Watch» (наблюдение с целью предупреждения опасных ситуаций и преступности), согласно которой граждане должны сообщать полиции обо всем, что может ассоциироваться с преступностью.

---

<sup>106</sup> Криминология: учебник для вузов / под ред. проф. В.Д. Малкова. – М.: Юстицинформ, 2006. – С. 145.

<sup>107</sup> Грэхэм Д., Беннет Т. Стратегии предупреждения преступности в Европе и Северной Америке / Европейский институт по предупреждению преступности и борьбе с ней. – Хельсинки: HEUNI, 1995. – С. 40.

С 1984 г. в США реализуется «Национальная программа ночного бодрствования» (NNO), осуществляемая Национальной ассоциацией городской стражи. Ее целью является объединение служащих полиции и рядовых граждан в борьбе с преступностью. Взаимодействие полиции с гражданами проходит также в виде привлечения их к учебе в народных полицейских академиях. Эта идея впервые была реализована в 1977 г. в Англии в форме создания Полицейской вечерней школы, однако с середины 1980-х гг. активно практикуется и в США. Ее целью является информирование населения о задачах, формах и методах деятельности полиции, формирование положительного отношения к органам правопорядка.

Аналогичные цели преследуются во взаимодействии полиции со средствами массовой информации. Оно реализуется в рамках специальной программы, которую поддерживает Федеральное Правительство США посредством выделения специальных субсидий на ее проведение. В рамках данного направления в печати публикуются специально разработанные обращения к населению, в которых даются практические рекомендации по организации охраны собственного жилища от преступных посягательств, проведению патрулирования силами жителей, по применению самообороны, использованию специальных замков и сигнализации и т.д. В прессе проводятся также опросы населения с целью выяснения, насколько соответствует деятельность полиции нуждам граждан. Специальные издания, радио и телевидение для детей и подростков осуществляют пропаганду правовых знаний, направленную на предотвращение совершения подростками противоправных деяний. Регулярно до сведения населения доводятся данные о состоянии преступности, численности личного состава полиции, ее организации, технической и боевой оснащенности, бюджете. Каждый полицейский департамент имеет в своем штате сотрудника, отвечающего за распространение общественной информации и контакты с представителями прессы.

Немаловажная роль в американской системе профилактики преступности отводится работе с детьми и молодежью, причем с 7 – 8-летнего возраста. Для этой цели в рамках школьной программы реализуется специальный учебный курс, который разделен на три части в соответствии с возрастом учащихся. Соответственно, тематика данного курса имеет возрастную специфику. Так, в начальных классах детей обучают основам личной безопасности, осознанию смысла понятий «закон» и «преступность» и т.д.; в старших классах основными темами являются

знакомство с существующей в обществе системой ценностей, основами уголовного права и обязанностями гражданина<sup>108</sup>.

Большое внимание превенции преступности уделяют Скандинавские страны. В Швеции в 1974 г. был образован Национальный совет по предупреждению преступлений (The National Swedish Council for Crime Prevention) как государственное учреждение в системе Министерства юстиции. Советом руководит коллегия в составе 20 представителей государственных и коммунальных учреждений. Совет регулярно выпускает доклады о результатах криминологических исследований. Аналогичные советы образованы в Норвегии и Финляндии. Совместно со Скандинавским криминологическим исследовательским советом (The Scandinavian Research Council for Criminology) они выпускают с 2000 г. специализированный журнал «Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention».

В Германии и Австрии система профилактики правонарушений основана на идее, получившей название «коммунальная превенция». В рамках данного подхода реализуются такие программы, как «Безопасный город», «Роль граждан в обеспечении собственной безопасности», «Взаимодействие полиции и населения».

В информационной системе управления уголовной полицией Германии сформирован специальный массив сведений о правонарушениях, совершенных несовершеннолетними. На основе входящих в него данных проводится анализ причин и характерных особенностей развития преступности среди подростков. Результаты этих исследований используются при обучении, подготовке и переподготовке сотрудников полиции. Во всех крупных управлениях полиции созданы специальные комиссариаты по расследованию преступлений, связанных с наркотиками, а также сексуальных преступлений, дел о пропавших без вести лицах, правонарушений, совершенных несовершеннолетними. В крупных подразделениях полиции организованы отделы по делам несовершеннолетних (в остальных службах для этих целей введена специальная должность). В некоторых землях (Бремен, Гамбург) работа с несовершеннолетними разделена на два направления: профилактическую функцию осуществляет охранная полиция, расследование преступлений – уголовная полиция.

В Японии существуют такие системы предупреждения преступности, как:

---

<sup>108</sup> Гусейнов А.Б. Профилактика правонарушений несовершеннолетних за рубежом // Теория и практика общественного развития : электрон. науч. журн. – 2010. – № 3. – Реж. дост.: <http://www.teoria-practica.ru/index.php/3-2010/229-yurist/541-4>

1. Система предупреждения преступности в широком смысле, охватывающая чуть ли не все области социальной жизни.

2. Система предупреждения преступности в узком смысле, т.е. совокупность специфических целенаправленных государственных мер.

3. Система институализированного контроля на государственном и муниципальном уровне и неформального контроля (поскольку меры неформального контроля объективно складываются в систему).

4. Система раннего предупреждения и предупреждения повторной преступности<sup>109</sup>.

Кроме того, в 1978 г. в стране было создано 548 центров по делам несовершеннолетних в городах, населенных пунктах и деревнях. С 1980 г. функционирует семь центров по делам несовершеннолетних, находящихся в ведении главного полицейского управления. Аналогичные центры создаются также под эгидой полицейских органов префектур и муниципалитетов<sup>110</sup>.

Интересным является опыт Японии с точки зрения роли научно-исследовательской работы в области профилактики правонарушений. Для этого созданы такие учреждения, как Комплексный юридический НИИ Министерства юстиции и НИИ полиции при Главном полицейском управлении. Их цель состоит в постановке всей полицейской деятельности на научную основу. Одновременно с исследованиями, проводимыми в целях совершенствования профилактики преступлений, повышения качества работы с несовершеннолетними, улучшения борьбы с дорожно-транспортными происшествиями и развития научно-технических методов раскрытия преступлений, научно-исследовательскими институтами изучается психологический аспект преступной личности, вырабатываются оценки криминогенной ситуации и прогнозы ее изменений. Вместе с тем научная работа ведется на юридических факультетах государственных, муниципальных и частных университетов.

В 1997 г. Межрегиональным институтом ООН по исследованию преступности и юстиции (UNICRI) на основе изучения наиболее эффективных программ превенции правонарушений в ряде западных стран были сформулированы 7 элементов стратегии профилактики преступности<sup>111</sup>:

---

<sup>109</sup> Михеев Р.И., Морозов Н.А., Коидзуми Е. Международное сотрудничество России и стран АТР в сфере уголовной политики, борьбы с преступностью и её предупреждения // Мат. межд. науч.-практ. конф., г. Владивосток, 23.04.1997 г.

<sup>110</sup> Бакаев А.А., Остапенко Н.И. Система профилактики правонарушений несовершеннолетних. – М. – 2003. – С. 131 – 134.

<sup>111</sup> Alvazzi del Frate A. Preventing Crime: Citizen's Experience Across the World. – Roma: UNICRI, 1997. – P. 16.

1. Содействие населения при участии правоохранительных органов и уголовной юстиции активной политике предупреждения преступности, основывающейся на международном опыте, получаемом через эффективные проекты, развиваемые Организацией Объединенных Наций и другими соответствующими международными организациями.

2. Развитие долговременного планирования, равно как и быстрое реагирование на факты преступности согласно запросам общественного мнения.

3. Улучшение координации профилактической деятельности на национальном, региональном и местном уровнях.

4. Вовлечение населения в профилактику преступлений посредством усиления доверия к полиции со стороны общества.

5. Содействие населения правоохранительным органам и уголовной юстиции в сфере охраны и безопасности граждан и их собственности.

6. Обхождение с жертвами преступлений с уважением и пониманием их нужд и обеспечение быстрой помощи и информирования об их правах.

7. Регулярный мониторинг превентивных программ, основанный на надежной информации, анализе и публичных дискуссиях со всеми партиями.

**В Российской Федерации** главенствующая роль государства с ориентацией на активное взаимодействие с населением также является основой борьбы с преступностью. В 2007 г. на заседании Государственного Совета в Ростове-на-Дону Президентом РФ были определены четыре основных направления в работе по профилактике правонарушений<sup>112</sup>:

1. Совершенствование правовой базы. В нормативных документах должна быть четко определена компетенция и ответственность каждой структуры, входящей в единую систему профилактики, что позволит повысить общую координацию работы, сконцентрировать, объединить усилия органов власти и общественных организаций на наиболее значимых направлениях.

2. Профилактическая работа с молодежью. Изжитие формализма и значительное повышение качества и содержания профилактической и воспитательной работы с молодежью в школах, вузах, спортивных обществах; тщательный подбор кадров системы профилактики, состоящих из подготовленных и ответственных профессионалов.

---

<sup>112</sup> Официальный сайт Правительства Рязанской области. – Реж. дост.: <http://www.ryazanreg.ru/sec/prof/sistprof/>

3. Социальная адаптация людей, освободившихся из мест лишения свободы, а также лиц без определенного места жительства и рода занятий. Содействие представителям данной категории в решении жилищных проблем, оказание медицинской и правовой помощи с целью предупреждения повторной преступности.

4. Привлечение к охране правопорядка граждан и общественных организаций.

Система профилактики правонарушений на региональном уровне развивается в соответствии с перечисленными направлениями. Например, в **Новосибирской области** с 2010 г. основным направлением профилактики является тесное взаимодействие полиции с населением, что повысило эффективность выявления подозрительных лиц и мест концентрации правонарушителей, на основе проведенной работы были созданы специальные базы данных. Одним из эффективных методов профилактики правонарушений в Новосибирской области стала установка видеокамер наблюдения на административных зданиях, жилых домах и дворовых территориях. С их помощью было раскрыто каждое 50-е преступление<sup>113</sup>.

В **Рязанской области** для координации деятельности всех субъектов профилактики правонарушений (исполнительные органы государственной власти, правоохранительные органы, органы местного самоуправления, организации, предприятия, учреждения различных форм собственности, политические партии и движения, общественные организации) была создана межведомственная комиссия при Правительстве области. Ее задачами являются определение приоритетных направлений, целей и задач профилактики правонарушений; подготовка предложений по разработке нормативных правовых актов, направленных на профилактику правонарушений; участие в разработке и реализации программ профилактики правонарушений; подготовка предложений по материальному, финансовому, кадровому обеспечению деятельности по профилактике правонарушений; организация обмена опытом профилактической работы<sup>114</sup>.

На уровне муниципальных образований Рязанской области с 2009 г. функционируют общественные комиссии по профилактике правонарушений, которые не являются юридическими лицами, а работают на

---

<sup>113</sup> Главное управление Министерства внутренних дел Российской Федерации по Новосибирской области [Эл. рес.]. – Реж. дост.: [http://nov-mvd.ru/press/Press-relizi?blogs2\\_id=562](http://nov-mvd.ru/press/Press-relizi?blogs2_id=562)

<sup>114</sup> Официальный сайт Правительства Рязанской области. – Реж. дост.: <http://www.ryazanreg.ru/sec/prof/sistprof/>

общественных началах. Цель их деятельности – взаимодействие с межведомственной комиссией для достижения единого государственного подхода в решении проблем профилактики правонарушений. Общественными комиссиями осуществляется подготовка и проведение сходов граждан по вопросам безопасности и правопорядка; рассмотрение на заседаниях Комиссии персональных вопросов правонарушителей; проведение подворовых обходов; анализ работы участкового уполномоченного милиции; обеспечение деятельности народной дружины поселения; взаимодействие с общественными объединениями и другими организациями правоохранительной направленности, действующими на территории поселения.

Для участия в оперативно-профилактических мероприятиях при общественных комиссиях создаются народные дружины, которые патрулируют закрепленные за ними территории, участвуют в выявлении семей и лиц, находящихся в социально опасном положении, ведут индивидуальную профилактическую работу с населением<sup>115</sup>.

В **Липецкой области** законодательная база по профилактике преступлений и иных правонарушений представлена комплексом документов, нормативно-правовых актов, наиболее важной среди них является «Областная целевая программа по профилактике правонарушений в Липецкой области на 2009 – 2012 годы»<sup>116</sup>.

Повышенное внимание уделяется вопросу формирования и принятия законодательных актов, нормативных документов, направленных на улучшение материально-технического обеспечения и дальнейшего развития службы участковых уполномоченных. Так, в рамках реализации закона «О материальном стимулировании сотрудников органов внутренних дел по Липецкой области, состоящих на должностях службы участковых уполномоченных милиции» проводятся мероприятия по премированию и улучшению жилищных условий сотрудников УВД, капитальному ремонту пунктов полиции, комплектованию служебного автотранспорта<sup>117</sup>.

В условиях роста социально-политической напряженности, сокращения рабочих мест большое внимание в области уделяется работе

---

<sup>115</sup> Там же.

<sup>116</sup> Программа утверждена постановлением администрации Липецкой области от 24.09.2008 года № 248.

<sup>117</sup> Постановление Липецкого областного Совета депутатов от 04.10.2007 № 419-пс «О материальном стимулировании сотрудников органов внутренних дел по Липецкой области, состоящих на должностях службы участковых уполномоченных милиции».

по социальной реабилитации лиц, освободившихся из мест лишения свободы, не имеющих определенного места жительства и рода занятий. В соответствии с Законом Липецкой области «О квотировании рабочих мест для лиц, особо нуждающихся в социальной защите» от 14 сентября 2000 г. № 104 для представителей данной категории устанавливается квота в размере 3% от общего числа рабочих мест в организациях с численностью персонала свыше 100 человек<sup>118</sup>.

Ранее судимые лица, освободившиеся из мест лишения свободы, ставятся на учет в горрайорганы, органами УВД осуществляется контроль за их поведением, бытовым и трудовым устройством. В системе социальной защиты для данной категории лиц предусмотрены 12 действующих стационарных учреждений, 2 дома-интерната общего типа и геронтологический центр. В соответствии с постановлением главы администрации Липецкой области от 16.09.1992 № 328 в областном центре функционирует некоммерческая организация «Липецкий дом ночного пребывания для лиц без определенного места жительства».

С 2008 г. на базе УВД по Липецкой области функционирует Центр управления нарядами (ЦУН), имеющий электронную карту города с выведенными на нее маршрутами движения патрульных автомобилей. В целях организации канала экстренной связи жителей с органами внутренних дел для получения информации о чрезвычайных ситуациях, правонарушениях и преступлениях были приобретены кнопки экстренной связи «гражданин – милиция». В настоящее время на территории области функционирует 355 общественных объединений правоохранительной направленности, в т.ч. 306 народных и 3 казачьих дружины<sup>119</sup>.

В рамках закона «О профилактике безнадзорности и правонарушений в Липецкой области» осуществляется ежегодный анализ положения детей и выработка на его основе мер, направленных на улучшение ситуации; ведение единого банка данных о семьях и детях, находящихся в социально опасном положении; составление и реализация индивидуальных программ реабилитации и адаптации<sup>120</sup>.

---

<sup>118</sup> Закон Липецкой области от 14.09.2000 № 104-03 «О квотировании рабочих мест для лиц, особо нуждающихся в социальной защите»: принят пост. Липецкого областного Совета депутатов от 07.09.2000 № 490-пс.

<sup>119</sup> Официальный сайт УМВД России по Липецкой области. – Реж. дост.: <http://www.uvd-lipetsk.ru/profilaktika/problem>

<sup>120</sup> Закон Липецкой области «О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Липецкой области» от 22.08.2007 № 87-03: принят постановлением Липецкого областного Совета депутатов от 16.08.2007 № 366-пс.

Кроме того, в Липецкой области сделаны первые шаги по внедрению элементов системы ювенальной юстиции. С 2008 г. по данной системе работают все судебные органы области, создан Координационный совет по развитию ювенальных технологий, основной задачей которого является их внедрение.

При Правительстве **Пензенской области** для обеспечения единого организационного и методологического подхода к решению проблем предупреждения правонарушений создано управление по профилактике правонарушений и взаимодействию с правоохранительными органами и коллегиальный совещательный орган – межведомственная комиссия по профилактике правонарушений. В администрациях муниципальных районов и городских округов введены должности помощников глав администраций по профилактике правонарушений<sup>121</sup>.

В образовательных учреждениях Пензенской области созданы советы родственников с целью объединения усилий администрации учебного заведения, семей для устранения причин и условий совершения преступлений учащимися. В образовательных учреждениях создаются также добровольные объединения учащихся, отряды содействия правоохранительным органам с целью распространения правовых знаний среди несовершеннолетних, привлечения их к участию в профилактике правонарушений среди подростков, в пропаганде безопасного поведения на дорогах и улицах.

В регионе функционирует Оперативный молодежный отряд дружинников (ОМОД) – общественная организация, созданная в соответствии с Федеральным законом «Об общественных объединениях»<sup>122</sup> и Законом Пензенской области «Об участии граждан РФ в охране общественного порядка на территории Пензенской области»<sup>123</sup>. Другой формой взаимодействия правоохранительных органов с общественностью области являются советы общественности по профилактике правонарушений. Они формируются из граждан, занимающих активную жизненную позицию, способных оказать реальную практическую помощь сотрудникам правоохранительных органов. На заседания советов общественности

---

<sup>121</sup> Официальный портал Правительства Пензенской области. – Реж. дост.: ][http://www.penza.ru/offense/offense\\_info](http://www.penza.ru/offense/offense_info)

<sup>122</sup> Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19.05.1995 № 82: принят ГД ФС РФ 14.04.1995.

<sup>123</sup> Закон Пензенской области «Об участии граждан РФ в охране общественного порядка на территории Пензенской области»: принят Законодательным Собранием Пензенской области 23 июня 2006 г.

приглашаются для отчета должностные лица, совместно вырабатываются меры по улучшению криминогенной ситуации. В целях координации деятельности советов создан отдельный координирующий орган при губернаторе Пензенской области.

Опыт **Вологодской области** по организации системы профилактики правонарушений за период с 2005 по 2011 г. неоднократно отмечался с положительной стороны руководством страны и МВД России<sup>124</sup>. В области реализуется целевая программа «Профилактика преступлений и иных правонарушений в Вологодской области на 2009 – 2012 годы»<sup>125</sup>.

В регионе созданы 15 территориальных управлений и отделов внутренних дел, 13 отделений полиции. В 2011 г. финансирование органов внутренних дел области составило 4,1 млрд. рублей, из них 2,5 млрд. рублей выделено на денежное довольствие сотрудников. Для повышения эффективности кадровой политики под руководством начальника УМВД России по Вологодской области были созданы специальные комиссии, осуществляющие тестирование сотрудников полиции.

Как и в других регионах, повышенное внимание в системе профилактики правонарушений уделяется укреплению взаимодействия органов УВД «со всеми институтами власти и гражданского общества, повышению открытости, развитию всестороннего конструктивного сотрудничества»<sup>126</sup>. С этой целью развиваются контакты с представителями образовательных учреждений, национально-культурных автономий, студенческих объединений, общественных и некоммерческих организаций, религиозных конфессий.

Участковые уполномоченные полиции ежеквартально отчитываются о своей деятельности на собраниях граждан, проживающих на обслуживаемом административном участке. Ежемесячно проводится прямая телефонная линия и прием граждан, в том числе в Приемной Президента РФ и Общественной приемной партии «Единая Россия». Прием граждан ежемесячно осуществляют также общественные советы, созданные при каждом территориальном органе внутренних дел области. С целью укрепления доверия населения работа полиции корректируется с учетом

---

<sup>124</sup> Отчет начальника УМВД России по Вологодской области на сессии Законодательного Собрания Вологодской области 28.03.2012 г. // Официальный сайт Управления Министерства внутренних дел РФ по Вологодской области. – Реж. дост.: [uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc](http://uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc)

<sup>125</sup> Программа утверждена постановлением Правительства Вологодской области от 9 сентября 2008 г. № 1714.

<sup>126</sup> Отчет начальника УМВД России по Вологодской области на сессии Законодательного Собрания Вологодской области 28.03.2012 г. // Официальный сайт Управления министерства внутренних дел РФ по Вологодской области. – Реж. дост.: [uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc](http://uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc)

общественного мнения, для чего налажено взаимодействие с научными институтами (Институт социально-экономического развития территорий, Центр гуманитарных исследований и консультирования «Развитие»), осуществляющими мониторинг общественного мнения.

По направлению профилактики подростковой преступности сотрудниками полиции во взаимодействии с заинтересованными органами в дни школьных каникул проводятся декады по предупреждению правонарушений среди молодежи, принимаются меры по реализации федерального и областного законодательства, ограничивающего реализацию алкогольной продукции (Закон Вологодской области №2399 «Об ограничении времени розничной продажи алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15% объема готовой продукции на территории Вологодской области»<sup>127</sup>). В соответствии с ФЗ РФ №120-1999 г. «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»<sup>128</sup> к административной ответственности привлекаются родители, чьи несовершеннолетние дети находились без присмотра на улицах в вечернее и ночное время, реализуется мониторинг и учет семей, в которых имело место жестокое обращение с детьми.

Профилактика повторной преступности на территории Вологодской области реализуется в соответствии с Федеральным законом №64 «Об административном надзоре за лицами, освобожденными из мест лишения свободы»<sup>129</sup>. Тем не менее, по данным на 2011 г., уровень повторной преступности в регионе возрос с 42 до 52% от общего числа преступлений, что во многом связано с социально-бытовой дезадаптацией бывших заключенных (около 74% правонарушителей, совершающих преступление повторно, профессионально не трудоустроены и не имеют постоянного источника дохода)<sup>130</sup>.

---

<sup>127</sup> Закон Вологодской области № 2399 «Об ограничении времени розничной продажи алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15% объема готовой продукции на территории Вологодской области»: принят постановлением Законодательного Собрания Вологодской области от 27 октября 2010 г. № 647.

<sup>128</sup> Федеральный закон № 120 «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»: принят Государственной Думой 21 мая 1999 г.; одобрен Советом Федерации 9 июня 1999 г.

<sup>129</sup> Федеральный закон Российской Федерации «Об административном надзоре за лицами, освобожденными из мест лишения свободы» от 6 апреля 2011 г. № 64: принят Государственной Думой 25 марта 2011 г.; одобрен Советом Федерации 30 марта 2011 г. Впервые опубликован в федеральном выпуске «Российской газеты» 8 апреля 2011 г.

<sup>130</sup> Отчет начальника УМВД России по Вологодской области на сессии Законодательного Собрания Вологодской области 28.03.2012 г. // Официальный сайт Управления Министерства внутренних дел РФ по Вологодской области. – Реж. дост.: [uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc](http://uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc)

С 2010 г. в Вологодской области внедряются сегменты аппаратно-программного комплекса «Безопасный город», устанавливаются камеры видеонаблюдения, проводится работа по оснащению патрульного автотранспорта комплексами удаленного доступа к ведомственным базам данных. Для реализации этих мероприятий в 2011 г. были внесены изменения в программу «Профилактика преступлений и иных правонарушений в Вологодской области на 2009 – 2012 годы», предусматривающие увеличение финансирования с 58 759,5 до 63 759,5 тыс. руб.

Таким образом, профилактика правонарушений, в том числе убийств, в России и зарубежных странах имеет общие черты, которые заключаются в главенствующей роли государства, при этом основными направлениями деятельности являются сотрудничество с населением и различными общественными институтами, ориентация на предупреждение криминальных тенденций в молодежной среде, специальная работа с категориями групп риска. Соответственно можно выделить три уровня системы профилактики:

1. Общесоциальный (состоит в повышении благосостояния граждан, преодолении имущественного расслоения, стабилизации политической обстановки, ослаблении влияния на преступность межэтнических конфликтов, упорядочении миграционных процессов, в работе со средствами массовой информации, борьбе с алкоголизацией и наркотизацией общества, усилении работы по предупреждению незаконного оборота огнестрельного оружия, привлечении к сотрудничеству общественности и т. д.).

2. Специальный (заключается в учете и адресном подходе в работе с такими категориями, как лица, вышедшие из мест лишения свободы, «трудные» подростки, люди, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью, гастарбайтеры, бездомные, семьи, в которых были зафиксированы факты жестокого обращения и т.д.).

3. Индивидуальный (состоит в работе с отдельными лицами по нивелированию их агрессивных установок, в воспрепятствовании их проявлению в жестоких и преступных формах, а также в ослаблении корыстных мотивов, реализуемых через насилие).

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Таким образом, насильственные причины смертности, наиболее важными из которых являются убийство и самоубийство, представляют социальные патологии, свидетельствующие о социальном нездоровье общества и влекущие за собой целый комплекс проблем демографического и экономического характера. В данной монографии приведен анализ лишь некоторых последствий ухудшения социального здоровья населения. При этом убийства и самоубийства, на наш взгляд, следует рассматривать не только как причины смертности, но и как индикаторы психологического самочувствия людей, а также как показатели их межличностного взаимодействия, степени толерантности по отношению друг к другу.

Анализ показал, что в совокупности убийства и самоубийства выступают наиболее распространенными неестественными причинами смертности среди населения Российской Федерации. Актуальность данной проблемы среди категорий населения в трудоспособном возрасте обуславливает существенный уровень социально-экономического ущерба и потерь трудового потенциала, влияет на структуру демографической ситуации в целом. Здесь уместно напомнить, что сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста от неестественных причин является отличительной чертой Российской Федерации на международном уровне, однако система профилактики социальных болезней в стране далека от идеальной и в некоторых (прежде всего организационных) аспектах существенно уступает зарубежным аналогам.

Выявленные в ходе исследования факторы распространения социальных патологий убедительно доказывают, что сохранение и укрепление социального здоровья не может быть достигнуто только за счет улучшения экономической ситуации и повышения качества жизни населения. Решение этой задачи во многом зависит от уровня развития системы здравоохранения и социальной сферы в целом, а также от образа жизни самих людей, что повышает роль и информационно-просветительского аспекта профилактики социального здоровья. В целом это говорит о необходимости комплексного подхода, реализация которого возможна только при условии решения данных вопросов на федеральном уровне.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акутаев, Р.М. К вопросу о методах измерения латентной преступности [Текст] / Р.М. Акутаев // Государство и право. – 1998. – № 7. – С. 57-60.
2. Андроникова, О.О. Методика исследования склонности к виктимному поведению [Электронный ресурс] / О.О. Андроникова // Материалы III межрегиональной науч.-практ. конф. Новосибирского гос. педагогического ун-та, 17 – 18 дек. 2003 г. – Режим доступа: <http://spsi.narod.ru/5.htm>
3. Анисимов, А.И. Проблема социально-психологического исследования профессионального здоровья личности [Электронный ресурс] / А.И. Анисимов // Информационный образовательный портал Института прикладных социальных технологий. – Режим доступа: <http://sociohom.ru>
4. Антонян, Ю.М. Криминология. Избранные лекции [Текст] / Ю.М. Антонян. – М.: Логос, 2004. – 448 с.
5. Бакаев, А.А. Система профилактики правонарушений несовершеннолетних / А.А. Бакаев, Н.И. Остапенко. – М., 2003. – С. 131–134.
6. Беялов, Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта [Текст]: монография. – 5-е изд, перераб. и доп. / Ф.И. Беялов. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2011. – С. 12.
7. Бландинская, О.М. Социально-психологические особенности мотивации сохранения и укрепления здоровья у старшеклассников [Текст]: автореф. дис. на соиск. уч. ст. канд. психол. наук: 19.00.05 / О.М. Бландинская. – Ярославль, 2002. – 26 с.
8. Богоявленский, Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы [Текст] / Д.Д. Богоявленский // Социс. – 2002. – №5. – С. 6.
9. Болдина, М.А. Социальное здоровье семьи [Текст] / М.А. Болдина // Социальное здоровье: теоретические подходы, модели, технологии развития: материалы Междунар. науч.-практ. конф., г. Тамбов, 18 ноября 2008 года. – Тамбов: ТГУ, 2008. – С. 11 – 17.
10. Валиахметов, Р.М. Опыт социологического исследования проблемы суицида [Текст] / Р.М. Валиахметов // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии / Аналитический центр Юрия Левады (Левада-Центр); Междисциплинарный академический центр социальных наук (Интерцентр). – 2010. – № 1(103).– С. 65-89.
11. Вишневецкий, К.В. Криминогенная виктимизация социальных групп в современном обществе [Электронный ресурс]: автореф. дис. на соиск. уч. степ. д-ра юр. наук: 12.00.03 / К.В. Вишневецкий. – М., 2007 [Саратовский Центр по исследованию проблем организованной преступности и коррупции]. – Режим доступа: [http://sartracc.ru/i.php?oper=read\\_file&filename=Disser/vishnevecku.htm](http://sartracc.ru/i.php?oper=read_file&filename=Disser/vishnevecku.htm)

12. Войцех, В.Ф. Что мы знаем о суициде [Текст] / В.Ф. Войцех; под ред. В.С. Ястребова. – М., 2007. – С. 20.
13. Волкова, В.В. Феномен виктимного поведения в условиях современного мегаполиса [Электронный ресурс] / В.В. Волкова. – Режим доступа: <http://socioonom.ru>.
14. Вся Россия: портал поддержки международного научного, культурного и делового сотрудничества. – Режим доступа: <http://www.allru.org/SD/SDShow.asp?SdID=7706>
15. Выступление Б.С. Положего на online-конференции «Самоубийства: как предотвратить беду?» 10.09.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ria.ru/online/20110910/434380661.html>
16. Гаврилов, Б.Я. Роль уголовной статистики в формировании уголовной политики [Электронный ресурс] / Б.Я. Гаврилов // Труды Академии управления МВД России. – 2009. – №2. – Режим доступа: <http://jurnal.amvd.ru/indviewst.php?stt=247&SID=>
17. Гидденс, Э. Социология [Текст]: учебник / Э. Гидденс. – М.: Едиториал УРСС, 2005. – 632 с.
18. Гишинский, Я. Демография заключенности [Электронный ресурс] / Я. Гишинский // Демоскоп Weekly. – 2009. – № 361. – Режим доступа: [http://demoscope.ru/weekly/2009/0361/s\\_map.php#1](http://demoscope.ru/weekly/2009/0361/s_map.php#1)
19. Голенкова, З.Т. Процессы интеграции и дезинтеграции в социальной структуре российского общества [Текст] / З.Т. Голенкова, Е.Д. Игитханян // Социс. – 1999. – № 9. – С. 22 – 33.
20. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция [Текст] / Э. Гроллман // Суицидология: прошлое и настоящее. – М., 2001. – С. 270 – 352.
21. Грошева, И.А. Тенденции женской преступности в Тюменском регионе [Текст] / И.А. Грошева // Социологические исследования. – 2002. – № 11. – С. 146-148.
22. Грэхэм Д. Стратегии предупреждения преступности в Европе и Северной Америке [Текст] / Д.Грэхэм, Т.Беннетт // Европейский институт по предупреждению преступности и борьбе с ней. – Хельсинки: HEUNI, 1995. – 114 с.
23. Гулин, К.А. Проблемы психического здоровья населения [Текст] / К.А. Гулин, О.И. Фалалеева, Ю.Е. Ослопова. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.
24. Гусейнов, А.Б. Профилактика правонарушений несовершеннолетних за рубежом / А.Б. Гусейнов // Теория и практика общественного развития: электрон. науч. журн. – 2010. – № 3. – Режим доступа: <http://www.teoriapractica.ru/index.php/3-2010/229-yurist/541-4>
25. Давыдов, А.А. Модульный анализ и конструирование социума [Текст] / А.А. Давыдов. – М., 1996.
26. Демографический ежегодник Вологодской области. 2005–2010 [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2011. – 68 с.

27. Дмитриева, Е. В. Теоретико-методологические и методические основы социологии здоровья [Текст]: дис. на соиск. уч. степ. д-ра социол. наук: спец. 22.00.01 / Е.В. Дмитриева [Мос. гос. ун-т]. – М.: РГБ, 2005. – 423 с.
28. Дюркгейм, Э. Метод социологии [Текст] / Э. Дюркгейм. – Киев, 1899. С. 55.
29. Европейский доклад о предотвращении насилия и преступности среди молодежи [Электронный ресурс] / World Health Organization 2010. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0012/121314/E94277.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf)
30. Задорожный, В.И. Виктимологическая безопасность и её обеспечение мерами виктимологической профилактики [Текст]: монография / В.И. Задорожный. – Тамбов, 2005. – С. 38.
31. Здоровье для всех [Электронный ресурс] // Европейская база данных ВОЗ. – Режим доступа: [http://data.euro.who.int/hfaddb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfaddb/shell_ru.html)
32. Здоровье молодежи – необходимость перемен [Текст]: руководство ЮНИСЕФ по разработке программ в области охраны здоровья и развития молодых людей. – Женева, 1997. – 126 с.
33. Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ [Электронный ресурс] // Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. – № 6. – 314 с. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>
34. Зобов, Р.А. Социальное здоровье и социализация человека [Текст]: учебное пособие для вузов / Р.А. Зобов, В.Н. Келасьев; фак. социологии СПбГУ. – СПб.: Химиздат, 2005. – 166 с.
35. Ившин, В.Г. Виктимология [Текст]: учебное пособие / В.Г. Ившин, С.Ф. Идрисова, Л.Г. Татьяна. – М.: Вольтерс Клувер, 2011. – 265 с.
36. Иншаков, С.М. Исследование криминальной латентности и парадоксы социального отрицания преступности [Текст] / С.М. Иншаков // Общие проблемы борьбы с преступностью. – 2008. – №4 (6). – С. 5 – 10.
37. Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных? [Электронный ресурс]: доклад Всемирной организации здравоохранения, июль 2004 г. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0011/74693/E83583r.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/74693/E83583r.pdf)
38. Карцевский, А.В. Формирование региональной системы управления здравоохранением в условиях рынка (на примере Нижегородской области) [Текст]: дис. на соиск. уч. ст. канд. экон. наук: 08.00.05 / А.В. Карцевский. – Н. Новгород, 1996. – С. 13.
39. Киреева, Н.Н. Междисциплинарное исследование социального здоровья человека [Электронный ресурс] / Н.Н. Киреева. – Режим доступа: <http://socio.nom.ru/baza-znaniy/polnotekstovye-versii-zhurnalov/uchenye-zapiski-sankt-peterburgskogo-gosudarstvennogo-instituta-psikhologii-i-socialnoi-raboty/vypusk-no2-14-2010/mezhdisciplinarnoe-issledovanie-socialnogo-zdorovja-cheloveka/>

40. Ковалкин, А.А. Латентная преступность и методика ее выявления [Текст] / А.А. Ковалкин // Труды ВНИИ МВД СССР. – 1973. – № 24. – С. 81.
41. Колпина, Л.В. Теоретико-методологические основы исследования социального здоровья личности [Текст] / Л.В. Колпина. – М.: СГУ, 2009. – 179 с.
42. Комплексные меры по профилактике правонарушений на территории Ульяновской области на 2011 – 2012 годы: областная целевая программа (проект) // Официальный сайт Губернатора и Правительства Ульяновской области. – Режим доступа: <http://www.ulgov.ru/notice/4c96fb39cf09e.html>
43. Криминология: учебник для вузов [Текст] / под ред. А.И. Долговой. – М., 2007. – С. 163.
44. Криминология: учебник для вузов [Текст] / под ред. проф. В.Д. Малкова. – 27-е изд., перераб. и доп. – М.: ЗАО «Юстицинформ», 2006. – 528 с.
45. Кудрявцев, В. Эффективность системы уголовной юстиции [Текст] / В. Кудрявцев // Соц. законность. – 1971. – № 7. – С. 14.
46. Кузнецова, И.В. Психологические основания реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях [Текст]: автореф. дис. на соиск. уч. степ. д-ра психол. наук / И.В. Кузнецова. – М., 2003. – 58 с.
47. Ли, Д.А. Преступность в России: системный анализ [Текст]: монография / Д.А. Ли. – М.: Гелва, 1997. – С. 20.
48. Лунеев, В.В. Проблемы отечественной преступности: статистика и реалии [Электронный ресурс] / В.В. Лунеев, И.М. Мацкевич, Д.К. Нечевин // Евразийский юридический журнал. – 2010. – № 1 (32). – Режим доступа: [http://www.eurasialaw.ru/index.php?option=com\\_jcontentplus&view=article&id=1815:2011-02-03-08-53-11&catid=101:2010-06-03-10-59-29&Itemid=196](http://www.eurasialaw.ru/index.php?option=com_jcontentplus&view=article&id=1815:2011-02-03-08-53-11&catid=101:2010-06-03-10-59-29&Itemid=196)
49. Лунеев, В.В. Юридическая статистика [Электронный ресурс] / В.В. Лунеев. – Режим доступа: <http://www.vuzlib.net/beta3/html/1/19309/19359/>
50. Материалы заседания Экспертного совета по подготовке проекта программы партии «Правое дело» от 29.06.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://pravoedelo1.livejournal.com/210062.html>
51. Материалы интервью И. Орлова агентству «Интерфакс – Поволжье» от 17.12.2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.guardinfo.ru/events/interviews/interviews\\_8162.html](http://www.guardinfo.ru/events/interviews/interviews_8162.html)
52. Материалы интервью С.А. Игумнова газете «Белорусские новости» от 08.05.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://naviny.by/rubrics/society/2011/05/08/ic\\_articles\\_116\\_173531/](http://naviny.by/rubrics/society/2011/05/08/ic_articles_116_173531/)
53. Материалы интервью с Президентом Общероссийской общественной организации «Объединение частных детективов России» А. Алистратовым для политической экспертной сети «Кремль.org» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kreml.org/interview/128144140>
54. Материалы международной конференции по латентной преступности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.crimpravo.ru/blog/prestupnost.html>

55. Материалы пресс-службы УВД по Курганской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.uvd45.ru/news/show/218/>

56. Методика измерения DALY на сайте ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/metrics\\_daly/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/)

57. Михеев, Р.И. Международное сотрудничество России и стран АТР в сфере уголовной политики, борьбы с преступностью и её предупреждения [Текст] / Р.И. Михеев, Н.А. Морозов, Е. Коидзуми // Материалы междунар. науч.-практ. конф., г. Владивосток, 23.04.1997 г. – Изд-во Дальневост. ун-та, 1997. – Кн. первая. – С. 63 – 65.

58. Морев, М.В. Социально-экономические аспекты нравственного состояния общества [Текст] / М.В. Морев, В.И. Попова // Экономическое возрождение России. – 2010. – № 2 (24). – С. 120-128.

59. Мягков, А.Ю. Самоубийства в Ивановской области: анализ временных трендов [Текст] / А.Ю. Мягков, С.В. Ерофеев // Социологический журнал. – 2007. – №2. – С. 47.

60. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств [Текст] / под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 224.

61. Национальная психолого-психиатрическая энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/>

62. Наши подростки сводят счеты с жизнью в три раза чаще сверстников из других стран [Электронный ресурс] : материалы интервью с Б.С. Положим // Российская газета. – 2011. – №5430 (54). – 16 марта. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/03/15/suicid-poln.html>

63. Об административном надзоре за лицами, освобожденными из мест лишения свободы [Текст]: Федеральный закон Российской Федерации от 6 апреля 2011 г. № 64: принят Государственной Думой 25 марта 2011 г.: [одобрен Советом Федерации 30 марта 2011 г.] // Российская газета. – 2011. – Федер. вып. – 8 апр.

64. Областная целевая комплексная программа по профилактике правонарушений в Липецкой области на 2009 – 2012 годы: утверждена постановлением администрации Липецкой области от 24.09.2008 года № 248.

65. Об ограничении времени розничной продажи алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15% объема готовой продукции на территории Вологодской области [Текст]: Закон Вологодской области № 2399: [принят постановлением Законодательного Собрания Вологодской области от 27 октября 2010 г. № 647].

66. Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [Текст]: Федеральный закон № 120: принят Государственной Думой 21 мая 1999 г.: [одобрен Советом Федерации 9 июня 1999 г.].

67. Об участии граждан РФ в охране общественного порядка на территории Пензенской области [Текст]: Закон Пензенской области: [принят Законодательным Собранием Пензенской области 23 июня 2006 г.].

68. Общественно-политическая газета «Нижегородская правда» от 14 июля 2011 г. – №5. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pravda-nn.ru/archive/number:609/article:9623/>

69. О квотировании рабочих мест для лиц, особо нуждающихся в социальной защите [Текст]: Закон Липецкой области от 14.09.2000 № 104-ОЗ: [принят постановлением Липецкого областного Совета депутатов от 07.09.2000 № 490-пс].

70. О материальном стимулировании сотрудников органов внутренних дел по Липецкой области, состоящих на должностях службы участковых уполномоченных милиции [Текст]: постановление Липецкого областного Совета депутатов от 04.10.2007 п 419-пс.

71. О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Липецкой области [Текст]: Закон Липецкой области от 22.08.2007 № 87-ОЗ: [принят постановлением Липецкого областного Совета депутатов от 16.08.2007 № 366-пс].

72. Основные показатели развития регионов Северо-Западного федерального округа [Текст] : стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 105 с.

73. Отчет начальника УМВД России по Вологодской области на сессии Законодательного Собрания Вологодской области 28.03.2012 г. // Официальный сайт Управления министерства внутренних дел РФ по Вологодской области. – Режим доступа: [uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc](http://uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc)

74. О Федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)» [Электронный ресурс]: Постановление Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 280 // Гарант: информ.-правовой портал. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/4184672/>

75. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения [Электронный ресурс]: отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / Документационный центр ВОЗ. – Режим доступа: <http://whodc.mednet.ru/ru/psihicheskoe-zdorove-i-psihicheskie-rasstroystva/>

76. Пермский край: высокие технологии, профилактика, поощрение милиции в борьбе с преступностью [Электронный ресурс] : материалы интервью с министром общественной безопасности Пермского края И. Орловым. – Режим доступа: [http://www.guardinfo.ru/events/interviews/interviews\\_8162.html](http://www.guardinfo.ru/events/interviews/interviews_8162.html)

77. Перспективы развития и применения зарубежных криминологических теорий [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://evcprpk.ru/page/216/>

78. Пилягина, Г.Я. Создание национальной программы предотвращения роста саморазрушающего поведения и профилактики самоубийств в Украине / Г.Я. Пилягина // Новости украинской психиатрии: информ. сайт. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/brief/paper098.htm>

79. Половозрастной состав населения Вологодской области в 2000 – 2009 гг. [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 80 с.

80. Попов, В.Л. Судебная медицина [Текст] / В.Л. Попов. – С.-Пб.: Юрид. центр Пресс, 2006. – 622 с.
81. Прикладная юридическая психология [Текст]: учеб. пособие для вузов / под ред. А.М. Столяренко. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2(К)1. – 639 с.
82. Приступа, Е. Н. Междисциплинарное теоретическое обоснование понятия «социальное здоровье» личности ребенка [Текст] / Е. Н. Приступа // Социальная политика и социология. – 2007. – № 2. – С. 117 – 125.
83. Проблемы миграции и аспекты сотрудничества РФ и США в решении миграционных проблем [Электронный ресурс]: материалы заседания рабочей группы «Гражданское общество» в рамках Российско-Американской президентской комиссии по развитию сотрудничества от 27.05.2010 г. – Режим доступа <http://www.memo.ru/2010/06/01/dg.htm>
84. Программа модернизации здравоохранения Вологодской области на 2011 – 2012 гг. [Текст]: утв. Постановлением Правительства области от 4 марта 2011 г. № 183. – Вологда, 2011.
85. Профилактика правонарушений в городе Мурманске на 2010 – 2012 гг. [Текст]: долгосрочная целевая программа: областная целевая программа: утв. постановлением Администрации г. Мурманска от 12 октября 2009 г. № 1061. – Мурманск, 2009.
86. Профилактика преступлений и иных правонарушений в Вологодской области на 2009 – 2012 годы [Текст]: долгосрочная целевая программа: утверждена постановлением Правительства Вологодской области от 9 сентября 2008 г. № 1714.
87. Профилактика преступлений и иных правонарушений в городе Вологде на 2010 – 2012 годы [Текст]: городская целевая программа: утв. постановлением Главы города Вологды от 23 декабря 2009 года № 6995. – Вологда, 2010.
88. Пряткина, О.П. Современные индикаторы здоровья населения [Электронный ресурс] / О.П. Пряткина // Медицинские новости. – 2000. – № 10. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=3054>
89. Психическое здоровье населения Вологодской области, развитие психиатрической помощи населению на 2011 – 2013 годы [Текст]: ведомственная целевая программа: утв. приказом Департамента здравоохранения Вологодской области от 13 января 2011 г. № 6. – Вологда, 2011.
90. Психология здоровья [Текст]: учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
91. Рагимова, О. А. Социальное здоровье младших школьников в условиях трансформации российского общества [Текст] / О.А. Рагимова. – Саратов: СГУ, 2004. – 228 с.
92. Районы и города Вологодской области 2000 – 2009 [Текст] : стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 336 с.
93. Рак, И.П. Уголовная статистика [Текст] / И.П. Рак, Д.В. Образцов, А.В. Селезнев. – ТГТУ, 2009. – С. 32.

94. Регионы России. Социально-экономические показатели 2010 [Текст] : стат. сб. / Росстат. – М., 2000. – 996 с.
95. Римашевская, Н.М. Русский крест [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская // Природа. – 1999. – №6. – Режим доступа: <http://vivovoco.rsl.ru>
96. Римашевская, Н.М. Бедность и маргинализация населения (социальное дно) [Текст] / Н.М. Римашевская // Социологические исследования. – 2004. – № 4. – С. 33 – 44.
97. Розничная продажа алкогольной продукции в 2009 году [Текст] : стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 47 с.
98. Российская газета от 13.07.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/07/13/reg-permkray/suicidy-anons.html>
99. Российский статистический ежегодник 2009 г. [Текст] : стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 795 с.
100. Рывкина, И.В. Социальное нездоровье современной России как предмет изучения социальной науки [Электронный ресурс] / И.В. Рывкина. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2008/0351/nauka02.php>
101. Седова, Ю. Доктор, спасите меня от меня самого! [Электронный ресурс]: интервью с В.Ф. Войцехом / Ю. Седова // Научная среда. – 2001. – № 31 – 32. – 8 – 14 авг. – Режим доступа: [http://www.lgz.ru/archives/html\\_arch/lg31-322001/Tetrad/art8.htm](http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lg31-322001/Tetrad/art8.htm)
102. Сергеева, Т. Б. Социальное здоровье человека: философский аспект [Текст]: учеб. пособие / Т.Б. Сергеева. – Ставрополь: СГМА, 2003. – 29 с.
103. Словарь-справочник для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями [Электронный ресурс] / под ред. Л.Г. Гуслияковой, С.Г. Чудовой. – М.: Просвещение, 1996. // Национальная психологическая энциклопедия – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/34/word/agresija>
104. Социальная реабилитация и поддержка инвалидов в Германии [Электронный ресурс]: материалы конференции, г. Кёльн, 26 – 30 января 2010 года. – Режим доступа: [www.dorogavmir.ru/text/Materialy\\_konferencii.doc](http://www.dorogavmir.ru/text/Materialy_konferencii.doc)
105. Социальное здоровье подростка [Электронный ресурс]: комплексное социально-психологическое исследование / Ханты-Мансийское региональное отделение Академии социальных технологий и местного самоуправления. – Режим доступа: [http://www.astmsu.ru/project/project\\_54.html?part=1](http://www.astmsu.ru/project/project_54.html?part=1)
106. Степанчикова, С.А. Криминология [Электронный ресурс] / С.А. Степанчикова. – Режим доступа: [http://www.e-college.ru/xbooks/xbook110/book/index/index.html?go=part-004\\*page.htm](http://www.e-college.ru/xbooks/xbook110/book/index/index.html?go=part-004*page.htm)
107. Теория и методика изучения психологических особенностей работников производства в системе профилактики техногенных катастроф [Текст]: монография / под ред. Л.А. Байковой. – Рязань: Рязанский гос. ун-т, 2008. – 172 с.
108. Туляков, В.А. Закономерности виктимизации [Электронный ресурс] / В.А. Туляков. – Режим доступа: [http://www.pravo.vuzlib.net/book\\_z2166\\_page\\_20.html](http://www.pravo.vuzlib.net/book_z2166_page_20.html)

109. Федеральная целевая Программа по усилению борьбы с преступностью на 1996 – 1997 годы [Текст]: утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.05.1996 г. № 600 // Российская газета. – 1996. – 24 июля.
110. Храмов, С.М. Криминогенная ситуация в Республике Беларусь с учетом латентной преступности [Электронный ресурс] / С.М. Храмов; Национальный центр законодательства и правовых исследований Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://latence.narod.ru/alternativa.html>
111. Чентемирова, Н. А. Социология здоровья в российских условиях рынка медицинских услуг [Текст] / Н.А. Чентемирова. – М.: МАКС Пресс, 2006. – 256 с.
112. Число умерших по причинам смерти, по полу и возрасту по Вологодской области [Текст] : стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 146 с.
113. Шульга, В.И. Уголовная статистика и преступность [Электронный ресурс] / В.И. Шульга. – Режим доступа: <http://www.crime.vl.ru/index.php?p=2094&more=1&c=1&tb=1&pb=1>
114. Щербакова, Е.М. Демоскоп Weekly [Электронный ресурс] / Е.М. Щербакова. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0313/barom01.php>
115. Электронная газета «Информ-полис» от 09.10.2009. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.infpol.ru>
116. Юревич, А.В. Социопсихологическое состояние современного российского общества [Текст] / А.В. Юревич, И.П. Цапенко // Вестник РАН. – 2007. – № 5. – С. 387.
117. Alvazzi del Frate A. Preventing Crime: Citizen's Experience Across the World. Roma: UNICRI, 1997. P. 16.
118. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011 / World Health Organization. – 2011. – P. 72.
119. Reinstitutionalisation in mentalhealth care: comparison of data onservice provision from six European countries / S. Priebe, A. Badesconyi, A. Fioritti etal.. – BMJ 2005;330: 123-6.
120. Weissman, М.М. Функциональное ухудшение может иметь разные значения / М.М. Weissman // Всемирная психиатрия. – 2009. – Том 8. – №2. – Июнь. – С. 125.

## ГЛОССАРИЙ

1. **Виктимизация** – процесс превращения лица в жертву преступления и результат этого процесса как на массовом, так и на единичном уровне, то есть процесс реализации потенциальной виктимности в физический, моральный или материальный ущерб<sup>1</sup>.

2. **Виктимность** – повышенная способность человека в силу некоторых качеств (духовных, физических и профессиональных) становиться при определенных обстоятельствах объектом преступления. Под виктимизацией следует также понимать определенный результат совершенных преступлений, характеризующийся качественными и количественными показателями совокупности членов общества, пострадавших от преступлений, преступности в целом<sup>2</sup>.

3. **Виктимогенная обстановка** (ситуация) – обстоятельства и условия, порождающие более благоприятную возможность причинения вреда потенциальной жертве<sup>3</sup>.

4. **Виктимологический анализ** (виктимологическое исследование) – исследование, имеющее своей целью выявление причин и условий, при которых человек оказывается жертвой преступления. Общетеоретическое виктимологическое исследование, будучи подотраслью социологии, представляет собой процесс выработки системы новых научных знаний о жертвах социально опасных проявлений, определения понятий, аксиом (постулатов, законов), разработки языка теории, формирования методологии и методики научного анализа на основании определения и обобщения типовых закономерностей взаимодействия жертв и социально опасных феноменов, наблюдаемых и измеряемых теориями среднего уровня.

---

<sup>1</sup> Андроникова О.О. Виктимология и ее основные категории и понятия в отечественной и зарубежной науке [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://www.obrazovanie9.ru/articles/345-victimology.htm>

<sup>2</sup> Юридический энциклопедический словарь. – 2000. [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/lower/13644>

<sup>3</sup> Ившин В.Г., Идрисова С.Ф., Татьяна Л.Г. Виктимология: учебное пособие. – М.: Вольтерс Клувер, 2011. – С. 15.

5. **Криминогенная ситуация** – обстановка, характеризующаяся пространенностью преступных деяний, порождающая преступления, способствующая усилению преступности<sup>4</sup>.

6. **Преступность зарегистрированная** – совокупность преступлений, информация о которых поступила в органы уголовного преследования и которые зафиксированы в соответствии с установленными правилами<sup>5</sup>.

7. **Преступность латентная** – та часть преступности, которая по тем или иным причинам не получает отражения в уголовной судебной статистике и не становится предметом уголовного судопроизводства. Латентную преступность образуют преступления, оставшиеся неизвестными органам, имеющим право возбуждать уголовные дела, из-за сокрытия преступниками своих действий или из-за нежелания потерпевших и очевидцев обратиться в указанные органы с заявлениями; а также преступления, ставшие известными должностным лицам компетентных органов, но в силу недостатков системы учета преступлений или в результате служебных упущений оставшиеся незарегистрированными<sup>6</sup>.

8. **Преступность фактическая** – совокупность преступлений, совершенных за определенное время на определенной территории<sup>7</sup>.

9. **Социальная патология** – человеческие действия, поступки, типы поведения, которые общество расценивает как вредные, подрывающие правопорядок и общественную мораль: преступность, хулиганство, алкоголизм, наркомания и т.д.<sup>8</sup>

#### 10. **Социальное здоровье** –

- состояние индивидуума, группы, общества, соответствующее норме с точки зрения всех статусных параметров (психологического, семейного, социального, культурного, экономического, этнического)<sup>9</sup>;

- ресурс, социальный капитал, необходимый как молодежи, так и взрослым людям для успешной социализации и социальной адаптации в новых общественно-экономических условиях, а также в условиях модернизации российского общества<sup>10</sup>;

---

<sup>4</sup> Энциклопедия правового сайта «Правотека.ру». – Реж. дост.: <http://www.pravoteka.ru/enc/2987.html>

<sup>5</sup> Лунеев В.В. Преступность XX века: мировые, региональные и российские тенденции. – М., 1997. – С. 126.

<sup>6</sup> Большая советская энциклопедия. — М.: Советская энциклопедия, 1969 – 1978 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/102330/Латентная>

<sup>7</sup> Там же.

<sup>8</sup> Служба тематических толковых словарей [Эл. рес.]. – Реж. дост.: [http://www.glossary.ru/cgi-bin/gl\\_sch2.cgi?RRu.ogr;tg9!vgyurujo9](http://www.glossary.ru/cgi-bin/gl_sch2.cgi?RRu.ogr;tg9!vgyurujo9)

<sup>9</sup> Рагимова О.А. Социальное здоровье младших школьников в условиях трансформации российского общества / Пед. ин-т Саратов. гос. ун-та им. Н.Г.Чернышевского. – Саратов: СГУ, 2004. – С. 20.

<sup>10</sup> Там же. – С. 5.

- состояние человека, не сводимое к клиническим проявлениям организма, а выражающееся в удовлетворенности условиями труда, социально-экономическим положением и семейно-бытовыми условиями<sup>11</sup>;
- устойчивое состояние благополучия, обеспечивающее успешность функционирования, развития и самореализации личности в условиях современного общества<sup>12</sup>;
- в феномене социального здоровья отражается отношение общества к человеку; факторами, определяющими социальное здоровье, являются такие макропроцессы, как глобализация общества, состояние окружающей среды, социальные катастрофы (войны, национально-этнические конфликты), экстремальные ситуации, техногенные катастрофы; важную роль играют процессы, идущие на уровне общества: социальная мобильность, государственная политика в области здоровья и социальная политика в целом, состояние здравоохранения и других социальных институтов, поддерживающих здоровье<sup>13</sup> [20];
- интегральная характеристика развития личности (группы, общества в целом), взятая в единстве социальных и биологических показателей и выражающаяся в совокупности критериев жизненной удовлетворенности, соматического и психического здоровья и социальной активности<sup>14</sup>;
- отражение отношения общества к человеку, которое реализуется через включение (и исключение) человека в разнообразные социальные структуры и может рассматриваться как результат такого включения; под включением человека в среду понимается «процесс целенаправленного изменения, в ходе которого человек вырабатывает свойства, требуемые конкретной средой, что позволяет ему развиваться и удовлетворять свои потребности»<sup>15</sup>;
- степень комфортности человека в окружении, включая эмоционально-чувственную сферу и духовно-нравственное здоровье; к содержательным компонентам социального здоровья относятся способность

<sup>11</sup> Дмитриева Е.В. Теоретико-методологические и методические основы социологии здоровья: дис. ... д-ра социол. наук: спец. 22.00.01 [Мос. гос. ун-т]. – М.: РГБ, 2005. – С. 162.

<sup>12</sup> Болдина М.А. Социальное здоровье семьи // Социальное здоровье: теоретические подходы, модели, технологии развития: мат. Межд. науч.-практ. конф., 18 ноября 2008 г. – Тамбов: ТГУ, 2008. – С. 12.

<sup>13</sup> Сошнев А.Н. Программа курса «Социальное здоровье общества: методология анализа». – СПб.: СПбГУ, 2001. – С. 5.

<sup>14</sup> Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Социальное здоровье и социализация человека: уч. пос. для вузов / фак. социологии СПбГУ. – СПб.: Химиздат, 2005. – С. 291.

<sup>15</sup> Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Человеческое знание: самореализация человека: уч. для студ. ун-тов, обучающихся по направлениям подготовки и специальностям «Социальная работа», «Социология» / СПбГУ. – СПб.: СПбГУ, 2008. – С. 447.

личности активно выполнять свои социальные функции в обществе, адекватно отражать окружающую среду и себя в этой среде и в сознании других людей, адекватно отражать в своем сознании свои цели и способность их реализовать<sup>16</sup>;

- рассматривать и изучать социальное здоровье можно с позиции общества (степень, в которой индивид вовлечен в социальные отношения) и индивида (удовлетворенность этими отношениями), соответственно, есть два критерия социального здоровья: объективный – характеристики включенности личности в социальные связи и отношения и субъективный – самооценка этих связей и отношений<sup>17</sup>;

- взаимоотношение социального субъекта с социальной средой, детерминируемое его индивидуальными особенностями и социальной ситуацией. Это взаимоотношение выражается в субъективной и объективной достаточности социального статуса человека для реализации своих потребностей, целей и ценностей в процессе социального взаимодействия в соответствии с общественными ожиданиями; социальное здоровье – это «способность к конструктивному взаимодействию личности с социальными субъектами различных уровней»<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Соколова Т.Б. Социальное здоровье в социологическом измерении: моногр. / М-во трансп. РФ, Федер. агентство ж.-д. трансп.; Дальневост. гос. ун-т путей сообщ. – Хабаровск: ДВГУПС, 2009. – С. 20.

<sup>17</sup> Там же. – С. 18.

<sup>18</sup> Колпина Л.В. Теоретико-методологические основы исследования социального здоровья личности [Соврем. гуманит. акад.]. – М.: СГУ, 2009. – С. 102.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

## Приложение 1

### Уровень смертности от самоубийств в регионах Российской Федерации\* (число умерших на 100 тыс. нас.)

Территория	1990	1995	1998	1999	2000	2003	2005	2008	2009	2010
<b>Российская Федерация</b>	26,5	41,4	35,3	39,2	39,1	36,1	32,2	27,1	26,5	23,4
<i>Сибирский федеральный округ</i>	31,5	53,7	46,9	52,3	52,3	50,0	46,0	41,5	40,2	36,5
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>	30,2	49,9	43,7	45,5	49,9	45,4	42,7	38,2	35,4	34,0
<i>Приволжский федеральный округ</i>	28,3	48,4	43,0	48,5	48,6	45,5	41,3	35,4	34,8	30,4
<i>Уральский федеральный округ</i>	31,8	56,0	46,3	49,6	48,7	45,3	41,1	32,1	32,5	30,2
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>	26,3	45,3	36,3	41,2	39,5	36,3	30,9	24,6	23,5	21,6
<i>Южный федеральный округ</i>	20,0	23,7	21,2	23,4	24,1	20,8	17,9	14,4	15,1	17,7
<i>Центральный федеральный округ</i>	23,2	30,7	25,1	28,0	27,6	25,1	21,9	17,7	17,1	14,5
<i>Северо-Кавказский федеральный округ</i>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6,4
Чукотский авт. округ	18,7	66,6	76,1	35,8	62,1	76,5	86,9	82,2	91,7	88,7
Республика Тыва	34,4	59,8	58,5	65,0	64,4	66,7	51,6	59,5	57,7	71,1
Еврейская автономная область	37,0	72,9	51,9	63,4	79,8	65,7	63,4	56,6	61,5	66,7
Республика Алтай	40,1	81,3	98,5	73,7	95,2	101,9	87,2	73,0	68,6	65,6
Забайкальский край	35,9	80,4	65,9	81,9	81,7	77,2	72,2	70,0	71,8	65,3
Республика Бурятия	38,9	73,9	69,6	83,5	83,8	87,6	77,4	73,3	67,1	64,7
Амурская область	32,6	66,6	54,0	60,9	67,8	63,0	59,5	56,2	55,3	50,5
Удмуртская Республика	40,2	77,8	62,5	70,6	70,8	66,6	63,7	56,6	53,0	49,2
Республика Марий Эл	37,2	63,8	55,7	75,0	71,2	71,7	64,8	46,3	50,5	47,9
Чувашская Республика	30,7	35,1	37,3	59,6	54,8	52,8	47,2	44,2	45,8	45,1
Пермский край	30,9	59,9	51,8	59,1	60,7	56,5	52,1	45,1	45,5	43,3
Курганская область	34,4	54,5	53,9	57,6	61,1	60,5	53,4	50,5	50,2	43,2
Иркутская область	37,4	64,9	55,8	63,0	60,6	58,0	55,2	46,9	44,6	43,1
Кировская область	38,8	68,7	59,8	69,6	66,1	61,4	57,0	52,2	49,0	40,9
Республика Саха (Якутия)	24,2	35,1	40,4	39,9	48,4	48,8	48,3	48,5	46,9	40,8
Республика Коми	31,3	58,2	46,7	50,7	48,8	55,3	44,6	41,8	40,0	40,5
Республика Башкортостан	36,2	64,1	61,0	62,7	61,4	66,0	57,6	48,9	48,3	40,0
Республика Калмыкия	28,8	50,1	53,0	51,1	61,4	50,5	47,0	39,7	47,3	39,7
Архангельская обл.	30,5	68,0	57,2	61,8	61,6	54,6	51,9	44,8	37,5	39,1
Республика Хакасия	30,4	53,1	53,1	56,7	60,1	60,1	50,4	38,5	39,2	38,9
Алтайский край	30,2	49,8	42,7	50,4	44,7	46,9	43,8	41,8	41,7	37,6
Кемеровская область	34,9	56,8	49,3	52,5	56,3	50,6	46,2	40,8	41,6	36,6
Челябинская область	33,4	59,0	47,6	54,3	52,8	50,3	45,0	36,6	36,6	34,9
Оренбургская обл.	24,1	47,6	49,9	51,8	52,6	51,2	45,9	42,2	40,4	34,0
Хабаровский край	31,1	46,6	43,8	48,4	48,5	49,5	47,3	40,9	32,4	32,4
Новгородская обл.	35,2	51,3	39,4	55,7	49,3	42,2	38,8	39,1	35,9	29,1
Тверская область	31,9	52,5	47,7	52,9	47,6	47,6	36,9	30,3	33,0	28,8
Республика Татарстан	24,6	43,9	41,1	41,7	40,9	37,6	36,8	31,2	30,0	28,7
Свердловская обл.	34,7	60,8	51,8	53,0	50,2	45,5	40,3	29,9	30,8	28,2
Новосибирская обл.	26,9	40,5	31,4	37,0	39,2	37,4	35,4	34,7	32,2	27,6
Ивановская область	34,3	59,1	51,1	57,0	58,2	45,6	37,0	33,0	30,9	27,5

Продолжение прил. 1

Приморский край	30,6	47,3	42,1	45,3	46,7	39,2	36,0	28,8	27,4	27,4
Республика Карелия	31,1	69,1	54,6	56,0	55,0	51,1	40,6	34,0	29,2	27,1
Камчатский край	31,8	44,7	34,3	34,0	40,9	39,9	25,9	35,7	32,7	27,0
Владимирская обл.	26,1	46,1	41,3	45,2	47,4	42,5	37,2	28,6	29,7	26,7
Псковская область	34,3	61,1	48,3	54,3	55,0	47,0	40,0	32,5	29,0	26,0
Омская область	26,8	45,1	38,2	43,6	43,9	38,2	33,1	32,1	31,9	25,9
Астраханская область	27,5	39,3	35,7	38,4	44,3	39,8	36,2	32,1	31,7	25,9
<b>Вологодская область</b>	<b>31,1</b>	<b>56,7</b>	<b>52,5</b>	<b>62,2</b>	<b>57,3</b>	<b>52,2</b>	<b>39,2</b>	<b>26,5</b>	<b>29,4</b>	<b>25,7</b>
Саратовская область	25,1	39,9	36,3	40,4	39,5	34,5	26,7	27,2	28,8	25,5
Красноярский край	28,2	46,3	42,5	42,6	41,0	37,4	36,6	29,9	29,1	25,1
Пензенская область	25,1	34,7	34,5	39,5	38,9	38,5	36,0	27,3	29,6	24,9
Тюменская область	24,5	46,0	34,4	36,5	38,2	34,9	34,3	25,3	25,6	24,3
Республика Мордовия	21,6	32,9	30,9	35,1	37,7	29,1	31,2	27,1	26,4	24,1
Смоленская область	26,0	37,6	36,8	44,4	41,0	41,2	38,1	25,9	28,9	23,8
Костромская область	35,8	49,9	45,4	52,5	53,7	48,8	38,8	28,5	30,0	23,6
Калининградская обл.	32,1	49,3	43,6	45,8	46,2	34,5	33,4	24,0	26,0	23,5
Ленинградская обл.	29,4	46,8	35,8	42,8	40,2	38,2	32,5	26,1	26,5	22,7
Магаданская область	23,7	50,1	34,7	34,3	46,5	24,4	23,1	17,6	19,1	22,2
Республика Адыгея	24,1	25,5	28,0	26,7	23,0	24,2	26,8	18,8	22,3	22,0
Краснодарский край	27,4	34,6	30,2	32,0	32,7	31,4	27,7	23,6	23,3	21,8
Калужская область	24,3	33,2	33,1	35,9	39,5	30,2	26,8	21,9	22,8	21,0
Ярославская область	29,8	47,0	26,8	39,7	41,0	36,3	31,0	23,5	22,5	20,0
Нижегородская обл.	22,9	39,8	29,8	38,7	37,9	35,4	32,5	24,8	25,3	19,2
Брянская область	22,7	24,0	20,9	28,9	33,8	28,4	31,3	21,5	21,1	18,9
Томская область	25,7	40,6	38,8	41,2	43,4	42,0	36,2	26,2	20,7	18,6
Тульская область	31,4	39,7	29,6	34,3	34,1	30,9	29,6	20,7	20,5	18,6
Ямало-Ненецкий авт.округ	–	40,2	23,5	25,5	33,6	28,5	30,2	14,5	17,6	17,8
Белгородская область	20,6	26,2	27,0	30,4	29,3	29,0	23,4	21,0	18,8	17,4
Волгоградская обл.	26,8	35,7	31,1	33,8	31,4	27,0	26,1	21,0	21,5	17,3
Московская область	23,3	32,3	26,5	29,0	28,4	25,1	23,5	20,7	18,8	16,8
Липецкая область	20,1	28,8	28,9	29,0	26,0	25,7	25,1	19,9	20,1	16,4
Ханты-Мансийский авт.округ - Югра	–	44,4	30,6	35,8	33,0	29,5	26,6	16,4	17,1	16,3
Орловская область	24,0	37,1	27,9	31,1	29,0	22,8	19,2	14,6	14,9	15,5
Сахалинская область	35,4	58,5	41,0	29,9	34,0	23,5	24,4	15,5	12,1	15,4
Воронежская область	17,7	12,8	11,7	12,0	12,0	21,5	22,2	18,3	19,5	15,2
Ульяновская область	21,0	31,9	15,0	11,7	30,3	18,8	18,8	14,0	16,8	15,1
Тамбовская область	23,9	36,0	34,2	34,3	33,1	30,5	17,8	14,2	13,3	14,4
Мурманская область	19,7	46,6	35,2	38,7	38,0	35,0	28,2	12,3	9,9	13,8
Ставропольский край	20,4	17,1	14,9	21,4	24,2	21,7	19,3	15,8	15,8	12,2
Кабардино-Балкарская Республика	13,5	11,4	11,6	11,0	11,4	14,3	13,5	13,2	13,1	11,3
г. Санкт-Петербург	18,5	23,2	16,8	19,6	18,4	17,8	15,2	12,0	12,1	10,8
Курская область	22,3	29,9	28,0	29,2	26,1	27,7	24,4	18,2	16,4	10,4
Самарская область	24,4	36,5	32,0	37,5	35,8	28,0	23,2	19,3	13,8	9,8
Ростовская область	19,9	20,1	18,4	19,7	20,2	14,6	11,2	8,1	10,3	9,1

## Окончание прил. 1

Карачаево-Черкесская Республика	5,7	2,3	3,2	6,8	13,9	11,2	11,1	5,9	6,8	7,9
Рязанская область	25,0	35,7	25,8	26,8	23,3	16,0	12,5	11,4	8,5	7,2
г. Москва	17,0	16,8	11,1	12,1	12,3	11,0	9,3	8,0	7,2	5,5
Республика Северная Осетия-Алания	10,6	5,6	6,3	11,8	13,3	4,8	5,5	2,1	4,1	4,9
Республика Дагестан	4,2	5,3	5,2	6,3	5,0	3,2	4,7	3,3	3,7	3,2
Чеченская Республика	6,4	–	–	–	–	–	1,4	0,4	0,1	0,2
Республика Ингушетия	–	1,8	0,0	0,6	1,3	1,1	0,0	0,0	0,4	0,0

\* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2010 г.

## Приложение 2

**Уровень смертности от убийств в регионах Российской Федерации\***  
(число умерших на 100 тыс. нас.)

Территория	1990	1995	1998	1999	2000	2003	2005	2008	2009	2010
<b>Российская Федерация</b>	14,3	30,8	22,9	26,2	28,2	29,1	24,9	16,7	15,1	13,3
<i>Дальневосточный Федеральный округ</i>	22,9	44,6	35,2	39,6	45,2	45,3	44,0	31,5	28,4	25,6
<i>Сибирский Федеральный округ</i>	23,9	48,4	35,1	39,7	45,1	49,8	43,3	29,2	25,3	23,0
<i>Уральский Федеральный округ</i>	18,5	41,0	29,2	33,3	36,9	36,9	30,7	19,7	18,4	15,9
<i>Приволжский Федеральный округ</i>	11,7	27,2	20,4	23,9	25,6	26,7	22,8	15,3	14,3	12,6
<i>Северо-Западный Федеральный округ</i>	12,1	29,9	23,0	25,0	26,6	28,4	23,8	14,7	14,4	12,4
<i>Центральный Федеральный округ</i>	10,5	25,5	17,9	21,2	21,7	22,8	19,1	13,2	11,2	9,3
<i>Южный Федеральный округ</i>	11,2	17,8	16,0	17,7	18,4	15,8	13,4	9,0	8,4	8,3
Республика Тыва	76,5	137,1	94,9	110,7	130,4	142,5	119,5	84,7	85,3	81,2
Забайкальский край	30,7	62,7	44,0	56,5	53,1	64,1	64,5	52,8	48,0	44,3
Чукотский авт. округ	6,2	24,4	31,6	26,4	50,4	42,1	59,3	30,1	51,0	39,4
Республика Бурятия	24,3	50,8	38,8	52,1	58,6	82,7	68,8	45,6	40,8	35,6
Республика Саха (Якутия)	26,5	26,1	25,4	34,5	52,8	50,7	52,8	39,1	33,5	34,3
Хабаровский край	26,6	55,9	53,9	57,7	61,9	57,2	51,4	38,6	32,0	30,2
Кемеровская область	33,4	69,3	47,3	51,7	56,9	58,7	50,5	35,7	30,9	29,8
Республика Алтай	40,6	60,2	40,8	41,6	47,4	43,8	44,1	25,9	25,7	29,2
Амурская область	23,7	38,3	33,3	33,2	35,8	44,7	45,0	30,8	28,2	28,4
Иркутская область	32,5	67,0	49,3	61,7	73,3	91,8	72,7	37,4	31,0	28,2
Пермский край	19,1	42,6	32,5	44,7	49,7	53,8	47,5	29,2	30,4	26,5
Ненецкий авт. округ		31,9	19,2	14,5	41,4	50,3	33,4	23,8	16,6	23,5
Республика Коми	22,3	46,1	36,0	38,1	44,7	49,7	46,9	25,8	25,7	23,5
Курганская область	15,0	33,8	29,4	34,2	36,7	38,7	36,8	22,8	23,2	23,3
Еврейская автономная область	20,6	50,9	35,9	42,6	61,3	56,3	52,8	38,3	21,6	22,6
Магаданская область	21,7	68,2	40,7	46,9	55,6	44,4	39,3	33,5	24,1	22,2
Сахалинская область	16,2	52,9	34,5	44,3	43,9	45,2	39,9	33,1	29,3	21,6
Красноярский край	20,6	42,1	35,5	35,4	43,9	40,1	35,7	23,8	21,1	20,3

Продолжение прил. 2

Республика Ингушетия		14,7	19,4	19,6	14,3	8,0	9,5	12,9	18,9	19,8
Приморский край	23,4	45,3	29,9	32,4	35,4	37,1	37,6	23,1	24,8	19,4
Новгородская область	17,4	33,1	27,2	27,1	32,1	35,2	24,6	21,7	26,6	19,3
Республика Марий Эл	15,8	40,9	24,4	37,0	32,8	32,6	34,3	25,7	18,6	19,1
Архангельская область	14,8	35,5	29,3	31,8	33,7	37,9	38,4	18,9	19,6	18,6
Камчатский край	14,7	33,1	19,8	28,2	26,0	28,1	26,8	24,7	21,9	17,7
Тверская область	14,5	33,1	30,7	38,2	39,0	39,7	34,7	23,1	19,6	17,2
Челябинская область	14,7	40,5	29,0	33,0	37,4	38,9	29,5	20,1	18,7	16,8
Свердловская область	20,8	44,9	32,2	39,0	41,7	41,6	35,1	21,5	19,8	16,5
Республика Калмыкия	17,5	31,4	24,4	29,1	31,8	28,5	24,5	14,4	19,7	16,2
Алтайский край	16,4	36,3	24,9	27,7	28,7	33,1	31,8	23,9	18,9	16,0
Удмуртская Республика	16,9	38,8	29,3	27,8	28,4	31,2	28,6	22,4	16,1	15,6
Оренбургская область	14,9	34,8	26,8	33,2	33,6	31,7	25,2	18,6	17,8	15,4
Новосибирская область	15,4	27,5	19,8	20,7	22,6	26,9	25,1	19,1	17,5	15,3
Московская область	11,1	38,2	24,5	29,1	30,9	32,3	29,3	22,0	18,0	15,1
Республика Хакасия	22,4	40,1	22,4	26,8	40,8	43,8	24,8	21,6	19,9	14,7
Ивановская область	13,3	28,5	26,4	32,3	31,4	32,9	32,1	18,5	18,5	14,4
<b>Вологодская область</b>	<b>14,8</b>	<b>23,9</b>	<b>21,5</b>	<b>26,7</b>	<b>26,6</b>	<b>25,1</b>	<b>22,9</b>	<b>14,4</b>	<b>14,7</b>	<b>14,0</b>
Ленинградская область	12,4	34,1	23,9	29,8	29,6	33,5	27,7	19,5	16,6	13,9
Кировская область	11,3	25,9	20,4	23,6	24,5	25,0	23,2	17,1	14,9	13,8
Псковская область	12,9	24,4	22,1	25,4	28,7	26,0	29,4	15,3	14,4	13,8
Республика Карелия	14,7	39,6	25,2	26,8	28,3	28,2	24,3	15,5	13,0	13,3
Владимирская область	10,6	23,3	23,0	24,2	26,7	39,9	31,8	17,4	15,8	12,7
Смоленская область	21,2	21,9	26,9	30,4	33,6	34,2	27,4	19,9	16,6	12,6
Тюменская область	20,9	38,2	25,2	25,1	29,5	27,6	24,2	16,2	14,9	12,4
Тульская область	16,9	32,0	23,6	25,1	32,3	30,9	24,7	16,2	15,7	12,0
Республика Башкортостан	10,4	20,7	17,6	17,2	17,9	21,2	17,4	12,3	12,4	12,0
Республика Дагестан	4,6	8,3	10,8	11,0	8,5	7,0	7,0	6,4	7,9	11,7
Калужская область	11,3	19,9	20,1	22,4	25,3	14,4	18,1	11,9	12,7	11,6
Брянская область	9,2	14,0	14,1	15,9	15,0	19,5	19,6	13,4	11,8	11,5
Ямало-Ненецкий авт.округ		32,1	15,4	17,3	20,1	18,6	15,2	14,2	10,5	11,3
Омская область	13,3	31,1	22,0	25,9	28,1	25,6	25,7	16,4	13,5	11,2
Самарская область	10,7	21,8	17,8	18,9	21,8	24,3	20,2	13,7	12,8	11,0
Нижегородская область	10,3	22,0	17,6	20,3	21,8	24,0	22,0	14,6	13,8	10,9
Томская область	20,0	35,8	29,2	26,2	33,9	27,9	22,0	18,0	11,7	10,8
Мурманская область	7,0	25,1	21,0	17,8	23,1	27,6	20,5	10,3	11,9	10,4
Калининградская область	9,8	18,9	18,0	20,7	23,6	25,4	17,2	14,0	13,5	10,2
Волгоградская область	12,9	22,1	20,8	22,9	23,9	22,1	20,2	12,9	11,9	10,2
Чувашская Республика	10,5	15,4	13,3	21,9	25,6	24,8	20,4	14,1	11,4	10,1
Ханты-Мансийский авт.округ - Югра		39,1	24,2	24,5	29,0	23,8	23,0	13,0	13,7	9,6
Липецкая область	11,0	16,8	16,2	17,4	19,5	20,7	18,4	12,3	11,6	9,6
Саратовская область	11,7	28,5	19,8	27,5	29,2	27,0	21,4	14,6	12,1	9,6
Республика Адыгея	12,9	21,1	15,1	16,9	20,1	17,7	13,8	12,2	12,9	9,3
Ярославская область	13,6	30,1	14,5	21,9	28,0	29,1	23,3	15,9	11,3	9,3

## Окончание прил. 2

Краснодарский край	13,9	25,1	18,5	19,6	22,9	18,3	17,3	10,7	9,6	9,2
Пензенская область	9,4	16,7	16,5	20,6	22,2	20,2	18,6	8,5	11,1	9,1
Костромская область	11,4	23,0	24,7	30,9	22,6	26,7	18,2	13,2	11,3	9,1
Республика Татарстан	7,8	30,9	20,5	20,8	19,5	20,1	16,2	10,5	9,0	9,0
Астраханская область	13,9	14,0	15,9	19,9	20,7	17,4	17,4	10,5	8,9	8,7
Ставропольский край	10,9	18,8	16,2	17,9	18,0	20,7	14,2	10,9	8,5	8,4
Ульяновская область	9,0	22,6	11,8	10,0	22,3	22,1	16,7	9,0	9,9	8,4
Карачаево-Черкесская Республика	7,8	11,2	11,8	17,9	19,8	15,5	14,1	8,0	10,8	7,5
г. Санкт-Петербург	8,2	26,6	18,8	19,7	19,4	20,5	14,4	9,4	8,9	7,5
Тамбовская область	10,9	25,5	22,5	30,7	35,6	27,2	13,7	9,7	10,2	7,2
Курская область	10,1	17,2	13,7	16,7	10,9	11,2	12,6	11,7	7,9	7,2
Орловская область	11,4	18,1	16,3	13,7	14,0	13,0	10,6	8,9	4,1	6,6
Белгородская область	8,9	14,3	11,2	15,5	17,8	16,4	12,0	8,4	7,9	6,3
Республика Мордовия	8,0	23,4	13,4	12,8	10,4	9,9	9,3	7,6	9,5	6,1
Кабардино-Балкарская Республика	6,2	6,6	10,1	8,6	5,6	4,1	7,5	4,3	4,4	5,8
Ростовская область	11,1	14,8	13,3	15,5	17,0	12,8	8,7	6,0	5,7	5,4
г. Москва	7,5	25,7	12,7	14,5	11,9	12,9	9,4	7,8	6,5	5,2
Рязанская область	12,1	29,4	17,7	20,4	19,6	18,7	17,1	5,7	5,5	4,5
Воронежская область	2,9	5,6	3,6	7,5	9,3	17,6	14,6	7,0	5,3	4,4
Республика Северная Осетия-Алания	10,0	9,9	17,6	21,2	17,7	15,7	8,5	9,1	4,8	4,2
Чеченская Республика	8,5						13,2	3,5	1,0	0,9
* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2010 г.										

## Приложение 3

**Уровень смертности от убийств и самоубийств среди лиц в возрасте  
от 15 до 24 лет (2009 г.; число умерших на 100 тыс. нас.)\***

Территория	Уровень самоубийств	Уровень убийств	Территория	Уровень самоубийств	Уровень убийств
<b>Российская Федерация</b>	<b>25,1</b>	<b>9,3</b>	Владимирская область	23,9	11,0
<i>Центральный федеральный округ</i>	<b>12,5</b>	<b>6,7</b>	Астраханская область	23,4	5,4
<i>Сибирский федеральный округ</i>	<b>47,9</b>	<b>17,7</b>	Саратовская область	23,3	8,2
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>	<b>39,8</b>	<b>18,8</b>	Ленинградская область	22,9	7,2
<i>Уральский федеральный округ</i>	<b>32,9</b>	<b>11,7</b>	Приморский край	22,7	16,9
<i>Приволжский федеральный округ</i>	<b>30,2</b>	<b>7,9</b>	Калининградская область	22,5	11,9
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>	<b>20,1</b>	<b>7,6</b>	Костромская область	22,2	7,9
<i>Южный федеральный округ</i>	<b>10,6</b>	<b>4,8</b>	Ханты-Мансийский авт. округ Югра	22,1	11,4

## Окончание прил. 3

Чукотский автономный округ	284,2	64,6	<b>Вологодская область</b>	<b>21,7</b>	<b>8,5</b>
Республика Тыва	110,1	76,4	Республика Татарстан	21,1	5,4
Республика Алтай	98,2	13,3	Новгородская область	20,9	14,6
Республика Бурятия	97,9	31,3	Тульская область	19,1	10,5
Забайкальский край	92,1	33,0	Калужская область	18,7	7,6
Республика Саха (Якутия)	84,6	24,3	Республика Адыгея	18,7	8,6
Еврейская автономная область	59,1	11,8	Пензенская область	18,7	6,9
Республика Хакасия	57,3	14,9	Смоленская область	18,6	6,2
Иркутская область	57,3	22,2	Республика Мордовия	18,1	7,9
Республика Калмыкия	54,4	15,5	Ивановская область	16,2	6,5
Курганская область	52,2	8,6	Псковская область	15,5	12,6
Удмуртская Республика	50,3	6,4	Краснодарский край	15,2	4,2
Кемеровская область	47,5	19,1	Волгоградская область	15,0	6,6
Республика Башкортостан	46,0	5,2	Брянская область	13,4	7,0
Пермский край	45,4	12,3	Ульяновская область	13,2	3,9
Амурская область	42,9	26,5	Белгородская область	12,8	6,0
Республика Марий Эл	42,6	18,4	Московская область	12,8	8,5
Ненецкий авт. округ	42,1	14,0	Кабардино-Балкарская Республика	12,5	1,2
Алтайский край	40,0	9,8	Ярославская область	12,4	7,0
Республика Коми	40,0	11,0	Ставропольский край	12,4	4,4
Кировская область	38,0	9,4	Сахалинская область	12,3	19,7
Архангельская область	36,9	10,1	Липецкая область	11,8	5,3
Оренбургская область	36,2	15,2	Воронежская область	11,7	3,6
Челябинская область	34,8	13,5	Курская область	11,2	3,5
Тверская область	34,3	13,1	Мурманская область	10,6	2,8
Новосибирская область	31,7	12,9	Самарская область	10,5	7,2
Хабаровский край	31,2	14,1	г. Санкт-Петербург	9,0	4,5
Камчатский край	30,4	8,9	Тамбовская область	8,8	3,8
Омская область	30,0	7,3	Карачаево-Черкесская Республика	8,2	8,2
Тюменская область	29,8	11,4	Ростовская область	7,1	3,1
Свердловская область	29,7	11,0	Орловская область	5,9	4,2
Красноярский край	29,6	14,6	г. Москва	5,6	5,2
Чувашская Республика	27,6	2,8	Республика Северная Осетия-Алания	4,1	3,3
Республика Карелия	26,7	3,7	Рязанская область	3,7	3,7
Нижегородская область	25,2	8,3	Республика Дагестан	3,4	5,2
Томская область	25,0	8,5	Республика Ингушетия	0,0	17,7
Магаданская область	24,7	20,6	Чеченская Республика	0,0	0,8
Ямало-Ненецкий авт. округ	24,3	7,0			
<i>* Ранжировано по уровню смертности от самоубийств.</i>					

## Приложение 4

### Уровень преступности в федеральных округах России (число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. нас. в возрасте от 14 до 60 лет)\*

Территория	1990	1995	1998	1999	2000	2003	2005	2008	2009	2010
<b>Российская Федерация</b>	<b>1949,9</b>	<b>2888,3</b>	<b>2657,3</b>	<b>3083,4</b>	<b>3032,0</b>	<b>2806,1</b>	<b>3573,3</b>	<b>3220,2</b>	<b>3021,2</b>	<b>2667,0</b>
<i>Сибирский федеральный округ</i>	2288,4	3505,9	3288,5	3744,2	3596,4	3316,8	4098,0	3976,8	3736,2	3335,8
<i>Уральский федеральный округ</i>	2225,9	3618,2	3221,0	3930,2	3792,0	3448,6	4752,1	3807,0	3574,9	3297,2
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>	2501,8	3884,2	3268,1	3734,0	3620,9	3300,7	3991,9	4087,9	3588,3	3110,1
<i>Приволжский федеральный округ</i>	1758,0	2594,4	2367,0	2894,7	2815,0	2633,4	3835,0	3275,4	3032,5	2648,9
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>	1993,7	3324,0	3053,2	3535,9	3352,7	2628,6	3365,0	2946,6	2808,7	2479,0
<i>Центральный федеральный округ</i>	1388,5	2267,2	2016,6	2285,5	2368,2	2520,8	3020,0	2682,3	2607,2	2355,7
<i>Южный федеральный округ</i>	1841,6	2057,6	2126,6	2356,6	2345,8	1915,5	2149,7	2133,1	1978,9	2189,6
<i>Северо-Кавказский федеральный округ</i>	н.д.	1182,7								
Ямало-Ненецкий авт. округ	0,0	2192,0	1989,2	2362,1	2312,6	2172,0	3310,0	2502,8	2375,1	8119,6
Республика Бурятия	2689,5	4101,5	4377,1	4667,9	4660,7	3367,4	4446,2	4932,3	4482,7	3950,6
Пермский край	2202,6	4198,5	4092,0	5159,4	4459,9	4549,9	6414,3	5096,6	4651,9	3909,9
Томская область	2503,6	4002,2	3481,8	3530,7	3447,0	3384,2	4275,6	4137,2	3802,9	3869,1
Иркутская область	2666,6	3610,5	3799,0	4476,5	4234,8	3857,7	4790,3	4928,7	4573,2	3770,2
Астраханская обл.	2066,1	3073,0	2420,2	2935,1	3199,2	3428,5	4106,9	4467,4	4270,9	3702,0
Забайкальский край	2346,1	4475,7	3462,4	4032,0	4046,9	3635,3	4153,6	3925,1	3866,7	3696,9
Курганская область	2603,8	4294,2	4749,5	6160,9	6188,0	4330,4	5685,1	4276,1	3820,4	3629,9
Приморский край	2950,2	4517,9	3267,4	3856,0	3798,5	3302,5	4208,1	4548,0	3944,3	3616,4
Новосибирская обл.	2466,4	4131,6	3475,5	4066,6	3721,9	3601,6	4776,0	4495,5	4126,8	3592,0
Республика Алтай	0,0	3638,2	3556,1	3829,6	4061,9	3508,9	3889,5	4264,5	4205,2	3551,9
Нижегородская обл.	2321,2	2812,9	2395,3	2880,2	3202,1	2686,7	4158,2	3778,9	3902,3	3540,6
Челябинская область	1719,1	3084,3	2821,7	3608,4	3407,8	2876,0	4007,7	3669,6	3502,8	3473,7
Красноярский край	2653,6	3640,2	3364,9	3852,9	3490,4	2997,1	3956,4	4041,4	3807,7	3438,3
Кемеровская область	2054,3	2422,9	2446,4	2716,2	2839,5	2306,8	2610,6	3434,6	3552,1	3336,0
Тверская область	1932,9	3524,5	2922,3	3223,5	3100,4	3047,0	4298,0	3831,3	3674,7	3275,6
Ханты-Мансийский авт. округ - Югра	0,0	3777,3	3379,6	3797,0	3228,6	3599,1	4637,7	3314,3	3190,5	3254,9
Хабаровский край	3081,3	4245,7	3957,7	4521,7	4373,5	4301,2	5032,9	5393,9	4340,6	3219,1
Тюменская область	2535,0	3616,7	3276,1	3836,3	3464,8	3727,6	4927,8	3666,6	3438,4	3216,5
Свердловская обл.	2322,0	3884,6	3150,8	3753,9	3808,1	3491,8	5000,5	3931,6	3693,3	3154,6
Смоленская область	1771,5	3396,5	3114,9	3434,1	3368,2	3091,4	4093,1	3356,9	3363,0	3120,3

## Продолжение прил. 4

Республика Хакасия	0,0	3547,8	3128,5	3416,1	3624,7	4144,6	5060,8	3865,9	3790,8	3088,9
Самарская область	1714,1	2302,5	2393,5	2775,4	2744,7	2735,1	3671,7	4011,1	3576,8	3066,1
Еврейская автономная область	0,0	5040,4	4300,7	4595,4	4644,7	4588,4	4117,1	3575,2	3465,1	3051,6
Удмуртская Республика	1785,4	3019,6	2682,2	3062,0	2823,3	3062,5	4955,5	4114,9	3587,4	3050,7
Амурская область	1988,6	3165,5	2936,0	3561,7	3365,5	2789,2	3599,7	3436,2	3212,5	3019,8
Магаданская область	2820,7	4181,0	4217,8	4382,4	4143,2	2881,1	3451,4	3386,9	3336,4	2942,2
Сахалинская область	2326,7	5123,5	4093,2	3860,2	3584,5	3422,1	3682,9	3572,1	3445,0	2922,8
<b>Вологодская обл.</b>	<b>1830,7</b>	<b>3273,0</b>	<b>3676,1</b>	<b>4177,1</b>	<b>4089,9</b>	<b>3597,5</b>	<b>4337,8</b>	<b>3483,2</b>	<b>3248,9</b>	<b>2902,2</b>
Республика Карелия	2274,7	3648,2	3592,1	3875,2	3756,5	3279,3	3080,0	3172,5	3217,2	2839,2
Республика Коми	2028,0	2713,4	2638,1	3047,2	3184,6	3725,1	4217,8	3412,7	3331,3	2820,8
Архангельская обл.	2141,4	3742,1	3143,0	3707,5	2998,1	2523,5	3381,7	3369,7	2987,7	2819,5
Республика Тыва	5135,4	4465,7	3492,6	3851,5	4054,3	4444,9	4936,1	3430,9	3089,1	2801,4
Алтайский край	1939,9	2785,8	3141,6	3491,2	3209,9	3549,8	4218,8	3462,9	3095,7	2776,5
Новгородская обл.	2212,2	3940,5	3395,9	4016,6	3921,2	2902,8	3404,7	3310,9	3207,6	2703,6
Мурманская область	1478,8	1949,5	2021,5	2603,6	2435,5	2230,9	2751,9	2942,1	2583,9	2684,1
Брянская область	1726,4	3475,5	3274,8	3548,8	3336,0	2779,5	3456,1	2965,7	2870,4	2656,2
Псковская область	2681,6	4084,5	3692,1	4189,1	4141,3	3179,3	3765,6	3063,3	2783,1	2645,3
Владимирская обл.	1491,6	2806,3	2645,8	3129,6	3099,9	2880,0	3650,4	2870,7	2800,9	2636,4
Калужская область	1340,3	2567,8	2876,1	3429,9	3044,8	2652,7	3754,2	3068,3	2854,5	2624,9
Ивановская область	1638,1	3184,0	3028,6	3839,4	3650,7	3441,4	3507,5	2820,0	2663,9	2591,3
Республика Башкортостан	1121,9	1716,8	1515,7	1778,9	1830,8	2187,4	3203,8	2763,9	2678,4	2566,8
Волгоградская обл.	1887,5	2245,1	2388,3	2871,0	2936,1	2600,8	3000,5	2867,8	2793,3	2553,6
Республика Саха (Якутия)	2173,5	2196,6	2044,2	2484,6	2300,8	2178,0	2792,3	3020,1	2743,4	2530,7
Калининградская обл.	2074,0	3697,4	3362,7	3656,7	3370,7	3387,7	3363,7	2831,6	2949,9	2530,2
г. Москва	1041,8	1534,6	1048,0	1144,2	1579,9	2799,8	2913,9	2844,0	2864,7	2523,2
Республика Марий Эл	1901,9	3397,5	3034,1	3775,7	3789,5	2869,3	4366,4	4345,9	3555,6	2507,6
Ленинградская обл.	2534,6	3856,6	3364,3	4098,8	3895,1	2622,9	3132,4	2781,5	2802,7	2480,9
Орловская область	1332,9	2102,3	2176,8	2641,4	2733,5	2883,9	3337,0	2988,5	2692,2	2461,8
Московская область	1203,3	1789,6	1741,1	1927,2	1948,8	1883,5	2533,0	2592,6	2583,5	2438,8
Ярославская область	2207,3	3307,9	3176,3	4009,3	3892,0	3561,6	4961,0	3257,5	2967,0	2397,0
Омская область	1832,4	3556,7	2934,5	3580,2	3539,6	3221,5	3836,6	2996,2	2706,3	2351,1
Курская область	1203,0	2983,3	2528,2	2731,5	3098,5	2556,6	3296,9	2865,9	2606,2	2349,9
Оренбургская обл.	1513,8	2434,5	2347,4	3231,3	2860,1	2561,0	3450,0	2867,6	2695,5	2341,0
Чукотский авт. округ	0,0	1530,0	1983,7	2325,6	2403,8	1839,2	2165,2	2433,8	2379,4	2245,6
Республика Татарстан	1951,6	2507,2	2182,0	2951,3	2856,7	2338,5	3570,5	3082,4	2683,0	2235,2
Кировская область	1618,2	2872,8	2495,4	3038,9	2945,3	2783,2	3895,2	2627,1	2408,0	2226,1
Саратовская область	1957,1	2474,6	2163,7	2536,0	2586,0	2141,0	2993,4	2507,9	2362,6	2168,6
Камчатский край	2232,0	2772,7	2363,9	2781,5	3032,1	3057,3	3688,5	2408,1	2370,8	2146,4
Костромская область	1551,1	2676,1	2907,5	3791,8	3807,9	3330,5	3585,6	2318,5	2248,0	2101,3
Липецкая область	1296,9	2163,9	2127,7	2343,3	2343,7	1922,3	2321,8	2450,2	2237,5	2062,3
Ростовская область	2091,2	2317,1	2584,3	2782,2	2831,3	2335,6	2717,6	2960,7	2394,4	2045,4
Чувашская Республика	1492,3	2718,2	2496,4	2868,3	2660,1	2401,4	3791,2	2626,8	2408,6	2038,1
г. Санкт-Петербург	1739,5	3178,1	2790,8	3193,0	3040,9	1858,0	3095,4	2559,9	2427,3	2033,6

## Окончание прил. 4

Республика Калмыкия	2125,1	2282,4	2457,3	2783,5	2675,6	2577,4	2726,7	2700,5	2296,0	2023,4
Ульяновская область	1531,2	1900,7	1952,8	2323,5	2563,3	2059,7	3015,5	2416,0	2290,2	1950,6
Ставропольский край	2270,0	2114,8	2547,1	2729,0	2702,1	2261,1	2606,1	2224,6	2232,0	1931,3
Краснодарский край	2181,6	2485,3	2483,2	2713,9	2428,4	1734,3	1856,4	2036,9	1945,3	1883,9
Тамбовская область	1604,1	2554,1	2290,7	2564,9	2570,2	2054,5	3027,0	2352,7	2160,3	1878,6
Пензенская область	1190,9	1778,0	1492,7	1665,1	1620,3	1740,9	2778,2	2316,7	2134,7	1805,5
Воронежская область	1454,8	2115,7	2396,6	2548,1	2533,5	2517,8	2828,4	2241,5	2025,3	1794,3
Белгородская область	1441,9	1832,5	1821,2	2189,2	2070,1	1924,9	2471,9	1820,6	1893,4	1595,1
Республика Адыгея	0,0	2165,9	2636,0	3400,8	3253,2	1814,6	2049,0	1580,8	1624,7	1563,1
Тульская область	1664,0	2823,2	2355,9	2676,7	2525,8	1714,5	1903,4	1718,5	1717,4	1541,5
Республика Северная Осетия-Алания	1855,9	1520,1	1547,9	1676,7	1701,2	1486,9	1471,2	1726,4	1797,4	1495,6
Карачаево-Черкесская Республика	0,0	1496,4	1965,3	2121,2	2126,4	1910,6	2172,0	1826,9	1619,0	1486,1
Республика Мордовия	1794,0	2864,2	2329,9	2756,8	2578,7	2256,3	2867,0	1796,1	1618,2	1475,1
Кабардино-Балкарская Республика	1678,3	1324,7	1220,2	1365,0	1342,7	1202,1	1500,8	1388,2	1393,6	1468,0
Рязанская область	1582,3	2359,6	1598,6	1862,5	1923,1	1579,8	2188,2	1721,8	1424,4	1375,6
Республика Дагестан	1187,8	1084,7	1000,2	1002,9	1044,3	733,3	782,5	662,0	664,2	614,0
Чеченская Республика	0,0	681,7	0,0	22,6	715,6	1039,4	933,8	582,8	587,3	561,5
Республика Ингушетия	0,0	699,0	582,4	849,9	847,0	529,1	531,7	669,3	656,8	536,0

\* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2010 г.

## Приложение 5

## Соотношение латентной и зарегистрированной преступности (в разгах)\*

Территория	1990	1995	1998	1999	2000	2003	2005	2008	2009
<b>Российская Федерация</b>	<b>4,50</b>	<b>3,02</b>	<b>3,20</b>	<b>2,75</b>	<b>2,78</b>	<b>2,94</b>	<b>2,25</b>	<b>2,48</b>	<b>2,65</b>
<i>Южный федеральный округ</i>	<b>4,93</b>	<b>4,37</b>	<b>4,13</b>	<b>3,71</b>	<b>3,71</b>	<b>4,44</b>	<b>3,87</b>	<b>3,83</b>	<b>4,13</b>
<i>Центральный федеральный округ</i>	<b>6,35</b>	<b>3,88</b>	<b>4,24</b>	<b>3,73</b>	<b>3,58</b>	<b>3,29</b>	<b>2,69</b>	<b>3,00</b>	<b>3,11</b>
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>	<b>4,29</b>	<b>2,56</b>	<b>2,73</b>	<b>2,34</b>	<b>2,46</b>	<b>3,07</b>	<b>2,35</b>	<b>2,68</b>	<b>2,83</b>
<i>Приволжский федеральный округ</i>	<b>5,03</b>	<b>3,39</b>	<b>3,65</b>	<b>2,96</b>	<b>3,03</b>	<b>3,16</b>	<b>2,11</b>	<b>2,44</b>	<b>2,64</b>
<i>Уральский федеральный округ</i>	<b>3,91</b>	<b>2,36</b>	<b>2,59</b>	<b>2,11</b>	<b>2,18</b>	<b>2,33</b>	<b>1,66</b>	<b>2,05</b>	<b>2,20</b>
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>	<b>3,32</b>	<b>2,08</b>	<b>2,43</b>	<b>2,12</b>	<b>2,18</b>	<b>2,36</b>	<b>1,92</b>	<b>1,88</b>	<b>2,16</b>
<i>Сибирский федеральный округ</i>	<b>3,83</b>	<b>2,46</b>	<b>2,56</b>	<b>2,23</b>	<b>2,31</b>	<b>2,45</b>	<b>1,94</b>	<b>1,98</b>	<b>2,12</b>
Республика Ингушетия	н.д.	40,92	45,99	31,47	28,32	32,71	30,17	21,95	21,77
Чеченская Республика	н.д.	13,62	н.д.	402,29	12,25	8,67	9,48	14,99	14,93
Рязанская область	5,64	3,79	5,51	4,71	4,56	5,47	3,84	4,81	5,84
Республика Адыгея	н.д.	4,16	3,35	2,59	2,70	4,77	4,12	5,24	5,10
Карачаево-Черкесская Республика	н.д.	6,06	4,53	4,17	4,15	4,49	3,85	4,46	5,04
Республика Мордовия	4,98	3,10	3,72	3,12	3,32	3,70	2,83	4,41	4,91
Тульская область	5,32	3,18	3,72	3,27	3,46	5,01	4,41	4,80	4,82

Продолжение прил. 5

Республика Северная Осетия-Алания	4,80	5,90	5,74	5,32	5,23	5,82	5,76	4,82	4,64
Белгородская область	6,35	4,95	4,86	4,02	4,23	4,43	3,35	4,45	4,28
Краснодарский край	4,19	3,60	3,50	3,20	3,57	4,91	4,50	4,03	4,24
Воронежская область	6,20	4,30	3,72	3,48	3,49	3,43	2,97	3,67	4,06
Тамбовская область	5,65	3,56	3,88	3,44	3,43	4,22	2,78	3,50	3,82
Пензенская область	7,48	4,95	5,78	5,15	5,27	4,84	2,95	3,48	3,79
Липецкая область	6,82	4,11	4,10	3,70	3,69	4,42	3,57	3,33	3,65
Ставропольский край	4,01	4,26	3,43	3,18	3,19	3,73	3,16	3,63	3,63
Костромская область	5,82	3,37	3,03	2,31	2,29	2,55	2,29	3,49	3,61
Ульяновская область	5,77	4,62	4,38	3,66	3,30	4,00	2,66	3,27	3,46
Республика Калмыкия	4,23	3,91	3,54	3,10	3,21	3,23	2,97	2,92	3,44
Саратовская область	4,48	3,49	3,92	3,34	3,27	3,88	2,72	3,20	3,42
Ростовская область	4,23	3,79	3,32	3,07	3,01	3,59	3,02	2,73	3,39
г. Санкт-Петербург	4,87	2,67	2,97	2,59	2,71	4,34	2,56	3,13	3,33
Кировская область	5,54	3,11	3,49	2,84	2,91	2,99	2,07	3,02	3,32
Чувашская Республика	6,00	3,28	3,50	3,03	3,24	3,47	2,14	3,02	3,31
Курская область	7,53	3,06	3,52	3,25	2,85	3,38	2,55	2,86	3,15
Камчатский край	3,50	2,69	3,12	2,65	2,43	2,41	1,98	3,06	3,15
Московская область	7,10	4,78	4,82	4,35	4,30	4,40	3,19	3,09	3,12
Чукотский авт. округ	н.д.	4,62	3,60	3,07	2,99	3,89	3,33	2,98	3,08
Ивановская область	5,42	2,79	2,88	2,26	2,37	2,47	2,35	2,88	3,06
Ямало-Ненецкий авт. округ	н.д.	3,55	3,80	3,18	3,25	3,39	2,19	2,86	3,04
Орловская область	6,65	4,25	4,03	3,31	3,19	2,95	2,48	2,72	3,02
Республика Башкортостан	7,97	5,27	5,87	4,97	4,79	3,87	2,57	2,91	3,01
Республика Татарстан	4,53	3,54	4,00	2,94	3,02	3,59	2,29	2,60	2,99
Оренбургская обл.	5,91	3,63	3,68	2,66	2,99	3,25	2,35	2,77	2,97
Псковская область	3,39	2,23	2,41	2,11	2,12	2,70	2,21	2,67	2,95
Омская область	4,85	2,45	2,90	2,36	2,37	2,53	2,07	2,62	2,92
Владимирская обл.	5,87	3,13	3,25	2,74	2,76	2,92	2,25	2,83	2,91
Волгоградская обл.	4,70	3,92	3,60	2,98	2,90	3,22	2,73	2,82	2,91
Мурманская область	5,38	3,93	3,72	2,88	3,08	3,34	2,66	2,49	2,86
Калужская область	6,57	3,43	2,99	2,50	2,80	3,17	2,19	2,64	2,85
Брянская область	5,25	2,65	2,74	2,51	2,66	3,10	2,42	2,74	2,84
Республика Саха (Якутия)	3,89	3,78	4,00	3,28	3,55	3,66	2,80	2,57	2,84
Ленинградская обл.	3,46	2,26	2,53	2,07	2,16	3,14	2,56	2,84	2,83
г. Москва	8,32	5,54	7,80	7,11	5,13	2,82	2,68	2,77	2,78
Ярославская область	4,00	2,65	2,69	2,13	2,19	2,36	1,65	2,49	2,75
Республика Тыва	1,76	2,03	2,55	2,29	2,16	1,90	1,67	2,39	2,68
Калининградская область	4,05	2,29	2,47	2,25	2,43	2,37	2,33	2,75	2,66
Архангельская обл.	4,04	2,27	2,63	2,22	2,73	3,18	2,32	2,32	2,64
Алтайский край	4,61	3,14	2,70	2,42	2,61	2,31	1,89	2,28	2,58
Новгородская обл.	4,06	2,29	2,59	2,18	2,22	2,95	2,44	2,47	2,56
<b>Вологодская область</b>	<b>4,92</b>	<b>2,74</b>	<b>2,36</b>	<b>2,06</b>	<b>2,09</b>	<b>2,32</b>	<b>1,87</b>	<b>2,30</b>	<b>2,47</b>
Республика Карелия	3,76	2,33	2,32	2,14	2,20	2,45	2,55	2,46	2,44

## Окончание прил. 5

Амурская область	4,33	2,65	2,77	2,27	2,40	2,84	2,16	2,25	2,43
Смоленская область	5,10	2,65	2,79	2,52	2,55	2,70	1,98	2,37	2,38
Республика Дагестан	0,84	1,09	1,20	1,24	1,40	2,17	1,99	2,30	2,31
Челябинская область	5,10	2,81	3,02	2,35	2,47	2,86	2,01	2,18	2,30
Ханты-Мансийский авт.округ - Югра	н.д.	2,11	2,27	1,99	2,35	2,05	1,56	2,19	2,29
Республика Коми	4,06	2,97	3,00	2,58	2,47	2,06	1,79	2,19	2,26
Тверская область	4,71	2,60	3,05	2,75	2,85	2,84	1,95	2,16	2,26
Еврейская автономная область	н.д.	1,69	1,91	1,77	1,75	1,73	1,88	2,17	2,25
Кемеровская область	4,26	3,57	3,44	3,08	2,94	3,53	3,05	2,30	2,24
Самарская область	5,04	3,70	3,49	2,99	3,02	2,98	2,18	1,98	2,23
Сахалинская область	3,50	1,52	1,89	2,00	2,15	2,22	2,03	2,11	2,21
Удмуртская Республика	4,94	2,88	3,16	2,75	2,96	2,65	1,60	1,91	2,20
Республика Марий Эл	4,70	2,62	2,85	2,27	2,24	2,85	1,82	1,79	2,20
Магаданская область	2,75	1,72	1,72	1,65	1,75	2,51	2,08	2,13	2,20
Тюменская область	3,34	2,27	2,43	2,05	2,26	2,04	1,51	2,03	2,18
Свердловская обл.	3,76	2,22	2,68	2,23	2,19	2,34	1,60	2,02	2,16
Курганская область	3,44	2,07	1,83	1,40	1,39	1,95	1,44	1,90	2,13
Республика Хакасия	н.д.	2,46	2,70	2,46	2,30	1,96	1,57	2,03	2,08
Нижегородская обл.	3,81	3,15	3,64	3,02	2,70	3,14	1,97	2,14	2,08
Забайкальский край	3,79	1,94	2,44	2,08	2,07	2,24	1,92	2,01	2,05
Красноярский край	3,22	2,31	2,44	2,12	2,34	2,67	1,98	1,92	2,05
Томская область	3,45	2,11	2,36	2,30	2,33	2,31	1,80	1,85	2,03
Приморский край	2,83	1,80	2,43	2,06	2,08	2,37	1,84	1,70	1,98
Республика Алтай	н.д.	2,55	2,52	2,32	2,16	2,39	2,10	1,90	1,94
Новосибирская обл.	3,54	2,09	2,42	2,06	2,23	2,26	1,67	1,76	1,94
Астраханская обл.	4,29	2,86	3,53	2,90	2,65	2,41	1,96	1,78	1,87
Хабаровский край	2,71	1,91	2,01	1,75	1,80	1,81	1,52	1,42	1,78
Республика Бурятия	3,35	2,13	1,94	1,81	1,80	2,42	1,78	1,60	1,78
Иркутская область	3,25	2,36	2,20	1,86	1,96	2,11	1,66	1,60	1,74
Пермский край	3,98	2,07	2,08	1,64	1,88	1,80	1,25	1,56	1,72
Кабардино-Балкарская Республика	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<i>* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2009 г.</i>									

Приложение 6

Смертность среди населения Вологодской области от самоубийств в 2000 – 2010 гг.

Территория	2000 г.		2001 г.		2002 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 год		2010 год		2010 в % к...		
	абс.	на 100 тыс. нас.	2000 г.	2009 г.																	
<b>Всего</b>	<b>742</b>	<b>56,4</b>	<b>691</b>	<b>52,9</b>	<b>666</b>	<b>51,3</b>	<b>486</b>	<b>39,0</b>	<b>504</b>	<b>41,0</b>	<b>431</b>	<b>35,2</b>	<b>323</b>	<b>26,5</b>	<b>357</b>	<b>29,4</b>	<b>309</b>	<b>25,6</b>	<b>309</b>	<b>41,6</b>	<b>86,6</b>
Бабаевский	20	75,7	20	76,6	15	58,1	9	37,7	16	67,8	11	47,0	8	34,5	11	48,1	4	18,0	4	20,0	36,4
Бабушкинский	13	82,2	14	90,3	11	72,3	8	56,3	11	78,6	10	72,5	10	73,0	6	44,6	7	52,1	7	53,8	116,7
Белозерский	11	49,5	15	68,8	17	79,4	14	68,6	10	50,0	17	86,3	12	61,5	9	47,2	5	28,5	5	45,5	55,6
Вашкинский	3	27,5	6	56,0	7	66,0	6	62,5	6	63,2	10	107,5	6	64,5	7	76,8	4	48,8	4	133,3	57,1
В. Устюжский	32	45,5	46	65,9	56	80,8	12	56,3	27	129,2	30	148,5	29	142,2	36	59,2	34	58,6	34	106,3	94,4
Верховажский	25	148,8	18	107,7	17	102,4	15	93,8	19	119,5	22	139,2	5	31,8	11	70,7	12	85,2	12	48,0	109,1
Вожегодский	21	102,4	14	68,6	18	88,6	13	71,4	17	94,4	10	56,2	8	45,2	7	40,7	8	47,0	8	38,1	114,3
Вологодский	32	65,5	28	57,9	29	60,7	20	39,8	18	35,9	17	33,9	15	29,9	20	39,9	22	43,6	22	68,8	110,0
Вытегорский	32	92,7	35	102,3	29	85,5	26	85,5	22	73,3	23	77,4	16	54,1	16	55,1	15	54,7	15	46,9	93,8
Грязовецкий	38	86,7	34	78,7	31	72,9	20	50,6	30	76,7	20	51,4	18	46,5	19	49,7	24	66,4	24	63,2	126,3
Кадуйский	13	68,0	3	15,9	11	59,4	7	38,9	8	44,7	2	11,2	-	-	1	5,6	0	0,0	0	0,0	0,0
Кирилловский	20	103,0	14	72,5	5	26,3	11	60,8	12	66,7	5	28,1	8	44,9	7	39,9	9	56,2	9	45,0	128,6
К. Городецкий	14	57,3	8	33,1	20	84,0	14	65,7	11	52,4	18	87,0	10	48,8	18	89,6	9	47,9	9	64,3	50,0
Междуреченский	5	61,7	5	62,5	3	37,9	7	95,9	3	41,1	2	27,8	3	41,7	4	56,7	3	48,7	3	60,0	75,0
Никольский	24	84,5	16	56,9	19	68,1	22	86,3	21	83,3	11	44,0	12	48,2	24	98,0	11	48,5	11	45,8	45,8
Нюксенский	7	53,8	5	38,4	9	69,2	5	43,5	11	96,5	4	35,4	10	89,3	3	27,2	3	30,2	3	42,9	100,0
Сокольский	39	65,1	37	62,9	33	56,9	9	64,7	17	125,0	16	129,6	15	112,8	11	20,6	18	34,7	18	46,2	163,6
Сямженский	10	86,9	5	43,4	8	70,1	5	49,0	4	39,2	4	39,6	6	60,0	9	91,5	6	66,2	6	60,0	66,7

## Окончание прил. 6

Тарногский	8	50,3	8	50,6	14	89,7	6	40,5	9	61,6	8	55,2	10	69,4	12	84,0	6	46,0	75,0	50,0
Тотемский	22	79,1	25	90,2	17	61,8	19	73,6	18	69,8	22	85,6	15	58,8	15	59,4	21	87,3	95,5	140,0
У. Кубинский	3	28,5	5	47,6	5	47,6	8	87,0	7	76,9	6	66,7	5	55,6	13	147,3	4	49,0	133,3	30,8
Устюженский	16	73,7	8	37,3	17	80,9	8	38,8	9	44,1	8	39,6	7	34,8	6	30,4	3	15,8	18,8	50,0
Харовский	12	53,5	23	104,0	16	73,7	8	41,5	14	74,5	10	53,8	11	59,8	3	16,7	11	65,6	91,7	366,7
Чагодощенский	12	72,7	4	24,5	9	56,2	6	40,5	11	75,3	11	76,4	4	28,0	6	42,4	8	56,9	66,7	133,3
Череповецкий	31	71,9	25	58,2	23	54,1	18	45,2	20	50,6	15	38,3	3	7,7	0	0,0	1	2,4	3,2	–
Шекснинский	31	96,2	16	50,0	19	59,9	8	22,7	17	48,3	10	28,3	2	5,7	0	0,0	2	6,0	6,5	–
г. Вологда	117	39,1	126	42,3	117	38,4	82	27,8	79	26,9	72	24,5	66	22,5	73	24,9	52	16,9	44,4	71,2
г. Череповец	131	40,5	128	39,6	91	28,2	61	19,8	57	18,5	37	12,0	9	2,9	10	3,2	7	2,2	5,3	70,0

Источник: база данных территориального органа ФГС по Вологодской области.

Смертность среди населения Вологодской области от убийств в 2003 – 2010 гг.

Территория	2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2010 в % к...	
	абс.	на 100 тыс. нас.	2003 г.	2009 г.														
<b>Всего</b>	<b>316</b>	<b>25,1</b>	<b>267</b>	<b>21,4</b>	<b>284</b>	<b>22,9</b>	<b>220</b>	<b>17,9</b>	<b>203</b>	<b>16,6</b>	<b>176</b>	<b>14,4</b>	<b>179</b>	<b>14,7</b>	<b>168</b>	<b>14,0</b>	53,2	93,9
Бабавский	3	12,1	5	20,5	11	45,7	3	12,6	7	29,8	5	21,5	6	26,1	6	27,3	200,0	100,0
Бабушкинский	3	20,3	3	20,6	1	7,0	5	35,4	0	0,0	1	7,3	1	7,4	1	7,5	33,3	100,0
Белозерский	7	33,0	2	9,6	8	39,0	6	29,7	6	30,2	5	25,6	2	10,4	6	34,6	85,7	300,0
Вашкинский	0	0,0	3	30,5	0	0,0	3	31,4	2	21,2	3	32,2	0	0,0	0	0,0	—	—
В. Устюжский	7	10,8	7	10,9	8	12,6	16	25,5	11	17,7	15	24,4	17	27,8	13	22,4	185,7	76,5
Верховажский	5	30,8	2	12,3	3	18,6	6	37,6	4	25,3	4	25,5	1	6,4	5	35,8	100,0	500,0
Вожегодский	6	31,8	5	26,8	6	32,6	1	5,5	1	5,6	6	34,0	4	23,1	3	17,8	50,0	75,0
Вологодский	6	11,9	9	17,9	15	29,9	10	19,9	10	20,0	7	14,0	5	10,0	10	19,8	166,7	200,0
Вытегорский	21	66,8	9	29,0	16	52,3	10	33,1	8	26,8	7	23,7	8	27,4	6	22,0	28,6	75,0
Грязовецкий	8	19,5	13	32,1	11	27,6	15	38,2	13	33,3	14	36,2	8	20,8	4	11,1	50,0	50,0
Кадуйский	9	49,0	2	11,0	2	11,1	2	11,1	3	16,8	2	11,2	1	5,6	2	11,7	22,2	200,0
Кирилловский	5	27,1	2	10,9	2	11,0	4	22,1	4	22,3	1	5,6	2	11,3	1	6,3	20,0	50,0
К. Городецкий	4	18,2	4	18,4	9	42,0	6	28,4	7	33,6	1	4,9	6	29,6	2	10,8	50,0	33,3
Междуреченский	3	39,7	3	40,3	3	40,8	2	27,5	3	41,4	2	27,9	3	42,3	2	32,8	66,7	66,7
Никольский	12	45,8	5	19,3	6	23,4	6	23,7	8	31,9	5	20,1	3	12,2	5	22,2	41,7	166,7
Нюксенский	2	17,1	0	0,0	2	17,3	3	26,2	4	35,3	3	26,7	6	54,0	0	0,0	0,0	0,0
Сокольский	2	3,5	8	14,2	5	9,0	9	16,4	12	22,1	12	22,2	13	24,3	14	27,2	700,0	107,7
Сямженский	1	9,7	2	19,4	3	29,4	0	0,0	1	9,9	0	0,0	3	30,3	3	33,5	300,0	100,0
Тарногский	1	6,6	4	26,5	3	20,1	3	20,4	2	13,7	2	13,9	2	13,9	1	7,7	100,0	50,0

## Окончание прил. 7

Тотемский	10	38,0	6	22,9	9	34,6	9	34,8	5	19,5	5	19,6	5	19,7	4	16,7	40,0	80,0
У. Кубинский	0	0,0	2	21,5	3	32,6	0	0,0	0	0,0	3	33,5	1	11,3	3	37,0	—	300,0
Устюженский	10	46,7	4	19,0	3	14,5	8	39,1	2	9,9	5	24,9	3	15,1	4	21,3	40,0	133,3
Харовский	12	59,2	12	60,2	9	46,1	6	31,4	3	16,1	6	32,7	1	5,5	4	24,2	33,3	400,0
Чагодощенский	2	13,0	3	19,9	4	26,9	7	47,7	8	55,1	1	7,0	3	21,1	4	28,7	200,0	133,3
Череповецкий	18	44,4	14	34,7	8	20,0	4	10,1	10	25,4	3	7,7	6	15,6	10	24,3	55,6	166,7
Шекснинский	9	25,2	3	8,4	3	8,5	6	17,0	3	8,5	6	17,0	0	0,0	11	33,0	122,2	—
г. Вологда	48	16,0	47	15,8	49	16,6	47	16,0	44	15,0	28	9,5	36	12,3	19	6,1	39,6	52,8
г. Череповец	74	23,8	51	16,4	51	16,5	23	7,5	22	7,1	24	7,8	33	10,7	25	8,0	33,8	75,8

Источник: база данных территориального органа ФСС по Вологодской области.

## Приложение 8

### Уровень ППЖ и потери ВРП вследствие смертности среди населения от различных причин

Территория	Ишемическая болезнь сердца		Новообразования		Отравления алкоголем		Транспортные несчастные случаи		Убийства		Самоубийства	
	ППЖ (лет)	в % ВРП	ППЖ (лет)	в % ВРП	ППЖ (лет)	в % ВРП	ППЖ (лет)	в % ВРП	ППЖ (лет)	в % ВРП	ППЖ (лет)	в % ВРП
<b>Российская Федерация</b>	<b>675 369</b>	<b>0,476</b>	<b>640 249</b>	<b>0,451</b>	<b>229 896</b>	<b>0,162</b>	<b>580 350</b>	<b>0,409</b>	<b>350 586</b>	<b>0,247</b>	<b>645 061</b>	<b>0,455</b>
<b>Центральный федеральный округ</b>	<b>187 113</b>	<b>0,504</b>	<b>168 050</b>	<b>0,453</b>	<b>61 539</b>	<b>0,166</b>	<b>152 162</b>	<b>0,410</b>	<b>65 648</b>	<b>0,177</b>	<b>91 481</b>	<b>0,246</b>
Белгородская обл.	11 379	0,745	6707	0,439	1595	0,104	5544	0,363	1954	0,128	4146	0,271
Брянская область	7237	0,558	5892	0,455	5913	0,456	5245	0,405	2157	0,166	4367	0,337
Владимирская обл.	11 176	0,779	7388	0,515	2970	0,207	7668	0,534	3617	0,252	6462	0,450
Воронежская обл.	15 531	0,685	11 088	0,489	4105	0,181	10 400	0,459	1693	0,075	6356	0,281
Ивановская обл.	3756	0,351	5254	0,491	3424	0,320	4274	0,400	3237	0,303	4653	0,435
Калужская область	7488	0,747	4631	0,462	3473	0,347	5269	0,526	2193	0,219	3435	0,343
Костромская обл.	2273	0,329	3044	0,441	1901	0,275	2639	0,382	1244	0,180	3284	0,476
Курская область	8912	0,774	5818	0,505	664	0,058	5752	0,499	1362	0,118	2516	0,218
Липецкая область	7207	0,621	5785	0,498	2367	0,204	5410	0,466	1679	0,145	3342	0,288
Московская обл.	32 443	0,482	30 814	0,458	10 073	0,150	35 533	0,528	17 859	0,265	17 884	0,266
Орловская область	5270	0,647	4294	0,527	2450	0,301	3942	0,484	610	0,075	1579	0,194
Рязанская область	5348	0,463	5830	0,505	1242	0,108	4362	0,378	942	0,082	1282	0,111
Смоленская обл.	9701	1,000	5030	0,519	3182	0,328	5072	0,523	2501	0,258	3831	0,395
Тамбовская обл.	5434	0,497	5939	0,544	2012	0,184	3390	0,310	1716	0,157	2161	0,198
Тверская область	8186	0,600	6583	0,482	5701	0,418	7503	0,550	4116	0,302	7025	0,515
Тульская область	11 136	0,720	7831	0,506	3816	0,247	7814	0,505	3738	0,242	4554	0,294
Ярославская обл.	7600	0,581	5399	0,413	4233	0,324	5355	0,409	2358	0,180	3994	0,305
г. Москва	27 036	0,257	40 723	0,387	2418	0,023	26 990	0,256	12 672	0,120	10 610	0,101
<b>Северо-Западный федеральный округ</b>	<b>74 434</b>	<b>0,553</b>	<b>61 369</b>	<b>0,456</b>	<b>25 733</b>	<b>0,191</b>	<b>50 081</b>	<b>0,372</b>	<b>30 551</b>	<b>0,227</b>	<b>52 146</b>	<b>0,388</b>
Республика Карелия	4926	0,718	3141	0,458	1452	0,212	2280	0,332	1638	0,239	3675	0,536
Республика Коми	7081	0,742	5014	0,525	3303	0,346	3595	0,376	4075	0,427	7111	0,745

Архангельская обл.	8437	0,671	5687	0,452	4523	0,359	5391	0,428	3959	0,315	8268	0,657
Ненецкий авт. округ	321	0,000	162	0,000	163	0,000	141	0,000	114	0,000	306	0,000
<b>Вологодская обл.</b>	<b>6391</b>	<b>0,526</b>	<b>5554</b>	<b>0,457</b>	<b>2391</b>	<b>0,197</b>	<b>4352</b>	<b>0,358</b>	<b>2889</b>	<b>0,236</b>	<b>5328</b>	<b>0,438</b>
Калининградская область	3773	0,402	4271	0,456	3241	0,346	3638	0,388	1988	0,212	4304	0,459
Ленинградская обл.	9778	0,600	7386	0,453	4163	0,255	9590	0,588	4122	0,253	6635	0,407
Мурманская обл.	5305	0,632	3856	0,459	313	0,037	2236	0,266	1501	0,179	1570	0,187
Новгородская обл.	3781	0,588	3221	0,501	1929	0,300	4410	0,686	2245	0,349	3550	0,552
Псковская область	8076	1,166	3271	0,472	1048	0,151	3226	0,466	1625	0,235	2514	0,363
г. Санкт-Петербург	16 886	0,368	19 968	0,435	3370	0,073	11 363	0,248	6529	0,142	8081	0,176
<b>Южный федеральный округ</b>	<b>79 529</b>	<b>0,580</b>	<b>96 143</b>	<b>0,701</b>	<b>9947</b>	<b>0,073</b>	<b>92 461</b>	<b>0,674</b>	<b>32 822</b>	<b>0,239</b>	<b>56 146</b>	<b>0,409</b>
Республика Адыгея	1131	0,255	1942	0,438	915	0,207	2914	0,658	925	0,209	1616	0,365
Республика Дагестан	2187	0,080	8888	0,326	312	0,011	12 741	0,468	4493	0,165	2043	0,075
Республика Ингушетия	214	0,042	1101	0,215	0	0,000	1331	0,260	2311	0,451	39	0,008
Кабардино-Балкарская Республика	1916	0,215	3000	0,336	188	0,021	4967	0,556	701	0,078	2368	0,265
Республика Калмыкия	1235	0,435	1068	0,377	213	0,075	1786	0,630	1019	0,359	2797	0,986
Карачаево-Черкесская Республика	1231	0,288	1519	0,356	232	0,054	2876	0,673	944	0,221	533	0,125
Республика Северная Осетия-Алания	4008	0,571	2253	0,321	54	0,008	3341	0,476	708	0,101	378	0,054
Чеченская Республика	2205	0,176	4497	0,359	0	0,000	3915	0,312	272	0,022	42	0,003
Краснодарский край	16 012	0,311	23 656	0,459	3877	0,075	26 176	0,508	7530	0,146	17 773	0,345
Ставропольский край	9661	0,357	12 388	0,457	822	0,030	9111	0,336	3774	0,139	7033	0,260
Астраханская обл.	5433	0,540	5103	0,507	1360	0,135	3204	0,318	1656	0,165	5921	0,588
Волгоградская обл.	15 830	0,610	11 112	0,428	907	0,035	10 039	0,387	4884	0,188	8657	0,334
Ростовская область	18 466	0,436	19 616	0,463	1067	0,025	10 060	0,238	3605	0,085	6946	0,164
<b>Приволжский федеральный округ</b>	<b>138 840</b>	<b>0,461</b>	<b>133 546</b>	<b>0,443</b>	<b>59 304</b>	<b>0,197</b>	<b>126 396</b>	<b>0,419</b>	<b>66 308</b>	<b>0,220</b>	<b>178 842</b>	<b>0,593</b>
Республика Башкортостан	26 779	0,659	16 905	0,416	3064	0,075	15 952	0,393	7657	0,189	36 508	0,899
Республика Марий Эл	4523	0,647	3243	0,464	2602	0,372	3092	0,442	2190	0,313	5729	0,819
Республика Мордовия	3256	0,392	4507	0,543	784	0,094	4367	0,526	1289	0,155	3414	0,411
Республика Татарстан	16 995	0,450	14 525	0,385	2309	0,061	14 298	0,379	4928	0,131	18 104	0,480

Продолжение прил. 8

Удмуртская Республика	5275	0,345	5924	0,388	4122	0,270	7308	0,478	3627	0,237	14 702	0,963
Чувашская Республика	3327	0,260	5319	0,416	4026	0,315	6333	0,495	2289	0,179	9579	0,749
Пермский край	10 693	0,395	12 338	0,456	6811	0,252	12 623	0,467	12 694	0,469	23 612	0,873
Кировская область	8250	0,591	6089	0,436	4609	0,330	5111	0,366	2897	0,208	10 036	0,719
Нижегородская область	15 513	0,466	15 776	0,473	10 160	0,305	14 357	0,431	7304	0,219	14 252	0,428
Оренбургская обл.	10 110	0,479	9686	0,459	3231	0,153	9607	0,455	6541	0,310	15 339	0,726
Пензенская обл.	4197	0,305	5766	0,419	3671	0,267	6790	0,493	2208	0,160	5541	0,403
Самарская область	11 323	0,357	14 856	0,469	5336	0,168	11 942	0,377	5994	0,189	7136	0,225
Саратовская обл.	12 092	0,471	11 587	0,451	5435	0,212	8450	0,329	4788	0,186	11 334	0,441
Ульяновская обл.	6507	0,500	7025	0,540	3144	0,242	6166	0,474	1902	0,146	3556	0,273
<b>Уральский федеральный округ</b>	<b>45 753</b>	<b>0,373</b>	<b>54 493</b>	<b>0,444</b>	<b>17 131</b>	<b>0,140</b>	<b>44 651</b>	<b>0,364</b>	<b>37 306</b>	<b>0,304</b>	<b>71 078</b>	<b>0,579</b>
Курганская обл.	3538	0,372	5164	0,544	2438	0,257	4912	0,517	3362	0,354	8413	0,885
Свердловская обл.	15 704	0,357	19 239	0,438	6459	0,147	14 025	0,319	14 405	0,328	22 525	0,513
Тюменская область	13 693	0,401	14 421	0,422	2988	0,088	12 588	0,369	9178	0,269	17 428	0,510
Ханты-Мансийский авт. округ - Югра	5922	0,000	6545	0,000	1131	0,000	5194	0,000	4153	0,000	5582	0,000
Ямало-Ненецкий авт. округ	2414	0,000	2001	0,000	152	0,000	1286	0,000	990	0,000	2147	0,000
Челябинская обл.	12 818	0,365	15 669	0,447	5246	0,150	13 126	0,374	10 361	0,295	22 712	0,647
<b>Сибирский федеральный округ</b>	<b>101 681</b>	<b>0,520</b>	<b>95 556</b>	<b>0,489</b>	<b>46 761</b>	<b>0,239</b>	<b>89 008</b>	<b>0,455</b>	<b>85 959</b>	<b>0,440</b>	<b>150 431</b>	<b>0,769</b>
Республика Алтай	859	0,409	1222	0,582	851	0,405	1464	0,697	1028	0,490	3426	1,632
Республика Бурятия	4909	0,510	4788	0,498	3985	0,414	5993	0,623	7570	0,787	14 443	1,501
Республика Тыва	1154	0,366	1520	0,482	1377	0,436	3416	1,083	5800	1,838	4736	1,501
Республика Хакасия	2438	0,453	2542	0,472	1066	0,198	2258	0,419	1734	0,322	4435	0,823
Алтайский край	14 994	0,601	11 411	0,458	5058	0,203	9021	0,362	7454	0,299	17 883	0,717
Забайкальский край	7778	0,696	5717	0,512	3208	0,287	7816	0,700	9778	0,875	17 373	1,555
Красноярский край	15 755	0,545	14 044	0,486	7898	0,273	15 225	0,526	10 830	0,375	14 709	0,509
Иркутская область	15 765	0,630	12 514	0,500	4159	0,166	12 949	0,517	13 131	0,524	22 580	0,902
Кемеровская обл.	10 515	0,373	14 490	0,514	9079	0,322	9082	0,321	14 368	0,509	21 292	0,755
Новосибирская обл.	11 550	0,437	12 503	0,473	4255	0,161	9333	0,353	7753	0,293	14 261	0,539

## Окончание прил. 8

Омская область	10 141	0,504	9645	0,479	5178	0,257	6371	0,316	4209	0,209	10 958	0,544
Томская область	5823	0,559	5160	0,496	647	0,062	6100	0,586	2304	0,221	4335	0,416
<b>Дальневосточный федеральный округ</b>	<b>48 019</b>	<b>0,744</b>	<b>31 092</b>	<b>0,482</b>	<b>9481</b>	<b>0,147</b>	<b>25 591</b>	<b>0,397</b>	<b>31 992</b>	<b>0,496</b>	<b>46 047</b>	<b>0,714</b>
Республика Саха (Якутия)	3146	0,331	3723	0,392	802	0,084	3278	0,345	6157	0,648	11 037	1,162
Камчатский край	2223	0,648	1445	0,421	241	0,070	998	0,291	1062	0,310	2106	0,614
Приморский край	20 235	1,019	9844	0,496	1864	0,094	7307	0,368	8547	0,431	9599	0,484
Хабаровский край	11 289	0,806	6362	0,454	761	0,054	5147	0,367	7355	0,525	8835	0,631
Амурская область	4683	0,543	4964	0,575	4291	0,497	3934	0,456	4587	0,532	9035	1,047
Магаданская обл.	937	0,578	813	0,502	401	0,247	646	0,398	736	0,454	651	0,402
Сахалинская обл.	3867	0,754	2826	0,551	644	0,126	3100	0,605	2148	0,419	1101	0,215
Еврейская автономная область	1317	0,711	825	0,445	383	0,207	1120	0,605	819	0,442	2349	1,268
Чукотский автономный округ	322	0,656	290	0,591	94	0,192	61	0,124	581	1,184	1334	2,719

## Приложение 9

### Доля преступлений, сопряженных с насильственными действиями в отношении потерпевших (в % от общего числа преступлений)\*

Территория	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Российская Федерация</b>	<b>17,9</b>	<b>18,5</b>	<b>17,7</b>	<b>17,3</b>	<b>17,8</b>	<b>17,7</b>
<i>Уральский федеральный округ</i>	<b>19,8</b>	<b>19,5</b>	<b>17,8</b>	<b>18,3</b>	<b>21,7</b>	<b>21,4</b>
<i>Сибирский федеральный округ</i>	<b>19,8</b>	<b>20,8</b>	<b>19,5</b>	<b>19,0</b>	<b>19,9</b>	<b>19,7</b>
<i>Приволжский федеральный округ</i>	<b>20,0</b>	<b>19,3</b>	<b>19,3</b>	<b>19,6</b>	<b>19,5</b>	<b>19,2</b>
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>	<b>20,1</b>	<b>20,9</b>	<b>19,8</b>	<b>18,7</b>	<b>18,8</b>	<b>18,6</b>
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>	<b>17,5</b>	<b>18,7</b>	<b>19,0</b>	<b>17,9</b>	<b>17,5</b>	<b>17,6</b>
<i>Центральный федеральный округ</i>	<b>16,4</b>	<b>18,1</b>	<b>17,1</b>	<b>16,2</b>	<b>16,5</b>	<b>16,6</b>
<i>Южный федеральный округ</i>	<b>15,5</b>	<b>15,2</b>	<b>14,1</b>	<b>13,4</b>	<b>13,8</b>	<b>14,7</b>
Республика Тыва	33,2	37,0	33,8	34,7	35,6	33,3
Курганская область	19,7	20,0	20,8	23,0	25,3	28,4
Республика Саха (Якутия)	24,6	25,1	26,2	25,6	25,9	26,2
Республика Коми	18,0	18,9	21,8	23,4	21,7	26,2
Республика Алтай	22,9	24,8	24,6	24,3	24,5	25,6
Удмуртская Республика	22,3	22,4	20,9	23,9	26,2	25,4
Иркутская область	22,5	23,8	22,3	23,4	26,0	25,2
Чувашская Республика	29,8	29,7	26,1	26,5	27,1	25,2
Брянская область	18,7	19,3	20,3	20,6	21,4	24,8
Кировская область	43,0	22,3	21,8	24,3	24,7	24,6
Ульяновская область	28,7	30,1	26,1	27,6	26,2	23,9
Кемеровская область	28,5	29,6	29,2	28,3	25,6	23,8
Свердловская обл.	18,3	17,2	15,4	16,3	24,1	23,8
Чукотский авт.округ	22,1	25,1	26,3	26,5	22,2	22,7
Архангельская обл.	16,3	16,8	16,7	17,1	20,0	21,6
Республика Марий Эл	25,8	26,7	27,7	25,4	22,7	21,4
Оренбургская обл.	8,4	20,1	19,3	20,9	22,3	20,7
Челябинская область	23,7	24,2	21,2	20,6	21,4	20,3
<b>Вологодская область</b>	<b>23,1</b>	<b>25,2</b>	<b>23,0</b>	<b>21,9</b>	<b>22,5</b>	<b>20,0</b>
Омская область	19,5	20,3	18,0	18,7	18,6	19,5
Республика Башкортостан	6,5	6,6	17,2	19,3	19,2	19,5
Смоленская область	18,4	19,6	19,9	19,6	19,0	19,4
Республика Калмыкия	19,9	18,6	20,5	19,7	19,0	19,1
Костромская область	21,6	19,6	17,7	17,6	17,1	19,0
Амурская область	5,9	6,5	6,7	4,8	19,0	19,0
Астраханская обл.	16,6	19,0	20,1	19,5	20,3	18,8
Тамбовская область	18,0	17,4	16,8	18,3	18,0	18,8
Ямало-Ненецкий авт.округ	17,5	19,9	18,1	18,2	19,0	18,7
Волгоградская обл.	17,9	18,4	17,4	16,4	17,7	18,6
г. Санкт-Петербург	24,5	25,0	23,5	20,4	19,5	18,6
Республика Бурятия	21,2	23,2	21,1	20,5	19,8	18,5

## Продолжение прил. 9

Забайкальский край	0,0	0,0	0,0	0,0	18,4	18,4
Тульская область	17,7	20,2	18,2	17,2	16,7	18,3
Пермский край	7,9	17,9	16,6	16,9	17,5	18,2
Республика Мордовия	23,8	24,1	23,0	22,3	18,8	18,1
Алтайский край	18,6	18,4	17,4	17,1	17,0	18,0
Хабаровский край	7,7	8,2	7,7	7,3	17,5	17,9
Томская область	20,9	20,2	17,8	18,9	17,5	17,8
Пензенская область	101,8	15,6	14,6	16,8	17,6	17,7
Новгородская обл.	18,7	18,0	18,2	16,7	17,2	17,6
Ленинградская обл.	18,4	19,2	19,0	17,6	18,4	17,5
Ярославская область	20,5	21,6	20,3	19,2	19,3	17,4
Калужская область	14,6	17,2	16,9	17,0	17,9	17,4
Тюменская область	18,2	18,4	17,0	17,5	17,7	17,4
Саратовская область	20,5	19,7	20,1	18,7	16,3	17,3
Красноярский край	16,6	17,3	16,3	12,3	16,1	17,3
Самарская область	20,2	20,1	18,9	17,7	17,5	17,3
Республика Татарстан	20,6	19,5	17,3	17,2	17,8	17,2
Московская область	16,4	17,0	15,8	15,5	15,9	17,1
Ивановская область	18,3	19,9	19,7	17,6	17,0	16,9
Ханты-Мансийский авт.округ - Югра	16,9	17,6	16,2	15,6	16,1	16,8
Нижегородская обл.	10,2	20,4	19,6	17,8	17,2	16,8
Белгородская область	17,5	18,7	18,3	18,2	18,6	16,7
Владимирская обл.	16,5	17,3	17,9	16,2	15,8	16,6
Орловская область	14,9	15,4	15,0	14,4	14,5	16,4
Курская область	15,3	15,2	13,7	13,6	14,9	16,2
Мурманская область	16,7	15,1	14,6	13,6	15,1	16,1
Псковская область	15,8	18,3	14,5	14,4	15,5	16,0
Магаданская область	13,5	14,9	12,5	13,2	14,6	16,0
Республика Адыгея	15,2	14,7	14,7	13,5	14,3	15,9
Республика Ингушетия	10,2	10,2	9,7	13,1	12,1	15,8
Еврейская автономная область	19,2	18,0	19,1	16,7	15,0	15,6
Республика Карелия	22,1	23,1	18,4	17,6	15,6	15,6
Приморский край	15,6	16,5	16,3	15,1	15,8	15,5
Республика Хакасия	17,2	16,4	16,3	16,5	14,1	15,3
Тверская область	17,4	18,9	18,0	16,2	16,0	15,3
Ставропольский край	16,3	14,8	13,9	14,0	13,5	15,3
Кабардино-Балкарская Республика	13,9	13,6	12,2	11,4	10,9	15,1
г. Москва	15,1	19,1	17,3	15,8	16,5	15,0
Новосибирская обл.	14,5	16,3	14,6	15,1	16,2	15,0
Рязанская область	18,2	17,1	17,0	15,5	13,4	14,9
Липецкая область	18,2	19,0	17,7	15,5	15,3	14,9
Воронежская область	12,0	12,0	12,3	11,3	12,9	14,5
Сахалинская область	13,9	15,0	15,9	15,2	14,2	14,1
Республика Дагестан	16,1	16,0	15,0	13,9	13,5	14,0

Калининградская обл.	15,6	14,6	13,7	15,2	15,6	12,8
Ростовская область	15,5	15,3	14,1	12,8	12,7	12,7
Камчатский край	96,5	111,0	117,5	145,0	13,9	12,7
Краснодарский край	12,5	11,7	10,5	10,3	11,4	12,6
Карачаево-Черкесская Республика	14,7	12,5	11,5	12,0	9,9	11,6
Чеченская Республика	25,3	19,6	14,5	12,1	10,4	11,2
Республика Северная Осетия-Алания	7,9	5,0	4,1	3,5	2,9	6,6
<i>* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2009 г.</i>						

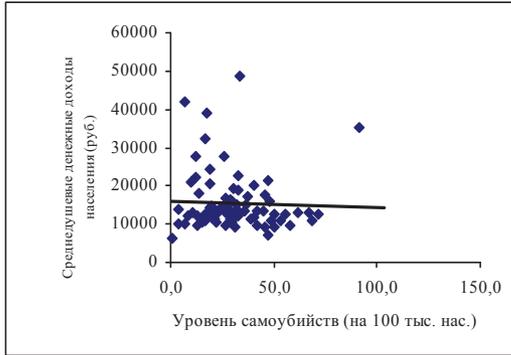
## Приложение 10

### Уровень распространения симптомов депрессии среди жителей Вологодской области, имеющих признаки социальной дезадаптации личности (в % от числа опрошенных)

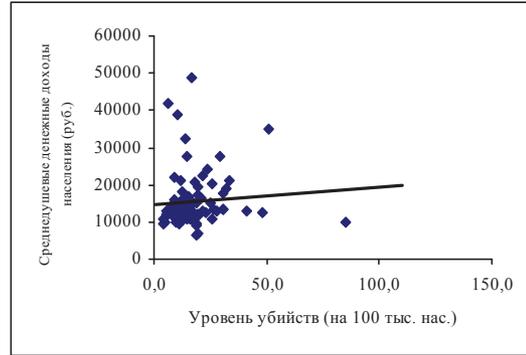
Показатели, характеризующие психологическое состояние личности	Симптомы депрессии	Симптомы депрессии отсутствуют
<i>Часто ли в последнее время Вы испытываете чувство усталости, апатии?</i>		
Да	55,5	44,5
Нет	81,4	18,6
<i>Испытываете ли Вы чувство одиночества?</i>		
Да, часто; да, иногда	59,2	40,8
Очень редко; никогда	76,8	23,2
<i>Употребляете ли Вы алкоголь исключительно для снятия нервного напряжения?</i>		
Да, часто; иногда	61,1	38,9
Очень редко; никогда	73,6	26,4
<i>Вы считаете, что внутренне напряжены</i>		
Да	52,3	47,7
Нет	80,2	19,8
<i>Вы недостаточно уверены в себе</i>		
Да	55,4	44,6
Нет	76,7	23,3
<i>Проявление симптомов тревоги</i>		
Нет тревоги	83,8	16,2
Наличие признаков тревоги	36,0	64,0
<i>Что бы Вы могли сказать о своём настроении в последние дни?</i>		
Прекрасное настроение; нормальное, ровное состояние	80,1	19,9
Испытываю напряжение, раздражение, страх, тоску	45,7	54,3
<i>Вы считаете себя оптимистом или пессимистом?</i>		
Скорее оптимистом	82,9	17,1
Скорее пессимистом	42,2	57,8
<i>Как часто меняется Ваше настроение?</i>		
Очень часто	52,6	47,4
Иногда; очень редко	71,2	28,8

<i>Вам трудно заговорить с незнакомыми людьми</i>		
Да	54,2	45,8
Нет	76,7	23,3
<i>Вы делаете много того, в чём приходится раскаиваться</i>		
Да	50,0	50,0
Нет	76,9	23,1
<i>Охотно ли Вы заводите новые социальные контакты, расширяете круг общения?</i>		
Стараюсь не упускать такой возможности	86,5	13,5
Охотно, но не всегда это получается	68,9	31,1
Хотелось бы расширить круг общения, но не имею такой возможности	63,5	36,5
Не возникает желания заводить новые знакомства	58,6	41,4
<i>Как бы Вы охарактеризовали свои отношения с коллегами по работе?</i>		
Вполне дружелюбные, открытые к сотрудничеству	81,8	18,2
Напряженные	39,4	60,6
Конфликтные	40,6	59,4
<i>Вам трудно поддерживать разговор при знакомстве</i>		
Да	53,4	46,6
Нет	75,5	24,5
<i>Скажите, пожалуйста, как часто Вы употребляете алкогольные напитки?</i>		
Почти ежедневно; 1 - 2 раза в неделю	59,8	40,2
1 – 2 раза в месяц	76,1	23,9
Только по праздникам	74,0	26,0
Не употребляю	63,6	36,4
<i>Оцените взаимоотношения между членами Вашей семьи</i>		
Дружные, без ссор; дружные с редкими ссорами	75,3	24,7
Напряжённые, без ссор; частые ссоры	47,9	52,1
<i>Насколько Вы удовлетворены отношениями с супругом (супругой)?</i>		
Удовлетворён	72,4	27,6
Не удовлетворён	49,2	50,8
<i>Насколько Вы удовлетворены отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми?</i>		
Удовлетворён	72,6	27,4
Не удовлетворён	44,2	55,8

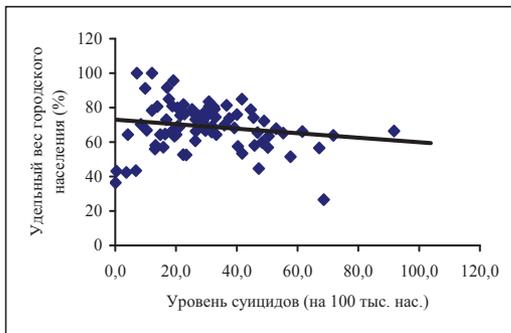
**Корреляционный анализ факторов смертности среди населения от убийств и самоубийств на территории Российской Федерации**



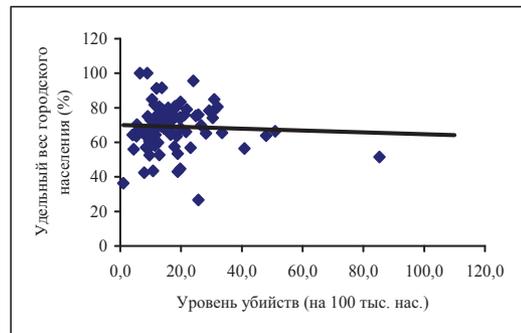
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и среднедушевых денежных доходов населения (руб.)** ( $r = 0,076$ )



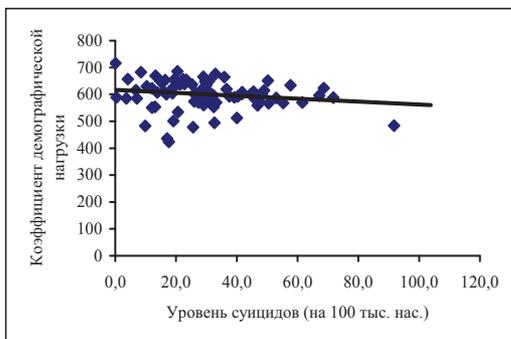
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и среднедушевых денежных доходов населения (руб.)** ( $r = - 0,041$ )



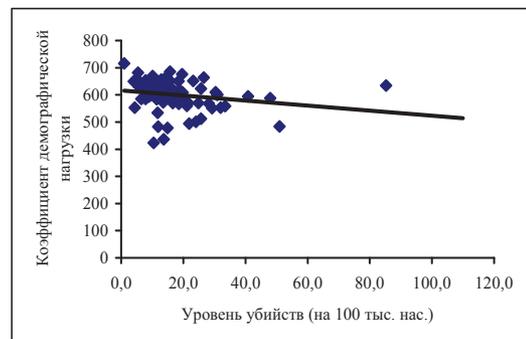
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и удельного веса городского населения (%)** ( $r = - 0,047$ )



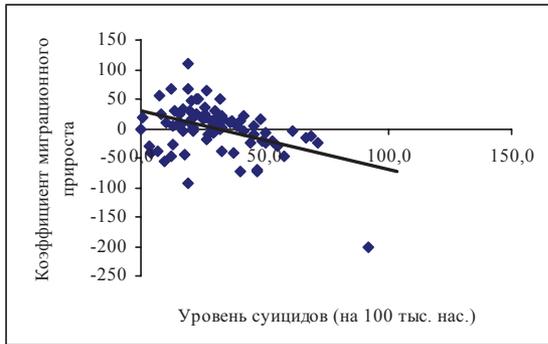
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и удельного веса городского населения (%)** ( $r = - 0,168$ )



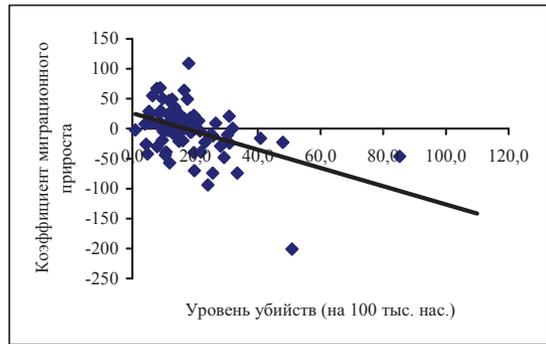
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента демографической нагрузки** ( $r = - 0,204$ )



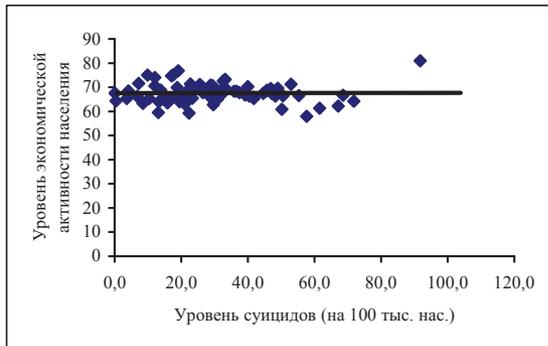
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента демографической нагрузки** ( $r = - 0,171$ )



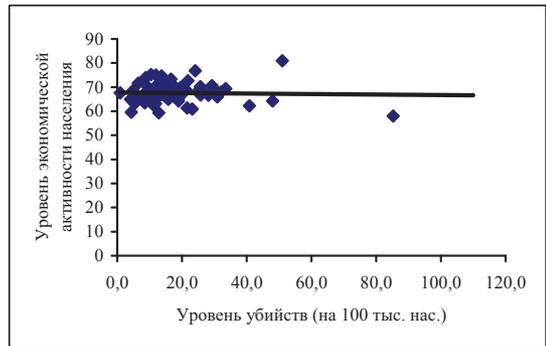
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)**  
( $r = -0,445$ ;  $p < 0,01$ )



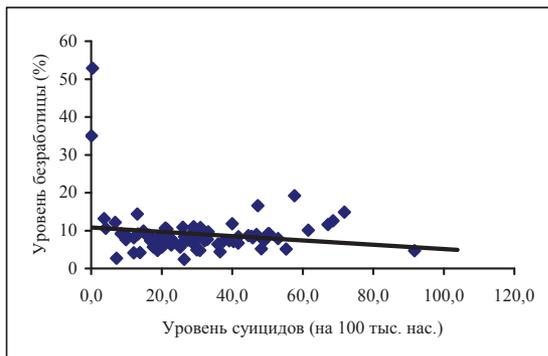
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)**  
( $r = -0,414$ ;  $p < 0,01$ )



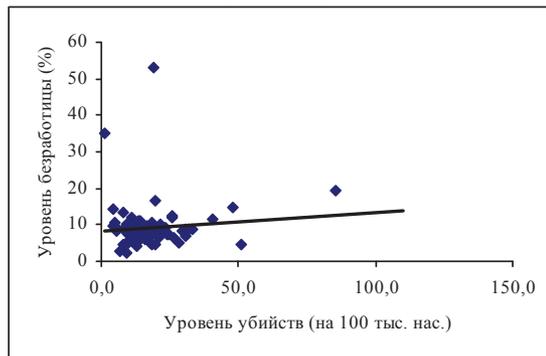
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и уровня экономической активности населения (%)**  
( $r = -0,033$ )



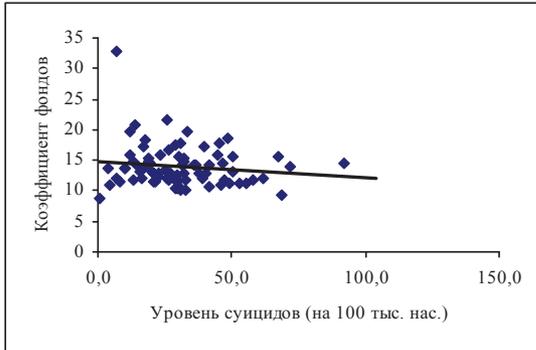
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и уровня экономической активности населения (%)**  
( $r = 0,005$ )



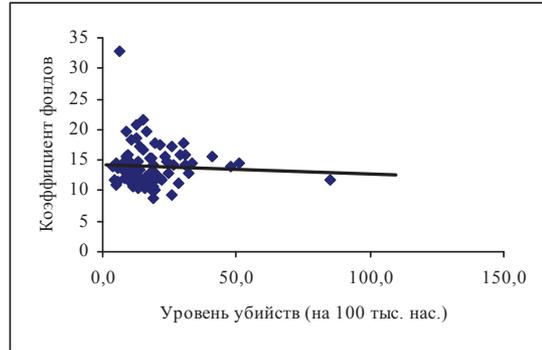
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и уровня безработицы (%)**  
( $r = 0,093$ )



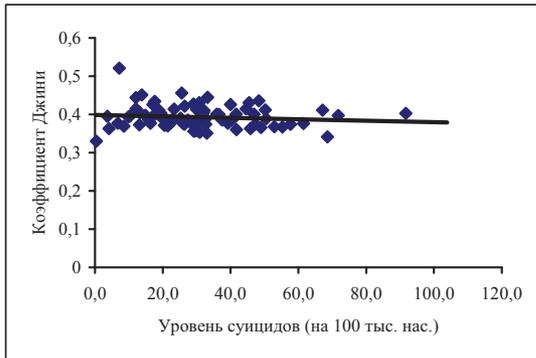
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и уровня безработицы (%)**  
( $r = -0,155$ )



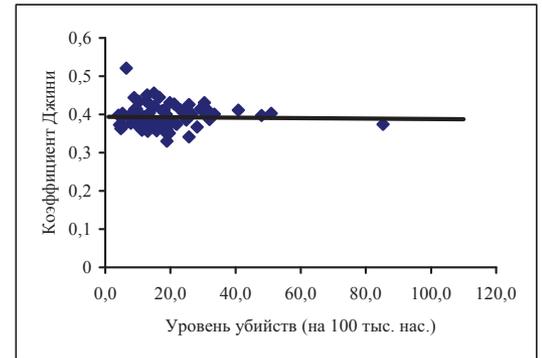
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента фондов (раз) ( $r = -0,046$ )**



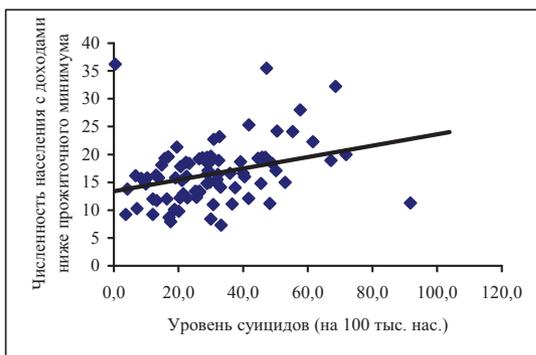
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента фондов (раз) ( $r = -0,132$ )**



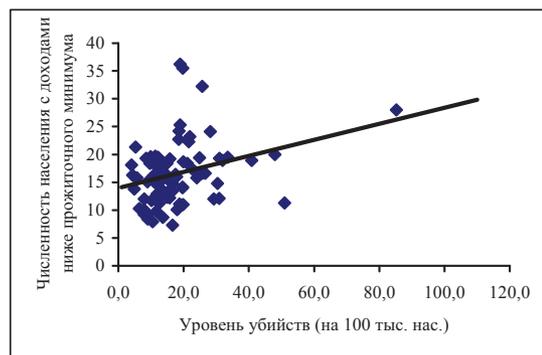
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента Джини ( $r = -0,022$ )**



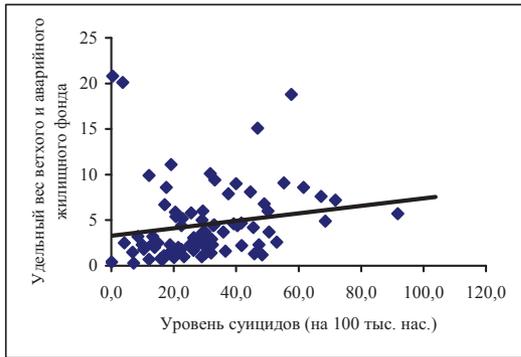
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента Джини ( $r = -0,109$ )**



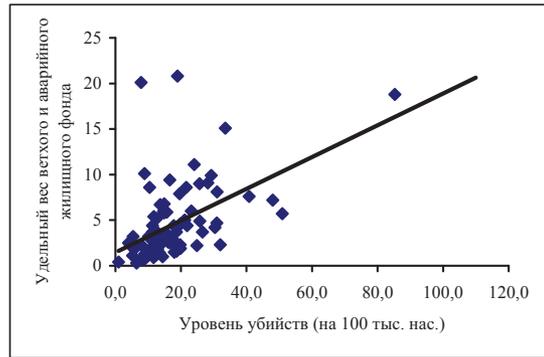
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и численности населения с доходами ниже прожиточного минимума (%) ( $r = 0,307$ ;  $p < 0,005$ )**



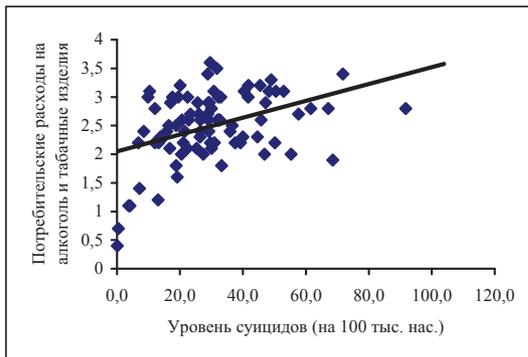
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и численности населения с доходами ниже прожиточного минимума (%) ( $r = 0,312$ ;  $p < 0,005$ )**



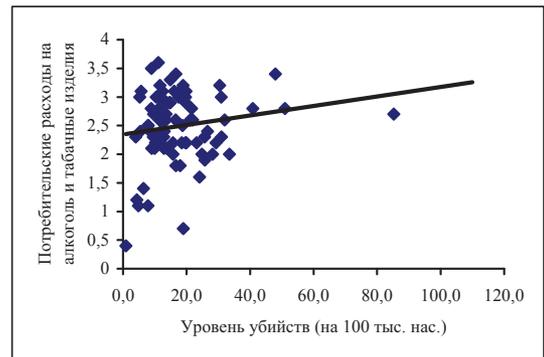
**Взаимосвязь уровня суицидов**  
(умерших на 100 тыс. нас.) и удельного веса  
ветхого и аварийного жилищного фонда (%)  
( $r = 0,498$ ;  $p < 0,001$ )



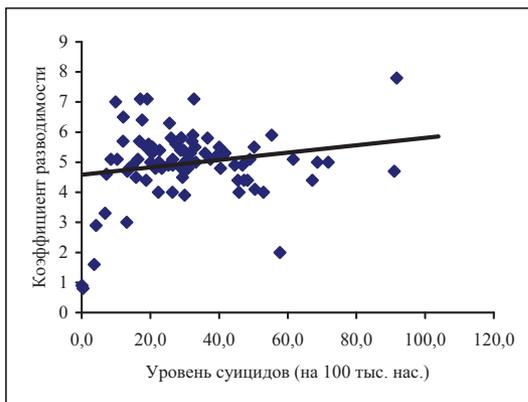
**Взаимосвязь уровня убийств**  
(умерших на 100 тыс. нас.) и удельного веса  
ветхого и аварийного жилищного фонда (%)  
( $r = 0,168$ )



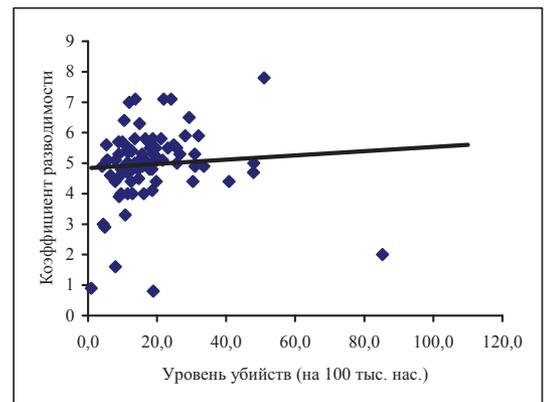
**Взаимосвязь уровня суицидов**  
(умерших на 100 тыс. нас.) и потребительских  
расходов на алкоголь и табачные изделия  
(в % от общего уровня расходов)  
( $r = 0,161$ )



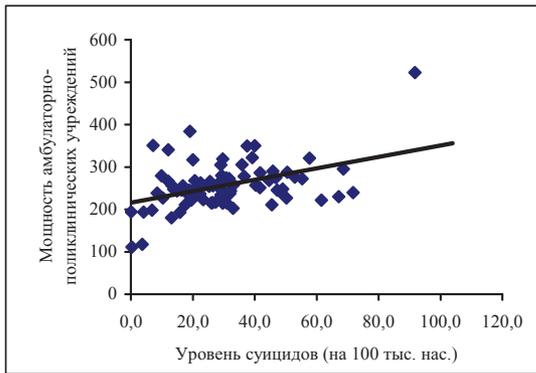
**Взаимосвязь уровня убийств**  
(умерших на 100 тыс. нас.) и потребительских  
расходов на алкоголь и табачные изделия  
(в % от общего уровня расходов)  
( $r = 0,413$ ;  $p < 0,001$ )



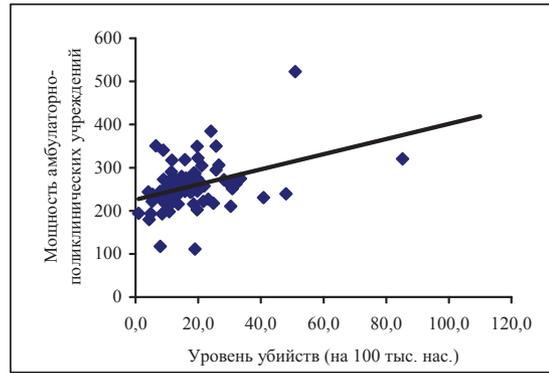
**Взаимосвязь уровня суицидов**  
(умерших на 100 тыс. нас.) и общего  
коэффициента разводимости (на 1 тыс. нас.)  
( $r = 0,073$ )



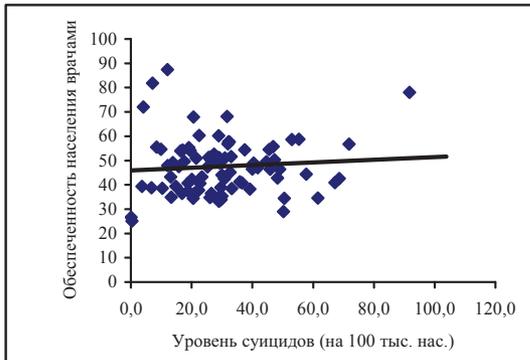
**Взаимосвязь уровня убийств**  
(умерших на 100 тыс. нас.) и общего  
коэффициента разводимости (на 1 тыс. нас.)  
( $r = 0,191$ )



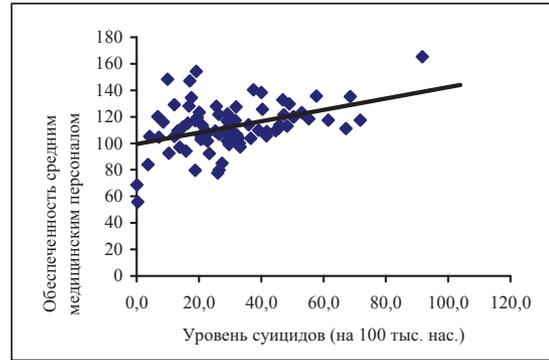
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и мощности амбулаторно поликлинических учреждений (на 10 тыс. нас.)**  
( $r = 0,389$ ;  $p < 0,001$ )



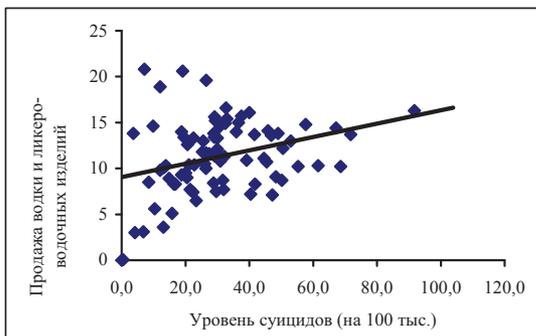
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и мощности амбулаторно поликлинических учреждений (на 10 тыс. нас.)** ( $r = 0,430$ ;  $p < 0,001$ )



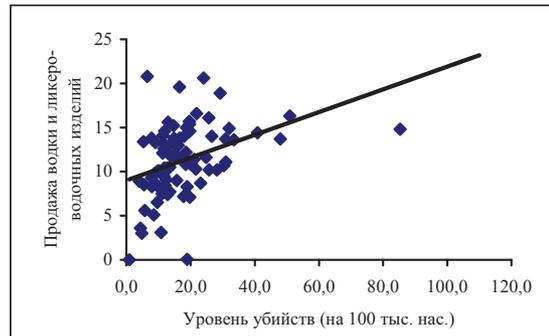
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и обеспеченности населения врачами (на 10 тыс. нас.)**  
( $r = 0,081$ )



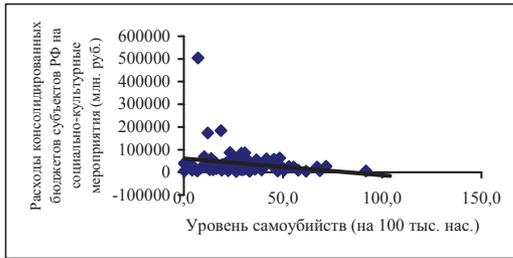
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и обеспеченности населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. нас.)** ( $r = 0,308$ ;  $p < 0,001$ )



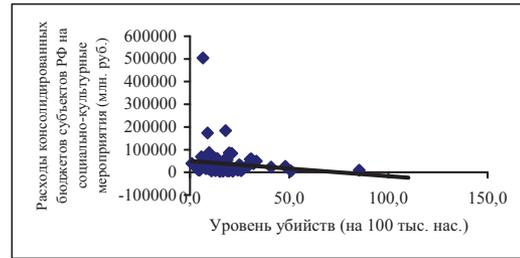
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и продажи водки и ликеро-водочных изделий (л на душу населения)** ( $r = 0,382$ ;  $p < 0,005$ )



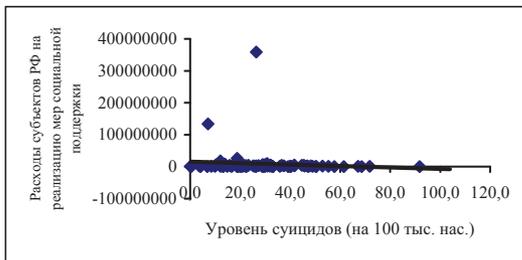
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и продажи водки и ликеро-водочных изделий (л на душу населения)** ( $r = 0,308$ ;  $p < 0,001$ )



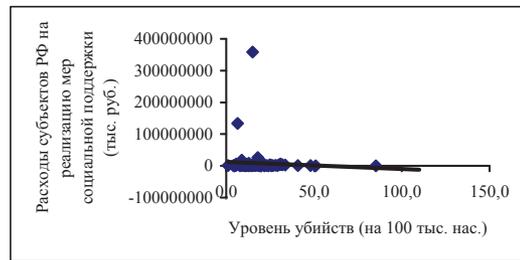
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на социальнокультурные мероприятия (млн. руб.)** ( $r = -0,209$ ;  $p < 0,060$ )



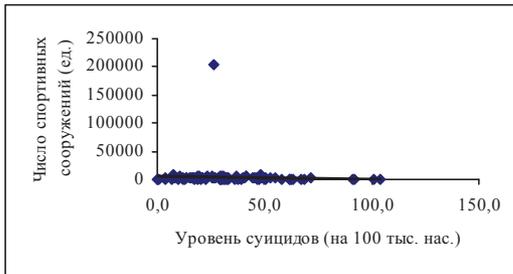
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на социальнокультурные мероприятия (млн. руб.)** ( $r = -0,134$ ;  $p < 0,231$ )



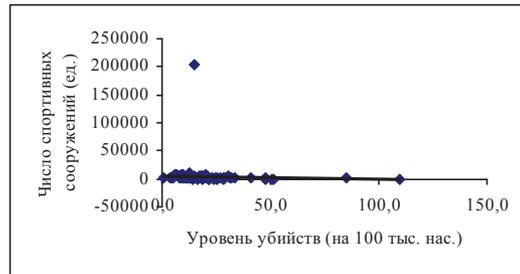
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и расходов субъектов РФ на реализацию мер социальной поддержки (тыс. руб.)** ( $r = -0,090$ ;  $p < 0,421$ )



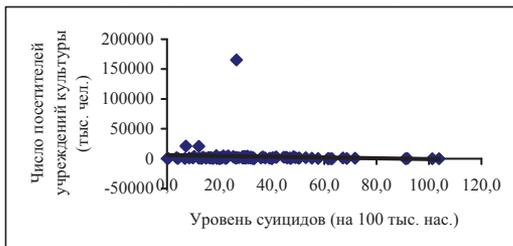
**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и расходов субъектов РФ на реализацию мер социальной поддержки (тыс. руб.)** ( $r = -0,064$ ;  $p < 0,566$ )



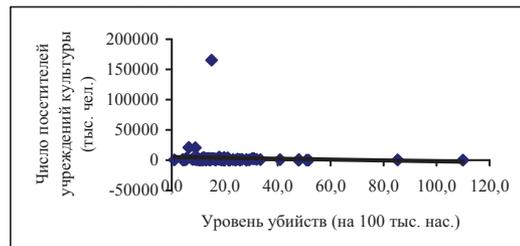
**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и числа спортивных сооружений (ед.)** ( $r = -0,031$ ;  $p < 0,778$ )



**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и числа спортивных сооружений (ед.)** ( $r = -0,041$ ;  $p < 0,713$ )



**Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и количества людей, посещающих учреждения культуры (ед.)** ( $r = -0,060$ ;  $p < 0,589$ )



**Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и количества людей, посещающих учреждения культуры (ед.)** ( $r = -0,053$ ;  $p < 0,634$ )

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ



### **Гулин Константин Анатольевич**

И.о. ученого секретаря, заместитель директора ИСЭРТ РАН, кандидат исторических наук, доцент, зам. главного редактора научного журнала «Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз», зам. главного редактора научного журнала «Проблемы развития территорий».

Лауреат Фонда поддержки отечественной науки (2002 г.).  
Автор 161 научной публикации.



### **Шабунова Александра Анатольевна**

И.о. заместителя директора, заведующий отделом исследования уровня и образа жизни населения ИСЭРТ РАН, доктор экономических наук, доцент, заведующий базовой кафедрой «Социальный менеджмент», член редколлегии научного журнала «Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз», член редакционного совета научного журнала «Проблемы развития территорий».

Лауреат Фонда поддержки отечественной науки (2004 г.).  
Автор 92 научных публикаций.



### **Попова Вера Ивановна**

Заведующий отделом исследований влияния интеграционных процессов в науке и образовании на территориальное развитие ИСЭРТ РАН, кандидат экономических наук.

В 2009 г. защищена кандидатская диссертация «Региональная социально-экономическая подсистема безнадзорности несовершеннолетних: условия функционирования и направления регулирования».

Член редакционного совета научного журнала «Проблемы развития территорий».

Автор 48 научных работ.



### **Морев Михаил Владимирович**

Научный сотрудник, и.о. заведующего лабораторией исследования социальных процессов ИСЭРТ РАН, кандидат экономических наук.

В 2009 г. защищена кандидатская диссертация «Социально-экономические и демографические аспекты суицидального поведения населения (на примере Вологодской области)».

Автор 33 научных работ.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Введение</i> .....	3
<b>ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ</b> .....	6
1.1. Эволюция теоретических подходов к пониманию социального здоровья и методов его измерения.....	6
1.2. Методологические подходы к оценке социального здоровья.....	14
<b>ГЛАВА 2. НАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ КАК ИНДИКАТОР СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА</b> .....	25
2.1. Убийства и самоубийства в контексте социального здоровья.....	25
2.2. Влияние социальной дезинтеграции на распространение насильственных причин смертности.....	45
2.3. Оценка социально-экономического ущерба от убийств и самоубийств.....	70
<b>ГЛАВА 3. ЗАРУБЕЖНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТНОСТИ</b> .....	80
3.1. Профилактика суицидального поведения .....	80
3.2. Профилактика преступности и смертности населения от убийств.....	99
<i>Заключение</i> .....	111
<i>Литература</i> .....	112
<i>Глоссарий</i> .....	121
<i>Приложения</i> .....	125
<i>Сведения об авторах</i> .....	155

*Научное издание*

**Морев Михаил Владимирович  
Шабунова Александра Анатольевна  
Гулин Константин Анатольевич  
Попова Вера Ивановна**

**ПРОБЛЕМЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ**

Редакционная подготовка  
Оригинал-макет

Л.Н. Воронина  
Е.С. Нефедова

---

Подписано в печать 20.11.2012.  
Формат бумаги 70×108/<sub>16</sub>. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 13,7. Тираж 200 экз. Заказ № 362.

---

Институт социально-экономического развития  
территорий РАН (ИСЭРТ РАН)

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а  
Телефон: 59-78-03, e-mail: common@vscc.ac.ru

ISBN 978-5-93299-209-8



9 785932 992098