

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный специалист
психиатр Департамента
здравоохранения города Москвы,
д.м.н., профессор

_____ Г.П. Костюк

РЕКОМЕНДОВАНО

Экспертным советом по науке
Департамента здравоохранения
города Москвы № 18



«03» ДЕКАБРЯ 2024 г. «04» ДЕКАБРЯ 2024 г.

Использование мотивационного интервью у пациентов с признаками
суицидальности

Методические рекомендации № 72

Москва, 2024

УДК 616.89

ББК 56.14

М71

Организация-разработчик:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы.

Составители:

Мишин И.Н., младший научный сотрудник отдела по изучению когнитивных нарушений ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Зинчук М.С., кандидат медицинских наук, заведующий кризисным (суицидологическим) отделом ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Акжигитов Р.Г., кандидат медицинских наук, заместитель директора ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ.

Рецензенты:

А.С. Аведисова, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России;

А.Я. Басова, к.м.н., заместитель директора по научной работе ГБУЗ НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ.

Использование мотивационного интервью у пациентов с признаками суицидальности: методические рекомендации / составители: И.Н. Мишин, М.С. Зинчук, Р.Г. Акжигитов. М.: ГБУЗ НПЦ им. Соловьева ДЗМ, 2024-27 с.

Тема НИР: «Неблагоприятные варианты течения непсихотических психических расстройств: факторы риска, механизмы формирования, подходы к превенции и коррекции».

В настоящих методических рекомендациях представлена информация о распространенности, бремени, факторах риска, актуальных моделях развития и методах превенции суицидального поведения с использованием мотивационного интервью. Рекомендации предназначены для специалистов в области психического здоровья, материал может быть использован для постдипломной подготовки врачей-психиатров, а также при обучении ординаторов и студентов 5 и 6 курсов медицинских ВУЗов.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения. Авторы несут персональную ответственность за представленные данные в методических рекомендациях.

ISBN:

© Департамент здравоохранения города Москвы, 2024

© ГБУЗ НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ, 2024

© Коллектив авторов, 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Сокращения.....	5
Введение.....	6
Актуальные модели развития суицидального поведения	7
Профилактика суицидального поведения.....	11
Мотивационное интервью и его применение у лиц с психическими расстройствами.....	16
Проведение мотивационного интервью у лиц с признаками суицидальности (практические рекомендации)	18
Заключение.....	23
Библиографический список.....	24

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем документе использованы ссылки на следующие нормативные документы (стандарты):

1. Конституция Российской Федерации.
2. Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».
3. Закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 566-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».
6. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 29 декабря 2020 г. № 1505 «О совершенствовании оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
7. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 2 ноября 2009 г. № 1400 «Об организации оказания и учета стационарной медицинской помощи иногородним, а также иностранным гражданам в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы».
8. Поручение главного внештатного специалиста психиатра Г.П. Костюка от 30 мая 2019 г. № 03-02-3694/19 в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. 566-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения».
9. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2020 г. N 15-2/И/2-2645 О методических рекомендациях "Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты)"
10. Письмо Министерства просвещения РФ от 30 июня 2021 г. N 07-3586 "О направлении методического письма"

СОКРАЩЕНИЯ

СМ – суицидальные мысли

СП – суицидальная попытка

НССП – несуицидальное самоповреждающее поведение

МИ – мотивационное интервью

C-SSRS - Колумбийская шкала оценки тяжести суицида

BSSI - Шкала суицидальных мыслей Бека

PHQ-9 - Опросник для оценки депрессии пациента

NDDI-E - Неврологический опросник депрессивного расстройства при эпилепсии

EMA - Ecological Momentary Assessment, метод экологической моментальной оценки

OARS – (**O** - Open-ended questions, **A** - Affirmations, **R** - Reflections, **S** – Summaries), четыре основных процесса коммуникации, которые используются во многих сферах и формах взаимодействия при МИ: открытые вопросы, аффирмации, активное слушание и резюмирование

ВВЕДЕНИЕ

Попытка самоубийства определяется как акт агрессии, направленный на себя, и совершаемый с намерением умереть [1]. Суицидальное поведение является более широким понятием и помимо непосредственно самоубийства, включает в себя различные варианты попыток самоубийства (с высокой летальностью или низкой вероятной летальностью, с преимущественным мотивом умереть или представляющими собой скорее «крик о помощи»), подготовительные действия (планирование), а также по мнению ряда исследователей и суицидальные мысли [2]. Суицидальные мысли (СМ) — это широкий термин, определяющий мысли, идеи, соображения, размышления, связанные с желанием смерти или непосредственно с самоубийством [3]. Можно предположить, что СМ и суицидальное поведение протекают в рамках одного континуума — от суицидальных мыслей, разработки плана самоубийства к нелетальной, часто самостоятельно прерванной попытке, (попыткам) и к смерти от самоубийства; однако стадийность прослеживается не во всех случаях и часто переход от одного вида поведения к другому нелинеен [4].

Эпидемиологические данные.

Самоубийство является серьезной проблемой общественного здравоохранения: ежегодно во всем мире происходит около 700 000 самоубийств [5], и 16 миллионов попыток самоубийства, причем значительная часть этих попыток повторяется в течение года [6].

Несмотря на снижение стандартизированных по возрасту показателей смертности от самоубийств во всем мире в период с 1990 по 2016 гг. на 32,7%, в ряде регионов самоубийство по-прежнему входит в число основных причин преждевременной смерти [7]. Уровень самоубийств в Российской Федерации (РФ) долгое время был одним из самых высоких в мире. В последние десятилетия этот показатель снизился, однако и сегодня частота самоубийств в РФ остаётся выше, чем в большинстве стран, входящих в Европейский регион, в границах, определяемых ВОЗ [8]. Самоубийства в РФ чаще совершаются мужчинами, при этом уровень суицидальной смертности возрастает в диапазоне 20–24 года и достигает пика среди пожилого населения страны [8].

Актуальные модели развития суицидального поведения

Существует несколько актуальных моделей, объясняющих развитие суицидального поведения с различных точек зрения.

«Межличностная теория самоубийства» Томаса Джойнера (IPTS), впервые опубликованная в 2005 году [42], постулирует, что для потенциально смертельной попытки самоубийства необходимы две переменных: во-первых, суицидальное желание и, во-вторых, способность действовать в соответствии с этим желанием. Уникальность IPTS Джойнера заключается в том, что одного только суицидального желания недостаточно для попытки самоубийства. Скорее, чтобы попытаться совершить самоубийство, человек должен преодолеть страх, присущий попытке смертельного членовредительства, который IPTS называет способностью к самоубийству. IPTS не только привлекла огромное внимание в исследовательском и клиническом мире, но, возможно, породила новое поколение теорий «от идеи к действию», которые аналогичным образом касаются как развития СМ, так и проблем, связанных с развитием СМ, переходом от СМ к суицидальной попытке (СП).

Ideation-to-Action Framework (Фреймворк от идеации к действию) предполагает, что суицидальное поведение проходит через несколько последовательных этапов, начиная от суицидальных мыслей до фактического выполнения.

1. Идеация (Ideation): Первый этап включает СМ или желание умереть. Это может быть вызвано различными факторами, включая психиатрические расстройства, стрессовые ситуации или физическую боль.

2. Подготовка (Preparation): На этом этапе человек начинает разрабатывать план самоубийства или собирает ресурсы для его осуществления. Подготовка указывает на серьезность намерений и увеличивает риск реализации плана.

3. Действие (Action): Этот последний этап включает непосредственное выполнение суицидального акта. Чем ближе человек к этому этапу, тем выше вероятность суицида.

Ideation-to-Action Framework выделяет важность перехода от мыслей к действиям и понимания того, что даже наличие суицидальных мыслей без явных действий может быть серьезным индикатором риска.

Теория “The Three-Step Theory” (Трехшаговая теория) разработана

Дэвидом Клонски и Алексис Мэй и является новым подходом к объяснению суицидального поведения, основанном на фреймворке от идеации к действию [43].

Основные концепции Трехшаговой теории:

Шаг 1: Активация межличностной боли

Этот первый шаг предполагает наличие внезапного усиления психической боли или дистресса. Он связан с эмоциональными реакциями на травматические события, стресс или другие трудности, которые могут вызвать чувство безысходности и отчаяния. В этом контексте “межличностная болезнь” (suicidal affective disturbance) относится к внутреннему переживанию психической боли, которая может быть сильно усиливающим фактором для суицидальных намерений.

Шаг 2: Убеждение в невыносимости межличностной боли

Второй шаг касается убеждения человека в том, что он становится бременем для других людей из-за своей бесполезности или недееспособности. Это отражает чувство обязательства (perceived burdensomeness), которое усиливает его уязвимость к СМ. Это убеждение может быть связано с недавними отказами, конфликтами в отношениях или другими факторами, усиливающими чувство отчуждения и неприятия.

Шаг 3: Переход от мыслей к действиям

Третий шаг фокусируется на наличии физической или психологической способности совершить суицидальное действие. Это включает в себя не только наличие плана, но и способность и готовность его выполнить. Важно отметить, что этот шаг выделяет значимость физической подготовки и смелости для совершения суицидального акта, что отличает эту теорию от других, в которых акцент делается на психологических и социальных аспектах.

Трехшаговая теория интегрируется в Ideation-to-Action Framework, предлагая более детализированный взгляд на процесс развития суицидального поведения. Вместе они объясняют, как внутренний психический дистресс, чувство обязательства и наличие способности к совершению действия взаимодействуют и усиливают вероятность суицидального поведения.

Трехшаговая теория подчеркивает важность не только выявления суицидальных мыслей, но и оценки факторов, способствующих переходу от мыслей к реальному действию. Это позволяет разрабатывать более точные и эффективные стратегии интервенции для предотвращения суицидального

поведения, учитывая как психологические, так и физические аспекты риска.

К настоящему времени выявлен значительное число факторов риска совершения самоубийства. Социо-демографические факторы риска самоубийства включают такие параметры как мужской пол, поздний возраст, низкий уровень дохода, неблагоприятные жизненные условия, низкий уровень образования, отсутствие поддерживающего окружения и семьи.

Клинические факторы риска самоубийства признаются большинством авторов в качестве ведущих. С долей условности их разделяют на параметры, связанные с проблемами в сфере соматического и психического здоровья, хотя в большинстве случаев они встречаются совместно.

Наличие соматической патологии вносит весомый вклад в развитие как СМ, так и суицидального поведения. Хроническое соматическое или неврологическое заболевание, приводя к социальной, семейной и профессиональной дезадаптации, делает человека более уязвимым к микро- и макросоциальным вредностям, способствует формированию восприятия себя как «бремени» для окружения. Большинство хронических соматоневрологических расстройств сопровождаются хронической болью и ощущением безнадежности от невозможности полного выздоровления, что согласно трехступенчатой модели суицидального поведения является ключевыми факторами перехода от СМ к совершению попытки. Кроме того, в ряде исследований было показано, что опыт хронической боли снижает естественный страх боли, сопряженной с реализацией суицидальной попытки [9]. Национальное когортное исследование, проводившееся в Швеции в течение 8 лет, выявило среди соматически факторов риска самоубийств наличие таких заболеваний как хроническая обструктивная болезнь легких, рак, заболевания позвоночника, астма и инсульт [10]. По данным систематического обзора и мета-анализа Wang et al. (2023) пациенты с эпилепсией имеют в два-три раза более высокий риск суицида по сравнению с общей популяцией; особенно это касается пациентов с височной формой эпилепсии и резистентных форм эпилепсии [11]. Исследование на русскоязычной выборке пациентов с эпилепсией показало, что распространенность СМ в течение жизни у таких пациентов достигает 20%, распространенность СП - 8,3%, а распространенность несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) - 15,3%. Было показано, что некоторые

клинические параметры заболевания могут оказывать просуицидальный эффект: так была выявлена высокая частота СМ среди пациентов с высокой частотой судорожных приступов [12]. Также повышенный суицидальный риск был обнаружен у пациентов с хронической болью [13], мигренью [14] и рассеянным склерозом [15], нейродегенеративными заболеваниями, в особенности с ассоциированными депрессивными симптомами [16]. Распространенность депрессии у пациентов с болезнью Паркинсона составляет 17%. Это состояние увеличивает риск СМ, которые отмечаются после постановки диагноза у более чем 10% пациентов. Смерть от самоубийства при болезни Паркинсона регистрируется в 5 раз чаще чем в общей популяции [17,18]. Самоубийство также является значимой проблемой и при болезни Гентингтона: 21% имеют СМ и около 6,5% пациентов совершают попытку самоубийства [19,20]. Исследование, проведенное в Швеции, показало, что относительный риск самоубийства в 6 раз выше у пациентов с диагнозом бокового амиотрофического склероза, чем у населения в целом [21]. Несколько исследований сообщили о более высоком по сравнению с общей популяцией риске самоубийства среди пожилых людей с диагнозом болезни Альцгеймера, особенно в начале заболевания [22].

В контексте влияния психических расстройств на развитие суицидального поведения нужно учитывать, что, согласно данным мета-анализов, наличие любого психического расстройства связано с более чем 10-кратным увеличением риска самоубийства [23]. Наиболее доказанными предикторами будущей попытки самоубийства являются история несуицидального самоповреждающего поведения (НССП) [24] и история предыдущей суицидальной попытки [25]. Систематический обзор и метарегрессионный анализ Moitra et al. (2021) показал, что риск самоубийства был значительно связан с наличием большого депрессивного расстройства, тревожных расстройств, расстройств личности (в особенности пограничного расстройства личности), биполярного расстройства, дистимии и шизофрении [26]. Схожие данные касаются высокого суицидального риска у пациентов с расстройствами личности были получены и в систематическом обзоре McClelland et al (2023) [27]. Исследования на русскоязычной выборке пациентов с непсихотическими психическими расстройствами подтвердили высокий суицидальный риск среди пациентов с расстройствами пищевого поведения [28], а также пациентами, практикующими НССП [29].

Превенция суицидального поведения

Превенция суицидального поведения базируется на максимально раннем выявлении пациентов с высоким риском совершения суицидальной попытки. Скрининг суицидальности может проводиться с помощью как интервью, так и опросников, таких как Колумбийская шкала оценки тяжести суицида (C-SSRS) [30], Шкала суицидальных мыслей Бека (BSSI) [31]. Это валидизированные инструменты, которые могут использоваться для выявления лиц с повышенным риском суицида. Краткие и ультракраткие инструменты, такие как Опросник для оценки депрессии пациента (PHQ-9) [32], Неврологический опросник депрессивного расстройства при эпилепсии (NDDI-E) [33], также могут быть полезны для скрининга суицидальности в условиях ограниченных ресурсов.

Превенция суицидального поведения является важным аспектом общественного здравоохранения, включающим разнообразные стратегии и меры, направленные на снижение риска самоубийств. Вот некоторые основные методы и подходы к превенции суицидального поведения:

1. Образование и информирование общественности:
 - Повышение осведомленности о суицидальном поведении, его признаках и рискованных факторах среди широкой общественности и профессионалов здравоохранения.
 - Обучение общества, включая родителей, учителей, работников службы поддержки, о том, как определять и реагировать на суицидальные признаки.

6 марта 2020 г. было опубликовано Письмо Министерства здравоохранения РФ N 15–2/И/2-2645 О методических рекомендациях "Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты)", утверждающее комплекс мер до 2020 года по совершенствованию системы профилактики суицида среди несовершеннолетних" и сопровождающее методические рекомендации "Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты)" для использования в работе [44]. Также, согласно Письму Министерства просвещения РФ от 30 июня 2021 г. N 07-3586 "О направлении методического письма" были созданы рекомендации по проведению в образовательных организациях с обучающимися профилактических мероприятий, направленных на формирование у них позитивного мышления, принципов здорового образа жизни, предупреждение суицидального поведения [45].

2. Улучшение доступа к психологической помощи и поддержке:

- Развитие и совершенствование психологических и психиатрических услуг, включая кризисные линии, консультирование по телефону и онлайн-поддержку.

В различных регионах России проводятся образовательные кампании, направленные на повышение осведомленности о проблеме суицида, способах его предотвращения и оказания помощи людям, находящимся в кризисных ситуациях. В сентябре 2010 года в Российской Федерации был введен единый общероссийский номер детского телефона доверия 8-800-2000-122 [46]. Этот проект был реализован Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в сотрудничестве с регионами страны. Позвонив на этот номер из любого населенного пункта России, дети, подростки, их родители и другие граждане могут получить срочную психологическую помощь. Аналогичная дистанционная помощь реализована Научно-практическим психоневрологическим центром имени З. П. Соловьева для жителей Москвы, обратившимся в центр за помощью [47].

- Обучение врачей общей практики и других медицинских работников распознавать и обращаться с пациентами с суицидальными мыслями и поведением.

3. Ограничение доступа к средствам самоубийства:

- Усиление мер безопасности в отношении средств самоубийства, таких как оружие, яды, лекарства и т.д.
- Принятие мер по предотвращению случаев самоубийства с помощью запирающих средств самоубийства или их хранения в недоступных местах.

4. Развитие стратегий по снижению стигмы и улучшению общественной поддержки:

- Поддержка инициатив, направленных на сокращение стигмы в отношении психических расстройств и суицидального поведения.
- Создание условий для развития поддерживающей среды и сообществ, где люди могут открыто говорить о своих проблемах и получать поддержку.

5. Профилактические программы и интервенции:

- Разработка и внедрение программ профилактики суицидального поведения в школах, университетах и рабочих местах.

- Проведение психологических тренингов и групповых сессий по снижению стресса и управлению эмоциями.
- 6. Лонгитюдинальные исследования и оценка эффективности:
 - Проведение научных исследований для оценки эффективности различных программ и мероприятий по предотвращению суицидального поведения.
 - Анализ результатов и внедрение наиболее эффективных подходов в практику.

Профилактика суицидального поведения на индивидуальном уровне представляет собой сложную задачу, включающую множество факторов. Основные трудности включают отсутствие надежных биомаркеров для прогнозирования риска, значительное влияние ситуативных факторов и недостаточную приверженность пациентов к терапии.

Современные исследования показывают, что пока не существует единой батареи биомаркеров, которые могли бы точно предсказывать риск суицида. Хотя некоторые биологические показатели были выявлены, их использование в клинической практике ограничено. Обширный мета-анализ Docherty et al. (2023) выявил 12 геномных локусов, связанных с риском суицидальных попыток, включая гены DRD2, SLC6A9, FURIN, NLGN1, SOX5, PDE4B и CACNG2 [48]. Исследователями была обнаружена генетическая корреляция суицидальных попыток с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, курением и склонностью к риску; однако работа не оценивала долгосрочные исходы для участников, что ограничивает понимание прогрессии суицидального поведения. Систематический обзор и мета-анализ Fusar-Poli et al. (2021) объединил имеющиеся данные по изменению уровня белка BDNF (brain-derived neurotrophic factor) в сыворотке крови пациентов, совершивших СП, и предложил ограниченную полезность измерения этого белка у лиц с суицидальным поведением [49]. Аналогичные работы в поисках потенциального биомаркера суицидального поведения были проведены при исследовании пониженного уровня лептина в крови [50] и активации иммунно-воспалительного, нитроокислительного и нейротоксичного путей [51], однако использование этих маркеров в клинической практике ограничено и требует дальнейшего, более широкого изучения.

Ситуативные факторы играют важную роль в возникновении суицидальных мыслей и действий. Данные, полученные с помощью метода

экологической моментальной оценки (Ecological Momentary Assessment, EMA) [52], подчеркивают значимость этих факторов. Можно выделить несколько таких факторов:

- 1) Стресс и кризисные ситуации: Суицидальные мысли могут возникать в ответ на острый стресс, такие как потеря близкого человека, проблемы в отношениях или финансовые трудности. Исследования EMA показывают, что суицидальные мысли часто связаны с кратковременными эмоциональными и ситуационными факторами.
- 2) Ежедневные колебания настроения: Данные EMA свидетельствуют о том, что у многих людей суицидальные мысли и намерения могут колебаться в течение дня в зависимости от их текущего эмоционального состояния и окружения. Результаты показывают, что суицидальные идеи существенно колеблются с течением времени (часы, дни), и что люди с более высокими «средними» суицидальными идеями также имеют больше колебаний. Более высокая нестабильность суицидальных представлений может представлять собой фенотипический показатель повышенного риска самоубийства.

Недостаточная приверженность к терапии является значительным барьером в предотвращении суицидального поведения. Это может быть связано с несколькими причинами:

- 1) Недостаток инсайта и деморализация: некоторые пациенты не осознают серьезность своих психических проблем и необходимость лечения, что снижает их готовность придерживаться терапевтических рекомендаций [53].
- 2) Амбивалентность к лечению: многие пациенты испытывают смешанные чувства по поводу лечения. Они могут одновременно хотеть получить помощь и избегать её из-за страха перед стигмой, недоверием к медицинской системе или побочных эффектов лечения [54].
- 3) Проблемы с доступом к услугам: даже если пациент осознает необходимость лечения, доступ к психиатрической помощи может быть ограничен из-за географических, финансовых или организационных барьеров [55].

Профилактика суицидального поведения требует комплексного подхода,

включающего не только медицинские и психологические меры, но и образовательные, социальные и культурные инициативы. Важно оказывать поддержку людям, страдающим от психических расстройств, и содействовать созданию безопасной и поддерживающей среды для всех членов общества.

Однако выявление суицидальности не всегда гарантирует успешную превенцию. Люди с суицидальными мыслями часто отличаются низкой приверженностью лечению и пессимистично смотрят на возможности улучшения [34]. Это может быть связано с психологическими факторами, такими как безнадежность, импульсивность и низкая мотивация к изменениям. Мета-анализ Soto-Sanz et al. (2019) выявил, что низкий уровень самооценки является фактором риска попыток самоубийства у подростков/молодых взрослых [35]. В мета-анализе McClelland et al. (2020) уровень одиночества также предсказывал вероятность более высокого суицидального риска среди участников в возрасте 16–20 лет и старше 55 лет [36]. Физическое и эмоциональное насилие и пренебрежение также являются высокими факторами риска суицидального поведения [37]. Мета-анализ Xiang Ng et al. (2018) показал, что сексуальное насилие в раннем возрасте является значительным фактором риска для СП по сравнению с исходной популяцией [38].

Исследования показывают, что психологические факторы не только способствуют формированию суицидальных мыслей, но и препятствуют улучшению. Например, в исследовании, проведенном Кустовым Г.В. и соавт. (2021), было обнаружено, что низкий уровень причин для жизни по данным опросника Причины для жизни (Reasons for Living Inventory, RFL) был связан с повышенным риском суицидальных мыслей и попыток [39]. Исследование Пашнина и соавт. (2022) выявило, что факторы причин для жизни отрицательно коррелируют с показателями риска суицида и объясняют значительную вариативность в распространенности суицидальной идеации среди пациентов с непсихотическими психическими расстройствами [40]. Учитывая эти психологические барьеры, большинство авторов признает, что эффективная профилактика суицидального поведения у лиц с суицидальными мыслями возможна только в рамках хорошего терапевтического альянса и мотивированности пациента на изменения [41]. Одним из способов достижения этого является мотивационное интервью.

Мотивационное интервью и его применение у лиц с психическими расстройствами.

Мотивационное интервью (МИ) – это метод консультирования, при котором консультант играет роль помощника в процессе изменения поведения. МИ сочетает в себе наиболее эффективные и простые техники ведения беседы, такие как задавание вопросов, активное слушание, подведение итогов и оказание поддержки. В ходе МИ консультант и клиент совместно исследуют мотивы, побуждающие человека принимать решения и действовать или, наоборот, воздерживаться от действий в определенной ситуации.

МИ было разработано в начале 1980-х годов психологами Уильямом Р. Миллером и Стивеном Роллником [56]. Изначально метод был создан для работы с людьми, страдающими алкогольной зависимостью, но вскоре нашел широкое применение и в других областях, включая работу с пациентами с различными психическими расстройствами.

За прошедшие десятилетия МИ было адаптировано для работы с различными патологиями, включая:

- **Алкогольная и наркотическая зависимость:** МИ первоначально использовалось для лечения алкоголизма. Последние исследования показали его эффективность в комбинации с другими методами терапии, такими как когнитивно-поведенческая терапия и 12-шаговые программы [57].
- **Психические расстройства:** МИ доказало свою эффективность в комбинации с другими методами психотерапии (в частности, когнитивно-поведенческой терапией) при лечении депрессии [58], тревожных расстройств [59,60] и посттравматического стрессового расстройства [61,62].
- **Поведенческие проблемы у детей:** МИ было успешно адаптировано для работы с семьями, сталкивающимися с проблемами поведения у детей. Исследования продемонстрировали значительное улучшение поведения детей после применения МИ [63].
- **Хронические соматические заболевания:** МИ показал свою эффективность в улучшении качества жизни и приверженности к лечению пациентам с онкологическими [64], сердечно-сосудистыми [65], стоматологическими [66] заболеваниями, пациентам с сахарным диабетом [67] и при хроническом болевом синдроме [68].

Основная идея МИ — это создание атмосферы принятия и поддержки, где клиент может свободно обсуждать свои сомнения и противоречивые чувства

относительно изменений, что способствует облегчению принятия клиентом необходимости изменений и нахождения ресурсов для этого. Метод включает в себя несколько ключевых принципов:

1. Эмпатическое слушание: консультант активно и без осуждения слушает клиента, стараясь понять его точку зрения и выразить это понимание.
2. Развитие несоответствия: консультант помогает клиенту увидеть разницу между его текущим поведением и личными целями или ценностями.
3. Избегание споров: консультант избегает конфронтации и аргументов, вместо этого работая над тем, чтобы клиент сам пришел к решению изменить поведение.
4. Поддержка автономии: консультант признает право клиента на самостоятельное принятие решений и ответственность за них.
5. Поддержка самоэффективности: консультант поощряет уверенность клиента в его способности изменить поведение.

Амбивалентность — это состояние, при котором человек испытывает противоположные чувства или мысли по поводу изменения поведения. В мотивационном интервью работа с амбивалентностью является главной задачей, и данная работа строится следующим образом:

1. Выявление амбивалентности: консультант помогает клиенту осознать противоречивые чувства и мысли, выразить их словами.
2. Исследование амбивалентности: вместе с клиентом консультант исследует причины и природу этих противоречий, что помогает клиенту лучше понять свои мотивы и страхи.
3. Усиление аргументов за изменения: консультант поддерживает клиента в выражении положительных аспектов изменений и потенциальных выгод.
4. Планирование действий: когда клиент готов, консультант помогает разработать конкретный план действий по изменению поведения.

Приведенные выше базовые принципы МИ имеют свою специфику при работе с лицами с различными ментальными проблемами, в том числе и с суицидальностью.

Проведение мотивационного интервью у лиц с признаками суицидальности

МИ является эффективным методом работы с различными формами психического дистресса, и связанными поведенческими феноменами, включая и суицидальное поведение. Этот подход помогает создать безопасное пространство, где пациенты могут открыто обсудить свои чувства и амбивалентность, касающиеся жизни и смерти, и найти внутренние ресурсы для выхода из кризиса. Работа Czyz et al. (2019) подтвердила осуществимость и целесообразность использования МИ у стационарных пациентов подросткового возраста с суицидальным поведением для повышения самоэффективности воздержания от СП, большей уверенности в себе, позволяющей справиться с СМ и увеличения приверженности к использованию плана безопасности (safety plan) при возникновении СМ [69]. Исследование Janssen et al. (2022) показало, что дистанционное консультирование пациентов с суицидальным поведением с применением в ходе консультаций МИ по эффективности было сопоставимо с применением стандартной терапии этого поведения (TAU - treatment as usual) [70]. Micol et al (2022) показали в своем исследовании повышение мотивации и уверенности в себе у подростков, находящихся в группе риска суицида, при использовании стратегий МИ в рамках разработки краткосрочного плана безопасности [71]. Авторы акцентировали внимание на необходимости адаптации стандартных планов безопасности с целью повышения их эффективности при использовании подростками после выписки из психиатрического стационара. Исследователи предложили модификацию стандартных планов за счет включения:

- **Индивидуальных сессий:** Создание персонализированного плана безопасности с подростком, пошаговое обсуждение его использования во время кризиса и преодоление возможных барьеров для этого.
- **Семейных сессий:** Совместное обсуждение плана с родителями, совместный поиск того, что позволит родителям лучше поддерживать своих детей в их противодействии суицидальным тенденциям.
- **Стратегии МИ:** Использование открытых вопросов, аффирмаций, рефлексивного слушания и суммирования (OARS) для улучшения взаимодействия с подростками и родителями.

Проведение МИ с пациентами с признаками суицидальности несомненно требует гибкости и адаптации к потребностям конкретного пациента. В то же время большинство специалистов в области МИ сходятся во мнении, что при

работе именно с данным контингентом важно соблюдение четкой структуры, понимание интервьюирующим целей интервенции в каждом моменте. Хорошее понимание консультантом «идеальной» структуры интервью, позволит, модифицируя некоторые блоки в соответствии с особенностями конкретного пациента, следовать основной канве МИ и достигать преодоления амбивалентности. Ниже представлена подробная структура сессий, которая поможет врачам начать применять метод МИ в работе с пациентами с признаками суицидальности.

Практические рекомендации по проведению мотивационного интервью

1. Установление контакта

Цель: Создать безопасное и доверительное пространство, чтобы пациент мог открыто делиться своими чувствами.

Действия:

- **Приветствие и знакомство:** Начните с теплого приветствия, представьтесь и узнайте имя пациента.

«Здравствуйте, меня зовут [ваше имя]. Я рад, что вы пришли сегодня.»

- **Открытые вопросы:** Используйте открытые вопросы, чтобы начать разговор.

«Как вы себя чувствуете сегодня?»

- **Активное слушание:** Внимательно слушайте пациента, проявляйте эмпатию и понимание.

«Я понимаю, что вам сейчас очень трудно.»

2. Оценка начального уровня риска

- Используйте стандартизированные инструменты оценки суицидального риска, такие как Колумбийская шкала оценки тяжести суицида Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) [30].

- Определите уровень риска и необходимые меры безопасности.

3. Оценка амбивалентности

Цель: Выявить и понять противоречивые чувства пациента по поводу жизни и смерти.

Действия:

- **Исследование чувств:** Задайте вопросы, помогающие пациенту

выразить свои амбивалентные чувства.

«Можете ли вы рассказать о своих мыслях о жизни и смерти?»

- Отражение чувств: Повторяйте ключевые моменты, чтобы показать, что вы поняли.

«Вы говорите, что чувствуете себя потерянным и одновременно не уверены, хотите ли вы продолжать жить.»

4. Развитие несоответствия

Цель: Помочь пациенту увидеть разницу между его текущими мыслями и тем, что он хотел бы изменить.

Действия:

- Выявление желаемых изменений: Узнайте, какие изменения пациент хотел бы видеть в своей жизни.

«Какие изменения могли бы сделать вашу жизнь лучше?»

- Подчеркивание различий: Помогите пациенту осознать разницу между его нынешним состоянием и желаемыми изменениями.

«Вы говорите, что хотите чувствовать себя более спокойным и счастливым, но сейчас вы чувствуете себя очень подавленным.»

5. Обсуждение надежд и целей

Цель: Выяснить, какие надежды и цели у пациента на будущее.

Действия:

- Исследование надежд: Спросите пациента о его надеждах и мечтах.

«Есть ли что-то, что приносит вам радость или смысл?»

- Укрепление положительных аспектов: Поддержите пациента в нахождении позитивных моментов и целей.

«Вы упомянули, что любите проводить время с семьей. Это очень важно.»

6. Разработка плана безопасности

Цель: Создать конкретный план действий для преодоления кризисных ситуаций.

Действия:

- Идентификация ресурсов: Узнайте, кто и что может помочь пациенту в кризисных ситуациях.

«К кому вы можете обратиться за помощью, когда чувствуете себя плохо?»

- Планирование шагов: Составьте вместе с пациентом план

конкретных шагов для обеспечения безопасности.

«Давайте запишем несколько шагов, которые вы можете предпринять, если снова почувствуете себя плохо.»

Элементы плана безопасности:

- Контактные данные доверенных лиц (родственники, друзья).
- Контактные данные специалистов (врачи, психологи).
- Стратегии отвлечения (хобби, занятия, которые помогают отвлечься).
- Методы самопомощи (техники релаксации, дыхательные упражнения).
- Места, где можно найти помощь (клиники, кризисные центры).

7. Заключение и поддержка

Цель: Подвести итоги сессии, подчеркнуть позитивные моменты и выразить поддержку.

Действия:

- Подведение итогов: Кратко подведите итоги сессии, выделите ключевые моменты.

«Сегодня мы обсудили ваши чувства и разработали план безопасности. Это важный шаг.»

- Выражение поддержки: Подчеркните важность принятия пациентом решения обратиться за помощью и выразите готовность поддерживать.

«Вы сделали сегодня важный шаг, поделившись своими мыслями. Это требует большого мужества. Мы здесь, чтобы помочь вам.»

- Подтвердите последующие встречи и способы связи в случае ухудшения состояния.

8. Пост-сессионные действия

- 1) Контроль состояния пациента
 - Организуйте регулярные последующие встречи для оценки состояния пациента и корректировки плана безопасности.
 - Проводите телефонные или онлайн-консультации в промежутках между очными встречами.

- 2) Междисциплинарное взаимодействие
 - Взаимодействуйте с другими специалистами (психиатры, социальные работники) для обеспечения комплексной поддержки пациента.
 - Обеспечьте обмен информацией между специалистами для координации усилий.
- 3) Обучение и поддержка семьи
 - Проводите сессии с членами семьи, чтобы обучить их основным принципам поддержки и реагирования на кризисные ситуации.
 - Разработайте совместный план действий в случае кризиса, включающий контакты и шаги, которые могут предпринять члены семьи.

Рекомендации по проведению МИ

1. Будьте гибкими: МИ должно быть адаптировано к уникальным потребностям каждого пациента.
2. Избегайте конфронтации: Сосредоточьтесь на поддержке и понимании, избегайте аргументов и давления.
3. Поддерживайте автономию: Признавайте право пациента на собственные решения и ответственность за свою жизнь.
4. Регулярно оценивайте риск: Проводите повторные оценки риска суицида на протяжении терапии.
5. Используйте междисциплинарный подход: Сотрудничайте с другими специалистами для обеспечения комплексной поддержки пациента.

Заключение

В данных методических рекомендациях рассмотрены эпидемиология, актуальные модели развития и методы превенции суицидального поведения, в частности проведение МИ с пациентами, демонстрирующими признаки суицидального риска. Приведенные методические рекомендации охватывают ключевые аспекты этого подхода, включая обсуждение надежд и целей пациента, разработку плана безопасности, подведение итогов сессии и выражение поддержки. В ходе анализа была подчеркнута важность комплексного подхода, адаптации МИ к индивидуальным потребностям каждого пациента, избегания конфронтации и поддержания автономии пациента. Данные методические рекомендации могут служить ценным руководством для специалистов в области психического здоровья, помогая им эффективно применять метод мотивационного интервью в работе с пациентами, подверженными суицидальному риску. Эти рекомендации направлены на повышение осведомленности, развитие навыков и улучшение результатов вмешательства, что в конечном итоге способствует снижению уровня суицидального поведения.

Библиографический список

1. Sher L., Oquendo M.A. Suicide: An Overview for Clinicians // *Med Clin North Am. Med Clin North Am*, 2023. Vol. 107, № 1. P. 119–130.
2. Turecki G. et al. Suicide and suicide risk // *Nat Rev Dis Primers. Nat Rev Dis Primers*, 2019. Vol. 5, № 1.
3. Harmer B. et al. Suicidal Ideation // *Acute Medicine: A Symptom-Based Approach. StatPearls Publishing*, 2024. P. 415–420.
4. Baca-Garcia E. et al. Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions? Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior // *J Affect Disord. J Affect Disord*, 2011. Vol. 134, № 1–3. P. 327–332.
5. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates // *World Health Organization, Geneva*. 2021. P. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. Lim K.S. et al. Global Lifetime and 12-Month Prevalence of Suicidal Behavior, Deliberate Self-Harm and Non-Suicidal Self-Injury in Children and Adolescents between 1989 and 2018: A Meta-Analysis // *Int J Environ Res Public Health. Int J Environ Res Public Health*, 2019. Vol. 16, № 22.
7. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *BMJ. BMJ*, 2019. Vol. 364. P. 194.
8. Nosova E.S., Spasennikov B.A., Aleksandrova O.Yu. The suicides in the Russian Federation: review of national studies // *Problems of Social Hygiene Public Health and History of Medicine. Joint-Stock Company Chicot*, 2023. Vol. 31, № 2.
9. Зотов П.Б. et al. СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА. СООБЩЕНИЕ II // *Суицидология. LLC M-Center*, 2018. Vol. 9, № 4(33).
10. Crump C. et al. Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: a Swedish national cohort study // *Psychol Med. Cambridge University Press*, 2014. Vol. 44, № 2. P. 279–289.
11. Wang H. et al. Suicidality and epilepsy: A systematic review and meta-analysis // *Front Psychiatry. Front Psychiatry*, 2023. Vol. 14.
12. Zinchuk M. et al. Self-injurious thoughts and behaviors in Russian patients with epilepsy: A prospective observational study // *Seizure. W.B. Saunders Ltd*, 2023. Vol. 107. P. 28–34.
13. Campbell G. et al. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample // *Aust N Z J Psychiatry. Aust N Z J Psychiatry*, 2015. Vol. 49, № 9. P. 803–811.
14. Wei H. et al. Associations of migraines with suicide ideation or attempts: A meta-analysis // *Front Public Health. Front Public Health*, 2023. Vol. 11.
15. Shen Q. et al. Association between suicide and multiple sclerosis: An updated meta-analysis // *Mult Scler Relat Disord. Mult Scler Relat Disord*, 2019. Vol. 34. P. 83–90.
16. Batista P., Pereira A. Quality of Life in Patients with Neurodegenerative Diseases // *J Neurol Neurosci. Scitechnol Biosoft Pvt. Ltd.*, 2016. Vol. 7, № 1.
17. Lee T. et al. Increased suicide risk and clinical correlates of suicide among patients with Parkinson's disease // *Parkinsonism Relat Disord. Parkinsonism Relat Disord*, 2016. Vol. 32. P. 102–107.
18. Hinkle J.T. et al. Perceived Treatment Status of Fluctuations in Parkinson Disease Impacts Suicidality // *Am J Geriatr Psychiatry. Am J Geriatr Psychiatry*, 2018. Vol. 26, № 6. P. 700–710.
19. Roman O.C., Stovall J., Claassen D.O. Perseveration and Suicide in Huntington's Disease // *J Huntingtons Dis. J Huntingtons Dis*, 2018. Vol. 7, № 2. P. 185–187.
20. van Duijn E. et al. Suicidal ideation and suicidal behavior according to the C-SSRS in a European cohort of Huntington's disease gene expansion carriers // *J Affect Disord. J Affect*

- Disord, 2018. Vol. 228. P. 194–204.
21. Fang F. et al. Suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis // *Brain*. Brain, 2008. Vol. 131, № Pt 10. P. 2729–2733.
 22. Seyfried L.S. et al. Predictors of suicide in patients with dementia // *Alzheimers Dement*. Alzheimers Dement, 2011. Vol. 7, № 6. P. 567–573.
 23. Favril L. et al. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies // *Evid Based Ment Health*. BMJ Publishing Group, 2022. Vol. 25, № 4. P. 148.
 24. Chan M.K.Y. et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales // *Br J Psychiatry*. Br J Psychiatry, 2016. Vol. 209, № 4. P. 277–283.
 25. de la Torre-Luque A. et al. Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis // *Gen Hosp Psychiatry*. Gen Hosp Psychiatry, 2023. Vol. 81. P. 51–56.
 26. Mofatteh M. et al. Suicidal ideation and attempts in brain tumor patients and survivors: A systematic review // *Neurooncol Adv*. Oxford University Press, 2023. Vol. 5, № 1. P. 1–12.
 27. McClelland H., Cleare S., O'Connor R.C. Suicide Risk in Personality Disorders: A Systematic Review // *Curr Psychiatry Rep*. Springer, 2023. Vol. 25, № 9. P. 405.
 28. Kustov G. et al. Factors associated with lifetime history of eating disorder in non-psychotic patients with suicidal ideation // *Consortium psychiatricum*. Consort Psychiatr, 2023. Vol. 4, № 2. P. 53–63.
 29. Zinchuk M. et al. Non-Suicidal Self-Injury in Russian Patients with Suicidal Ideation // *Arch Suicide Res*. Arch Suicide Res, 2022. Vol. 26, № 2. P. 776–800.
 30. Цукарзи Э. СУИЦИД: ОЦЕНКА РИСКОВ И ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЯ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА С ПОМОЩЬЮ КОЛУМБИЙСКОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ СУИЦИДА (С-SSRS) // *СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ*. 2011. Vol. 2. P. 30–40.
 31. Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation // *J Consult Clin Psychol*. 1979. Vol. 47, № 2. P. 343–352.
 32. Pogosova N. V. et al. РУССКОЯЗЫЧНАЯ ВЕРСИЯ ОПРОСНИКОВ PHQ-2 И 9: ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ // *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. Vserossiiskoe Obshchestvo Kardiologov, 2014. Vol. 13, № 3. P. 18–24.
 33. Zinchuk M. et al. Validation of the Russian version of neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDI-E) // *Epilepsy Behav*. Epilepsy Behav, 2020. Vol. 113.
 34. Lizardi D., Stanley B. Treatment engagement: A neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients // *Psychiatric Services*. American Psychiatric Association, 2010. Vol. 61, № 12. P. 1183–1191.
 35. Soto-Sanz V. et al. Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies // *Psicothema*. Psicothema, 2019. Vol. 31, № 3. P. 246–254.
 36. McClelland H. et al. Loneliness as a predictor of suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis of prospective studies // *J Affect Disord*. J Affect Disord, 2020. Vol. 274. P. 880–896.
 37. Norman R.E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis // *PLoS Med*. PLoS Med, 2012. Vol. 9, № 11.
 38. Ng Q.X. et al. Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis // *J Psychiatr Res*. J Psychiatr Res, 2018. Vol. 99. P. 129–141.
 39. Kustov G. V. et al. Психометрические свойства русскоязычной версии «Краткого опросника причин для жизни» // *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. NLM (Medline), 2021. Vol. 121, № 10. P. 87–94.
 40. Pashnin E. V. et al. VERIFICATION OF REASONS FOR LIVING INVENTORY IN

- RUSSIAN CLINICAL SAMPLE // *Psikholog Zh.* Russian Academy of Sciences, 2022. Vol. 43, № 1. P. 109–121.
41. Jobes D.A.. *Managing suicidal risk : a collaborative approach.* The Guilford Press, 2023. P. 362.
 42. Joiner T. *Why People Die by Suicide.* Harvard University Press, 2005.
 43. David Klonsky E., May A.M. The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework // *Int J Cogn Ther.* Guilford Publications, 2015. Vol. 8, № 2. P. 114–129.
 44. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2020 г. N 15-2/И/2-2645 О методических рекомендациях “Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты)” | Документы ленты ПРАЙМ: ГАРАНТ.РУ [Electronic resource]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74231984/> (accessed: 24.06.2024).
 45. Письмо Министерства просвещения РФ от 30 июня 2021 г. N 07-3586 “О направлении методического письма” | Документы ленты ПРАЙМ: ГАРАНТ.РУ [Electronic resource]. URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/402531898/> (accessed: 24.06.2024).
 46. Телефон доверия [Electronic resource]. URL: <https://telefon-doveria.ru/> (accessed: 24.06.2024).
 47. ДИСТАНЦИОННАЯ СВЯЗЬ СО СПЕЦИАЛИСТАМИ ГБУЗ НПЦ ИМ. СОЛОВЬЕВА ДЗМ [Electronic resource]. URL: <https://nrcpn.ru/> (accessed: 24.06.2024).
 48. Docherty A.R. et al. GWAS Meta-Analysis of Suicide Attempt: Identification of 12 Genome-Wide Significant Loci and Implication of Genetic Risks for Specific Health Factors // *Am J Psychiatry.* Am J Psychiatry, 2023. Vol. 180, № 10. P. 723–738.
 49. Fusar-Poli L. et al. Peripheral BDNF levels in psychiatric patients with and without a history of suicide attempt: A systematic review and meta-analysis // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2021. Vol. 111.
 50. González-Castro T.B. et al. Evaluation of leptin levels in serum as a biomarker for suicide behavior: systematic review and meta-analysis // *Int J Neurosci.* Int J Neurosci, 2021. Vol. 131, № 1. P. 49–55.
 51. Vasupanrajit A. et al. Suicide attempts are associated with activated immune-inflammatory, nitro-oxidative, and neurotoxic pathways: A systematic review and meta-analysis // *J Affect Disord.* J Affect Disord, 2021. Vol. 295. P. 80–92.
 52. Kivelä L. et al. Don't Miss the Moment: A Systematic Review of Ecological Momentary Assessment in Suicide Research // *Front Digit Health.* Front Digit Health, 2022. Vol. 4.
 53. Costanza A. et al. Demoralization in suicide: A systematic review // *J Psychosom Res.* J Psychosom Res, 2022. Vol. 157.
 54. Carpinello B., Pinna F. The Reciprocal Relationship between Suicidality and Stigma // *Front Psychiatry.* Front Psychiatry, 2017. Vol. 8, № MAR.
 55. Tadmon D., Bearman P.S. Differential spatial-social accessibility to mental health care and suicide // *Proc Natl Acad Sci U S A.* Proc Natl Acad Sci U S A, 2023. Vol. 120, № 19.
 56. Миллер У., Роллик С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться / ed. [пер. с англ. Ю. М. Сусоевой Д.М.В. Москва: Классика психологии, 2017.
 57. Tan C.J. et al. Comparative effectiveness of psychosocial interventions in adults with harmful use of alcohol: a systematic review and network meta-analysis // *Addiction (Abingdon, England).* Addiction, 2023. Vol. 118, № 8. P. 1414–1429.
 58. Riper H. et al. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivational interviewing: a meta-analysis // *Addiction (Abingdon, England).* Addiction, 2014. Vol. 109, № 3. P. 394–406.
 59. Colvin E. et al. Do anxiety and depression symptoms moderate the effect of motivational enhancement therapy as a pretreatment to dialectical behaviour therapy skills training? A follow-up analysis of a pilot randomised controlled trial for youth // *Early Interv Psychiatry.*

- Early Interv Psychiatry, 2022. Vol. 16, № 9.
60. Strodl E., Yang J. Motivational Interviewing Enhances Group Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders // *J Cogn Psychother. J Cogn Psychother*, 2021. Vol. 35, № 2. P. 133–150.
 61. Kaysen D. et al. Development of StressCheck: A telehealth motivational enhancement therapy to improve voluntary engagement for PTSD treatment among active-duty service members // *Contemp Clin Trials. Contemp Clin Trials*, 2022. Vol. 119.
 62. Walker D.D. et al. Improving voluntary engagement for posttraumatic stress disorder treatment among active-duty service members using motivational enhancement therapy // *Psychol Trauma. Psychol Trauma*, 2023.
 63. Dishion T.J. et al. The family check-up with high-risk indigent families: preventing problem behavior by increasing parents' positive behavior support in early childhood // *Child Dev. Child Dev*, 2008. Vol. 79, № 5. P. 1395–1414.
 64. Harkin K. et al. The impact of motivational interviewing on behavioural change and health outcomes in cancer patients and survivors. A systematic review and meta-analysis // *Maturitas. Maturitas*, 2023. Vol. 170. P. 9–21.
 65. Lee W.W.M. et al. Effectiveness of motivational interviewing on lifestyle modification and health outcomes of clients at risk or diagnosed with cardiovascular diseases: A systematic review // *Int J Nurs Stud. Int J Nurs Stud*, 2016. Vol. 53. P. 331–341.
 66. Gao X. et al. Motivational interviewing in improving oral health: a systematic review of randomized controlled trials // *J Periodontol. J Periodontol*, 2014. Vol. 85, № 3. P. 426–437.
 67. Ekong G., Kavookjian J. Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review // *Patient Educ Couns. Patient Educ Couns*, 2016. Vol. 99, № 6. P. 944–952.
 68. Alperstein D., Sharpe L. The Efficacy of Motivational Interviewing in Adults With Chronic Pain: A Meta-Analysis and Systematic Review // *J Pain. J Pain*, 2016. Vol. 17, № 4. P. 393–403.
 69. Czyz E.K., King C.A., Biermann B.J. Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents at High Suicide Risk: A Pilot Randomized Controlled Trial // *J Clin Child Adolesc Psychol. J Clin Child Adolesc Psychol*, 2019. Vol. 48, № 2. P. 250–262.
 70. Janssen W. et al. Can Outcomes of a Chat-Based Suicide Prevention Helpline Be Improved by Training Counselors in Motivational Interviewing? A Non-randomized Controlled Trial // *Front Digit Health. Frontiers Media S.A.*, 2022. Vol. 4. P. 871841.
 71. Micol V.J., Prouty D., Czyz E.K. Enhancing motivation and self-efficacy for safety plan use: Incorporating motivational interviewing strategies in a brief safety planning intervention for adolescents at risk for suicide // *Psychotherapy (Chic). Psychotherapy (Chic)*, 2022. Vol. 59, № 2. P. 174–180.