

«УТВЕРЖДАЮ»  
И.о. директора ФГБУ  
им. В.М. Бехтерева»  
Минздрава России,  
Д.м.н., профессор,  
Н.Г. Незнанов  
17 февраля 2025 г.

## ОТЗЫВ ВЕДУЩЕЙ ОРГАНИЗАЦИИ

о научно-практической значимости диссертационной работы Банникова Геннадия Сергеевича на тему «Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте», представленной к защите в диссертационный совет ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки).

### **Актуальность темы выполненной работы и ее связь соответствующими отраслями науки и практической**

По данным ВОЗ самоубийство является четвертой по значимости причиной смерти среди лиц в возрасте 15–29 лет и третьей у девушек 15–19 лет (ВОЗ, 2023). Так, коэффициент смертности от самоубийств на 100 тыс. населения во всем мире среди подростков 10-19 лет составляет 3,8, а в возрастной группе 15-19 лет достигает 6. Попытки самоубийства происходят примерно в 10–20 раз чаще, чем завершённые самоубийства. Наличие суицидальных мыслей у подростков в 12 раз повышают риск суицидальной попытки к 30 годам, более 1/3 подростков с суицидальными мыслями совершают суицид в течение 1-2 лет после их возникновения. По данным Росстата коэффициент смертности по причине смерти «самоубийство» среди несовершеннолетних 0-17 лет в 2023 г. составил 1,233 на 100 тыс. населения соответствующего возраста. При этом в возрастной группе 10-14 лет коэффициент смертности был 1,402 на 100 тыс. населения соответствующего возраста, а в группе 15-17 лет в 3,5 раза больше – 5,119 на 100 тыс. населения. Несмотря на многочисленные попытки изучения суицидального поведения, исследования, проводившиеся во всем мире, и, в том числе, в России, установить устойчивые клинико-психопатологические закономерности суицидального поведения подростков пока не удалось. Большое количество трудно дифференцируемых факторов риска, изменчивость социальной среды, неопределенность подросткового группового поведения, делают выводы исследователей во многом только вероятностными. Выделяемые клинико-психологические, социальные факторы суицидального риска имеют ограниченную прогностическую ценность, поскольку дают мало информации о структурно-динамических процессах, приводящих к самоубийству, особенно с учетом подросткового возраста. Современные модели, адаптированные с учетом особенностей подросткового возраста, такие как модель суицидального поведения, интерперсональная модель, когнитивная теория



суицидального поведения, мотивационно-волевая модель акцентируют внимание на психологических характеристиках развития суицидального поведения и имеют недостаточную прогностическую ценность в отношении суицидальных действий.

Диссертационное исследование Банникова Геннадия Сергеевича направлено на решение актуальной медицинской и социальной проблемы. Обоснованным представляется изначальное определение требований к построению модели включая компоненты, отвечающие за статику и динамику суицидального состояния. Проведённое эмпирическое исследование позволило в полной мере достичь цели и задач исследования с выделением клинко-психопатологических, психологических предиктивных факторов риска суицида в подростковом возрасте, а внедрение усовершенствованной технологии раннего выявления суицидального поведения с использованием новых методик в комплекс антикризисной профилактики, позволит повысить ее эффективность, способствуя снижению частоты рецидивов и повторных суицидальных действий.

### **Связь работы с планами развития медицинской науки и здравоохранения в России**

Тема диссертационного исследования соответствует положениям стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, Указов Президента РФ от 07.07.2011 г. №899 «Об утверждении приоритетных направлений развития науки, технологий и техники в Российской Федерации»; от 07.05.2012 г. №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения»; от 07.05.2012 г. №599 «О мерах по реализации государственной политики в области образования и науки», основанной на Прогнозе развития медицинской науки на период до 2025 года, утвержденном Президиумом Российской академии медицинских наук 31.01.2007 г.

### **Научная новизна и практическая значимость полученных автором результатов, выводов и рекомендаций, сформулированных в диссертации**

Автором впервые на репрезентативном материале разработана и эмпирически доказана комплексная, соответствующая биопсихосоциальной парадигме, клинко-психопатологическая модель суицидального поведения, включающая статические и динамические компоненты, позволяющие выделять предиктивные факторы суицидального риска характеристики суицидального кризисного состояния. Получены данные о распространенности самоповреждающего поведения в 17 % случаев в популяционной и в 48 % наблюдений в клинической выборках. Доказано, что статические компоненты модели (суицидальная уязвимость, негативные жизненные события, суицидальный нарратив и суицидальное кризисное состояние), включающие в себя прогностически неблагоприятные клинические, социально-психологические характеристики, способствуют выстраиванию многоуровневой системы суицидального риска («пограничный», «умеренный», «высокий»). Показано, что суицидальная уязвимость включающая такие социально-



психологические, клинические индивидуальные факторы риска как семейное неблагополучие, детские травмы, наличие соматических заболеваний, физических травм, акцентуации личности с эмоционально-нестабильным, нарциссическим паттерном реагирования, пессимизм, безнадежность, сложности в межличностных отношениях, одиночество, перфекционизм, агрессивность, враждебность создают «почву», на которой под воздействием негативных событий развивается суицидальное кризисное состояние. Доказано, что высокий суицидальный риск в первую очередь определяется с проявлениями меланхолического симптомокомплекса, выявляющегося на всех стадиях суицидогенеза и являющегося центральным и структурообразующим проявлением суицидального кризисного состояния, а суицидальный нарратив вносит свой независимый вклад в развитие и поддержание остроты суицидального кризиса. Введена структурно-динамическая типология суицидального кризисного состояния в зависимости от характера пресуицидального периода и ведущего аффекта которая дает возможность индивидуального подбора и реализации профилактических мероприятий на всех этапах становления суицидального кризисного состояния. При развитии короткого, аффективно-напряженного пресуицидального периода наблюдаются преимущественно реактивные образования с симптомами тревожного спектра. При длительном, аффективно-редуцированном пресуицидальном периоде наблюдаются симптомы, характерные для меланхолических депрессивных состояний с преобладанием тоскливого компонента. Получены новые данные по клинко-психопатологическим «портретам» и механизмам развития суицидального поведения в зависимости от ведущего (тревожного, тоскливого, дисфорического) аффекта, позволяющие осуществлять индивидуальный подбор и реализацию профилактических мероприятий на всех этапах развития и формирования суицидального кризисного состояния. Установлено, что механизм развития суицидального поведения в подростковом возрасте определяется взаимовлиянием суицидальной предрасположенностью, негативных событий, запускающих суицидальный нарратив, являющийся предпосылкой развития суицидального кризисного состояния.

На основании разработанной клинко-психопатологической модели суицидального поведения в подростковом возрасте автором предложена Технология раннего выявления признаков суицидального поведения с использованием оригинальных методов диагностики, программ по обучению специалистов, которые будут способствовать профилактике суицидального и несуйцидального самоповреждающего поведения, улучшению качества оказания суицидологической помощи в стране.

Полученные в ходе исследования данные о клинко-психопатологических, психологических маркерах и социально-демографических, биологических факторах риска развития суицидального поведения в подростковом возрасте могут быть использованы в практическом здравоохранении, других заинтересованных ведомствах при разработке комплексных программ профилактики суицидального поведения. Внедрение полученных результатов исследования в практическую



деятельность психиатров с оценкой структурно-динамических особенностей суицидального кризисного состояния в зависимости от характера пресуицидального периода и ведущего аффекта, что будет способствовать повышению эффективности профилактической помощи, снижению частоты завершенных суицидов среди подростков. Разработанные критерии суицидального риска могут использоваться в рамках профилактических медицинских осмотров, скрининговых программ в образовательных организациях для выявления групп риска с дальнейшей маршрутизацией подростков. Внедрение усовершенствованной технологии раннего выявления суицидального поведения с использованием предлагаемых автором методик в комплекс антикризисной профилактики, позволит повысить ее эффективность, способствуя снижению частоты повторных суицидов. Важными ожидаемыми результатами внедрения технологии раннего выявления суицидального поведения несовершеннолетних могут являться:

- уменьшение числа суицидальных и несуйцидальных аутоагрессивных действий детей, подростков;
- повышение качества клиничко-психологической диагностики психических состояний у несовершеннолетних;
- создание программ по межведомственному взаимодействию для решения комплексных социальных проблем.
- снижение числа госпитализаций детей, подростков с ауто- и гетероагрессивным опасным поведением.

### **Обоснованность и достоверность полученных результатов**

Достоверность научных положений и выводов обеспечивается корректностью критериев отбора выборки исследования, репрезентативностью клинического материала, комплексным использованием психометрического и статистического метода. Число обследованных лиц (2525 подростков и юношей 12-19 лет) является репрезентативным и достаточным для научного обоснования полученных результатов. Методы исследования: клиничко-психопатологический (методика скрининга) с применением широкого ряда шкал и опросников, включая разработанные самим диссертантом, а также переведенные с учетом рекомендаций ВОЗ, и статистический с оценкой качественных показателей, соответствуют современным требованиям, предъявляемым к методологическому построению научных исследований. Используемые статистические методы обработки данных, в частности классификационный ROC- анализ (при AUC не менее 70%) с расчетом индекса Юдена позволил автору определить прогностическую ценность и вклад каждого симптома, негативных психологических феноменов и других факторов риска в развитии суицидального поведения. Задачи диссертационной работы логично вытекают из цели и освещают теоретический анализ существующих клиничко-психопатологических и психологических моделей суицидального поведения для построения клиничко-психопатологической модели, специфичной для подросткового возраста и эмпирической верификации значимых характеристик



компонентов данной модели. Представляет интерес, то, что автором на основании изученной литературы изначально предложена концепция модели, включающая в себя компоненты, отвечающие за статику и динамику суицидального состояния. Выводы диссертации, положения, выносимые на защиту, также практические рекомендации полностью соответствуют содержанию работы и логично вытекают из полученных в ходе данного исследования результатов.

Таким образом степень достоверности полученных Г.С. Банниковым результатов основана на тщательном планировании и высоком методическом уровне проведения исследования, репрезентативным объемом выборок, включенных в работу, применением адекватных методов исследования.

### **Личный вклад автора**

Личный вклад автора не вызывает сомнений. Непосредственно соискателем осуществлялось планирование этапов работы, разработка дизайна исследования, написание протокола исследования, набор групп исследования, основные методы обследования пациентов с использованием набора стандартизированных шкал, формирование базы данных и статистическая обработка полученных в исследовании результатов, их анализ и описание. Очевидно личное участие автора в определении цели, задач, методов выполнения диссертационной работы, формулировки выводов и практических рекомендаций.

### **Соответствие содержания диссертации паспортам специальностей**

Содержание диссертационной работы Банникова Геннадия Сергеевича «Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте», цель, задачи, полученные результаты, выводы, практические рекомендации соответствуют паспорту научной специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки).

### **Оценка содержания диссертации, ее завершенность в целом, замечания по оформлению**

Диссертация Банникова Г.С. оформлена согласно требованиям ВАК ГОСТ Р.7.0.11-2011, состоит из введения, двух глав, содержащих обзор литературных данных, материалы и методы исследования, и четырех глав собственных наблюдений и практических рекомендаций, заключения, выводов, списка литературы, оформленного в соответствии с ГОСТ Р.7.0.11-2011 библиографического описания и состоит из 497 источников (116 отечественных и 381 зарубежных авторов).

Во «Введении» автор коротко оценивает актуальность изучаемой проблемы, формулирует цель работы и задачи исследования, научную новизну, теоретическую и практическую значимость, излагает методологию и методы исследования, основные положения, выносимые на защиту, а также информирует о степени



достоверности и апробации результатов, личном вкладе автора в проведенное исследование, количестве публикаций, структуре и объеме диссертационной работы.

Задачи исследования вытекают из цели работы. Положения, выносимые на защиту, полностью соответствуют теме диссертационной работы, цели и задачам исследования.

Первая глава посвящена обзору литературы по исследуемой тематике и содержит четыре раздела. Представлен теоретический анализ проблематики с изложением клинико-эпидемиологических аспектов, факторов риска и существующих моделей суицидального поведения, а также современных подходов профилактики и терапии.

Глава 2 «Общая характеристика материала и методы исследования» отражает сведения о клиническом материале и методах исследования.

Глава 3, обозначенная автором как «Статические компоненты модели (клинико-психопатологические, биологические, психологические, социально-демографические характеристики)», представляет сравнительную характеристику исследуемого материала по различным группам и параметрам в зависимости от 4-х компонентов модели. Выделены прогностически значимые для развития суицидального кризисного состояния клинико-психопатологические, психологические феномены. В заключение главы делается обобщение полученных результатов.

Глава 4 «Структурно-динамические характеристики суицидального кризисного состояния» посвящена анализу механизмам развития суицидального поведения в зависимости от характера пресуицидального периода и ведущего аффекта. Особую практическую значимость представляет описание клинико-психологических «портретов» подростков в зависимости от ведущего аффекта.

Глава 5 «Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте» является обобщением данных представленных в других главах. Автор последовательно описывает каждый компонент модели и его роль в развитии суицидального поведения. Наиболее подробно рассмотрен ключевой компонент модели суицидальное кризисное состояние, возможные траектории его развития.

В 6-й главе «Технология раннего выявления суицидального поведения в подростковом возрасте» представлена технология, которая в настоящее время уже внедряется в практику.

В «Заключении» автор, обобщая основные параметры модели, выходит на перспективы дальнейшего ее развития. Приводятся стратегии решения проблем, связанных с профилактикой суицидального поведения. В конце заключения диссертантом критично рассматриваются ограничения исследования.

В заключении и выводах обобщаются, подытоживаются основные положения работы.

В приложениях отражены основные таблицы, представлена базисная карта кризисного состояния подростка, глоссарий терминов, используемых в переводных



опросниках.

Предложенные научные теоретические и практические решения проблемы строго аргументированы. Обширный список публикаций и апробаций результатов диссертационного исследования свидетельствуют о достаточной компетенции и личном практическом вкладе диссертанта в работу.

**Результаты исследования внедрены** в программы дополнительного профессионального образования в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, ФГАОУ ВО «МГППУ», Российской академии образования (РАО). Разработанный в рамках практического направления диссертационного исследования чек-лист оценки суицидального риска внедрен в работу сектора психологического сопровождения студентов ФГБОУ ВО «МГППУ», в работу ГБУЗ МО «Центральная клиническая психиатрическая больница им. Ф. А. Усольцева», в практическую деятельность специалистов Республиканского центра психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи ГБОУ «РЦО» Республики Бурятия.

### **Конкретные рекомендации по использованию результатов диссертации**

Теоретические положения, сформулированные в диссертационном исследовании, целесообразно использовать в учебном процессе кафедр психиатрии, на циклах повышения квалификации по указанной специальности и профессиональной переподготовке врачей. Результаты исследования могут быть использованы в научно-практической деятельности подразделений заинтересованных учреждений для обоснования дальнейших путей изучения суицидального поведения в подростковом возрасте. Выводы, основные положения и разработанная технология раннего выявления суицидального поведения могут быть использованы в лечебно-профилактических мероприятиях, проводимых службами заинтересованных ведомств.

По итогам диссертационного исследования и в рамках постоянной работы подкомиссии сотрудниками ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского», представителями Минпросвещения России, Следственного комитета РФ, Уполномоченного при Президенте РФ по правам ребенка был обновлен и согласован глоссарий суицидологических терминов, подготовлены методические рекомендации включающие в себя новое для отечественной суицидологии понятие суицидального кризисного состояния, его характеристики и оригинальные диагностические инструменты «Опросник кризисного состояния» (ОКС-7), заполняемый несовершеннолетним, «Чек-лист оценки суицидального кризиса» (ЧОСР), заполняемый врачом, «Карта суицидального поведения несовершеннолетних», разработанная с учетом интересов и возможностей ведомств, участвующих в профилактике суицидального поведения несовершеннолетних. Разработаны и внедрены в учебный процесс программы повышения квалификации в ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, ФГБОУ ВО «МГППУ».



### Общие замечания по диссертационной работе

Существенных и принципиальных замечаний к работе нет. Имеются незначительные стилистические погрешности, но они несущественны и не уменьшают научно-практическую значимость исследования и не отражаются на общей положительной оценке работы. Имеется ряд вопросов:

1. В разработанной диссертантом модели выделены клинико-психопатологические и психологические предикторы суицидального поведения в подростковом возрасте. Насколько эти критерии специфичны именно для подросткового возраста или они могут рассматриваться как универсальные и для других возрастных групп?
2. Планируется ли диссертантом дальнейшее совершенствование модели в зависимости от возрастных периодов, этно-культуральных особенностей?

Данные вопросы не носят принципиального характера и не влияют на положительную оценку работы в целом.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диссертационное исследование Банникова Геннадия Сергеевича «**Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте**», представленное на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки), является самостоятельно выполненным законченным научным трудом, в котором решена актуальная научная проблема разработана комплексная, соответствующая биопсихосоциальной парадигме клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте, включающая статические и динамические компоненты суицидального состояния, позволяющая выделять предиктивные факторы суицидального риска.

По степени актуальности, научной новизне, объему выполненных исследований, теоретической и практической значимости полученных результатов диссертационная работа Банникова Геннадия Сергеевича полностью соответствует требованиям п.п. 9-10 «Положения о присуждении учёных степеней», утверждённого постановлением Правительства Российской Федерации №842 от 24.09.2013 г. (в редакциях от 21.04.2016 г. №335; от 26.10.2023 г. №1786), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора медицинских наук, а ее автор Банников Геннадий Сергеевич достоин присуждения степени доктора медицинских наук по специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки).

Отзыв на диссертацию Г.С. Банникова «Клинико-психопатологическая модель суицидального поведения в подростковом возрасте» составлен главным научным сотрудником, руководителем отделения терапии психических расстройств у лиц молодого возраста доктором медицинских наук Поповым М.Ю.

Отзыв обсужден и одобрен на заседании проблемной комиссии по психиатрии



ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России 13.02.2025г (протокол № 1) и утвержден на заседании Учёного совета ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (протокол № 2 от 18.02.2025).

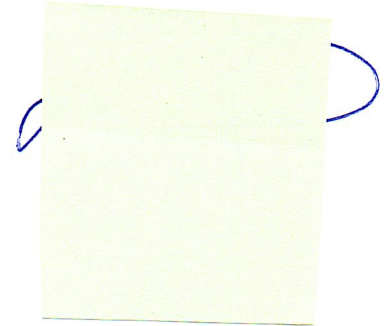
Доктор медицинских наук, по специальности 3.1.17 Психиатрия и наркология (медицинские науки), главный научный сотрудник, руководитель отделения терапии психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Председатель проблемной комиссии по психиатрии

«Подпись руки Попова Михаил Юрьевича, д.м.н., главного научного сотрудника отделения терапии психических расстройств у лиц молодого возраста ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России подтверждаю»

Учёный секретарь ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Попов Михаил Юрьевич



Сорокин Михаил Юрьевич



**Контактная информация:** Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России).

Адрес: 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3.

Телефон: +7 (812) 670-02-20

e-mail: [sphinstb@bekhterev.ru](mailto:sphinstb@bekhterev.ru)

Веб-сайт: <http://bekhterev.ru>