

НАУКА
И ОБЩЕСТВО

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ
СОЦИАЛЬНЫХ ДЕВИАЦИЙ РОССИЙСКОЙ МОЛОДЁЖИ

© 2019 г. С.В. Рязанцев^{1,*}, В.Г. Семёнова^{1,2,**}, А.Е. Иванова^{1,2***},
Т.П. Сабгайда^{2,1****}, Г.Н. Евдокушкина^{1,2*****}

¹Институт социально-политических исследований РАН, Москва, Россия

²Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, Москва, Россия

*E-mail: riazan@mail.ru; **E-mail: vika-home@yandex.ru; ***E-mail: ivanova-home@yandex.ru;

****E-mail: tsabgayda@mail.ru; *****E-mail: evdok@yandex.ru

Поступила в редакцию 07.08.2018 г.

Поступила после доработки 18.10.2018 г.

Принята к публикации 06.11.2018 г.

В статье содержится оценка демографических потерь среди российской молодёжи вследствие социальных девиаций – самоубийств, убийств, алкогольных и наркотических отравлений по сравнению со странами "старого" (до мая 2004 г.) и "нового" (после мая 2004 г.) Евросоюза. Показано, что и в России, и в Европе в последние 30 лет вклад потерь, обусловленных девиантным поведением, в общую смертность молодёжи возрастал, однако Россия лидировала по значимости этого, безусловно, предотвратимого фактора. В настоящее время именно он обуславливает более трети общей смертности молодых мужчин в нашей стране и почти четверть — их ровесниц. Эволюция структуры потерь, вызванных социальными девиациями, свидетельствует о разнонаправленных процессах в России и Европе. Если как в "старом", так и в "новом" Евросоюзе возрастает значимость суицидов, то в России — повреждений с неопределёнными намерениями. По сути, за счёт этого размытого диагноза маскируется недоучёт смертей от алкогольных и наркотических отравлений, самоубийств и убийств — в целом от трети до 100% случаев. Это означает, что смертность от социальных девиаций в России по сравнению с ЕС ещё больше, чем о том свидетельствует официальная статистика.

Ключевые слова: молодёжь, социальные девиации, потери, обусловленные девиантным поведением, убийства, самоубийства, алкогольные и наркотические отравления, повреждения с неопределёнными намерениями.

DOI: <https://doi.org/10.7868/S0869-5873893221-231>

В современном обществе молодёжь — наиболее активная в социальном, профессиональном, экономическом и демографическом аспектах группа населения (во избежание неточных и расплывчатых определений отметим, что, согласно действующим законодательным и нормативным документам РФ, в неё входят лица 15–29 лет включительно). Именно в молодёж-

ных возрастных группах сконцентрирован репродуктивный и трудовой потенциал населения [1]. Тем более болезненно воспринимается преждевременная смерть молодых людей. Между тем как отечественные, так и зарубежные исследователи сходятся во мнении, что избыточные потери последних десятилетий в России определяются в первую очередь сверхсмертностью населения молодых возрастов [2–12]. При этом необходимо осознавать, что в терминах человеческого капитала потери среди молодёжи следует рассматривать, с одной стороны, как экономические — от уже вложенных инвестиций (образование, здравоохранение и т. д.), с другой — как нереализованный потенциал непрожитых и, соответственно, непроработанных лет жизни [13]. Ещё один источник потенциальных потерь (и демографических, и экономических,

РЯЗАНЦЕВ Сергей Васильевич — член-корреспондент РАН, врио директора ИСПИ РАН. СЕМЁНОВА Виктория Георгиевна — доктор экономических наук, главный научный сотрудник ИСПИ РАН. ИВАНОВА Алла Ефимовна — доктор экономических наук, заведующая отделом ИСПИ РАН. САБГАЙДА Тамара Павловна — доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ЦНИИ-ОИЗ Минздрава России. ЕВДОКУШКИНА Галина Николаевна — старший научный сотрудник ИСПИ РАН.

и социальных) — сужение воспроизводства населения за счёт раннего ухода из жизни значительного числа молодых людей, не успевших стать родителями. Однако самым тревожным представляется тот факт, что подавляющее большинство смертей в молодом возрасте относится к предотвратимым [14–17]. Действительно, основной вклад в смертность молодёжи в России вносят травмы и отравления, которые, согласно концепции предотвратимой смертности, входят в первую группу предотвратимых, а именно в число причин, исключаемых методами медицинской и социальной профилактики [14, 16].

Говоря о потерях от внешних причин, следует иметь в виду, что в основном они формируются за счёт самоубийств и убийств, алкогольных и наркотических отравлений. Таким образом, можно констатировать, что эти потери определяются главным образом социальными девиациями. В число их форм входят как всевозможные зависимости (в том числе алкогольная и наркотическая), так и криминальное и деструктивное поведение, включающее агрессивные, виктимные, суицидальные и прочие аспекты [18]. Оценить демографические потери среди российской молодёжи вследствие указанных причин по сравнению со странами "старого" Евросоюза (ЕС-15) и "нового", то есть вошедшими в состав ЕС после мая 2004 г., мы и попытаемся в настоящей статье. Временные рамки исследования ограничены 1985–2016 гг., что позволило учесть изменения в предреформенные 1985–1991 гг., в период масштабной социально-экономической трансформации в 1991–2005 гг. и период стабилизации социально-политической и экономической ситуации в России в 2005–2016 гг. Используя термин "реформы", важно учитывать, что в России, как и в большинстве стран "нового" ЕС, произо-

шла радикальная смена общественно-экономической формации, социальной структуры общества, форм собственности, носившая революционный характер.

Анализ смертности в странах Евросоюза базируется на показателях Европейской базы данных по смертности [19], в России — на данных Росстата, рассчитанных в системе ФАИСС-Потенциал. Поскольку данные Евросоюза ограничены 2015 г., все расчёты и сравнения базируются на показателях этого года. Для Российской Федерации динамический ряд завершается 2016 г., за который имеются последние доступные сведения.

Динамика смертности от всех внешних причин. Прежде чем анализировать изменения в картине смертности от причин, напрямую обусловленных девиантным поведением, необходимо рассмотреть эволюцию смертности от внешних причин в целом. Это обусловлено двумя обстоятельствами: во-первых, все без исключения причины, ассоциированные с девиантным поведением, входят в класс "Внешние причины травм и отравлений"; во-вторых, в потерях от подавляющего большинства внешних причин в явном или неявном виде присутствует алкогольный компонент.

Первое, что следует отметить, — совершенно разные закономерности, которыми до начала нулевых годов определялась динамика смертности от внешних причин населения России в возрасте 15–29 лет, с одной стороны, и Евросоюза (как "старого", так и "нового") — с другой (рис. 1). В России в 1985–1987 гг. в результате антиалкогольной кампании показатели смертности снизились, но затем последовал их рост, принявший в 1991–1995 гг. экспоненциальный характер. После некоторого снижения, наметившегося к 1997 г., зафиксирован новый подъём указанных показателей. Последствия дефолта 1998 г. были исчерпаны

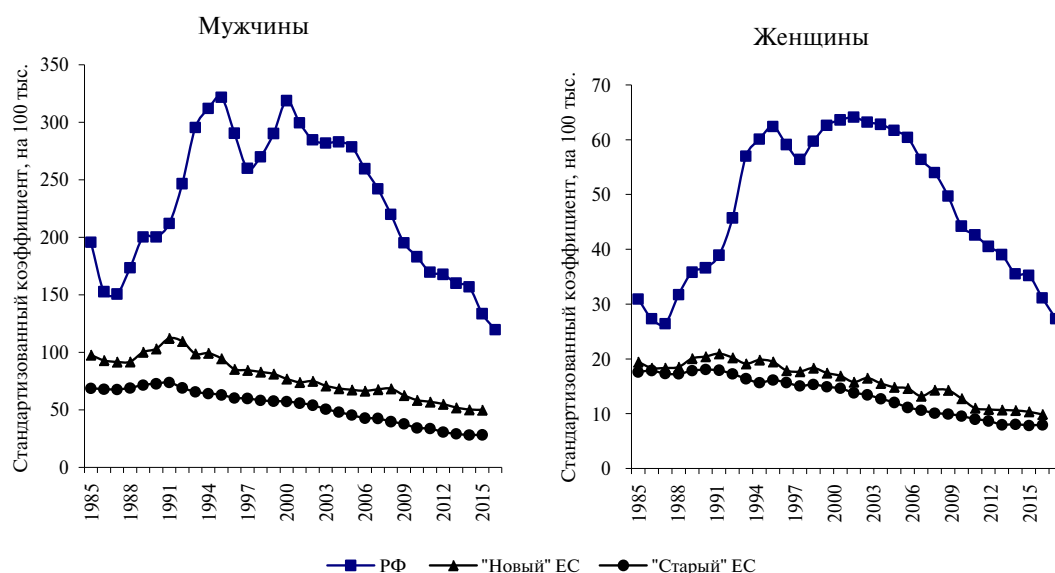


Рис. 1. Динамика смертности от внешних причин населения в возрасте 15–29 лет России, "нового" и "старого" ЕС в 1985–2015 гг.

только к 2000 г. Устойчивые позитивные тенденции, касающиеся смертности от внешних причин, в мужской и в женской популяциях проявились лишь в начале 2000-х годов. Важно, что в возрастной группе 15–29 лет они стали максимальными по длительности за последние полвека.

Интересно, что в "новом" Евросоюзе, во многом сформированном из стран бывшего советского блока, отмечено снижение смертности в 1985–1988 гг. и отчётливый, особенно в мужской популяции, рост смертности в 1989–1993 гг. на фоне социально-экономических преобразований. После 1993 г. в "новом" Евросоюзе заметны устойчивые, хотя и не всегда последовательные, тенденции к снижению смертности от внешних причин. В "старом" Евросоюзе во второй половине 1980-х годов также наблюдался рост смертности от внешних причин, хотя и не столь значительный, сменившийся в начале 1990-х годов устойчивым позитивным трендом. В России же тенденции смертности от внешних причин за последние 30 лет оказались наименее благоприятными, особенно в женской популяции. Так, у 15–29-летних мужчин показатели снизились всего на 31,7% против 2-кратного их снижения в "новом" и 2,4-кратного – в "старом" Евросоюзе. В женской популяции смертность в 2015 г. практически не отличалась от таковой в 1985 г. (31,1 против 30,9 на 100 тыс. женского населения) на фоне примерно 2-кратного снижения показателей как в "старом", так и в "новом" Евросоюзе.

Особо следует подчеркнуть, что смертность от внешних причин в России всегда существенно превышала европейские показатели, однако минимальным это превышение было в 1985 г.: в мужской популяции 2 и 2,8 раза по сравнению с "новым" и "старым" Евросоюзом, в женской – 1,6 и 1,8 раза соответственно. В дальнейшем этот

проигрыш нарастал, достигнув максимума в 2005 г., когда превышение показателей "нового" ЕС было 4,1-кратным в мужской и в женской популяции, "старого" ЕС – соответственно 6,1- и 5,4-кратным. В настоящее время смертность российской молодёжи от внешних причин в 2,7 и 3,2 раза выше (соответственно для мужчин и женщин) по сравнению с "новым" ЕС и в 4,7 и 3,9 раза – со "старым" Евросоюзом. В женской популяции точно такой же разрыв отмечался в разгар гайдаровских реформ, в 1995 г.

Суицидальная смертность, безусловно, относится к одному из демографических индикаторов девиантного поведения. Из рисунка 2 видно, что динамика суицидальной смертности российской молодёжи характеризуется теми же закономерностями, что и потери от внешних причин в целом, однако дефолт 1998 г. привёл у мужчин к большим потерям, нежели шок от гайдаровской "терапии". Во всяком случае максимум суицидальной смертности в мужской популяции отмечен в 2001 г., причём он почти на 10% превышает пик 1995 г. (69,9 против 63,9 на 100 тыс. мужского населения), в женской популяции уровень смертности от самоубийств в 2001 и 1995 гг. практически не отличался (9,8 и 10 на 100 тыс.). В "новом" ЕС наблюдаются, с одной стороны, позитивные тренды в длительной ретроспективе, с другой – зависимость показателей от социально-экономических факторов, например, рост суицидальной смертности в 1990–1992 и 2007–2008 гг. и её стагнация на относительно высоком уровне после 2008 г. В 2007–2008 гг. стагнация отмечена не только в Восточной, но и в Западной Европе, что довольно чётко ассоциировано с социально-экономическим кризисом. В целом за последние 30 лет смертность от самоубийств 15–29-летних мужчин в России и Западной Европе снижалась

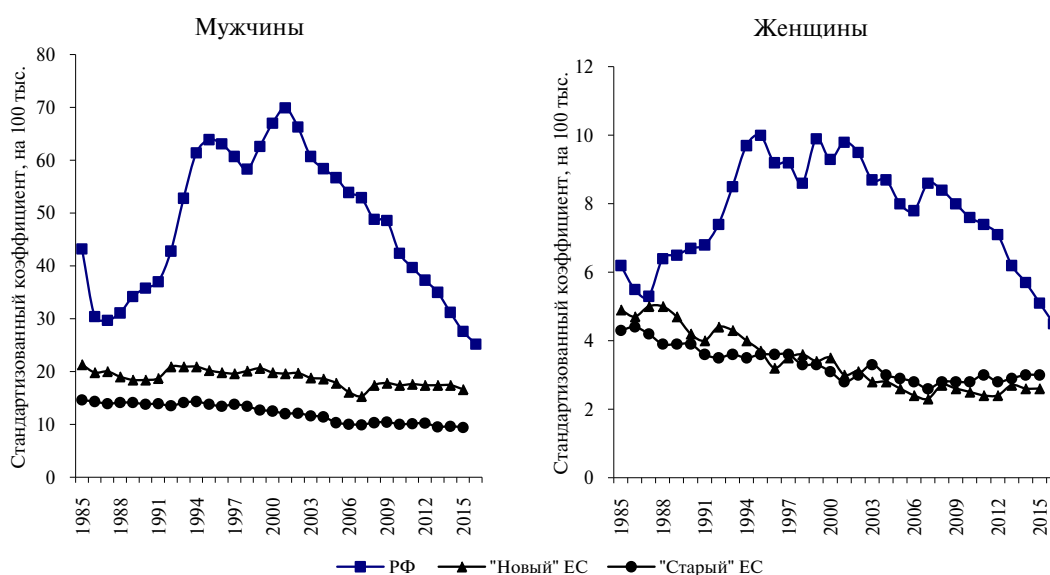


Рис. 2. Динамика смертности от суицидов населения в возрасте 15–29 лет России, "нового" и "старого" ЕС в 1985–2015 гг.

одинаковыми темпами: на 36% (с 43,2 до 27,6 на 100 тыс. и с 14,6 до 9,4 на 100 тыс. соответственно) против 22% в "новом" ЕС (с 21,3 до 16,6 на 100 тыс.), темпы снижения показателей у их ровесниц в России — 17,7% (с 6,2 до 5,1 на 100 тыс.) — существенно уступали таковым и в "новом" ЕС — 46,9% (с 4,9 до 2,6 на 100 тыс.), и в "старом" Евросоюзе — 30,2% (с 4,3 до 3,0 на 100 тыс.).

Говоря о соотношении смертности от суицидов в России и в Европе, отметим главное: в течение всего периода нашего исследования российские показатели существенно превышали уровень суицидальной смертности в Европе, при этом разрыв последовательно возрастал вплоть до 2005 г. и начал сокращаться ускоренными темпами лишь на фоне социально-экономического оздоровления в стране. Вследствие этого за 30 лет превышение показателей Западной Европы в мужской популяции России практически не изменилось (3-кратное и в 1985, и в 2015 г.), а в сравнении с "новым" ЕС — несколько снизилось (2-кратное в 1985 г, против 1,7 раза в 2015 г.); в женской популяции превышение смертности выросло и по сравнению с "новым" ЕС (с 1,3 раза в 1985 г. до 2 раз в 2015 г.), и в сравнении со "старым" Евросоюзом (с 1,4 раз в 1985 г. до 1,7 раза в 2015 г.).

Убийства входят в число инцидентов, определяемых социальными девиациями, по двум причинам: с одной стороны, это очевидно агрессивное и противоправное поведение убийц, с другой — возможное виктимное поведение жертв. При этом, если речь идёт, например, о последствиях драки, криминальные факторы могут определять поведение как убийцы, так и убитого.

Динамика смертности от убийств в России характеризуется закономерностями, отмеченными для внешних причин в целом (рис. 3). Что касает-

ся гендерной специфики, то у мужчин максимум такой смертности приходился на 1994 г., у женщин — на 2002 г. (57 и 12,3 на 100 тыс. населения соответственно). В "новом" ЕС также отмечался резкий рост смертности от убийств в первой половине 1990-х годов как в мужской, так и в женской популяции, однако в конце 1990-х годов такого роста не наблюдалось. При этом следует подчеркнуть, что увеличение насильственной смертности к началу 1990-х годов было, во всяком случае у мужчин, общеевропейским явлением, заметным не только в "новом", но и в "старом" ЕС. Отмеченный феномен практически не обсуждается в литературе. Однако если вспомнить, что мощным фактором смертности от насилия служит алкоголь, то, возможно, неслучайно, что именно на рубеже 1990-х годов разрабатывается и активно реализуется общеевропейская стратегия по борьбе со злоупотреблением алкоголем. Эта стратегия интегрируется в движение за здоровый образ жизни и профилактику факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Темпы снижения насильственной смертности за 30 лет в России и "старом" ЕС оказались сходными (более чем 2-кратное снижение у мужчин и 2-кратное — у женщин), однако существенно уступали "новому" ЕС, где смертность за последние три десятилетия снизилась соответственно 4- и 3-кратно. При этом смертность российской молодёжи вследствие убийств в течение всего периода исследования многократно превосходила европейские показатели: минимальное отставание было отмечено в 1985 г. и составило у мужчин 5,6 и 9,9 раз, у женщин — 3,5 и 6,1 раз в сравнении с "новым" и "старым" ЕС соответственно. Этот разрыв нарастал вплоть до 2005 г., когда насильственная смертность российских мужчин

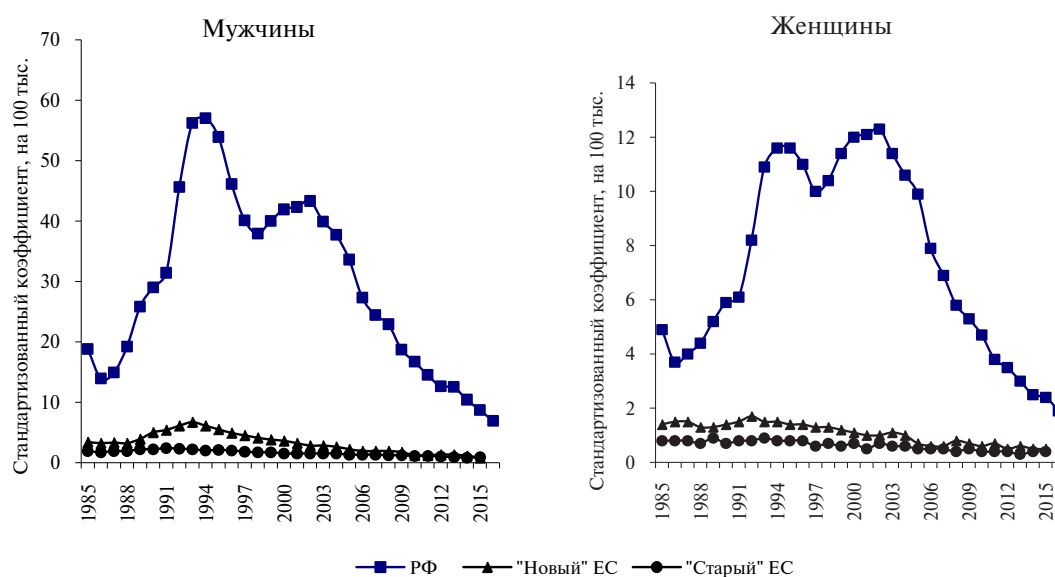


Рис. 3. Динамика смертности от убийств населения в возрасте 15–29 лет России, "нового" и "старого" ЕС в 1985–2015 гг.

в возрасте 15–29 лет превысила показатели "нового" ЕС в 15,6, "старого" – в 26,7 раза, их ровесниц – соответственно в 14,6 и 21,5 раза. В 2016 г. разрыв сократился до 10,5- и 10,2-кратного у мужчин и 5,1- и 5,9-кратного у женщин в сравнении с "новым" и "старым" ЕС соответственно.

Смертность, обусловленная алкогольными и наркотическими отравлениями. Общеизвестный маркер алкоголизации населения – смертность от случайных отравлений алкоголем. Динамика смертности вследствие этой причины в России характеризуется описанными выше закономерностями, однако если у молодых женщин позитивные тенденции, сформировавшиеся в начале 2000-х годов, в целом удалось сохранить, то у их ровесников с 2010 г. наблюдается стагнация смертности от случайных алкогольных отравлений (рис. 4).

К сожалению, европейские показатели смертности от случайных отравлений алкоголем представлены в Европейской базе данных только начиная с 1995 г. Впрочем, это оправдывается ничтожно малым уровнем потерь от этой причины, особенно в Западной Европе: так, в период исследования они варьировали на уровне 0,1–0,2 у мужчин и 0,01–0,03 у женщин на 100 тыс. населения.

В России в 1985–1991 гг. смертность от случайных отравлений алкоголем среди молодёжи снизилась почти вдвое на фоне антиалкогольной кампании, но в 1991–2005 гг. наблюдался 2,5- и 4,8-кратный рост показателей (соответственно у мужчин и женщин) – как реакция на катаклизмы социально-экономической трансформации в стране. В последний период исследования показатели снизились соответственно в 4,3 и 4,8 раза. В целом в 1985–2015 гг. смертность от случайных отравлений алкоголем молодых мужчин в России снизилась более чем втрое, их ровесниц – поч-

ти вдвое. Европейские тенденции 1985–2000 гг. оценить трудно вследствие отсутствия данных. Однако заметим, что в последнее десятилетие смертность от случайных алкогольных отравлений в "новом" Евросоюзе снизилась на 20,3% у мужчин и на 25% у женщин, в Западной Европе выросла на 25% у мужчин и на 50% у женщин. Впрочем, в силу крайне низкого уровня смертности от алкогольных отравлений вряд ли эта проблема актуальна для европейской (особенно западноевропейской) молодёжи.

Чтобы оценить, насколько Россия проигрывает Европе в отношении случайных алкогольных отравлений, укажем, что в 1997–2005 гг. российские показатели превышали западноевропейские более чем в 100 раз и в мужской, и в женской популяции, в 1995–2008 гг. (а у женщин – до 2010 г.) были выше показателей "нового" ЕС более чем в 10 раз. В 2015 г. смертность российской молодёжи от случайных отравлений алкоголем превышала показатели "нового" ЕС в 5 раз у мужчин и в 7 у женщин, "старого" ЕС – в 22 и 20 раз соответственно.

Не подвергая сомнению успехи в сокращении смертности молодёжи от алкогольных отравлений в России за последнее десятилетие, всё же важно иметь в виду масштабы этого явления по сравнению с европейскими странами. Ни для одной социальной девиации не отмечается таких фантастических потерь, как от алкоголя. По сути, это означает, что европейская молодёжь "откликнулась" на социально-экономические проблемы суицидами и отчасти – ростом насилия, российская – алкогольным беспределом и на его фоне – насилием.

Говоря о негативных социальных девиациях, абсолютно все исследователи включают в их число наркоманию. Эта проблема характерна и для России, и для Европы, и для США. Однако среди показателей Европейской базы дан-

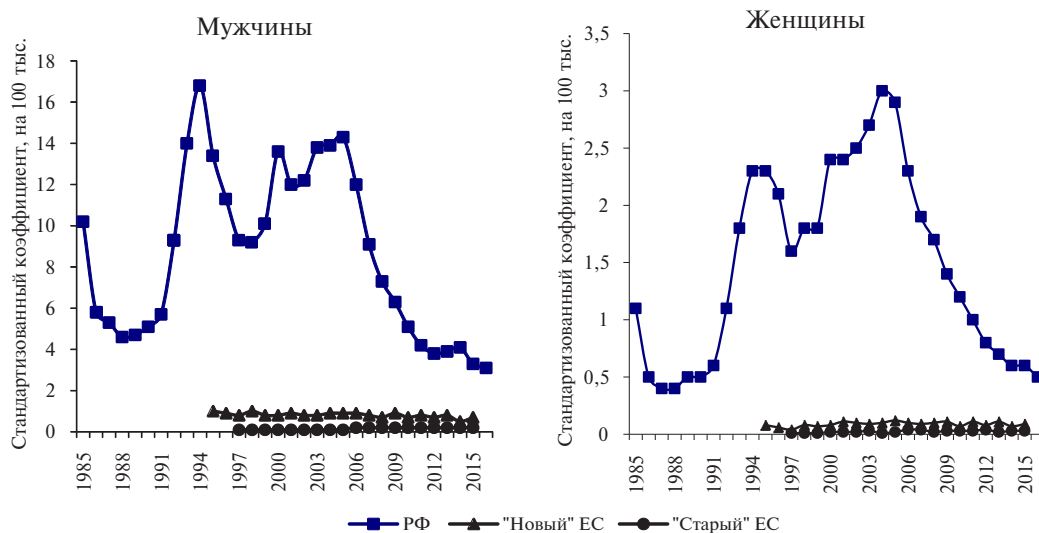


Рис. 4. Динамика смертности от случайных отравлений алкоголем населения в возрасте 15–29 лет России, "нового" и "старого" ЕС в 1985–2015 гг.

ных смертность, обусловленная наркотиками, парадоксальным образом отсутствует. В России её показатели были выделены в отдельную рубрику в статистике смертности только после 2011 г. Оказалось, что за 2011–2016 гг. смертность от случайных отравлений наркотиками среди молодёжи снизилась на 41,2% в мужской и примерно на 30% в женской популяции и, судя по официальным данным (3 и 0,6 на 100 тыс. населения соответственно), в настоящее время наркомания не входит в число важнейших проблем здоровья российской молодёжи (рис. 5).

Смертность вследствие неустановленных причин, связанных с девиантным поведением. При анализе потерь, обусловленных девиантным поведением, нельзя забывать, что официальные показатели смертности от убийств, самоубийств, алкогольных и наркотических отравлений могут существенно отличаться от их реального уровня. Значительная часть этих инцидентов переводится в латентную форму за счёт блока "Повреждения с неопределёнными намерениями". Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), "этот блок (Y10 – Y34) включает случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений". Таким образом, и самоубийства, и убийства, и отравления (как алкогольные, так и наркотические), то есть все потери, обусловленные девиантным поведением, входят сюда по определению. В целом динамика смертности от размытых причин в России определяется теми же закономерностями, которые присущи травмам и отравлениям. Однако отметим и особенности. Во-первых, и в мужской, и в женской популяции максимальный уровень смертности пришёлся на постдефолтный период (в 2000 г. у мужчин и в 1998 г. у женщин). Во-вторых, после 2009 г. позитивные тенденции себя исчерпали – в 2009–2016 гг. наблюдалась стагнация показателей (рис. 6).

В "новом" ЕС смертность от повреждений с неопределёнными намерениями стабильно снижалась до 1998 г., затем генеральным трендом стала стабилизация показателей, прерывавшаяся пиком 2006–2007 гг. В Западной Европе происходил рост смертности в начале 1990-х годов, сменившийся её снижением, существенно замедлившимся после 2007 г.

К сожалению, Россия демонстрировала худшие результаты в течение всего периода исследования. Смертность российской молодёжи от повреждений с неопределёнными намерениями за последние 30 лет выросла в 3,1 раза у мужчин и 3,4 раза у женщин против более чем 2-кратного её снижения в "старом", 5,2- и 6,5-кратного – в "новом" ЕС. В течение трёх десятилетий российские показателикратно превышали западноевропейские, причём минимальный – 3,2-кратный у мужчин и 2-кратный у женщин – разрыв отмечался в первый, максимальный – 19,9- и 15,8-кратный – в последний год исследования. Заметим, что до 1990 г. российская смертность от повреждений с неопределёнными намерениями была ниже, чем в "новом" ЕС (в 1986 г. – вдвое), однако это преимущество было утрачено, и уже в 1991 г. отставание России оказалось 1,5-кратным и у мужчин, и у женщин, а в 2005 г. – соответственно 9,7- и 9,9-кратным. К 2015 г. разрыв в мужской популяции снизился до 8,8-кратного, в женской – вырос до 10,8-кратного. К сожалению, в настоящее время именно повреждения с неопределёнными намерениями занимают первое место в структуре смертности от внешних причин (во всяком случае, в мужской популяции), поэтому более чем сомнительны как официальные показатели, так и темпы позитивных тенденций смертности и от убийств, и от самоубийств, и от алкогольных и наркотических отравлений [6, 20–27].

Первое, на что следует обратить внимание, анализируя потери от повреждений с неопределёнными намерениями, – это алкогольные

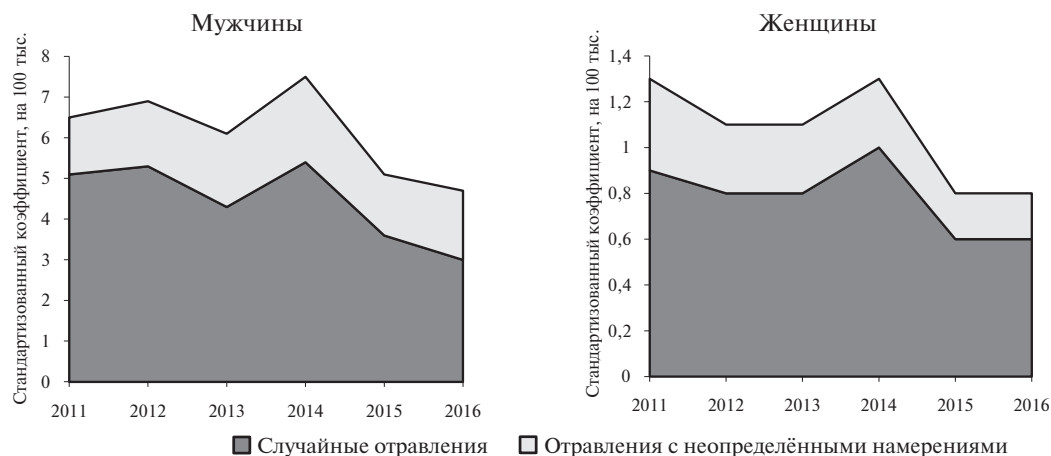


Рис. 5. Динамика смертности от отравлений наркотиками населения в возрасте 15–29 лет в России в 2011–2016 гг.

Таблица 1. Смертность населения России в возрасте 15–29 лет от явных и латентных алкогольных отравлений, самоубийств и убийств в 2011–2016 гг. (стандартизованный коэффициент на 100 тыс. населения)

| Год | Самоубийства | | | | Убийства | | | | Алкогольные отравления | | | |
|------|--------------|-----|-----------|-----|----------|-----|-----------|-----|------------------------|-----|-----------|-----|
| | явные | | латентные | | явные | | латентные | | явные | | латентные | |
| | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж |
| 2011 | 39,7 | 7,4 | 8,4 | 2,0 | 14,5 | 3,8 | 11,3 | 2,3 | 4,2 | 1,0 | 0,7 | 0,1 |
| 2012 | 37,3 | 7,1 | 9,7 | 2,3 | 12,6 | 3,5 | 10,3 | 2 | 3,8 | 0,8 | 0,6 | 0,1 |
| 2013 | 35,0 | 6,2 | 10,3 | 2,3 | 12,5 | 3,0 | 9,1 | 1,8 | 3,9 | 0,7 | 0,6 | 0,1 |
| 2014 | 31,2 | 5,7 | 12,1 | 2,8 | 10,4 | 2,5 | 8,7 | 1,5 | 4,1 | 0,6 | 1,0 | 0,2 |
| 2015 | 27,6 | 5,1 | 12,1 | 2,9 | 8,7 | 2,4 | 7,5 | 1,3 | 3,3 | 0,6 | 1,0 | 0,2 |
| 2016 | 25,2 | 4,5 | 11,6 | 3,1 | 6,9 | 1,9 | 7 | 1,4 | 3,1 | 0,5 | 0,7 | 0,1 |

отравления, альтернативой которым Всемирная организация здравоохранения считает суицид, что в России выглядит, мягко говоря, экзотично. Тем не менее ряд российских регионов с помощью этой нехитрой статистической манипуляции – перевода алкогольных отравлений в латентную форму – снижают показатель смертности в разы. Если же учесть совокупные потери от алкогольных отравлений среди молодёжи в целом по России, то окажется, что реальный уровень смертности от этой причины превышает официальные показатели не менее чем на 10% и в мужской, и в женской популяции, причём до 2015 г. этот недоучёт стабильно возрастал, достигнув примерно трети (табл. 1).

Не менее показательны наркотические отравления: их реальный уровень с учётом смертности от отравлений с неопределёнными намерениями превышал смертность от случайных отравлений не менее чем на четверть, причём максимальный недоучёт зафиксирован в 2016 г., когда он составил 56,7% у мужчин и 33% у женщин (см. рис. 6).

Что касается самоубийств, то предложенная авторами данной статьи методика их учёта по механизму реализации [6, 22, 26] показала, что латентная база предположительных самоубийств, во-первых, постоянно возрастает, во-вторых, в настоящее время она составляет почти половину официальных уровней суицидальной смертности среди мужчин и 70% у женщин. Ещё более драматично выглядит ситуация с убийствами: в 2011–2016 гг. латентные потери от предположительных убийств удваивают официальную статистику смертности среди молодёжи (см. табл. 1).

Можно ли полагать, что потери от разного рода социальных девиаций определяются только внешними причинами? К сожалению, новейшие исследования показывают, что их последствия гораздо глубже и масштабнее. Так, летальные исходы, обусловленные алкоголизмом, в настоящее время гораздо чаще принимают форму не алкогольных отравлений, а соматических заболеваний, ассоциированных со злоупотреблением алкоголем: в 2015–2016 гг. совокупная смертность от алкоголя

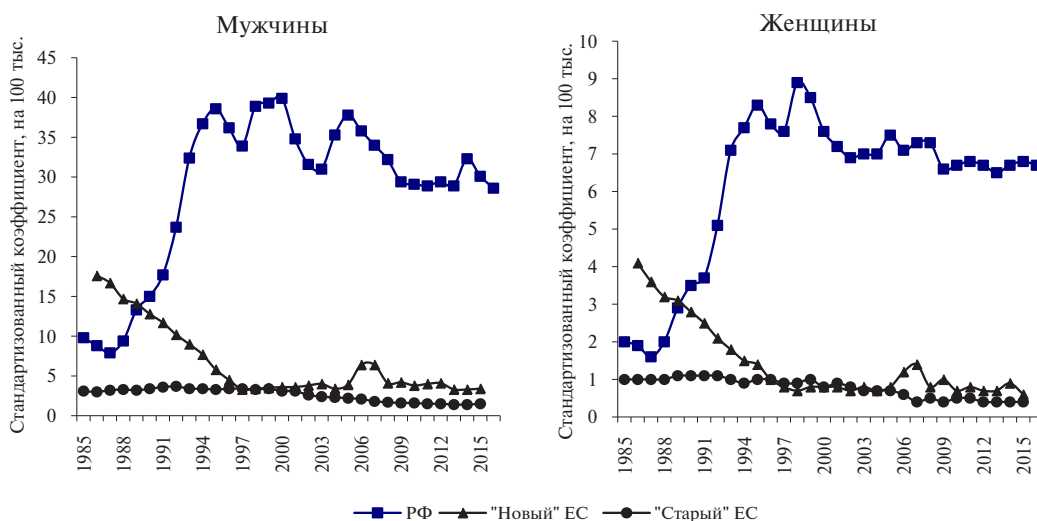


Рис. 6. Динамика смертности от повреждений с неопределёнными намерениями населения в возрасте 15–29 лет России, "нового" и "старого" ЕС в 1985–2015 гг.

только на 1/3 объяснялась отравлениями, на 2/3 — заболеваниями, вызываемыми алкоголем (в первую очередь это алкогольная кардиомиопатия и алкогольный цирроз печени) [28, 29].

Ещё более тревожным представляется перевод летальных исходов вследствие девиантного поведения в своего рода "чёрный ящик" — причины смерти, объединённые в группу "Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния". Смертность от таких неустановленных причин за последние 30 лет в России выросла почти втрое у мужчин и женщин против роста на 54,5% и на 35,2% в "новом" ЕС и снижения на 22,2% и 25,6%, соответственно, в "старом". А ведь в 1985 г. показатели у нас были лучше, чем в "новом" ЕС на 21,6% для мужчин и на 20% у женщин, а по сравнению со "старым" ЕС на 4,5% и 77,8% соответственно. Затем к 1991 г. началось отставание, которое к 2015 г. стало 2- и 1,5-кратным по сравнению с "новым" ЕС и 3,5- и 2,2-кратным по сравнению со "старым" ЕС для мужчин и женщин соответственно (рис. 7).

Крайне тревожным представляется то обстоятельство, что в 2000-е годы потери российской молодёжи вследствие неточно обозначенных состояний формировались практически полностью за счёт одного диагноза — "причина смерти не установлена", причём детальные исследования показали, что под этим диагнозом скрываются внешние причины, в том числе самоубийства, убийства, алкогольные и наркотические отравления [21].

Точная оценка уровня и значимости социальных девиаций с точки зрения их влияния на здоровье в настоящее время не представляется возможной в силу сложившейся системы диагностики и статистического учёта, ещё более затруднителен сравнительный анализ этих потерь в России и странах Евросоюза. Поэтому попытаемся проанализировать значимость потерь на единственном возможном в настоящее время сугубо оценочном уровне, учитывая совокупный вклад самоубийств,

убийств, алкогольных отравлений и повреждений с неопределёнными намерениями в общую смертность населения возрастной группы 15–29 лет.

Влияние компонента, обусловленного социальными девиациями, в России усиливалось до 1994 г., затем ослаблялось, однако после 2007 г. у мужчин стабилизировалось на уровне 34–36%, у женщин его ослабление, хотя и не всегда последовательное, продолжилось. В Европе следует отметить падение значимости этого компонента в первый период исследования и её рост после 2007 г., особенно выраженный в "старом" ЕС.

Феномен увеличения потерь вследствие социальных девиаций в развитых странах Европы после десятилетий позитивной динамики не может быть осмыслен только в контексте кризисных социально-экономических явлений. Во-первых, влияние кризиса 2007–2008 гг. было сравнительно кратковременным, а рост вклада социальных девиаций в смертность продолжился и в последующие годы. Во-вторых, кризис в меньшей степени затронул страны "новой" Европы, но вклад социальных девиаций в смертность быстрее рос в "старой" Европе. И, наконец, в-третьих, нельзя не отметить, что эти неблагоприятные процессы в странах Западной Европы прежде всего проявились в группах молодёжи, тогда как в населении более старших возрастов позитивная динамика сохранилась [10, 13, 14]. Всё это позволяет предполагать наличие дополнительных новых факторов, влияющих на увеличение вклада социальных девиаций в уровень смертности, прежде всего западноевропейской молодёжи. Таким фактором, вероятно, является массовая иммиграция в "старую" Европу преимущественно молодых людей из стран Ближнего Востока и Африки.

Несмотря на негативную динамику в европейских странах, в течение всего периода исследования российские показатели были, как правило, максимальными, западноевропейские — минимальными, "новый" ЕС занимал промежуточное

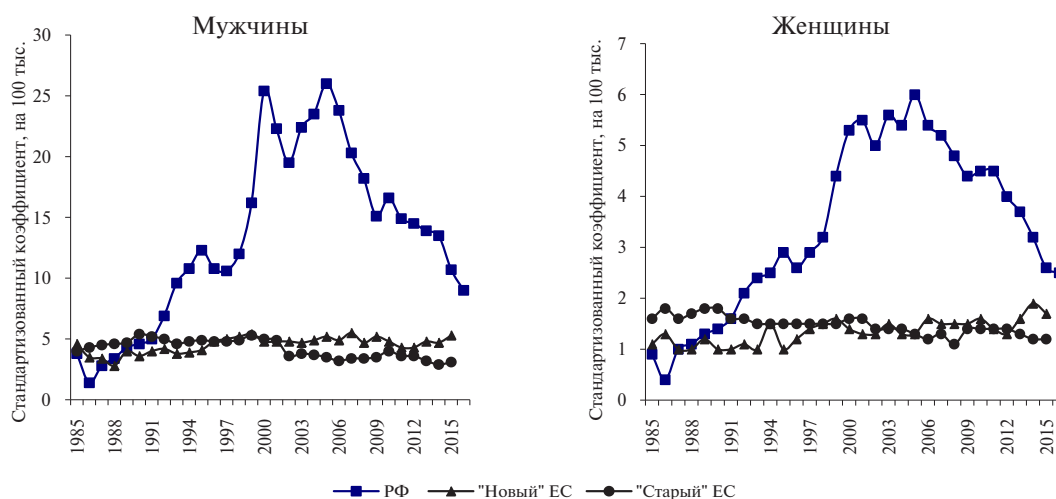


Рис. 7. Динамика смертности от симптомов, признаков и неточно обозначенных состояний населения в возрасте 15–29 лет России, "нового" и "старого" ЕС в 1985–2015 гг.

положение. В настоящее время у мужчин доля потерь, обусловленных девиантным поведением, в России превышает 33% общей смертности против 25% в "старом" и 27,1% в "новом" ЕС. Интересно, что у молодых женщин в России этот показатель оказался достаточно близок к западноевропейскому (22,5% и 19,9%), в то время как в "новом" ЕС этот показатель значительно ниже – 14,3%.

Отметим принципиальные различия в структуре потерь, обусловленных девиантным поведением, и её эволюции, особенно отчётливые при сравнении России и Западной Европы. Уже в 1985 г. доля суицидов в России была существенно меньше, чем в "старом" ЕС на фоне значительно большей доли убийств и алкогольных отравлений при несколько меньшей в России доле повреждений с неопределёнными намерениями (табл. 2).

За последние 30 лет общим трендом и в "старом", и в "новом" ЕС оказался рост значимости суицидов при снижении доли убийств и повреждений с неопределёнными намерениями. В России же ситуация оказалась обратной: вклад суицидов, убийств и алкогольных отравлений снизился, однако существенно возросла значимость повреждений с неопределёнными намерениями. В настоящее время у нас в стране среди молодых мужчин именно повреждения с неопределёнными намерениями занимают 1-е место среди потерь, обусловленных социальными девиациями (43,2%

против 12,7% в Западной Европе), в то же время доля суицидов в России снизилась до 39,6% против 78,8% в "старом" ЕС. В женской популяции наблюдаются и сходная картина, и сходные тенденции (см. табл. 2).

Для понимания происходящих процессов следует обратить внимание на общие тенденции смертности от причин, обусловленных социальными девиациями, в России, "новом" и "старом" Евросоюзе: при всех произошедших изменениях наиболее последовательной и стабильной выглядит динамика "старого" Евросоюза, а наименее стабильной, подверженной быстрым сменам кратковременных трендов, – России. Эволюция смертности в "новом" Евросоюзе в первые годы исследования оказалась схожей, скорее, с российскими трендами, в последние – с западноевропейскими (напомним, что эти страны оказались в составе ЕС только в мае 2004 г.). Однако странам "нового" ЕС удалось выйти из кризиса 1990-х годов гораздо раньше, чем России, и с существенно меньшими потерями. (В задачи нашего исследования не входил отдельный анализ ситуации в европейских странах, однако для понимания происходящих сдвигов отметим рост смертности от самоубийств после 2007 г., отмеченный в "новом" ЕС и в женской популяции "старого" ЕС при существенном замедлении позитивных тенденций в мужской популяции.)

Таблица 2. Вклад основных причин смерти, обусловленных социальными девиациями, в потери населения в возрасте 15–29 лет в России, "новом" и "старом" ЕС в 1985–2015 гг., %

| Год | Самоубийства | | | Убийства | | | Случайные отравления алкоголем | | | Повреждения с неопределёнными намерениями | | |
|---------|--------------|--------------------|---------------------|----------|--------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------|---------------------|---|--------------------|---------------------|
| | РФ | "но- вый" ЕС | "ста- рый" ЕС | РФ | "но- вый" ЕС | "ста- рый" ЕС | РФ | "но- вый" ЕС | "ста- рый" ЕС | РФ | "но- вый" ЕС | "ста- рый" ЕС |
| Мужчины | | | | | | | | | | | | |
| 1985 | 52,7 | — | 74,6 | 22,9 | — | 9,7 | 12,4 | — | — | 12,0 | — | 15,7 |
| 1986 | 51,6 | 48,8 | 75,1 | 23,6 | 7,8 | 9,1 | 9,8 | 0,0 | — | 14,9 | 43,4 | 15,8 |
| 1991 | 40,3 | 52,3 | 69,8 | 34,2 | 15,1 | 12,1 | 6,2 | 0,0 | — | 19,3 | 32,6 | 18,0 |
| 2005 | 39,8 | 71,9 | 74,1 | 23,6 | 8,7 | 9,0 | 10,0 | 3,7 | 0,9 | 26,5 | 15,6 | 16,0 |
| 2015 | 39,6 | 77,2 | 78,8 | 12,5 | 3,9 | 7,2 | 4,7 | 3,0 | 1,3 | 43,2 | 15,9 | 12,7 |
| 2016 | 39,5 | — | — | 10,8 | — | — | 4,9 | — | — | 44,8 | — | — |
| Женщины | | | | | | | | | | | | |
| 1985 | 43,7 | — | 70,4 | 34,5 | — | 13,1 | 7,7 | — | 0,0 | 14,1 | — | 16,5 |
| 1991 | 47,4 | 46,1 | 70,7 | 31,9 | 14,4 | 13,7 | 4,3 | 0,0 | — | 16,4 | 39,6 | 15,6 |
| 2005 | 29,7 | 63,4 | 67,1 | 38,3 | 20,3 | 14,4 | 7,7 | 1,5 | 0,4 | 24,3 | 14,8 | 18,1 |
| 2015 | 37,6 | 64,2 | 75,0 | 23,3 | 15,9 | 11,4 | 5,9 | 1,8 | 0,8 | 33,2 | 18,0 | 12,8 |
| 2016 | 38,9 | — | — | 20,0 | — | — | 5,3 | — | — | 35,8 | — | — |

Таким образом, можно констатировать, что роль социальных отклонений в смертности молодёжи обусловлена воздействием социально-экономических факторов как в европейских странах, так и в России, однако реакция на внешние воздействия проявляется через разные формы девиаций. Крайне важным представляется тот факт, что Россия впервые за последние полстолетия не отреагировала синхронно резким ростом смертности от всех основных социально значимых и социально обусловленных причин ни на общемировой кризис 2008 г., ни на ухудшение экономических условий, начавшееся в 2013 г. и не исчерпанное до настоящего времени.

* * *

Подведём итоги. И в России, и в Европе в последние 30 лет вклад потерь, обусловленных девиациями, в общую смертность молодёжи возрастал, однако в течение всего этого периода Россия лидировала по их значимости. В настоящее время доля этих, безусловно, предотвратимых потерь превысила треть общей смертности молодых мужчин и приблизилась к четверти у их ровесниц. Эволюция структуры потерь свидетельствует о разнонаправленных процессах в России и Европе. Если в Евросоюзе наблюдалось увеличение значимости суицидов, то в России нарастал вклад повреждённых с неопределёнными намерениями, вследствие чего ведущими оказались именно эти размытые причины. По сути, за счёт этого диагноза в России маскируется недоучёт смертей от алкогольных и наркотических отравлений, самоубийств и убийств — в целом от 30 до 100% случаев. Это означает, что смертность от социальных девиаций в России по сравнению с ЕС ещё больше, чем о том свидетельствует официальная статистика.

Росту смертности от социальных девиаций и в России, и в Европе способствует пополнение групп населения, находящихся в маргинальном положении. За последние годы мощным источником маргинализации в развитых странах Европы стала массовая иммиграция из беднейших регионов мира, повлёкшая за собой увеличение вклада социальных девиаций в смертность молодёжи опережающими темпами, причём не только в сравнении с "новым" ЕС, но и с Россией.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Исследование проведено при поддержке Совета по грантам Президента РФ по государственной поддержке ведущих научных школ РФ, проект № НШ-3781.2018.6.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молодёжная политика в системе формирования гражданской идентичности современной молодёжи. Коллективная монография / Под ред. А.В. Бугаева, Т.К. Ростовской. М.: Изд-во РГСУ, 2018.
2. Здоровье населения России в социальном контек-

- сте 90-х годов: проблемы и перспективы / Под ред. В.И. Стародубова, Ю.В. Михайловой, А.Е. Ивановой. М.: Медицина, 2003.
3. *Иванова А.Е., Михайлов А.Ю.* Оценка демографической политики по снижению смертности на региональном уровне в России // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. 2017. № 5. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/914/30/lang.ru/> (дата обращения 15.06.2018).
 4. *Иванова А.Е., Семёнова В.Г.* Новые явления российской смертности // Народонаселение. 2004. № 3. С. 85–93.
 5. *Иванова А.Е., Семёнова В.Г.* Смертность: факторы, группы риска, оценка потерь // Стратегия демографического развития России / Под ред. В.Н. Кузнецова, Л.Л. Рыбаковского. М.: ИСПИ РАН, 2005.
 6. *Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семёнова В.Г. и др.* Смертность российских подростков от самоубийств. ЮНИСЕФ, 2011.
 7. *Иванова А.Е., Федоткина С.А.* Проблемы смертности российской молодёжи // Здравоохранение Российской Федерации. 2011. № 2. С. 3–6.
 8. *Семёнова В.Г.* Обратный эпидемиологический переход в России. М.: ЦСП, 2005.
 9. *Семёнова В.Г., Иванова А.Е., Дубровина Е.В.* Смертность российской молодёжи: долгосрочные тренды и современные особенности // Российская молодёжь: проблемы и решения. М.: ЦСП, 2005.
 10. *Семёнова В.Г., Окунев О.Б., Антонюк В.В., Евдокушкина Г.Н.* Возрастные и нозологические особенности смертности населения России на фоне западноевропейских государств в 1990–2009 гг. // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. 2012. № 4. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/415/30/lang.ru/> (дата обращения 15.06.2018).
 11. *Leon D.A., Shkolnikov V.M.* Social stress and the mortality crisis // JAMA. 1998. V. 279. P. 790–791.
 12. *Shkolnikov V.M., Andreev E.M., Leon D.A. et al.* Mortality reversal in Russia: the story so far // Journ. Hyg. Intern. 2004. V. 4. P. 29–80.
 13. Развитие человеческого потенциала в России сквозь призму здоровья населения / Под ред. В.И. Стародубова, А.Е. Ивановой. М.: Литера, 2012.
 14. *Сабгайда Т.П.* Предотвратимые причины смерти в России и странах Евросоюза // Здравоохранение Российской Федерации. 2017. № 3. С. 116–122.
 15. *Сабгайда Т.П.* Возрастные особенности предотвратимой смертности населения России // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. 2013. № 5. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/505/30/lang.ru/> (дата обращения 15.06.2018).
 16. *Сабгайда Т.П., Иванова А.Е., Семёнова В.Г., Евдокушкина Г.Н.* Предотвратимая смертность в регионах Российской Федерации // Stanovništvo. 2011. № 2. S. 1–23.
 17. *Andreev E.M., Nolte E., Shkolnikov V.M. et al.* The evolving pattern of avoidable mortality in Russia // Intern. Journ. Epidem. 2003. V. 32. P. 437–446.
 18. *Гилинский Я.И.* Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других "отклонений". СПб.: Юридический центр Пресс, 2004.

19. Европейская база данных о смертности (MDB). <https://gateway.euro.who.int/ru/datasets/european-mortality-database/> (дата обращения 15.06.2018).
20. Андреев Е.М. Плохо определённые и точно не установленные причины смерти в России // Демографическое обозрение. Электронный научный журнал. 2016. Вып. 2. Т. 3. https://demreview.hse.ru/data/2016/09/19/1123158017/1DemRev_3_2_2016_103-142.pdf (дата обращения 15.06.2018).
21. Васин С.А. Смертность от повреждений с неопределёнными намерениями в России и в других странах // Демографическое обозрение. 2015. № 2(1). С. 89–124. https://demreview.hse.ru/data/2015/10/22/1079399391/DemRev_2_1_2015_89-124.pdf (дата обращения 15.06.2018).
22. Иванова А.Е., Сабгайда Т.П., Семёнова В.Г. и др. Факторы искажения структуры причин смерти трудоспособного населения России // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. 2013. № 4. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/491/30/lang,ru/> (дата обращения 15.06.2018).
23. Семёнова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2004. № 2. С. 11–19.
24. Семёнова В.Г., Дубровина Е.В., Гаврилова Н.С. и др. О проблемах травматической смертности в России (на примере Кировской области) // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2004. № 3. С. 3–10.
25. Семёнова В.Г., Антонова О.И. Достоверность статистики смертности (на примере смертности от травм и отравлений в Москве) // Социальные аспекты здоровья населения. Электронный научный журнал. 2007. № 2(2). <http://vestnik.mednet.ru/content/view/28/30/> (дата обращения 15.06.2018).
26. Семёнова В.Г., Никитина С.Ю., Гаврилова Н.С., Запорожченко В.Г. Проблемы учёта смертности от внешних причин // Здравоохранение РФ. 2017. № 4. С. 202–212.
27. Gavrilova N.S., Semyonova V.G., Dubrovina E.V., Evdokushkina G.N. Russian mortality crisis and the quality of vital statistics // Population Research and Policy Review. 2008. V. 5. P. 551–574.
28. Немцов А.В. Алкогольная история России. Новейший период. М.: URSS, 2009.
29. Семёнова В.Г., Сабгайда Т.П., Михайлов А.Ю. и др. Смертность населения России от причин алкогольной этиологии в 2000-е годы // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. 2018. № 1. <http://vestnik.mednet.ru/content/view/950/30/lang,ru/> (дата обращения 15.06.2018).

DEMOGRAPHIC IMPLICATIONS OF SOCIAL DEVIATIONS OF RUSSIAN YOUTH

© 2019 S.V. Ryazantsev^{1,*}, V.G. Semenova^{1,2,**}, A.E. Ivanova^{1,2,***},
T.P. Sabgayda^{2,1,****}, G.N. Evdokushkina^{1,2,*****}

¹*Institute for Socio-Political Studies, RAS, Moscow, Russia*

²*Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care
at the Russian Ministry of Health, Moscow, Russia*

*E-mail: riazan@mail.ru; **E-mail: vika-home@yandex.ru; ***E-mail: ivanova-home@yandex.ru;

****E-mail: tsabgayda@mail.ru; *****E-mail: evdok@yandex.ru

Received 07.08.2018

Revised version received 18.10.2018

Accepted 06.11.2018

The article provides an assessment of the demographic losses among Russian youth due to social deviations – suicides, murders, alcohol and drug poisoning compared with the countries of the “old” (before May 2004) and the “new” (after May 2004) European Union. It has been shown that in Russia and in Europe over the past 30 years, the contribution of losses due to deviant behavior to the total mortality of young people has increased, but in Russia this undoubtedly preventable factor has been of special significance. Currently, this factor causes more than a third of the total mortality of young men in our country and almost a quarter of their contemporaries. The evolution of the structure of losses caused by social deviations testifies to multidirectional processes in Russia and Europe. If both in the “old” and in the “new” European Union the importance of suicides increases, in Russia there is damage with uncertain intentions. In essence, due to this vague diagnosis, underreporting of deaths from alcohol and drug poisoning, suicides and murders is masked – in general, from one third to 100% of cases. This means that the death rate from social deviations in Russia compared to the EU is even more than official statistics show.

Keywords: youth, social deviations, losses due to deviant behavior, murder, suicide, alcohol and drug poisoning, damage with undetermined intentions.