

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 выявлено 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 соматических 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 запираания 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.