

На правах рукописи

Хохлов Максим Сергеевич

**СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ,
ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ
СИНТЕТИЧЕСКИМИ ПСИХОСТИМУЛЯТОРАМИ:
КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ, РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ,
ПРЕВЕНТИВНЫЕ АСПЕКТЫ, УЧЕТ**

Специальности:
14.01.06—«Психиатрия»
14.01.27—«Наркология»

**АВТОРЕФЕРАТ
диссертации**

на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск-2019

Работа выполнена в ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья и ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Научные руководители:

д-р мед. наук, профессор **Зотов Павел Борисович**, ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующий кафедрой онкологии с курсом урологии;

д-р мед. наук, профессор, академик РАН **Бохан Николай Александрович**, ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья.

Официальные оппоненты:

Любов Евгений Борисович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России), главный научный сотрудник отделения клинической и профилактической суицидологии;

Овчинников Анатолий Александрович, доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Новосибирский ГМУ Минздрава России), заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии факультета социальной работы, клинической психологии и менеджмента.

Ведущее учреждение: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Рязанский ГМУ Минздрава России).

Защита состоится _____ декабря 2019 г. в _____ час. на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 002.279.05 при ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» Научно-исследовательский институт психического здоровья по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4 и на сайте <http://www.tnmc.ru/>.

Автореферат разослан _____ ноября 2019 г.

Ученый секретарь совета по защите докторских и кандидатских диссертаций
Д 002.279.05, кандидат медицинских наук



О.Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Синтетические психостимуляторы (СП) в последние годы находят всё большее распространение в популяции, отодвигая на второй план традиционно регистрируемые среди наркозависимых психотропные и наркотические средства (Рохлина М.Л., 2013; Киржанова В.В., 2017; Бохан Н.А., 2018; Иванец Н.Н., 2018; Karila L., 2015). В основе смены «наркологических предпочтений» указывается большая легкость в их приобретении и экономическая доступность, формирование в среде потребителей ложных стереотипов о легальности, безвредности и безопасности их употребления, отсутствии формирования зависимости (Сумароков А.А., 2015; Асадуллин А.Р., 2018; Дралюк Н.М., 2018). Часто этот контингент характеризуется комбинированным потреблением веществ различных групп, что влияет на темпы формирования и клинические проявления основных симптомов и синдромов зависимости, а так же приводит к более тяжелым медицинским и социальным последствиям (Рохлина М.Л., 2014; Кекелидзе З.И., 2017; Клименко Т.В., 2017; Youssef I.M., 2016).

Высокая нейротоксичность и полимодальность негативного воздействия СП на ЦНС определяют значительную частоту психопатологических изменений уже в первые недели и месяцы их потребления (Овчинников А.А., 2015; Бохан Н.А., Мандель А.И., 2018; Weaver M.F., 2016), являются причиной быстрой интеллектуальной и социальной деградации наркозависимых, небывалого роста обусловленных приемом этих веществ интоксикационных психозов, тяжелых поведенческих нарушений и соматических осложнений, лежащих в основе наблюдаемого значительного роста смертности этой категории больных (Шевченко Л.В., 2016; Дралюк Н.М., 2018; Царев С.А., 2018). Несмотря на высокую распространенность, не все случаи преждевременной смерти потребителей ПАВ связаны с соматическими осложнениями, а могут быть обусловлены внешними причинами: несчастными случаями, неумышленными передозировками и самоубийствами, частота и причина которых изучена недостаточно (Зотов П.Б., 2018; Любов Е.Б., 2018; Watt M., 2015; Rockett, I.R.H., 2018).

Степень разработанности темы исследования. Известно, что особенностью нейротоксического воздействия СП в период острой интоксикации у многих больных вызывают тяжелые поведенческие нарушения, повышение мало контролируемой двигательной активности, в т.ч. с гетеро- и ауто-агрессией, как правило, определяемой негативной фабулой психотических нарушений (Виницкая А.Г., 2016; Ларченко А.В., 2018; Elliott S., 2014). Часто регистрируемые разнотипные агрессивные, акты самоповреждений и смерти нередко вызывают сложности в дифференцировании их от различных проявлений суицидальной активности (Чухрова М.Г., 2015; Шарова Е.Н., 2017; Kamijo Y., 2016; Klavž J., 2016). Это касается состояния острой интоксикации, и не менее важного, постпсихотического периода, периода реабилитации и катamnестического наблюдения. Несмотря на актуальность этих вопросов, имеющиеся исследования суицидальной активности наркозависимых касаются преимущественно традиционно распространенных наркоманий (Dragisic T., 2015; Juan W., 2015; López-Gofí, J.J., 2019). Недостаточная освещенность данной проблемы в специальной литературе относительно потребителей СП (Асадуллин А.Р., 2018; Elliott S., 2014) не позволяет в полной мере определить необходимые меры суицидальной профилактики.

Практическое отсутствие специальных работ в данной области привело к тому, что до настоящего времени не оценена распространенность, струк-

тура и характер суицидального поведения среди данного контингента больных. Остаются неизученными социальные, психологические, соматические и другие потенцирующие факторы риска суицидальной активности, клинические формы и факторы антисуицидального барьера (Зотов П.Б., 2013; Теркулов Р.И., 2019). Недостаточно полно освещены и требуют дополнительного исследования нарушения социальной среды наркозависимых, типы взаимоотношений (Положий Б.С., 2014; Мандель А.И., Бохан Н.А., 2016). Всестороннего рассмотрения требуют вопросы влияния коморбидной соматической, неврологической, инфекционной и другой патологии на суицидальный риск (Брюн Е.А., 2019; Тае Н.Н., 2017; Cherry N., 2018 и др.). Не получили достаточного развития вопросы ранней диагностики суицидального поведения, целесообразности и безопасности активного выявления суицидальных идей у этих больных. Так же актуален вопрос изучения комплаентности при оказании помощи данному контингенту, участия микросоциального окружения (Агibalова, Т.В., 2018; Рыбакова К.В., Крупицкий Е.М., 2018; Менделевич В.Д., 2019). Практически не разработаны вопросы выявления, регистрации и учета суицидальных действий данной категории больных (Зотов П.Б., 2017).

Цель исследования – комплексный анализ основных клинико - динамических характеристик и закономерностей формирования суицидального поведения больных, зависимых от синтетических психостимуляторов, с обоснованием принципов профилактики, коррекции, реабилитации и учёта.

В соответствии с целью были определены задачи исследования:

1. Оценить частоту, изучить структуру, клинические формы и характер суицидального поведения больных, зависимых от синтетических психостимуляторов.
2. Дать характеристику психическим нарушениям у больных с суицидальным поведением.
3. Определить ведущие мотивы и факторы риска суицидальной активности, факторы антисуицидальной защиты.
4. Обосновать основные принципы профилактики и коррекции суицидального поведения больных, зависимых от синтетических психостимуляторов, оценить эффективность комплексной программы.
5. Разработать организационную модель системы выявления, регистрации и учета суицидальных действий наркологических больных, оценить ее эффективность на основе практического внедрения.

Научная новизна. На основании результатов исследования получены новые данные об особенностях суицидальной активности больных, зависимых от синтетических психостимуляторов. Впервые на большом клиническом материале оценена частота, изучены клинические формы, их структура и динамика, ведущие мотивы суицидального поведения. Исследованы и выделены факторы риска, показана высокая значимость социально - психологических составляющих, в том числе нарушений микросоциального пространства больного, а так же большая поливалентность факторов индивидуального наркологического и суицидального анамнеза. Впервые изучено рисковое поведение, играющее роль косвенного индикативного показателя повышенного суицидального риска. Впервые проведен анализ факторов антисуицидального барьера, показано значительное сокращение числа традиционно значимых механизмов с глубоким их обесцениванием, снижением или полной утратой защитной функции. В ходе исследования доказана необходимость активного выявления суицидальных идей и суицидально-

го анамнеза среди данного контингента больных, необходимость обязательного привлечения близких и родственников с целью получения более достоверной информации и возможного их более активного участия в реабилитационном процессе. На основе полученных данных определены основные принципы профилактики и коррекции суицидального поведения зависимых от синтетических психостимуляторов.

Теоретическая и практическая значимость работы. Полученные результаты вносят научный вклад в развитие одного из важнейших направлений в психиатрии и наркологии – профилактики суицидального поведения и снижения суицидальной смертности, углубляя понимание особенностей формирования суицидальной активности больных зависимых от синтетических психостимуляторов. Изучение особенностей суицидального поведения, ведущих мотивов и факторов риска, а так же доказанная ассоциированная функция рискованного поведения открывают новые возможности для диагностики данных состояний не только на этапе клинически оформленных суицидальных тенденций, но и на стадии более ранних девиаций, характеризующихся активным повышением индивидуального уровня витальных угроз. Среди предлагаемых мер подтверждена необходимость выделения «групп суицидального риска», проведена их более четкая конкретизация среди данного контингента.

Полученные в ходе исследования данные решают значимую проблему оказания качественной медицинской помощи этим пациентам. Помимо лечения наркологического заболевания доказана необходимость предоставления больным возможности обсуждения их суицидальных представлений и получения квалифицированной психологической помощи и поддержки персонально, по потребности – с вовлечением микросоциального окружения; показана целесообразность привлечения методов и средств социальной реабилитации больных, что в комплексе позволяет повысить качество их жизни и значимо снизить уровень суицидальной активности. Среди предложенных мер обоснован обязательный сбор «суицидального анамнеза» с внесением его в отдельный раздел медицинской документации, его актуализацией при каждом осмотре.

Разработанная и внедрённая в практическое здравоохранение модель выявления и регистрации суицидальных действий наркологических больных, основанная на сверке данных наркологического, суицидологического регистров и бюро судебно-медицинской экспертизы, позволяет вести персонализированный учёт суицидального контингента, в случае совершения суицидальной попытки, адресно и своевременно направлять специалистов в области психического здоровья, контролировать её проведение и эффективность. Предложенная программа цикла повышения квалификации позволяет улучшить качество подготовки врачей и оказания помощи данной категории больных, повысить эффективность методов профилактики суицидального поведения.

Методология и методы исследования. Исследование проводилось на клинических базах: ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» и ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы» (г. Тюмень).

Пациенты включались в исследование после подписания информированного согласия, где отражалась информация о цели, задачах и методах исследования.

В работе использовались стандартно применяемые в клинической пси-

хиатрии подходы: биопсихосоциальный и феноменологический с целью описания отдельных форм суицидального поведения, психопатологической структуры, клинко-динамический, клинко-психопатологический, клинко-катамнестический и лонгитудинальный для изучения, выявления и регистрирования особенностей суицидальной динамики, а также статистический метод для определения достоверно значимых взаимосвязей между полученными переменными.

Для достижения задач нами была разработана индивидуальная карта пациента. В карту заносились сведения о наличии и формах суицидального поведения, выраженности психопатологической симптоматики, данные психологического обследования, результаты лабораторных, инструментальных исследований, а также социальная характеристика пациентов. Карта являлась основой для полноценной статобработки материала.

Случаи покушений и суицидов выявлялись и включались в исследование на основе разработанной в ходе диссертационной работы оригинальной модели регистра, включающей сверку персональных данных наркологического, суицидологического регистров и бюро судмедэкспертизы.

Положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Зависимые от синтетических психостимуляторов в постпсихотический период амбулаторного наблюдения проявляют высокую суицидальную активность, ключевыми мотивами которой являются переживания депрессивного характера, ассоциированные преимущественно с факторами социального неблагополучия на фоне снижения активности защитных механизмов с глубоким обесцениванием собственной жизни, регрессией значимости традиционных факторов антисуицидального барьера.

2. Факторами риска развития суицидального поведения этой категории больных являются социальные, психологические, наркологические и психические предпосылки (нарушения микросоциального пространства, полинаркомания, депрессивные нарушения, рисковое поведение, длительный наркологический анамнез, личный и семейный суицидальный анамнез).

3. Комплексная медикопсихосоциальная реабилитация лиц с суицидальным поведением, построенная с учетом факторов суицидального риска с акцентом на восстановление психосоциальной адаптации больных позволяет повысить уровень комплаентности пациентов, снизить тяжесть депрессивных переживаний и уровень суицидального риска.

4. Постоянное межведомственное взаимодействие наркологической, суицидологической служб и бюро судебно-медицинской экспертизы, направленное на выявление, регистрацию и учет суицидальных действий, является эффективным, что подтверждается повышением выявляемости суицидов.

Степень достоверности и апробация результатов исследования.

Степень достоверности научного исследования была обеспечена проведенным автором изучением репрезентативного клинического материала (120 наблюдений основной выборки – наркозависимые от СП с суицидальным поведением, 87 случаев суицидальных попыток и завершённых самоубийств наркозависимых). Полученные данные были подвергнуты сопоставлению с результатами исследования группы сравнения: 60 наркозависимых, сравнимых по полу, возрасту и основному диагнозу, но не проявляющих суицидальной активности, 100 человек общей популяции без суицидального поведения. Адекватное достижение поставленных задач выполнено с помощью соблюдения принципа мультимодальности выбора ме-

тодов исследования (феноменологический, клинико-динамический, клинико-психопатологический, клинико-катамнестический).

Апробация результатов исследования. Материалы диссертационной работы доложены на научных конференциях и симпозиумах: Урало-Тюменской ассоциации психиатрических и наркологических учреждений (Тобольск, 2017), IX, X Терапевтическом форуме (Тюмень, 2017, 2018), Урало-Тюменской ассоциации психиатрических и наркологических учреждений (Тюмень, 2017), Заседании общества психиатров (Тюмень, 2017), VII Национальном конгрессе по социальной психиатрии и наркологии (Тюмень, 2018), Урало-Тюменской ассоциации психиатрических и наркологических учреждений (Тобольск, 2019), Неотложные состояния в психиатрической и наркологической практике (Москва, 2019), проблемной комиссии ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» МЗ РФ (Тюмень, 2019), заседании научно-экспертного совета НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (Томск, июнь, 2019).

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования используются в работе подразделений ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер» (г.Тюмень, ул. Семакова, 2. Тел.: (3452) 46-15-47), ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» (Тюменская обл., р.п. Винзили, ул. Сосновая, 19. Тел.: (3452) 50-66-35), ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно - медицинской экспертизы» (г.Тюмень, ул. Ю.Семовских, 14. Тел.: (3452) 49-40-19), на кафедре медпсихологии и психотерапии с курсом общей психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Тюменский ГМУ» МЗ РФ (г.Тюмень, ул. Одесская, 54. Тел.: (3452) 20-21-97), кафедре психиатрии ФГБОУ ВО «Рязанский ГМУ им. акад. И.П. Павлова» МЗ РФ (г. Рязань, ул. Высоковольтная, 9. Тел.: (4912) 75-43-73), ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница» (г.Екатеринбург, пр.Ленина,7. Тел.:(343) 231-18-18), БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая психоневрологическая больница» (г.Сургут, ул.Профсоюзов, д.12/3 Тел.:(3462) 94-03-77), ГБУЗ «Челябинская областная клиническая наркологическая больница» (г.Челябинск, ул.40-летия Октября д.36. Тел.: (351) 214-02-12).

Публикации результатов исследования. Основные результаты научных исследований изложены в 19 печатных работах, из них 3 – в научных изданиях перечня ВАК РФ, 3 – в научных изданиях Web of Science, 15 работ написано в соавторстве. Общий объем научных изданий 67 страниц.

Личный вклад автора. Создание структуры научного исследования, выполнение и решение поставленных цели и задач, статанализ результатов, написание тезисов, статей, диссертации и автореферата выполнялось автором лично. Процент личного вклада исследователя в сборе материала – 100%, в статобработку и анализ полученных результатов – 100%. Разработка модели учета суицидальных действий и проекта приказа – 100%.

Соответствие диссертации паспорту специальности. Диссертация соответствует паспорту специальностей ВАК 14.01.06–«Психиатрия», 14.01.27–«Наркология». Диссертация включает в себя следующие области исследований: общую психопатологию, суицидологию, девиантологию, частную психиатрию, наркологию, клинику и диагностику, а также терапию психических и наркологических расстройств и профилактику психических заболеваний, регистрацию и учет суицидальных действий наркозависимых.

Объем и структура диссертации. Диссертация оформлена по национальному стандарту РФ ГОСТ Р7.0.11-2011. Изложена на 182 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, характеристики материала и методов исследования, 3 глав собственных исследо-

ваний, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, 229 источников литературы, из них 156 отечественных авторов и 73 иностранных авторов. Работа проиллюстрирована 34 таблицами, 4 схемами и 2 рисунками. Представлен анализ 2 клинических наблюдений.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на клинических базах: ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер», ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница», при использовании материалов ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы» (г. Тюмень).

В исследование включено – 367 человек, из них: основная группа – 120 больных, зависимых от СП (F15), проявляющих различные формы суицидального поведения, группа сравнения – 60 наркозависимых без суицидальной активности, 100 здоровых лиц общей популяции и 87 случаев суицидальных действий, совершённых наркозависимыми. Группы исследования – основная, сравнения и популяционная были сравнимы по полу и возрасту, наркозависимые – по нозологической форме и стадии заболевания.

Набор первичного материала проводился с 2015 по 2018 гг. в соответствии с разработанным дизайном и критериями отбора среди лиц с верифицированным диагнозом F15 («Зависимость от стимуляторов»), получавших лечение в ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер».

Лабораторная идентификация ПАВ проводилась путём химико - токсикологического исследования биообъектов (моча) методом хроматомасс - спектрометрии анализаторами Agilent 7890. Ведущим веществом, выявленным среди потребителей психостимуляторов являлся α -пирролидинопентиофенон – 81,1%. Реже присутствовал метилендиоксипирвалерон (13,3%) и мефедрон (5,6%).

Критерии включения в основную группу исследования:

- 1) наличие верифицированного диагноза F15 («Зависимость от стимуляторов») и установленного в соответствии с критериями DSM-IV (1994), DSM-IV-TR и ICD-X и подтвержденные лабораторной диагностикой;
- 2) состояние после стационарного лечения острой интоксикации, вызванной употреблением синтетических психостимуляторов (F15);
- 3) выявление в клинической симптоматике различных форм суицидальной активности, оцениваемой в соответствии с отечественной классификацией (Амбрумова А.Г., 1980; Зотов П.Б., 2010);
- 4) отсутствие данных за наличие органического поражения головного мозга (осмотр невролога, отрицательные патологические рефлексy);
- 5) информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования:

- 1) наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации;
- 2) наличие острых инфекционных заболеваний;
- 3) отдельные психические расстройства: эпилепсия, шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (в рамках F20-29 по МКБ-10);
- 4) присутствие других психотических нарушений, связанных с другими причинами и последствиями (ЧМТ, и др.);
- 5) отказ от участия в научном исследовании.

Дизайн исследования включал следующие этапы:

1 этап. Набор основной группы (n=120) осуществлялся на этапе поступления на амбулаторное лечение после выписки из стационара, где пациенты получали лечение по поводу полиморфного расстройства, вызванного

употреблением СП. Ведущим признаком группы было наличие различных форм суицидального поведения. Указанный объём ($n=120$) группы был набран путём сплошного невыборочного обследования 716 человек (16,7%), получивших помощь в ГБУЗ ТО «ОНД» (г. Тюмень) и выписанных на амбулаторное лечение, начиная с 2015 г.

2 этап. Набор группы сравнения ($n=60$) – проводился с учётом критериев сопоставимости по полу, возрасту и нозологической принадлежности. Ведущий критерий отбора в отличие от основной группы – отсутствие на момент первичного обследования каких-либо проявлений суицидальности. В последующем проводилось сравнительное исследование обеих групп.

3 этап. Набор популяционной группы ($n=100$), не имеющих наркозависимости и обратившихся в ОНД по другим причинам. Набор этой группы проводился с учётом критериев сопоставимости по полу и возрасту с группами наркозависимых. Данная группа была использована, в качестве отражающей общепопуляционные показатели в регионе исследования.

4 этап. Набор групп наркозависимых, совершивших суицидальные действия – 87 случаев, в т.ч. 23 суицидальные попытки и 64 завершённых суицида. Эти лица были выявлены при внедрении разработанной модели системы выявления и учёта – регистра суицидов лиц, состоящих на наркологическом учёте (данные ГБУЗ ТО «Областное бюро СМЭ», Суицидологического регистра ГБУЗ ТО «ОКПБ» и ГБУЗ «ОНД», г. Тюмень).

5 этап. Обработка и анализ сравнительных данных с последующей разработкой программы коррекционной работы и профилактики суицидов.

6 этап. Распределение больных основной группы на 2 подгруппы (по 60 человек) с целью оценки эффективности разработанной комплексной (1-я подгруппа, $n=60$) и традиционной (2-я подгруппа, $n=60$) программы.

7 этап. Динамическое наблюдение, оценка эффективности сравниваемых групп, оформление выводов и практических рекомендаций. Длительность катамнестического наблюдения больных основной группы и группы сравнения составляло от 8 до 31, в среднем $13,2 \pm 0,6$ месяцев.

В исследовании использованы методы: клинический, клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, экспериментально-психологический, лабораторно-электрофизиологический, статистические.

В качестве базовых концепций, используемых в данном исследовании были представления отечественной школы суицидологии проф. А.Г. Амбрумовой о суицидальном поведении как следствии дезадаптации личности (1980) и модель стресс-уязвимости Д. Вассерман (2017).

В исследовании психических нарушений пациентов использовались рекомендации МКБ-10. Дополнительно использовалась шкала депрессии Бека (Beck A.T., 1961), Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (CSSRS) (Цукарзи Э.Э., 2011; Posner K. et al., 2007). Психодиагностические методики проводились при первичном осмотре и в динамике.

Выраженность ряда показателей определялась с помощью Визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), широко используемой в клинической, в т.ч. наркологической практике как высокоэффективный инструмент диагностики (Voutilainen A. и соавт., 2016; Moritz S. и соавт., 2019). Пациенты оценивали силу признака путём качественной оценки, значения которой распределялись в диапазоне от 0 до 10 (максимальная выраженность).

Клинко-катамнестический метод (более чем у 90% больных), позволил проследить динамику психических нарушений, суицидальных тенденций и эффективность предложенных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Для формализации данных была разработана Базисная карта. При ее заполнении существенное значение придавалось субъективной оценке обследуемого тех или иных жизненных условий, что позволяло наиболее точно определять их важность в формировании суицидальных тенденций. Дополнительными источниками информации о суицидальном поведении служили: анамнестические данные от родственников пациентов и меддокументации; другие источники.

Статобработка данных проводилась с использованием пакета Microsoft Excel, версия 7.0 и с применением программ SPSS Statistics 21 и STATISTICA 7. Оценивались дескриптивные характеристики изучаемой совокупности, где n – объем выборки, M – средняя арифметическая, SD – среднее квадратичное отклонение. Количественные данные проверяли на нормальность распределения критерием Колмогорова-Смирнова. Для количественной оценки значимости различий показателей в зависимости от полученного распределения использовался t -критерий Стьюдента или критерий Манна-Уитни при сравнении двух групп, а при сравнении трёх групп применяли дисперсионный анализ или его непараметрический аналог – критерий Краскела-Уоллиса с поправками на множественные сравнения. Динамику показателей до и после лечения сравнивали в зависимости от распределения количественных данных, парным критерием Стьюдента или критерием Уилкоксона. Значимость различий качественных показателей до и после лечения сравнивали критерием Макнамары. Достоверными считались различия при уровне доверительной вероятности свыше 95% ($p < 0,05$).

Общая характеристика исследуемого контингента.

Среди 120 больных основной группы мужчины составили 85,0%, женщины – 15,0% (соотношение М:Ж – 5,7:1). Возраст – от 16 до 49 лет, средний – $33,8 \pm 3,2$, в группе сравнения – $34,1 \pm 3,1$. У всех больных имелись признаки сформированной наркотической зависимости. Длительность потребления СП была от 1 до 36, в среднем $19,7 \pm 0,4$ месяца. Среди 87 лиц, совершивших суицидальные действия, так же преобладали мужчины – 93,1% (М:Ж – 13,5:1); возраст от 19 до 48 лет, средний – $37,2 \pm 3,3$ года.

Все пациенты, направленные на амбулаторный этап лечения, были выписаны из стационара, где получали лечение в соответствии с Приказом МЗ РФ № 299н от 17.05.2016 г.. В обеих группах в период пребывания на стационарном лечении доминировало Психотическое расстройство полиморфное, галлюцинаторно-бредовое (F15.532): в основной – 90,9%; сравнения – 86,6%. Несмотря на сравнимую частоту психотических расстройств, при ретроспективной оценке были отмечены ряд особенностей клинических проявлений, имеющих достоверные различия. Так, на фоне галлюцинаторных / бредовых переживаний в основной группе достоверно чаще ($P < 0,05$) регистрировались: выраженное психомоторное возбуждение – 36,7% (сравнения – 11,7%); гетероагрессия – 55,8% (сравнения – 28,3%), аутоагрессия – 30,8% (сравнения – 5,0%). Более высокие показатели проявлений агрессии и двигательной активности в основной группе так же ассоциировались с травмами головы в прошлом – 26,7% (сравнения – 8,3%; $P < 0,05$), приводами с полицию – 76,6% (сравнения – 24,2%; $P < 0,05$), наличием судимости – 23,3% (сравнения – 8,3%; $P < 0,05$), а также более отягощенным личным и семейным наркологическим анамнезом. Доля больных госпитализированных впервые в связи с психозом после приема СП в основной группе – 13,3%, сравнения – 15,0%, и достоверно не различалась.

Среди лиц с суицидальным поведением опыт потребления опиатов

имели 36,7% (сравнения – 8,3%; $P<0,05$), 2/3 из которых (24,2%) указали на случаи передозировок наркотика (сравнения – 2,3%; $P<0,05$). Данные нарушения многими авторами (Михайловская Н.В., 2013; Rockett, 2018 и др.) рассматриваются как фактор риска суицидальной активности, так как за передозировками могут скрываться суицидальные попытки. При этом сам факт суицидальных намерений не всегда может быть подтвержден. Нередки случаи отрицания совершения покушений на суицид самими пациентами, что при тяжелых повреждениях ЦНС может быть следствием амнезии этого трагического события (Меринов А.В., 2014).

Половина (49,2%) пациентов с суицидальным поведением указывали на опыт потребления каннабиноидов, 24,2% – злоупотреблял алкоголем. При этом большинство (80,8%) пациентов отмечали одновременный приём нескольких ПАВ, быструю их смену, с последующим возвратом к психостимуляторам и т.д., что позволяло отнести их к категории полинаркоманов. В группе сравнения приём каннабиноидов регистрировался достоверно меньше (11,7%), однако доля лиц, злоупотребляющих алкоголем, была выше – 28,3%. Среди прочих причин, такая разница была обусловлена более частым использованием алкоголя пациентами группы сравнения в качестве тактики замены СП в периоды абстиненции, вынужденного или осознанного отказа от их приёма, что, вероятно, можно рассматривать как частичную сохранность защитных механизмов. Лица с суицидальным поведением, напротив, обычно предпочитали приём алкоголя с целью потенцирования действия других ПАВ. Достоверная ($P<0,05$) степень различий в группах позволяет отнести полинаркоманию к просуицидальным факторам.

Оценивая динамику зависимости, отмечено, что начало пристрастия к приёму СП в основной группе указали лишь 11,7% человек. Чаше инициальный период протекал на фоне приёма каннабиноидов – 40,8%, реже – опиатов – 18,3% и алкоголя – 17,5%, в единичных случаях при приеме других ПАВ – 11,7%.

В основной группе среди ведущих причин отказа от опиатов и предпочтение им новых «дизайнерских» наркотиков 93,2% указали на их более лёгкую доступность и меньшую стоимость, что играло важное значение на фоне социальной деградации и снижения материального благополучия. Среди лиц группы сравнения начало аддиктивной карьеры с СП наблюдалось у достоверно ($P<0,05$) большей части наркозависимых – 61,7%, и в последующем реже регистрировались признаки полинаркомании (11,7%).

Важным показателем являлась систематичность приёма. В основной группе он составил 67,5%, что практически в 3 раза превышало уровень группы сравнения – 23,3% ($P<0,05$). Это может отражать более тяжелое течение зависимости, и рассматриваться как фактор суицидального риска.

У 94,2% лиц основной группы и 86,7% группы сравнения была выявлена различная соматическая или хроническая инфекционная патология. У больных основной группы вирусные гепатиты регистрировались в 44,2% случаев (сравнения – 23,3%), ВИЧ – в 39,2% (сравнения – 15,0%), и достоверно превышали ($P<0,05$) показатели группы сравнения, что можно объяснить более широким предыдущим опытом потребления опиатов и полинаркоманией. Более высокая частота этих инфекций так же ассоциировалась с повышением суицидальной активности, в том числе выступающей в качестве основного мотива идей добровольного ухода из жизни.

При сравнении с общей популяцией потребители СП имели более низкий уровень образования и профессиональной деятельности: 30,8% были

безработны, 35% выполняли неквалифицированный труд. Среди суицидентов доля безработных – 32,2%. Женаты были лишь 57,5% лиц основной группы, каждый третий (31,7%) был разведён. Среди суицидентов: состояли в браке – 29,9%, в разводе – 27,6%. Лишь 42,5% больных основной группы и 21,8% суицидентов проживали с состоявшими в браке женой / мужем ($P<0,05$). Высокий процент разводов среди наркозависимых в отличие от общей популяции (6%) и группы сравнения (10%) определял значительную долю гражданского брака: основная группа – 18,3%, суициденты – 19,5% ($P<0,05$). Каждый четвертый больной основной группы (27,5%; $P<0,05$) и суицидентов (27,6%; $P<0,05$) проживал в одиночестве.

На гармоничный характер отношений в семье указали: основная – 28,3% ($P<0,05$), сравнения – 51,7%, в популяции – 76%. Большинство лиц основной группы отмечали сложности в отношениях с близкими – 30,8% ($P<0,05$), что так же свидетельствует о микросоциальной дезадаптации лиц с суицидальным поведением, и позволяет отнести этот показатель, как и проживание в одиночестве, к факторам риска.

Обращало внимание, что среди наркозависимых было достоверно ($P<0,05$) меньше лиц с хорошим материальным положением (основная – 13,3%; сравнения – 15,0%) относительно общей популяции (43,0%), что можно рассматривать как общее следствие наркозависимости. В то же время 40,0% больных с суицидальным поведением указывали на неудовлетворительный достаток. И этот показатель достоверно ($P<0,05$) превышал аналогичный группы сравнения (20,0%) и общей популяции (3,0%).

Высокая степень дезадаптации отражалась и на эмоциональном состоянии наркозависимых. Признаки категории F32 – «Депрессивный эпизод» выявлялись у 44,2% больных основной группы и 26,6% ($P<0,05$) группы сравнения (в общей популяции – 1,0%). На втором месте – F43.2 – «Расстройство адаптации» – у 32,5% основной группы и 11,7% группы сравнения ($P<0,05$). «Рекуррентное депрессивное расстройство» (F33) в основной группе – 19,2% (сравнения – 5,0%).

При анализе анамнеза установлено, что признаки отдельных групп аффективных, невротических, связанных со стрессом и др. нарушений наблюдались до возникновения пристрастия к наркотикам у достоверно большего числа больных основной группы – 21,7% (сравнения – 5,0%; $P<0,05$). Так, у 19 лиц с суицидальным поведением в прошлом имелись отчетливые признаки рекуррентного депрессивного расстройства, у 4 – ПТСР (трое из них – участники боевых действий). Последующее формирование зависимости лишь усилило эти проявления.

У многих больных развитие депрессивных нарушений на первых этапах определялось психогенными факторами. Однако в отличие от расстройств адаптации, где внешние стрессовые факторы обычно составляли основу переживаний обследуемых, при депрессивном эпизоде характер представлений претерпевал изменения. Значимость внешних психогенных факторов постепенно уходила на второй план, замещаясь идеями о смысле жизни, наказания «свыше», невозможности исправить судьбу и др. Имеющаяся в начале у многих тревожная симптоматика постепенно регрессировала, оставляя место собственно депрессивным симптомам. Клинически регистрировалось снижение интересов, усиление утомляемости и астенизации, истощаемость, нарастание ангедонии.

Наркотическая зависимость, прогрессирующее снижение социального (в т.ч. в семье и на работе) функционирования, материального благополучия,

психической и соматической патологии для большинства лиц явилось ключевым потенцирующим стрессовым фактором эмоционально-волевых и поведенческих нарушений. В переживаниях обследуемых преобладали жалобы, связанные с различного уровня и характера стрессовыми факторами, актуализирующихся в период заболевания. Депрессивные нарушения в большинстве случаев являлись основой суицидальной активности. Усиление тяжести переживаний и актуализации суицидальных идей обычно наблюдалось, помимо стрессовых, на фоне сочетанного действия нескольких факторов: соматических, социальных, экономических, нередко юридических. Чаще провоцирующими агентами выступали конфликты с близкими, соседями, др. неизвестными людьми или наркозависимыми. Неспособность справиться с конфликтом, приводила к усилению тяжести эмоциональных переживаний, актуализировала негативную значимость (чаще с переоценкой) социальных и экономических составляющих. Суицидальные идеи в этом случае чаще носили истинный характер с желанием умереть, навсегда разрешив эту стрессовую ситуацию.

В группе сравнения тяжесть депрессивных переживаний в целом была значительно менее выраженной. Регистрируемые в основной группе про-суицидальные факторы не представляли столь субъективно значимого негативного влияния и не вели к потенцированию суицидального поведения. В клинической картине у этих пациентов аффективные и невротические нарушения, как до возникновения пристрастия, так и на момент исследования, регистрировались значительно реже. В этой группе преобладали «Другие психические расстройства, вследствие дисфункции головного мозга (F06.6) ... астеническое» – 31,7%, что вполне объяснимо часто регистрируемыми нейротоксическими эффектами и последующим повреждением ЦНС большинства синтетических наркотических веществ.

Симптомы психоорганического поражения ЦНС выявлялись у 47,6% лиц основной и 31,7% группы сравнения (популяционная – 4,0%; $P < 0,05$). Достоверное их преобладание у наркозависимых вполне объяснимо следствием патологического пристрастия, в т.ч. и отмеченной ранее частой сменой, одновременным приёмом других ПАВ, обладающих значительным нейроразрушающим действием. Среди других негативных факторов выявлялись более высокие показатели последствий ЧМТ (основная – 10,0%; сравнения – 8,4%) относительно общей популяции (1,0%). В целом, высокий процент резидуально-органической симптоматики среди наркоманов был вполне ожидаем, так как характеризует потребителей СП.

Эти данные сочетались с результатами оценки преморбидных личностных типов, среди которых достоверно чаще (34,2%; $P < 0,05$), чем в группе сравнения (20,0%) определялся возбудимый (эпилептоидный) тип, склонный к импульсивным действиям в сочетании с неустойчивым поведением. Эти черты находили своё отражение и в суицидальной активности: импульсивные, преимущественно на высоте эмоционального кризиса высказывания, нередко сопровождающиеся внешней агрессией, угрозами. В некоторых случаях среди пациентов с выраженными депрессивными нарушениями и явлениями дезадаптации регистрировались истинные намерения, нередко, хорошо спланированные покушения.

У 21,7% лиц основной группы отмечался истероидный тип (сравнения – 13,3%). Суицидальная активность этих лиц ассоциировалась с демонстративностью, шантажом, рентными угрозами. У отдельных лиц попытки носили истинный характер с высокой степенью витальной угрозы.

У 15,9% больных основной группы имелись признаки эмоционально-лабильного типа, среди ведущих признаков которого были высокая изменчивость настроения, значительно меняющегося от незначительного повода. Суицидальное поведение этих больных обычно являлось элементом внешней агрессии, при отсутствии реализации которой повреждающий вектор переносился на себя (в группе сравнения – 10,0%).

Неустойчивые черты характера регистрировались у 10,0% лиц основной группы (сравнения – 13,3%). Суицидальное поведение характеризовалось преимущественно демонстративно-шантажными признаками. Среди других типов в основной группе определялись смешанный (7,5%), шизоидный (4,2%), психастенический (3,3%) и сенситивный (3,3%) типы.

Оценка личностной патологии исследуемых групп показала, что из общего числа наркозависимых основной группы 37,7% достигали расстройств личности. Среди них достоверно доминировали лица с органическим расстройством личности (F07.0) – 18,4%. Для них характерными были эмоциональная лабильность с кратковременными приступами злобы, агрессии, иногда сменяющейся эйфорией или апатией, стремлением удовлетворять потребности без учета последствий и социальных ограничений. В группе сравнения доля органического типа расстройств личности регистрировалась достоверно реже (8,3%), что, определялось меньшей частотой психорганических нарушений, более вероятно вследствие меньшего наркологического анамнеза и склонности к полинаркомании.

Вторым по частоте (10,0%) был истерический тип расстройств личности (F60.4) с типичными формами шантажного, рентного суицидального поведения, традиционной манерностью, привлечении и акцентировании внимания окружающих на себе. Меньшим по частоте, но сравнимые по клиническим особенностям и суицидальной активности, в основной группе регистрировались расстройства личности по эмоционально-неустойчивому типу (4,2%) с ярко выраженными тенденциями к компульсивным действиям без учета последствий в сочетании с неустойчивым настроением, легко провоцируемыми вспышками гневливого настроения. Другие типы регистрировались в единичных случаях.

Таким образом, при квалификации психических расстройств в соответствии с МКБ-10, было установлено, что у наркозависимых с суицидальным поведением, преобладают аффективные нарушения и расстройства адаптации, часто формируемые на почве органических изменений головного мозга вследствие потребления синтетических психостимуляторов и других ПАВ.

При оценке синдромальной структуры психических нарушений, регистрируемых при первичном осмотре, было отмечено, что психический статус большинства лиц с суицидальным поведением (73,4%) определялся доминированием депрессивных нарушений. Доминировал астено-депрессивный синдром (76,7%). Как и при других симптомокомплексах сквозной симптоматикой были астенические нарушения, отражающие последствия выраженного нейротоксического действия потребляемых ПАВ, но у данной категории больных они имели определяющий характер. Суицидальное поведение лиц с ведущим астено-депрессивным синдромом отличалось неяркостью. В группе сравнения астено-депрессивные нарушения были так же наиболее частым клиническим проявлением (38,3%) последствий потребления наркотических веществ. Однако эмоциональный фон в основном определялся астенической симптоматикой, депрессивные проявления были минималь-

ны, и, как правило, были более ситуационно обусловлены.

Тревожно-депрессивный синдром выявлялся у 9,2% больных основной и 10,0% группы сравнения. Тревожная симптоматика у этих пациентов так же проявлялась на фоне астенических нарушений, но в большинстве случаев выступала на первый план. Суицидальная активность этих пациентов нередко ассоциировалась с ситуативным усилением тревожности, предпочтительным выбором более агрессивных методов самоповреждений.

Депрессивно-ипохондрический синдром встречался значительно реже (5,0%). Суицидальное поведение этих лиц носило парадоксальный характер – желание умереть при одновременно большом внимании к своему здоровью. Апато-депрессивный синдром так же регистрировался у 5,0% лиц основной группы, и не выявлялся в группе сравнения. Суицидальное поведение этих пациентов в основном носило истинный характер, характеризовалось большей продуманностью планов, и отличались выбором наиболее опасных способов самоповреждений. Дисфорический синдром был диагностирован у 4,1% больных основной группы. В клинической картине на первый план выступали эксплозивные реакции на фоне сниженного настроения и быстрой истощаемости.

Доминирование и более выраженная степень депрессивных нарушений у лиц с суицидальным поведением подтверждались данными психодиагностики. Результаты оценки депрессии по шкале Бека показали, что у большинства лиц основной группы определялись значения, отражающие признаки депрессивного эпизода ($37,9 \pm 2,8$ балла). Более высокие показатели регистрировались при истинном суицидальном поведении с желанием умереть, чем при шантажных формах. В группе сравнения средние значения были достоверно ниже – $17,6 \pm 1,9$, что может указывать на меньшую частоту тяжелых случаев депрессивного эпизода и более легкое проявление депрессии у лиц без суицидального поведения.

Анализ структуры суицидального поведения лиц основной группы позволил установить, что наиболее часто присутствовали антивитальные переживания (32,5%), которые проявлялись на фоне различной выраженности депрессивных переживаний, являясь их составной частью. Вербально пациенты озвучивали идеи о нежелании жить или предпочтительности близкой смерти от естественных или внешних (авария, травма, быстрая болезнь и др.) причин. Наиболее характерными фразами для этих нарушений было: «Хочется умереть», «Было бы всем хорошо, если бы я умер», «Всё так плохо, что хоть умери». Однако при целенаправленном опросе мыслей о содействии добровольному уходу из жизни у этих больных не было, что не позволяло отнести указанные формы к другим проявлениям суицидальности. Общей чертой этих лиц было снижение провитальной активности, частным случаем которой являлось нарушение комплаентности. В структуре негативизма к жизни, перспектив на будущее, достаточно характерным было нежелание заниматься своим здоровьем, следовать рекомендациям врача, проходить реабилитационный курс лечения и др. Таким образом, принятие ранней смерти входило в сценарный образ будущего пациентов, но реализация этого сценария не включала собственное активное участие в прекращении жизни.

На втором месте по частоте выявлялись суицидальные мысли (25,8%) – идеи о возможности добровольно уйти из жизни. Однако к их отличительным особенностям относилось наличие у больных различных сомнений о самоубийстве вообще, приемлемости его для себя, возможных социальных

последствий для близких, решение экзистенциальных проблем. Достаточно типичной была транзиторная актуальность этих переживаний, как правило, усиливающаяся на фоне внешних негативных ситуаций, конфликтов с окружающими, в семье и др. Актуализация идей под влиянием стрессовых факторов, тем не менее, обычно активировала защитные механизмы (жадность к себе, страх смерти и др.). Рассмотрение способа, места и времени суицида для данного этапа суицидальной динамики было на втором плане.

Суицидальные замыслы выявлялись у 19,2% больных. Эти переживания уже имели более выраженное нарушение защитных провитальных механизмов, и включали мысли о смерти и представления о конкретных способах достижения цели, то есть отражали наличие разной степени проработки плана действий. Как правило, больные рассматривали возможность самоубийства при возникновении какого-либо внешнего признака, особенно наглядно проявляемого в виде угроз: «...дойду до черты и кинусь...», «если найдут заразу, то дозу подберу...», «будет плохо – найду, где зацепиться...» и т.д.

Суицидальные намерения регистрировались реже – в 9,2% случаев. По сути, они характеризуют этап подготовки (включают поведенческий компонент), направленный на поиск условий прекращения собственной жизни. Часто этот период, либо очень короткий, либо малозаметен. Выявленные случаи намерений обычно озвучивались при более глубоком целенаправленном опросе и при достижении достаточного эмоционального контакта, что указывает на важность индивидуального подхода. Наш опыт работы показал, что больные не особенно склонны указывать на намерения при поверхностном опросе, формальном отношении при сборе анамнеза. К намерениям мы относили сообщения о наличии «закладок наркотика на последний приём», предъявления проработанных планов на самоубийство или суицидальную попытку (4 случая манипулятивного варианта покушений, как первичного этапа решения проблемы, в случае неэффективности которых в последующем планировался завершённый суицид).

Суицидальные попытки были выявлены у 13,3% (в исследовании включались лица, совершившие покушения в течение предыдущих двух месяцев до начала исследования, но у большинства этот период не превышал 7-9 дней, обычно в период после купирования интоксикационного психоза). Среди способов покушений: попытка передозировки (n=6), порезы (n=4), падение с высоты (n=4), отравления медикаментами (n=1), механической асфиксии (n=1). Четверо сообщали о прерванном (добровольно) покушении. Трое из них (мужчина и две женщины) на пике аффективных нарушений поднимались на высотные сооружения с целью броситься вниз, но одна из них передумала продолжать действия на этапе подъёма, двое – просидев длительное время на подоконнике и карнизе здания. Четвёртый прервал суицид после надевания петли на шею (в 3 случаях из 4 эти сообщения были подтверждены родственниками).

При анализе частоты отдельных форм суицидальной активности в различных возрастных группах можно отметить заметную динамику нарастания тяжести суицидального риска по мере увеличения возраста. Так, если антивитаальные переживания регистрировались у большинства (57,7%) лиц молодого возраста (до 20 лет), при полном отсутствии намерений и суицидальных попыток, то более старшие возрастные группы характеризуются увеличением доли более тяжелых форм суицидальной активности – с максимальной частотой суицидальных намерений (11,1%) и попыток (18,6%) в

возрастной группе – 40-49 лет. У всех лиц 50 лет и старше присутствовали более тяжелые формы суицидальной активности, что позволяет отнести возраст старше 40 лет к наиболее суицидоопасному.

У мужчин и женщин распределение так называемых «внутренних форм» суицидального поведения было примерно одинаковым, но доля женщин (22,2%), совершивших попытку, в 2 раза превышала число мужчин (11,8%). Среди 64 случаев завершённых самоубийств количество мужчин (98,4%), напротив, в 63 раза превышало количество женщин (1,6%). Столь резкая разница требует объяснения, но преобладание женщин среди лиц, совершивших попытки и, наоборот, снижение их присутствия среди завершённых самоубийств, в целом, подтверждают общие представления о так называемом «гендерном парадоксе» суицидального поведения (Амбрумова А.Г., 1998; Разводовский Ю.Е., 2018 и др.).

Оценка предполагаемых / реализованных способов суицидальных действий среди лиц основной группы показала, что 54,4% указали на предпочтительный выбор передозировки как варианта суицидальной попытки, а 7,4% – на возможный дополнительный приём другого ПАВ. Всего на возможный выбор самоотравления указали 65,4% больных. Женщины чаще сообщали о сочетанном приёме наркотических веществ и других ПАВ – 15,4% (мужчины – 5,9%), а так же отравлении другими средствами – 7,7% (мужчины – 2,9%). Значительно реже среди возможных способов указывались самопорезы (мужчины – 13,3%; женщины – 15,4%), падение с высоких коммуникаций / зданий (мужчины – 11,8%; женщины – 15,4%). Отдельные способы называли только мужчины: самострел (4,4%), суицид при помощи транспорта (2,9%), самоповешение (2,9%).

Таким образом, большинство наркозависимых указывали на наиболее им знакомый и доступный, а так же менее травматичный способ самоубийства – отравление. Тем не менее, эти цифры значительно отличаются от полученных при анализе способов завершённых самоубийств, где исключительное доминирование составляло самоповешение – 87,5%, а случаев умышленных самоотравлений не было выявлено вообще. Это ставит вопрос о качестве статистики и системе учета суицидов среди данного контингента.

Мотивы суицидального поведения: преобладали представления о бессмысленности существования (26,7%), чувство одиночества и ненужности (20,0%), утраты надежды на изменение к лучшему (15,8%). Реже присутствовало желание вызвать к себе сострадание (11,7%) и снять бремя с родственников (10,8%), у 7,5% – заражение вирусным гепатитом или ВИЧ. Таким образом, доминировали мотивы, связанные с депрессивным фоном, актуальным как для настоящего, так и будущего, что является негативным фактором, свидетельствующим об утрате перспективы жизни, формировании представления о безнадежности ситуации, отсутствии выхода и каких-либо перспектив. Оценка на основе шкалы ВАШ личного восприятия текущей ситуации и будущего выявила значительные различия с группой сравнения. Так, уровень «Удовлетворённости жизнью (настоящее)», как показатель оценки качества жизни («здесь и сейчас») у лиц с суицидальным поведением оценивался в среднем $3,1 \pm 0,17$ баллов, что было достоверно ($P < 0,05$) ниже значений в группе сравнения – $6,8 \pm 0,32$. Показатель «Ожидания улучшения жизни» в основной группе так же имел достоверно более низкие значения – $2,9 \pm 0,11$, чем у лиц без суицидальной активности – $7,7 \pm 0,39$, что может свидетельствовать о переживании безнадежности си-

туации. Подобные представления способствуют отказу от поиска решений сложных жизненных ситуаций, ведут к выработке пассивных форм поведения и обесцениваю жизни.

Эти данные согласуются с результатами оценки факторов антисуицидального барьера. Более половины больных основной группы (55,8%) указало на их отсутствие, что достоверно отличалось от показателей группы сравнения (16,6%; $P<0,05$). Среди лиц, положительно, ответивших на эти вопросы, 15,8% указали на страх смерти (сравнения – 20,0%), «ценность жизни» – 14,2% (сравнения – 18,3%) и значимость семьи – 6,7% (сравнения – 21,7%; $P<0,05$). Обращал внимание высокий процент – 18,3% «Наличие планов на будущее», что чаще отражало не реальную жизненную ситуацию, а являлось проявлением защитной формы поведения в виде фантазий и/или неадекватной оценки ситуации.

Интересно так же было отметить другую картину в популяционной группе, где ведущее место занимал фактор – «Ценность жизни» – 63,0%. На втором месте была «Семья» – 11,0%, потом «Страх смерти» – 9,0% и «Религиозные воззрения» – 7,0%. В отличие от наркозависимых фактор «Наличие планов на будущее» определяло позитивный взгляд на жизнь лишь у 4,0% обследуемых. Таким образом, анализ представленных данных свидетельствует о том, что для потребителей СП характерно изменение структуры факторов сдерживания суицидальной активности, в т.ч. с неадекватной переоценкой их значимости и реальных условий жизни. Формирование суицидального поведения и последующая суицидальная динамика сопровождается более глубоким обесцениванием ключевых антисуицидальных представлений, ослабляя устойчивость личности перед воздействием негативных стрессовых психо-, социо- и соматогенных воздействий.

Эти данные согласуются и с оценкой характера суицидальной активности. Так, изучение ключевых мотивов подтвердило значительный процент истинных форм суицидального поведения (71,7%), что указывает на высокий суицидальный риск. Демонстративно-шантажные формы проявляют 28,3% наркозависимых. Различий в суицидальных предпочтениях мужчин и женщин не выявлено.

Высокий суицидальный риск определяет необходимость активного выявления суицидального поведения. Целенаправленный опрос показала положительное отношение 64,2% больных, большинство из которых активно поддерживали в беседах тему суицида, высказывали личную заинтересованность в обсуждении связанных с ней личных проблем. Амбивалентное отношение проявляли 21,6%. Более половины (56,7%) так же отмечали нежелание врачей обсуждать эту тему. Данный аспект тесно связан с выявлением и учётом суицидальных действий в прошлом, так называемый «суицидальный анамнез», указывающий в отдельных случаях на стойкость суицидальных идей или их достаточно легкой актуализации под воздействием стрессогенных факторов. Было установлено у 14,0% ($P<0,05$) наличие в прошлом суицидальных попыток, совершенных в предыдущие годы, часть из которых (мужчины – 2, женщины – 6) были совершены до начала потребления наркотика и были связаны с факторами, характерными для общей популяции: конфликтами в семье, в учебном заведении, на работе и др. Приведённые пациентами описания прежних ситуаций показали их преимущественно (7 из 8 случаев) демонстративно-манипулятивный характер, целью которых являлось воздействие на окружающих и получение вторичной выгоды.

Другим значимым аспектом этапа диагностики может являться семейный суицидальный анамнез. По данным документации и анамнеза у зависимых по первой, второй и третьей линии родства были выявлены случаи суицидальных попыток (15,8%) и летальных суицидов (5,8%), превышающие показатели группы сравнения и общей популяции. Факт достоверного ($P<0,05$) превышения числа суицидальных попыток как среди лиц основной группы (14,2%), так и среди близких (15,8%), на наш взгляд, может указывать на их семейное накопление, в т.ч. психологически обусловленную приемлемость данной формы девиации, передаваемой по типу выученного деструктивного поведения. Это подтверждают и данные опроса. Так, среди 17 лиц с суицидальными попытками в анамнезе, 9 сообщали, что демонстративное суицидальное поведение было характерно для их родителей, в т.ч. со стороны отца – 5 (чаще порезы предплечий на фоне опьянения), со стороны матери – 4 (отравления и поверхностные порезы предплечий). Наличие значительного числа покушений, совершённых наркозависимыми в период до начала приёма ПАВ, может косвенно подтверждать это предположение, и указывает на необходимость изучения личного суицидального анамнеза.

Интересным был факт общения с суицидентом в течение последних двух лет. Практически каждый шестой (18,3%) больной основной группы указал на опыт общения с человеком, погибшим в последующем от самоубийства. Этот показатель был достоверно меньше ($P<0,05$) в группе сравнения (3,3%) и здоровых (1,0%). Обращало внимание, что подавляющее большинство (21 из 22) отметивших этот эпизод, в целом проявляли положительное («... правильно сделал») или нейтральное («...можно понять») отношение к ситуации. Все отмечали, что после получения известия о самоубийстве, долго думали и неоднократно возвращались в мыслях к ней, обсуждали с окружающими, некоторые ($n=12$) искали подобную информацию в интернете и соцсетях. Многие (17 из 22) отмечали актуализацию собственных суицидальных идей после данной трагедии. Достоверный уровень различий позволяет отнести этот показатель к факторам риска.

Изучение анамнеза показало, что у большинства больных имелись признаки других деструктивных форм поведения, характеризующихся снижением витальности и повышением риска гибели. Отдельные формы, так называемого, рискованного поведения выявлялись у 92,5% лиц основной и 86,7% группы сравнения. При этом у лиц с суицидальным поведением достоверно чаще регистрировалось самоповреждающее поведение (63,3%; $P<0,05$) в виде следов порезов, ожогов (в т.ч. сигаретой, зажигалкой или спичками) рук или других частей тела, расцарапывания ран до рубцов или крови; чаще отмечались незащищенный секс (30,8%) и избыток партнеров (15,8%), гетероагрессивность (22,5%), драчливость (15,8%), большая подверженность травмам (8,3%). В группе сравнения несколько чаще выявлялась склонность к несчастным случаям (13,3%) и неоправданный риск (9,2%). В общей популяции данные нарушения поведения были отмечены лишь у 4,0%. Можно предположить, что выявление рискованного поведения может косвенно свидетельствовать о повышенном суицидальном риске.

На завершающем этапе первичного обследования больных была проведена оценка показателей суицидального риска по Колумбийской шкале серьезности суицидальных намерений (C-SSRS). Получены следующие показатели: 1 балл (низкий) – 32,5%; 2 балла (умеренный) – 25,8%; 3 балла (серьезный) – 19,2%; 4 балла (высокий) – 9,2%; 5 баллов (крайне высокий)

– 13,3%, средний по группе – 2,25. Дальнейшее наблюдение позволило получить показатели в динамике.

Таким образом, полученные данные указывают на важность «суицидального анамнеза», а так же выявления ряда косвенных признаков, отражающих снижение витальности и активности защитных механизмов. Поэтому, считаем обоснованным с целью повышения эффективности выявления суицидального поведения обязательный сбор «суицидального анамнеза» с внесением его в отдельный раздел медицинской документации, его актуализацией при каждом осмотре.

С учетом полученных данных, с целью улучшения помощи данному контингенту больных и снижению их суицидальной активности нами была разработана организационная модель коррекционной работы. Модель включает три направления: 1. *Образовательное направление* – разработка и реализация различных форм повышения квалификации врачей и средних медицинских работников (лекции, семинары, элективные курсы и др.). 2. *Лечебно-реабилитационное* – улучшение медицинской помощи наркозависимым с суицидальным поведением (лекарственная терапия, психотерапия и др.). 3. *Социальное* – работа с наркозависимыми и их близкими с целью повышения уровня их социальной адаптации и ресоциализации, восстановления микросоциальной среды.

Учитывая отсутствие специальных программ по коррекции суицидальной активности наркозависимых, в рамках выделенных направлений нами были предложены 2 программы: комплексная, с привлечением современных методов лекарственной, психокоррекционной, социальной и др. видов помощи, осуществляемой на основе деятельности полипрофессиональной бригады, вторая – на традиционных принципах.

Основой комплексной программы являлись принципы – интенсивность, комплексность и индивидуальность. Наиболее важным являлся принцип факторной направленности, который определял качественные и количественные изменения психотерапевтического комплекса – ориентация и работа с преимущественным воздействием на ведущие мишени двух основных групп: негативные (факторы стресса) и позитивные (факторы компенсации и антисуицидального барьера). Реализация комплексной программы проводилась на основе индивидуального подхода с учётом запросов самих больных и выявленных в ходе обследования стресс-факторов. Мишенями для *индивидуальной* психологической и психотерапевтической помощи являлись: 1) депрессия; 2) мотивы / причины суицидального поведения; 3) факторы антисуицидального поведения. Мишенями для *индивидуальной и групповой* помощи были определены: 1) микросоциальная среда: близкие и родственники – родители, жена / дети; 2) сексуальные отношения. Категории социальной работы включали мишени: 1) социальная помощь (в т.ч. направление и включение больных в различного рода социальные программы, направление больных в профильные центры); 2) отношения в социуме (восстановление социальной активности); 3) восстановление прежней трудовой деятельности или перепрофилирование и др. «Юридические мишени»: 1) финансовые обязательства перед банком, третьими лицами; 2) вопросы собственности (жилье и др.); 3) родительские права, алименты и др.; 4) вопросы наследования; 5) вопросы административной ответственности, угрозы уголовного преследования и др.

На основе этих подходов психотерапевтическая работа с каждым пациентом проводилась индивидуально, с акцентным вниманием на определен-

ный фактор, с максимально полным его обсуждением. Исходя из его влияния на суицидента осуществлялось его эмоциональное подкрепление (для факторов антисуицидального барьера) или максимальное обесценивание (для просуицидальных факторов). Индивидуальная работа обычно проводилась в форме свободной беседы и индивидуальном собеседовании. Длительность индивидуальных сессий составляла 20-50 минут. Работа по социальным, правовым и др. мишеням проводилась путем привлечения соответствующих профильных специалистов

Лекарственная психотропная терапия в каждой из групп / подгрупп проводилась с учетом выявляемых ведущих психопатологических нарушений.

Эффективность каждой из этих двух программ была оценена клинически. Для этих целей все больные (n=120) основной группы с учетом сопоставимости по полу, возрасту и факторам суицидального риска были разделены на две подгруппы по 60 человек. Наркозависимые 1-й подгруппы проходили курс по комплексной программе; 2-й подгруппы и сравнения – по традиционной программе, в соответствии Приказом №299н Минздрава России.

Контроль эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий проводился при непосредственном осмотре пациента в период от 8 до 10 недель (в среднем 2 мес.), а так же в катамнестический период (6 мес. и более). Оценивались динамика ведущих психопатологических проявлений, приверженности лечению, суицидальной активности, а так же уровня депрессии (шкала Бека) и субъективных показателей по ВАШ.

Учитывая основной контингент – наркологических больных, на первом этапе были оценены динамика показателей приверженности терапии и потребления ПАВ. Было установлено, что среди лиц с суицидальным поведением, получающих лечебно-реабилитационный курс по комплексной программе приверженность терапии регистрировалось у достоверно большего числа больных (86,7%; * $P<0,05$), чем в группе, получающих лечение, предусмотренное федеральными стандартами (2-я подгруппа – 56,7%; сравнения – 46,7%). Клинически это проявлялось в более регулярном посещении специалистов полипрофессиональной бригады, большем количестве активных обращений за поддержкой к немедицинскому персоналу (психологи, социальные работники, юристы и др.), более эффективному сотрудничеству с психотерапевтов. Это находило свое отражение и в показателях приверженности потребления ПАВ. Так, отказ от приема наркотиков в течение исследуемого периода отмечался у 8,3% больных 2-й подгруппы, 40,0% перешли на периодический прием менее нейротоксичных ПАВ, в т.ч. 25,7% на употребление алкоголя. В 8,3% регистрировалось ухудшение состояния в виде полинаркомании (эти больные не проявляли активности, отказались от сотрудничества, и выполняли рекомендации формально). Анализируя эти данные, можно отметить, что, несмотря на высокую приверженность больных этой группы к продолжению приема ПАВ, полученные показатели, в целом, отражают положительную динамику, и свидетельствуют о значительных изменениях их поведения. Высокую частоту злоупотребления алкоголем так же можно оценивать положительно – проявление отказа от наркотиков (переходный период), характерное для больных, зависимых от самых разных классов ПАВ.

Сравнение с группой лиц, получающих лечение, предусмотренное федеральными стандартами (2-я подгруппа), показало достоверно ($P<0,05$) меньшую эффективность: сохранение высокой приверженности потре-

ния СП (1-я подгруппа – 72,7%; сравнения – 78,0%) и полинаркомании (2-я подгруппа – 15,0%).

Эти показатели так же коррелировали с выраженностью депрессии по шкале Бека и субъективной оценкой удовлетворенности жизнью по ВАШ. У больных с более высокой приверженностью к терапии и переходом на менее токсичные ПАВ (1-я подгруппа) отмечалось достоверное ($P<0,05$) снижение уровня депрессии по шкале Бека ($23,9\pm 2,1$), повышение субъективных показателей удовлетворенности жизнью ($4,7\pm 0,23$) и ожиданий улучшений в будущем ($3,8\pm 0,19$; $r=-0,7199$), что может свидетельствовать о повышении качества жизни, как одного из наиболее значимых показателей, используемых в современной медицине.

Обращал внимание отмеченный на фоне снижения уровня депрессии более высокий рост – на 51,6% (с $3,1\pm 0,17$ до $4,7\pm 0,23$ баллов) показателя удовлетворенности настоящим ($r=-0,7819$), чем ожиданий улучшений в будущем – на 31,0; (с $2,9\pm 0,11$ до $3,8\pm 0,19$; $r=-0,7199$). Данное состояние, вероятно, можно расценивать как следствие текущей жизненной ситуации на фоне комплексной помощи, а так же необходимость расширения мер помощи для улучшения состояния и субъективных прогнозов на будущее.

Последняя дефиниция вполне возможно является одной из ключевых в суицидальной динамике, так как известно, что индивидуальный негативный прогноз и оценка бесперспективности дальнейшего существования во многом определяет предпочтительность выбора добровольного ухода из жизни. Это согласуется и с показателями, полученными в группе сравнения. Можно отметить, что, несмотря на во многом сопоставимые объективные показатели по основному заболеванию, оценка этими пациентами удовлетворенности настоящей жизнью ($6,4\pm 0,41$) и ожиданий ее улучшения ($7,6\pm 0,44$) достоверно ($P<0,05$) превышают показатели обеих подгрупп суицидентов. Полученные уровни оценки в группе сравнения, конечно, нельзя воспринимать как показатели, свидетельствующие об объективно высоком уровне качества жизни. Можно утверждать, что, напротив, они отражают лишь субъективно завышенные, и ложно воспринимаемые пациентами ситуации иллюзорного благополучия. Тем не менее, при всей нерациональности такого восприятия реальности, данную ситуацию можно расценивать как защитный фактор, ограждающий пациентов от негативных эмоций и суицидальных тенденций. Однако его нестойкость к действию различных стрессовых агентов может являться причиной резкой смены эмоционального фона и повышения риска суицида. Об этом может свидетельствовать оценка суицидальной динамики в группе сравнения, где спустя два месяца суицидальное поведение отмечалось у 9,0% больных. Анализ этих случаев свидетельствовал об актуализации преимущественно социальных факторов суицидальной активности – развод, потеря жилья и др., подтвержденных при первичном обследовании лиц основной группы.

В целом, оценка показателей частоты присутствия отдельных внутренних форм суицидального поведения в 1-й подгруппе, получающих лечение по комплексной программе на момент контрольного исследования, выявлялось у достоверно меньшего числа лиц (55,0%; $P<0,05$), чем у больных, наблюдаемых в традиционной программе лечения (88,3%), где были отмечено превышение суицидальных попыток (1-я – 1,6%; 2-я – 5,0%) и смертности от других причин (1-я – 3,3%; 2-я – 8,3%), а так же одного случая завершенного суицида.

Оценка динамики показателей по Колумбийской шкале серьезности суи-

цидальных намерений (C-SSRS) у больных исследуемых групп так же подтвердила более выраженную регрессию суицидального риска в группе лиц, прошедших реабилитационный курс по комплексной программе. Снижение средних значений серьезности суицидальных намерений в 1-й подгруппе было более выражено – на 23,5% (с 22,5 до 1,72), чем во 2-й подгруппе – на 8,8% (с 225 до 2,05).

Катамнестически (> 6 мес.) были прослежена судьба всех больных включенных в исследование. Средний срок наблюдения составил $13,2 \pm 0,6$ месяцев. В 1-й группе покушения на суицид выявлялись в 3,3%, завершённый суицид – 1,7% – после повторной попытки, погибли от других причин – 8,3%. Во 2-й подгруппе: покушения на суицид выявлялись в 3,3%, завершённый суицид – 3,3% – один из больных так же после повторной попытки; погибли от других причин – 11,7%. Таким образом, в течение наблюдения в 1-й подгруппе погибло 13,3% больных, во 2-й – 23,3%. В группе сравнения в катамнестический период погибло 9,0%, всего 13,0%, что практически сравнимо с 1-й подгруппой.

Таким образом, исследования показали, что применение методов психосоциальной поддержки, восстановление микросоциальной среды, позволяет добиться лучших показателей, способствует снижению суицидального риска и смертности, а так же позволяет повысить качество жизни зависимых от СП. Эти данные указывают на универсальность предложенного комплексного подхода.

Отдельным направлением работы была разработка и анализ эффективности практического внедрения **системы выявления, регистрации и учета суицидальных действий наркозависимых**. Нами была разработана организационная модель, основным механизмом которой является систематическая сверка баз персональных медицинских данных по ведущему признаку – наличие установленного диагноза зависимости от ПАВ. Таким образом, основой регистра явилась база данных о лицах, состоящих на учёте в наркологическом диспансере. Эти данные были должны сверяться с медицинской базой Бюро судебно - медицинской экспертизы (данные о подтверждённых случаях суицида и передозировки наркотиков), а так же с данными о случаях суицидальных попыток действующего в составе Тюменской областной психиатрической больницы Суицидологического регистра. После согласования режима и необходимого объёма передаваемой информации нами был разработан нормативный документ и утверждён в виде Приказа Департамента здравоохранения (№ 759 от 07.11.2017 г.).

Результаты внедрения этой системы позволили сравнить их с исходными показателями, формируемыми при традиционной системе учета. Сверка данных трех медучреждений выявила 64 суицида, что в 2,8 раза превысило первоначальную статистику (n=23). «Потерянные» случаи (n=41) наиболее часто выявлялись в категории «Неизвестно» (n=27), реже в группах «Соматическое заболевание» (n=10) и «Другие причины» (n=3), что указывает на необходимость более внимательного отношения к ним при оформлении меддокументации.

Так же впервые была показана доля наркозависимых в общей массе суицидов в Тюменской области. Она составляет в разные годы исследуемого периода от 3,2 до 6,5%, в среднем 4,6%. В целом, эти данные подтвердили более высокую эффективность данного подхода в выявлении и регистрации суицидальных действий наркозависимых.

ВЫВОДЫ:

1. В постпсихотическом периоде реабилитации лиц с наркотической зависимостью от синтетических психостимуляторов (716 пациентов) в 16,7% случаев отмечается истинное суицидальное поведение, с явным преобладанием мужчин (85,0%).

1.1. В структуре суицидального поведения ведущее место занимают антивитальные переживания (32,5%) и суицидальные мысли (25,8%). Реже присутствуют суицидальные замыслы (19,2%) и намерения (9,2%), попытки выявляются в 13,3% случаев.

1.2. Среди реализованных и предполагаемых способов суицида в 54,3% случаев является передозировка наркотика, в 7,4% – дополнительный прием алкоголя или других ПАВ. Значительно реже выявляются самопорезы (13,6%) и падение с высоты (12,3%). Достоверных различий в предпочтении способов суицидальных действий мужчин и женщин не выявлено.

2. Суицидальное поведение у больных в 95,9% случаев ($P<0,05$) формируется на фоне астено-депрессивного (76,7%), тревожно-депрессивного (9,2%), депрессивно-ипохондрического (5,0%), апато-депрессивного (5,0%) и дисфорического (4,1%) синдромов в рамках коморбидных расстройств невротического уровня («Депрессивный эпизод» – 44,2%, «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» – 32,5%).

3. Ключевыми мотивами, лежащими в основе формирования суицидальных идей, являются переживания депрессивного характера, ассоциированные с факторами социального неблагополучия: представления о бессмысленности существования (26,7%), чувство одиночества и ненужности (20,0%), утраты надежды на изменение к лучшему (15,8%). Реже, желание вызвать к себе сострадание (11,7%) и снятие бремени с близких (10,8%), у 7,5% – заражение вирусным гепатитом или ВИЧ и др.

3.1. Суицидальная динамика сопровождается снижением активности защитных механизмов с глубоким обесцениванием (55,8%; $P<0,05$) собственной жизни, регрессией значимости традиционных факторов антисуицидального барьера (страх смерти – до 15,8%, значимость семьи – 6,7% и др.), что ослабляет устойчивость личности перед воздействием негативных стрессовых воздействий и повышает риск самоубийства.

4. Ведущими факторами риска ($P<0,05$) повышенной суицидальной готовности этой категории пациентов являются полинаркомания (80,8%), депрессивные нарушения (73,4%), самоповреждающее рисковое поведение (63,3%), длительный наркологический анамнез (49,2%), личный (14,2%) и семейный (21,6%) суицидальный анамнез, опыт общения с суицидентом (18,3%).

4.1. К поддерживающим просуицидальным факторам относятся: состояние развода (31,7%), проживание в одиночестве (27,5%), неудовлетворительное материальное положение (40,0%) – показатели социальной регрессии и изоляции больного, достоверно ($P<0,05$) превышающие среднепопуляционный уровень.

5. Разработанные программы реабилитации лиц с наркотической зависимостью от синтетических психостимуляторов и суицидальным поведением, включающие психосоциальные программы, направленные на восстановление микросоциального пространства, социальной активности и трудовой деятельности, позволили достоверно ($P<0,05$) повысить уровень комплаентности (86,7%), снизить тяжесть депрессивных переживаний (с 37,9 до 23,9 баллов по шкале Бека) и уровень суицидального риска (на 23,5% – с

22,5 до 1,72 балла по C-SSRS).

6. Организационная модель взаимодействия наркологических, суицидологических служб и бюро судебно-медицинской экспертизы, направленная на выявление, регистрацию и динамический учёт суицидальных действий наркозависимых с внесением «суицидального анамнеза» в отдельный раздел медицинской документации, способствовала повышению эффективности выявления самоубийств в 2,8 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях ранней диагностики суицидального поведения и профилактики самоубийств зависимых от синтетических психостимуляторов целесообразно активно выявлять актуальные аутоагрессивные идеи, их мотивы и суицидальный анамнез на всех этапах лечения и реабилитации.

2. Для профилактики суицидальных действий необходимо выделять «группы риска», включающие пациентов с длительным наркологическим анамнезом, склонных к полинаркомании и сочетанному приему алкоголя, проявляющих различные формы рискованного поведения и депрессии, имеющих личный и семейный суицидальный анамнез, высокие показатели социального неблагополучия и нарушения микросоциального пространства (включая семью и близких).

3. В целях снижения суицидальной готовности и превенции суицида лиц, зависимых от синтетических психостимуляторов, необходимо независимо от этапа лечения и реабилитации предоставлять возможность обсуждения их суицидальных представлений и получения квалифицированной психологической помощи и поддержки персонально, по потребности – с вовлечением микросоциального окружения.

4. С целью повышения эффективности системы выявления, регистрации и учета суицидальных действий наркозависимых целесообразно обязательный сбор «суицидального анамнеза» с внесением его в отдельный раздел медицинской документации, его актуализацией при каждом осмотре, а так же внедрение в работу наркологической службы системы регистра с персонифицированной сверкой с базами данных суицидологического учёта и бюро судебно-медицинской экспертизы.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами: региональный аспект / М.С. Хохлов, О.В. Юшкова // Психиатрия сегодня: Материалы научно-практического семинара (Тюмень, 22 декабря 2016 г.). – Тюмень: Вектор-Бук, 2016. – С. 25–37.
2. Суицидальные действия в Тюменской области: эпидемиологические аспекты за пятилетний период / М.С. Уманский, М.С. Хохлов, А.Б. Приленский, Т.В. Куцева // Психиатрия сегодня: Материалы научно-практического семинара (Тюмень, 22 декабря 2016 г.). – Тюмень: Вектор-Бук, 2016. – С. 38–40.
3. Злоупотребление алкоголем среди различных возрастных групп в Тюменской области в 2016 году / М.С. Хохлов, М.С. Уманский // Академический журнал Западной Сибири. – 2017. – Т. 13, № 1. – С. 86–88.
4. Злоупотребление психоактивными веществами в Тюменской области в 2016 году / М.С. Хохлов, М.С. Уманский, О.В. Юшкова // Академический журнал Западной Сибири. – 2017. – Т. 13, № 4. – С. 47–52.
5. Преднамеренные отравления с суицидальной целью: характеристика контингента отделения токсикологии / П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, А.Б. Приленский, М.С. Хохлов, О.В. Юшкова, К.В. Коровин // **Суицидология**. – 2017. – Т. 8, № 4 (29). – С. 98–106.
6. Злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами в Тюменской области в 2016 году / М.С. Хохлов, М.С. Уманский, О.В. Юшкова // Тюменский медицинский журнал. – 2017. – Т. 19, № 4. – С. 34–44.
7. Система суицидальной превенции в Тюменской области / П.Б. Зотов, Е.В. Родяшин, А.Ю. Кудряков, М.С. Хохлов и др. // **Суицидология**. – 2018. – Т. 9, № 1 (30). – С. 72–80.
8. Школа превентивной суицидологии и девиантологии в Тюмени (Западная Сибирь) / П.Б. Зотов, М.С. Хохлов, А.Б. Приленский // Академический журнал Западной Сибири. – 2018. – Т. 14, № 1. – С. 64–66.
9. Суицидальные попытки отравления в Тюменской области в 2012-2017 гг. / П.Б. Зотов, М.С. Хохлов, А.Б. Приленский, Е.П. Зотова // Университетская медицина Урала. – 2018. – № 1. – С. 41–42.
10. Анализ причин смертности наркозависимых (региональный аспект) / М.С. Хохлов // Научный форум. Сибирь. – 2018. – Т. 4, № 1. – С. 81–83.
11. Суицидальное и агрессивное поведение (обзор литературы) / Н.Н. Спадерова, М.С. Хохлов // Девиантология. – 2018. – Т. 2, № 1. – С. 36–47.
12. Завершённые суициды: соотношение мужчин и женщин / М.С. Уманский, М.С. Хохлов, Е.П. Зотова, А.А. Быкова, И.В. Лончакова // Академический журнал Западной Сибири. – 2018. – Т. 14, № 3. – С. 76–78.
13. Способы завершённых суицидов: сравнительный аспект / П.Б. Зотов, О.Ж. Бузык, М.С. Уманский, М.С. Хохлов, Е.П. Зотова // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2018. – № 3 (100). – С. 62–66.
14. Завершённые суициды: частота выявления алкоголя / М.С. Уманский, М.С. Хохлов, Е.П. Зотова, А.Б. Приленский // **Медицинская наука и образование Урала**. – 2018. – Т. 19, №3 (95). – С. 171–173.
15. Суицидальные действия наркозависимых: вопросы системного выявления и учета / П.Б. Зотов, Н.А. Бохан, М.С. Хохлов, И.М. Петров и др. // **Суицидология**. – 2019. – Т. 10, № 1 (34). – С. 91–105.
16. Суицидальный анамнез потребителей синтетических психостимуляторов / М.С. Хохлов // Научный форум. Сибирь. – 2019. – Т. 5, № 1. – С. 87–88.
17. Доля наркозависимых среди завершённых суицидов / П.Б. Зотов, Н.А. Бохан, М.С. Хохлов, Н.Н. Спадерова // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии**. – 2019. – № 3 (104). – С. 49–54.
18. Способы суицидальных действий потребителей синтетических психостимуляторов / М.С. Хохлов // Девиантология. – 2019. – Т. 3, № 1. – С. 37–45.