

А.В.Сахаров, Н.В.Говорин, О.П.Ступина
АЛКОГОЛЬНЫЙ ФАКТОР В СУИЦИДО-ГЕНЕЗЕ В ЗАБАЙКАЛЬЕ

Читинская государственная медицинская академия (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В.Говорин)

Наблюдаемая с 1992 года депопуляция населения России является не только результатом небывалого в истории страны падения рождаемости, но и следствием роста числа умерших [1]. Именно необычно высокий уровень преждевременной смертности российского населения остаётся наиболее острой и злободневной проблемой. Так, в 2004 г. общая смертность в стране составила 16 случаев на 1000 населения. Это наиболее высокий показатель не только среди развитых стран мира, но и на постсоветском пространстве. За период с 1990 по 2004 г. общая смертность в РФ выросла в 1,5 раза [4].

Среди причин преждевременной смертности второе место (после болезней органов кровообращения) занимают так называемые "внешние причины": несчастные случаи, травмы, отравления и т.п. (194,1 случая на 100 000 населения). При этом на первом месте по числу уносимых жизней в этой группе стоят самоубийства [5]. Так, согласно данным официальной статистики, удельный вес завершенных суицидов в этой группе причин составляет 20%. Однако эта цифра не отражает их истинного количества, поскольку немалая часть самоубийств попадает в статистику под рубриками несчастных случаев, травм, отравлений и др. причин. Реальная же доля самоубийств может достигать 45-50% [4].

В конце XIX века Россия была последней среди европейских стран по уровню самоубийств - в ней совершилось 3 самоубийства на 100 000 населения, в 1988 г. - 19 [3]. Суицидная ситуация, сложившаяся в последние десятилетия в Российской Федерации, приобрела масштабы национального бедствия [1]. Частота завершенных суицидов в стране в последние годы находится на уровне 36-38 случаев на 100 000 жителей. Средний показатель распространенности самоубийств в мире равен 14,5 на 100 000 населения, а так называемый критический уровень частоты суицидов, установленный ВОЗ, составляет 20 на 100 000 населения. Это вывело нашу страну на второе место в мире по величине данного показателя [4;5]. Поэтому вопросы суицидологии, в ряду других социально-значимых проблем для общества, выдвинулись по своей актуальности на первый план. В последние годы уде-

ляется большое внимание изучению самоубийств на региональном уровне, т.к. в нашей стране имеет место огромный разброс частоты самоубийств по отдельным субъектам федерации. По данным 2003 года, максимальное различие этого показателя составляет 121 раз. Читинская область входит в группу территорий с наибольшей частотой суицидов [4].

Кроме того, чрезвычайно актуальной на сегодняшний день является проблема связи самоубийств и алкоголизации населения [6;10;11]. Наиболее доказательны работы, показывающие динамику числа самоубийств в зависимости от среднедушевого потребления алкоголя. Выявлено, что повышение данного показателя на 1 литр добавляет 8 мужских самоубийств на каждые 100000 мужчин и 1 женское самоубийство на каждые 100000 женщин [5]. Но однозначная зависимость между потреблением алкоголя, алкогольными заболеваниями и суицидами выявляется не во всех странах. Иногда даже в ряде регионов одной страны уровень алкоголизации не коррелирует с уровнем самоубийств [10;11]. Поэтому такая очевидная взаимосвязь не является прямолинейной, а прием алкоголя может быть как причиной, так и следствием микросоциальных конфликтов, ведущих к суициdalному поведению [2]. В нашей стране отмечается значительная частота приема алкоголя при суициде, по данным разных авторов, от 50 до 65,5%. Хотя прямой зависимости между тяжестью аутоагрессивных расстройств и концентрацией алкоголя в крови не выявлено. Многие авторы полагают, что связь между уровнем алкоголя в крови и суицидом нуждается в дополнительном изучении [9;10]. Также на сегодняшний день остается не до конца выясненным вопрос о связи суициdalного поведения и тяжести алкоголизации. Дальнейшее изучение данных проблем является весьма актуальным, в том числе в аспекте развития программ по профилактике суицидов [8] и уменьшению демографического кризиса.

ЦЕЛЬЮ данного исследования стало изучение общих закономерностей динамики самоубийств в Читинской области, городе Чите и Читинском (сельском) районе с определением роли некоторых факторов в суицидогенезе, в первую очередь алкогольного.

МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ. Были проанализированы данные, полученные из документов, хранящихся в ГУ Государственный архив Читинской области (с 1975 по 1994 гг.), Территориальном органе Федеральной службы Государственной статистики по Читинской области (с 1995 по 2005 гг.),

а также проведен ретроспективный анализ журналов регистрации трупов ГУЗ Областное бюро судебно-медицинской экспертизы (с 1995 по 2004 гг.). Статистическая обработка проводилась в соответствии с методикой Microsoft Excel.

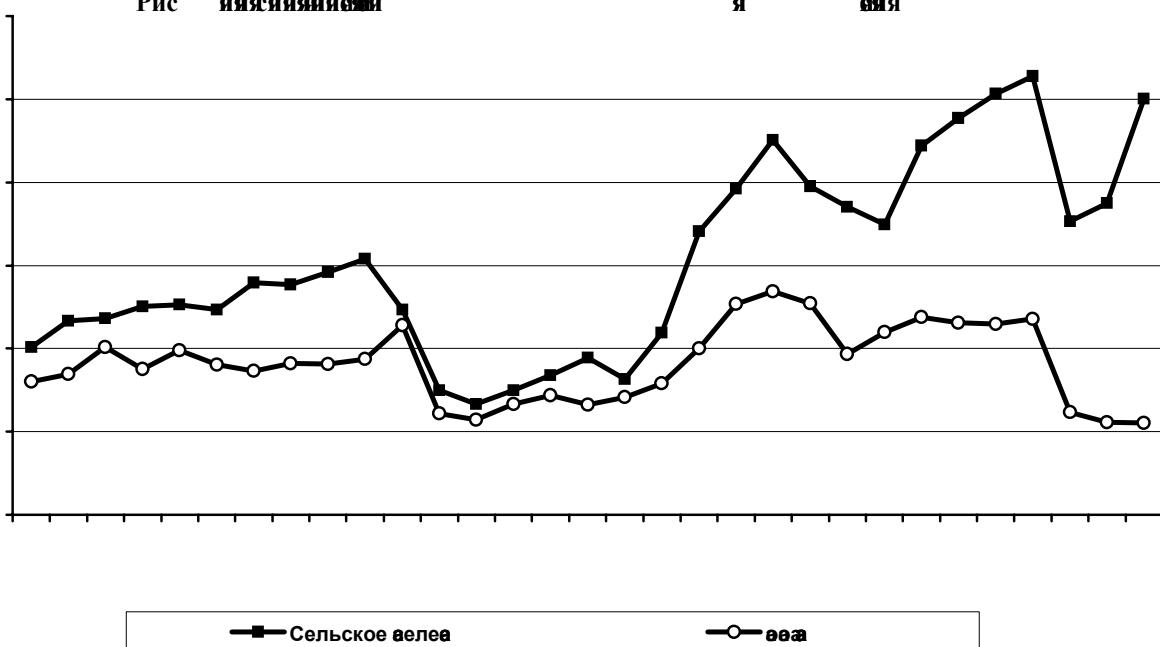
РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Анализ частоты суицидов за период с 1975 г. по настоящее время показал, что распространность самоубийств в Читинской области с 1975 по 1984 гг. постепенно росла (с 40,64 до 51,90 на 100 000 населения). В 1985 - 1987 гг. произошло резкое снижение числа самоубийств (до 27,71 на 100 000 населения), что, несомненно, связано с "антиалкогольной компанией" и мерами, направленными на ограничение торговли спиртными напитками. С 1988 до 1992 г. происходило постепенное увеличение суицидной смертности, что многие исследователи связывают с увеличением потребления алкоголя [5;10]. Рост с 1992 г. был обусловлен крушением прежнего политического режима, снижением жизненного уровня людей [2]. Читинская область не является исключением. Своего максимума уровень самоубийств в нашем регионе достиг в 1994-1995 гг. (71,70-80,71 на 100 000 населения, при среднероссийском рекордном показателе в 1994 г. - 42,4 на 100 000 населения). Эти годы характеризовались политическим, социальным и экономическим кризисом [4]. В 1996-1998 гг. частота суицидов в Читинской области начинает постепенно снижаться (1997 г. - 64,85 на 100 000 населения при показателе 37,6 по РФ), однако, в 1999 г. произошел второй подъем, что связывают с дефолтом в августе 1998 (82,41 на 100 000 населения при среднероссийском

- 39,3). С 2003 г. в нашей области началось снижение числа самоубийств (с 93,35 до 72,42 на 100 000 населения в 2005 году), поэтому ряд авторов указывает на относительную социальную стабилизацию в обществе, однако, показатель в Забайкалье продолжает оставаться высоким, что свидетельствует о недостаточном уровне социального благополучия [4].

Сравнивая полученные данные со среднероссийскими, следует отметить изначально присутствующий высокий уровень завершенных суицидов в нашем регионе. Кроме того, амплитуда колебаний уровня самоубийств в Читинской области значительно выше, чем в среднем по России.

Анализ динамики самоубийств отдельно среди сельского и городского населения Читинской области выявил ряд особенностей (см. рис.1). В первую очередь, это более высокая распространность суицидов среди сельского населения. Такие сверхвысокие показатели смертности от самоубийств в сельской местности отмечены и в других регионах России, но большая часть из них является национальными образованиями. Поэтому сложившаяся там суицидная ситуация объясняется этнокультуральными особенностями [4;7]. Конечно, такое объяснение неприменимо для нашей области, а поиск ведущих факторов в суицидогенезе является актуальной задачей. Следует отметить также отсутствие в сельских районах области характерного для всей страны снижения числа самоубийств в последние годы (2005 год - 100,15 на 100 000 населения), что может говорить о сложившейся там крайне неблагоприятной социальной ситуа-

Рис. 1. Динамика суицидов в Читинской области



ции. И, наоборот, видны относительно более низкие показатели самоубийств среди городских жителей, которые косвенно указывают на улучшение жизни в городах. Это хорошо видно на примере города Читы, где распространность суицидов кратно ниже, чем в среднем по области, а с 2002 года стала ниже среднероссийской (2003 год - 24,63 на 100 000 населения в Чите; 36,1 - в РФ). Все изложенное важно учитывать при организации профилактических мероприятий.

С целью уточнения ведущих факторов в суицидогенезе, были проанализированы данные, полученные из журналов регистрации трупов Областного бюро судебно-медицинской экспертизы за период с 1995 по 2004 год. Всего за 10 исследуемых лет в бюро СМЭ произведено 22673 вскрытия, из них на долю завершённых суицидов пришлось 1497, что составило 6,6% от общего числа вскрытий. Учитывая тот факт, что в данном бюро СМЭ осуществляются вскрытия трупов лиц, умерших в городе Чите и Читинском сельском районе, то все случаи были поделены на две группы по месту проживания. Если у умершего не было места жительства, то отнесение в ту или иную группу происходило по месту обнаружения трупа.

Следовательно, первую группу образовали умершие суициденты города Читы (суициды городского населения) - всего их было 1100, что составило 73,5% всех выявленных случаев завершённых суицидов. Во вторую группу вошли жители Читинского сельского района, закончившие жизнь путем самоубийства (суициды сельского населения), их было 397 или 26,5% анализируемых случаев.

Женщин (Ж) среди суицидентов первой группы было 18% (198), мужчин (М) - 82% (902), во второй группе - 10,8% (43) и 89,2% (354) соответственно. Это свидетельствует о значительном преобладании самоубийств у мужчин именно в сельской местности, т.к. соотношение М : Ж в городе было 4,5 : 1, а на селе - 8,25 : 1.

Распределение по возрастным группам выглядело следующим образом:

1. В Чите: дети до 15 лет - 0,7% (М - 0,9%, Ж - 0%), подростки от 15 до 18 лет - 2,3% (М - 2,4%, Ж - 1,5%); лица в возрасте 18 - 25 лет - 14,6% (М - 14,9%, Ж - 13,6%); 26 - 50 лет - 52,4% (М - 55,2%, Ж - 39,4%), 51 - 65 лет - 18,9% (М - 18,3%, Ж - 21,7%), 66 лет и старше - 11,1% (М - 8,3%, Ж - 23,7%).
2. В Читинском сельском районе: дети до 15 лет - 1,3% (М - 1,1%, Ж - 2,3%), подростки от 15 до 18 лет - 2,3% (М - 1,4%, Ж - 9,3%); лица в возрасте

18 - 25 лет - 18,9% (М - 19,8%, Ж - 11,6%); 26 - 50 лет - 55,1% (М - 57,6%, Ж - 34,9%), 51 - 65 лет - 16,6% (М - 15,3%, Ж - 27,9%), 66 лет и старше - 5,8% (М - 4,8%, Ж - 14%).

Данное распределение сохраняется для мужского контингента с несколько большим количеством суицидентов в возрасте 26 - 50 лет и меньшим - в группе 66 лет и старше. Среди женщин было отмечена обратная тенденция. При разделении по половой принадлежности в каждой возрастной группе однозначно преобладали мужчины (от 61,5 до 100% - в Чите; от 55 до 93% - в Читинском сельском районе). Максимальные показатели женских суицидов получены в группе 66 лет и старше (38,5% - в г. Чите; 26% - в Читинском сельском районе). Если сравнивать городской и сельский контингенты, то среди последних было больше детей и значительно меньше пожилых лиц.

При анализе сезонности самоубийств выявлены 3 максимума: в Чите - это январь (9,5%), март (9,6%) и август-сентябрь (10,8%-9,4%); в Читинском районе - это январь (9,8%), август-сентябрь (9,8%-9,6%), а также март-май (10,3%-11,1%-9,1%). Данные тенденции сохраняются среди мужского контингента с более выраженным увеличением количества самоубийств в январе (10,2%). У "женских" суицидов, особенно в сельском районе, значительно лучше определяется летне-осенний подъем (с июля по ноябрь) и пик в марте, в январе же - всего было 7%. При этом суициды в алкогольном опьянении повторяют общую динамику распределения по месяцам. Меньшее число самоубийств вне зависимости от групп определялось в феврале, ноябре и декабре.

Было проанализировано распределение числа завершённых суицидов по дням синодического лунного цикла и выявлен пик самоубийств в новолуние (5,54%), когда установлено увеличение числа суицидов в 1,66 раза (М - в 1,58 раза; Ж - в 2,12 раза) по сравнению с другими днями лунного цикла.

Анализ способов совершения самоубийств выявил следующее:

1. В Чите: механическая асфиксия через повешение - 83,5% (М - 87,4%, Ж - 66,2%); огнестрельные повреждения - 4,8% (М - 5,8%, Ж - 0,5%); медикаментозные отравления - 4,1% (М - 1,5%, Ж - 15,65%); отравления уксусной кислотой (УК) и другими химическими жидкостями - 3,3% (М - 0,65%, Ж - 15,15%); самопорезы - 2,2% (М - 2,7%, Ж - 0%); падения с высоты - 1,2% (М - 1,1%, Ж - 1,5%); самосожжения - 0,7% (М - 0,65%, Ж - 1%); отравление углекислым газом (CO) - 0,2% (М - 0,2%, Ж - 0%).

- Ж - 0%).
2. В Читинском сельском районе: механическая асфиксия через повешение - 83,85% (М - 87%, Ж - 58,1%); огнестрельные повреждения - 7,3% (М - 8,2%, Ж - 0%); медикаментозные отравления - 1,8% (М - 1,1%, Ж - 7%); отравления уксусной кислотой (УК) и другими химическими жидкостями - 3,5% (М - 1,1%, Ж - 23,3%); самопорезы - 1,8% (М - 1,4%, Ж - 4,6%); самосожжения - 1% (М - 0,3%, Ж - 7%); отравление угарным газом (СО) - 0,5% (М - 0,6%, Ж - 0%); железнодорожные травмы - 0,25% (М - 0,3%, Ж - 0%).

У мужчин значительно преобладало самоповешение, далее идут самострелы и самопорезы. У женщин самоповешение также стоит на первом месте, но распространенность его ниже, чем среди мужского контингента. На втором месте в городе у женщин-суицидентов стоят отравления медикаментами, на третьем - отравление УК и другими ХЖ. В сельском районе отравления УК и ХЖ находятся на втором месте, затем идут медикаментозные отравления и самосожжения. У женщин значительно меньше было смертей от огнестрельных ран и не было отравлений СО.

В Чите при самоповешениях, огнестрельных повреждениях, самопорезах, отравлениях СО и падениях с высоты преобладали в структуре мужчины (86%, 98%, 100%, 100% и 77% соответственно). При отравлениях отмечалось значительное преобладание женщин. Среди лиц, принявших уксусную кислоту, они составили 83%, медикаменты - 69%. В Читинском районе при самоповешениях мужчин было 92%, при самострелах, отравлениях СО - 100%, самопорезах - 71%. Женщины при отравлениях УК и ХЖ составили 71%, при медикаментозных отравлениях - 43%.

В общей структуре медикаментозного отравления полимедикаментозное (3 и более лекарственных препаратов) было у 36%, прием психотропных средств - у 14%, клофелина - у 10%, инсулина - у 2%, других - у 38%.

В структуре локализации огнестрельных ран на область головы пришлось 53,1%, грудную клетку - 39,5%, области живота - 7,4%. Резаные раны: предплечье - 93,5%, шея - 6,5%.

При анализе места совершения суицида получены следующие данные: дома - 86% (М - 84,2%; Ж - 95,5%), недалеко от дома - 3,8% (М - 4,3%, Ж - 1,2%), в безлюдных местах - 3% (М - 3,3%, Ж - 1,7%), на даче - 2,2% (М - 2,5%, Ж - 0,4%), на работе - 1,9% (М - 2,1%, Ж - 0,4%), в местах заключения - 1,3% (М - 1,5%, Ж - 0%), в гаражах - 1,1% (М - 1,4%, Ж - 0%) в больницах - 0,7% (М - 0,7%, Ж -

0,8%).

Установленное количество суицидов, совершившихся в состоянии алкогольного опьянения в среднем за анализируемый период, составило 47,5% в городе (М - 51,2%, Ж - 30,3%); 52,9% в Читинском районе (М - 56,2%, Ж - 25,6%). Т.е. можно отметить в сельском районе большее число мужских самоубийств, предпринятых в алкогольном опьянении. Если рассматривать полученные данные в динамике по годам, то с 2000 по 2004 год происходил рост данного показателя до 58% и 66% среди городского и сельского контингента соответственно.

Распределение по возрастным группам суицидентов с алкоголем в крови выглядело следующим образом:

1. В Чите: дети до 15 лет - 0,2% (М - 0,2%, Ж - 0%), подростки от 15 до 18 лет - 1,7% (М - 1,9%, Ж - 0%); лица в возрасте 18 - 25 лет - 17,6% (М - 17,3%, Ж - 20%); 26 - 50 лет - 59,6% (М - 61,3%, Ж - 46,7%), 51 - 65 лет - 17,25% (М - 16,9%, Ж - 20%), 66 лет и старше - 3,65% (М - 2,4%, Ж - 13,3%).
2. В Читинском сельском районе: дети до 15 лет - 0%, подростки от 15 до 18 лет - 0,95% (М - 0%, Ж - 19%); лица в возрасте 18 - 25 лет - 20,5% (М - 20%, Ж - 27%); 26 - 50 лет - 57,1% (М - 59%, Ж - 27%), 51 - 65 лет - 16,7% (М - 16%, Ж - 27%), 66 лет и старше - 4,75% (М - 5%, Ж - 0%).

При анализе наличия опьянения в каждой возрастной группе, получено:

1. В Чите: дети до 15 лет - 12,5% (М - 12,5%, Ж - 0%); подростки от 15 до 18 лет - 36% (М - 40,9%, Ж - 0%); лица в возрасте 18 - 25 лет - 57,1% (М - 59,7%, Ж - 44,4%); 26 - 50 лет - 54% (М - 56,8%, Ж - 35,9%); 51 - 65 лет - 43,3% (М - 47,3%, Ж - 27,9%); 66 лет и старше - 15,6% (М - 14,7%, Ж - 17%).
2. В Читинском сельском районе: дети до 15 лет - 0%; подростки от 15 до 18 лет - 22% (М - 0%, Ж - 50%); лица в возрасте 18 - 25 лет - 57,3% (М - 57,1%, Ж - 60%); 26 - 50 лет - 54,8% (М - 57,4%, Ж - 20%); 51 - 65 лет - 53% (М - 59,3%, Ж - 25%); 66 лет и старше - 43,5% (М - 58,8%, Ж - 0%).

Т.е. получен максимум в возрасте 18 - 25 лет (57%), минимумы - у детей (12,5% в городе, 0% в сельском районе), в группе 66 и старше городского контингента (15,6% против 43,5% сельского), в группе сельских подростков (22%). При разделении по половой принадлежности в каждой возрастной группе преобладали мужчины (от 58% до 100% - в Чите; от 91% до 100% - в Читинском сельском районе). Максимальный показатель женских суицидов

получен в группе 66 лет и старше в городе (42%).

Содержание этилового спирта в крови, отражающее степень алкогольного опьянения, составило в городе у мужчин $2,48 \pm 0,07\%$, у женщин - $2,26 \pm 0,17\%$; в сельском районе - у мужчин $2,29 \pm 0,119\%$, у женщин - $2,58 \pm 0,346\%$. Распределение концентраций алкоголя в крови у суицидентов:

1. В Чите: менее 0,5% (отсутствие влияния, не значительное влияние) - 3,8% (М - 4,2%, Ж - 0%); от 0,5 до 1,5% (легкое опьянение) - 19,3% (М - 17,9%, Ж - 30,9%); от 1,5 до 2,5% (опьянение средней степени) - 29,2% (М - 29,4%, Ж - 28,6%); от 2,5 до 3,0% (сильное опьянение) - 17,3% (М - 17,9%, Ж - 11,9%); от 3,0 до 5,0% (тяжелое отравление) - 26,8% (М - 26,9%, Ж - 26,2%); 5,0% и более (смертельное отравление) - 3,6% (М - 3,7%, Ж - 2,4%).
2. В Читинском сельском районе: менее 0,5% - 3,1% (М - 3,4%, Ж - 0%); от 0,5 до 1,5% - 22,5% (М - 22,8%, Ж - 18,2%); от 1,5 до 2,5% - 38,8% (М - 38,9%, Ж - 36,4%); от 2,5 до 3,0% - 10% (М - 10,7%, Ж - 0%); от 3,0 до 5,0% - 20% (М - 18,8%, Ж - 36,4%); 5,0% и более - 5,6% (М - 5,4%, Ж - 9%).

Таким образом, у суицидентов превалировало алкогольное опьянение средней степени, однако, хочется отметить, что при совершении самоубийства в городе отравление алкоголем было у 30,4% суицидентов (М - 30,6%, Ж - 28,6%), в сельском районе - у 25,6% (М - 24,2%, Ж - 45,4%). В динамике по годам средние величины содержания этилового спирта в крови у суицидентов снижались.

При анализе способов совершения самоубийств в алкогольном опьянении:

1. В Чите: механическая асфиксия через повешение - 90,8% (М - 91,7%, Ж - 85%); огнестрельные повреждения - 5,2% (М - 5,8%, Ж - 0%); медикаментозные отравления - 0,9% (М - 0,4%, Ж - 5%); отравления уксусной кислотой (УК) и другими химическими жидкостями - 0,8% (М - 0,2%, Ж - 5%); самопорезы - 0,8% (М - 0,9%, Ж - 0%); падения с высоты - 0,9% (М - 0,4%, Ж - 5%); самосожжения - 0,2% (М - 0,2%, Ж - 0%); отравление угарным газом (СО) - 0,4% (М - 0,4%, Ж - 0%).
2. В Читинском сельском районе: механическая асфиксия через повешение - 88,1% (М - 88%, Ж - 91%); огнестрельные повреждения - 9% (М - 8,5%, Ж - 0%); медикаментозные отравления - 0,5% (М - 0,5%, Ж - 0%); отравления уксусной кислотой (УК) и другими химическими жидкостями - 0,95% (М - 0,5%, Ж - 9%); самопорезы -

0,95% (М - 1%, Ж - 0%); самосожжения - 0%; отравление угарным газом (СО) - 0,5% (М - 0,5%, Ж - 0%); железнодорожные травмы - 0%.

В целом, в алкогольном опьянении находились:

1. В Чите: при самоповешениях - 51,6% (М - 53,7%, Ж - 38,9%); самострелах - 50,9% (М - 51,9%, Ж - 0%); медикаментозных отравлениях - 11,1% (М - 14,3%, Ж - 9,7%); отравлениях УК и ХЖ - 11,1% (М - 16,7%, Ж - 10%); самопорезах - 16,7% (М - 16,7%, Ж - 0%); падениях с высоты - 38,5% (М - 20%, Ж - 100%); самосожжениях - 12,5% (М - 16,7%, Ж - 0%); отравление СО - 100% (М - 100%).
2. В Читинском сельском районе: при самоповешениях - 55,6% (М - 56,8%, Ж - 40%); самострелах - 65,6% (М - 65,5%, Ж - 0%); медикаментозных отравлениях - 14,3% (М - 25%, Ж - 0%); отравлениях УК и другими химическими жидкостями - 14,3% (М - 25%, Ж - 10%); самопорезах - 28,6% (М - 40%, Ж - 0%); самосожжениях - 0%; отравлениях СО - 50% (М - 50%, Ж - 0%); железнодорожных травмах - 0%.

Эти данные свидетельствуют о том, что наличие алкогольного опьянения способствует выбору суицидентом более брутального (надежного) способа самоубийства.

Таким образом, учитывая высокую распространённость и социальную значимость, суицидальное поведение продолжает оставаться одной из важнейших проблем современного общества. Исходя из полученных данных, в Читинской области сложилась кризисная ситуация с самоубийствами, в первую очередь, в сельской местности. Полученные показатели суицидов являются сверхвысокими, и последние 5-6 лет в 1,5 - 2 раза превышают параметры городского населения. Эти данные убедительно свидетельствуют, что в настоящее время именно в сельских районах Читинской области сохраняется крайне неблагоприятная психологическая ситуация, обусловленная не только социально-экономическими обстоятельствами, но и интенсивным пьянством. Именно поэтому одним из путей снижения насильственной смертности от суицидов является борьба с алкоголизмом и пьянством, комплекс профилактических и иных мер, направленных на снижение суицидальной активности населения. При этом борьба с пьянством, особенно на селе, должна осуществляться на основе реального улучшения качества жизни людей, условий их проживания, материального благополучия и духовного воспитания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкотруб Л.П. и др. Эпидемиология суицидов в республике Алтай / Л.П. Волкотруб, Э.Е. Докторова, С.А. Михайлова, И.М. Егоров // Социальная медицина и организация здравоохранения. - М., 2005. - С. 46.
2. Войцех В.Ф. Динамика и структура самоубийств в России / В.Ф. Войцех // Социальная и клиническая психиатрия, №3. - М., 2006. - С. 22 - 27.
3. Гилинский Я.И. Девиантность и социальный контроль в России (XIX-XX вв.): тенденции и социологическое осмысление / Я.И. Гилинский. - СПб.: Питер, 2000. - С. 23.
4. Дмитриева Т.Б. и др. Социальные и клинические проблемы суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения / Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий // Вестник Российской АМН, №8. - М., 2006. - С. 18 - 22.
5. Немцов А.В. Самоубийства и потребление алкоголя / А.В. Немцов // Демоскоп Weekly, № 73-74. - М., 2002. - С. 5.
6. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России / А.В. Немцов. - М.: Nalex, 2003. - 136 с.
7. Положий Б.С. и др. Особенности суициdalного поведения сельского населения Удмуртии / Б.С. Положий, А.И. Лазебник // Российский психиатрический журнал, №5. - М., 2006. - С. 17 - 20.
8. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и суициды: популяционный уровень взаимосвязи / Ю.Е. Разводовский / / Журнал неврологии и психиатрии, №2. - М., 2004. - С. 49.
9. Столяров А.В. и др. Алкоголь как провоцирующий фактор суициdalных действий / А.В. Столяров, А.Д. Борохов, Е.К. Жаманбаев, Г.К. Бедильбаева / / Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, том 90, выпуск 2. - М.: Медицина, 1990. - С. 55 - 58.
10. Шустов Д.И. Аутоагgression, суицид и алкоголизм / Д.И. Шустов. - М.: "Когито-Центр", 2005. - 214 с.
11. Шустов Д.И. и др. Алкоголь, алкоголизм и суициdalное поведение (эпидемиологический и клинический аспекты) / Д.И. Шустов, Ю.В. Валентик \\ Вопросы наркологии, №3. - М., 1998. - С. 86 - 93.