

© Дарьин Е.В., 2026;
 © Король И.С., 2026;
 © Бойко Е.О., 2026;
 © Зайцева О.Г., 2026

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
 УДК/UDC 616.89-008.441.44-053.6:616-057.87:004.942

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-24-34>

Клинико-психологические характеристики девушек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением

Евгений Владимирович Дарьин¹, Иван Сергеевич Король¹, Елена Олеговна Бойко², Ольга Геннадьевна Зайцева²

¹ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» Минздрава Краснодарского края, пос. Заречный, Выселковский район, Краснодарский край, Россия

²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Краснодар, Россия

Автор для корреспонденции: Евгений Владимирович Дарьин, darineugene@gmail.com

Резюме

Обоснование: несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) у девушек-подростков рассматривается как клинически значимое проявление эмоциональной дезрегуляции, связанное с тревогой, депрессией и нарушениями социальной адаптации. Значительные различия в тяжести, функциональной значимости и предикторах таких эпизодов затрудняют единый подход к диагностике и сопровождению подростков с НССП. **Цель работы:** выделение и описание клинико-социальных характеристик девушек-подростков с НССП и анализ их взаимосвязи с психоэмоциональными показателями. **Пациенты и методы:** в исследование включены 186 девушек, госпитализированных в возрасте 12–17 лет в «Специализированную психоневрологическую больницу» Краснодарского края в 2022–2024 гг. Наряду с клинической оценкой анамнеза и психического состояния использованы следующие инструментальные методики: опросник детской депрессии М. Ковач (*Children's Depression Inventory*, CDI), методика многомерной оценки детской тревожности (МОДТ), опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда (СПА), шкала причин самоповреждающего поведения (Н.А. Польская), шкала социальной поддержки детей и подростков CASSS (К. Malecki). Для анализа использовали иерархическую кластеризацию, метод «локтя» (Elbow method) и алгоритм К-средних. Статистическая обработка проведена в Python и Statistica. **Результаты:** выделены три устойчивых кластера: с низкой, умеренной и высокой частотой НССП. Пациенты с высокой интенсивностью НССП нанесли тяжелые и множественными самоповреждениями. Психическое состояние этих пациенток характеризовалось высоким уровнем тревожности и депрессии, сниженной адаптацией и низким уровнем социальной поддержки. Кластер с умеренной выраженностью НССП отличали преобладание компульсивных форм НССП и средний уровень психологической уязвимости. Пациенты с низкой выраженностью НССП обнаружили благополучные показатели по всем шкалам. Получены значимые различия между пациентами трех кластеров по шкалам тревожности, депрессии, адаптации и социальной поддержки ($p < 0,001$). **Заключение:** кластерный подход позволил сформировать типовые психосоциальные профили девушек с НССП, что имеет практическую значимость для разработки дифференцированных и персонализированных подходов к профилактике и терапии и программ психосоциальной помощи.

Ключевые слова: несуицидальное самоповреждение, девушки-подростки, кластерный анализ, депрессия, тревожность, социальная поддержка, эмоциональная дезрегуляция, адаптация

Источники финансирования: исследование не имело спонсорской поддержки.

Для цитирования: Дарьин Е.В., Король И.С., Бойко Е.О., Зайцева О.Г. Клинико-психологические характеристики девушек-подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением. *Психиатрия*. 2026;24(1):24–34. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-24-34>

RESEARCH

UDC: 616.89-008.441.44-053.6:616-057.87:004.942

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-24-34>

Clinical and Psychological Characteristics of Adolescent Girls with Non-Suicidal Self-Injury

Evgeny V. Darin¹, Ivan S. Korol¹, Elena O. Boyko², Olga G. Zaitseva²

¹Specialized Psychoneurological Hospital of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Zarechny, Krasnodar region, Russia

²Kuban State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnodar, Russia

Corresponding author: Evgeny V. Darin, darineugene@gmail.com

Summary

Background: nonsuicidal self-injury (NSSI) behavior in adolescent girls is considered a clinically significant manifestation of emotional dysregulation associated with anxiety, depression, and impaired social adaptation. Considerable differences in the severity, functional significance, and predictors of such episodes make it difficult to develop a unified approach to the diagnosis

and management of adolescents with NSSI. **The aim** was to identify and describe the clinical and social characteristics of adolescent girls with NSSI and to analyze their relationship with psychoemotional indicators. **Patients and methods:** the study included 186 girls aged 12–17 years, who were hospitalized in the “Specialized Psychoneurological Hospital” of Krasnodar Region in 2022–2024. Along with the clinical assessment of the past medical history and mental state, the following instrumental methods were used: Children’s Depression Inventory (CDI) by M. Kovacs, the method of multidimensional assessment of children’s anxiety, the questionnaire of social-psychological adaptation (SPA) by K. Rogers and R. Diamond, Reasons for Self-Injury Scale (N.A. Polskaya), Child and Adolescent Social Support Scale (CASSS) by K. Malecki. Hierarchical clustering, elbow method, and K-means algorithm were used for the analysis. Statistical processing was performed in Python and Statistica. **Results:** three stable clusters were identified as follows: with low, moderate and high severity of NSSI. Patients with high NSSI intensity committed severe and multiple self-harms. The mental state of these patients was characterized by high levels of anxiety and depression, decreased adaptation, and low levels of social support. The cluster with moderate NSSI severity was distinguished by the predominance of compulsive NSSI forms and an average level of psychological vulnerability. Patients with low NSSI severity demonstrated favorable results on all scales. Significant differences were obtained between patients of the three clusters on the scales of anxiety, depression, adaptation, and social support ($p < 0.001$). **Conclusion:** the cluster approach allowed us to form typical psychosocial profiles of girls with NSSI, which has practical significance for the development of differentiated and personalized approaches to prevention and therapy and psychosocial assistance programs.

Keywords: non-suicidal self-injury, adolescent girls, cluster analysis, depression, anxiety, social support, emotional dysregulation, adaptation

Funding: The study had no sponsorship.

For citation: Darin E.V., Korol I.S., Boyko E.O., Zaitseva O.G. Clinical and Psychological Characteristics of Adolescent Girls with Non-Suicidal Self-Injury. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2026;24(1):24–34. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2026-24-1-24-34>

ВВЕДЕНИЕ

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) в подростковом возрасте остается одной из актуальных проблем детской психиатрии и клинической психологии [1, 2]. Несмотря на отсутствие суицидального намерения, НССП ассоциировано с высоким уровнем дистресса, тревожными и депрессивными симптомами, нарушениями социальной адаптации и повышенным риском суицидального поведения в последующем [3, 4]. Распространенность НССП у подростков, по данным разных исследований, достигает 15–30%. НССП чаще наблюдается у девушек и сопровождается выраженной психоэмоциональной неустойчивостью [5].

НССП проявляется в разной форме (от сковыривания кожи до нанесения себе ожогов и порезов) и отличается по частоте, мотивации и клинико-социальным факторам [6]. В условиях клиники у пациентов наблюдаются значительные различия в тяжести, функциональной значимости и предикторах таких эпизодов [7]. Эти различия затрудняют единый подход к диагностике и сопровождению подростков с НССП, особенно в условиях краткосрочной стационарной помощи. В работах зарубежных авторов показано, что тяжелые формы НССП ассоциированы с более выраженными тревожно-депрессивными симптомами, сниженной социальной поддержкой, ранним дебютом поведения и неблагоприятными семейно-социальными условиями [8–10].

Цель исследования: выделить и описать типовые клинико-социальные профили девушек-подростков с несуйцидальным самоповреждающим поведением в условиях психиатрического стационара, а также оценить их значимость для персонализированного подхода к диагностике и психосоциальному сопровождению.

Предполагалось выделить несколько устойчивых подгрупп, различающихся по тяжести и характеру

самоповреждающего поведения, а также по степени психологической уязвимости.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования

Кросс-секционное исследование выполнено на выборке 186 девушек-подростков (12–17 лет) с подтвержденным НССП, госпитализированных в ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» (Краснодарский край) в 2022–2024 гг. Данные обследования и полуструктурированного интервью регистрировали в статистической карте.

Диагностические критерии включения

Целевая группа включала девушек 12–17 лет с клинически подтвержденными эпизодами несуйцидального самоповреждающего поведения (НССП), соответствующего критериям B–F DSM-5. Основные мотивы НССП — регуляция эмоций и межличностное напряжение. Критерий A (≥ 5 эпизодов за год) не применялся, что позволило включить пациенток с редкими проявлениями НССП и зафиксировать поведение на ранних этапах. Наличие суицидальных попыток в анамнезе не исключалось, однако на момент эпизодов НССП суицидальные намерения отсутствовали, что подтверждалось клиническим интервью. Девушки с диагнозом F70 включались при сохранной способности к тестированию; ответы верифицировались клиническим психологом.

Критерии невключения

Психозы, тяжелые формы умственной отсталости, аутистические расстройства, двигательные стереотипии и трихотилломания, при которых самоповреждение носит ритуальный или стереотипный характер; отказ от участия и отсутствие согласия законных представителей несовершеннолетних моложе 15 лет.

Этические аспекты

Все участницы или их законные представители подписали информированное добровольное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2024 гг. Исследование одобрено локальным этическим комитетом ГБУЗ СПНБ (протокол №204 от 14.06.2022).

Ethical aspects

All examined participants of study or their parents and legal representatives signed the informed consent to take part in a study. The research protocol was approved by Local Ethical Committee of Specialized Psychoneurological Hospital (protocol No. 204 from 14.06.2022). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2024.

Набор участниц

Размер выборки определяли на основе сплошного анализа всех госпитализаций за период с 1 сентября 2022 г. по 1 сентября 2024 г. За это время в два детских общепсихиатрических отделения ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» был госпитализирован 1901 пациент (893 в первый год и 1008 во второй).

Из общего числа:

- 693 пациентки были в возрасте от 12 до 17 лет;
- 194 пациентки соответствовали критериям включения, в частности, имели подтвержденные эпизоды несуицидального самоповреждающего поведения (НССП), стабильное состояние и возможность участия в исследовании.

Из них:

- 8 пациенток отказались от участия (по собственному решению или по решению законных представителей);
- в итоге в исследование были включены 186 девушек.

Из включенных:

- все 186 участниц прошли полное обследование и заполнили ключевые опросники;
- Пропущенные значения по отдельным шкалам были выявлены у 12 пациенток. Для обеспечения полноты выборки и возможности включения всех участниц в анализ недостающие значения были заполнены методом средних значений (*mean imputation*) на основе распределений по соответствующим шкалам. Заполненные данные включались в кластерный и сравнительный статистический анализ.

Методы измерения целевых показателей

Регистрацию основных и дополнительных исходов исследования осуществляли с использованием следующих инструментов:

1. Анамнестические и клинико-социальные данные: возраст, место проживания, семейный контекст, поведенческие особенности, параметры НССП.

2. Психометрические инструменты:

- Тест IQ Равена [11] использовали на предварительном этапе исследования, но, поскольку в ходе

анализа не выявлено значимого влияния этого показателя на выраженность самоповреждающего поведения, результаты не вошли в представленный этап исследования.

- Опросник детской депрессии М. Ковач [12] использовали для оценки уровня депрессивных симптомов, в анализ включали общий суммарный балл, отражающий уровень выраженности депрессии.

- Опросник суицидального риска А.Г. Шмелева (в модификации Т.Н. Разуваевой) использовали в исследовании, но не включали в кластерный анализ ввиду ограниченной интерпретации показателей субшкал [13].

- Методика многомерной оценки детской тревожности (МОДТ) [14] включает 10 шкал, отражающих различные аспекты тревожности (например, тревога в отношениях со сверстниками, тревога в отношениях с учителями и родителями, тревога, связанная с оценкой окружающих, и др.). В настоящем исследовании в качестве основного интегрального показателя тревожности использовали показатель «Общая тревожность», объединяющий все отдельные шкалы. Выбор интегрального показателя был обусловлен задачей проведения сравнения групп по обобщенному уровню тревожности без дробления анализа на отдельные компоненты.

- Опросник социально-психологической адаптации (СПА) [15] включает несколько интегральных показателей, таких как адаптация, эмоциональная комфортность, принятие себя и других, интернальность и стремление к доминированию. В настоящем исследовании использовали интегральные показатели «Адаптация» и «Эмоциональная комфортность», поскольку они наиболее полно и обобщенно отражают социально-психологическое функционирование подростков.

- Индивидуально-типологический опросник (ИТО) [16] был использован только на предварительном этапе для общей психолого-типологической характеристики испытуемых. В ходе первичного анализа не было выявлено устойчивых значимых различий между кластерами по этим типологическим характеристикам, поэтому результаты опросника ИТО не вошли в основной раздел результатов.

- Шкала причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской [17] использована полностью для оценки типа и частоты самоповреждений с целью формирования групп при проведении кластерного анализа.

- Шкала социальной поддержки детей и подростков CASSS (К. Malecki, адаптация: А.А. Лифинцева, А.В. Рягузова) [18] оценивала восприятие подростками социальной поддержки со стороны значимых окружающих лиц (родители, друзья, педагоги). В анализ вошли итоговые суммарные баллы по обеим частям методики (ч. 1 — частота поддержки, ч. 2 — значимость поддержки).

Статистические процедуры

- Кластеризация: иерархический метод (евклидово расстояние) + К-средних.

- Статистика: критерий Краскела–Уоллиса, U Манна–Уитни с поправкой Бонферрони.
- Обработка: Z-стандартизация, удаление переменных с > 50% пропусков.

Исследование проводилось с использованием следующего программного обеспечения: Python (pandas, scikit-learn), Statistica 13.5.

Доступность данных

Первичные табличные данные всех 186 участниц исследования доступны в открытом репозитории Mendeley Data [19].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Кластерный анализ выраженности самоповреждений

Для выделения групп пациенток, различающихся по интенсивности и формам НССП, использовали иерархический кластерный анализ на основе данных шкалы причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской (ч. 1) [17].

Оптимальное количество кластеров определяли с помощью метода локтя (*Elbow method*), основанного на анализе сумм квадратов расстояний до центроидов (*within-cluster sum of squares, WCSS*). Снижение WCSS отмечалось во всех трех кластерах, что обеспечивало оптимальный баланс между внутрикластерной однородностью и межкластерными различиями (рис. 1).

На следующем этапе визуализирована структура данных с помощью дендрограммы (рис. 2), на основании которой были выделены подгруппы пациенток с различной выраженностью самоповреждающего поведения:

- кластер 1 — низкая частота самоповреждений (единичные эпизоды или их отсутствие),

- кластер 2 — умеренная частота (преимущественно легкие формы: расчесывание кожи, обкусывание губ или ногтей),
- кластер 3 — высокая частота и разнообразие видов самоповреждений (в т.ч. порезы, самоожоги и др.).

Визуализация кластеров методом главных компонент

Для дополнительной оценки пространственной структуры данных и степени отделимости кластеров был проведен анализ главных компонент (*Principal Component Analysis, PCA*). Этот метод позволяет визуализировать многомерные данные в двумерной плоскости, сохраняя при этом максимально возможную долю дисперсии.

Диаграмма рассеяния (рис. 3) демонстрирует четкое разграничение между группами. Кластер 1 и кластер 3 образуют наиболее обособленные зоны, в то время как кластер 2 занимает промежуточное положение с частичным пересечением с другими группами, что отражает переходный характер поведения в данной подгруппе.

Профили кластеров по частоте и видам самоповреждений

Выделенные кластеры демонстрируют отчетливые различия по характеру и выраженности несуицидальных самоповреждений, зафиксированных с использованием Шкалы причин самоповреждающего поведения Н.А. Польской (ч. 1) [17]. Представленные поведенческие профили позволяют оценить тяжесть аутоагрессии и типичные формы поведения в каждой группе.

Визуальный профиль (рис. 4) подтверждает существенные различия: в группе с выраженной интенсивностью НССП преобладают наиболее травматичные формы (порезы, ожоги и др.), тогда как в группе с умеренной выраженностью НССП — менее опасные, но регулярные поведенческие паттерны (расчесывания, сковыривания

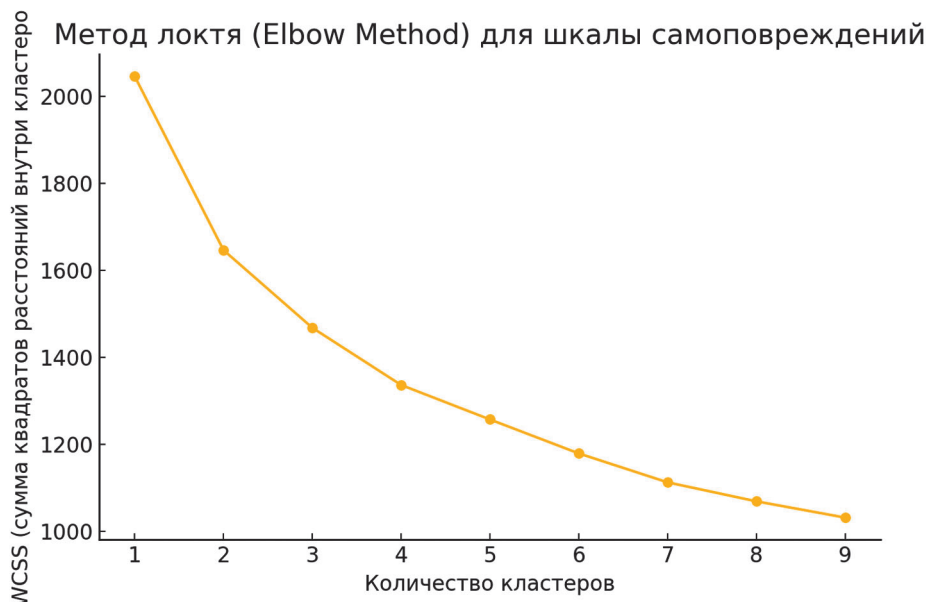


Рис. 1. График метода локтя для определения оптимального числа кластеров
 Fig. 1 Elbow method plot for determining the optimal number of clusters

и др.). Группа с единичными эпизодами самоповреждений отличается низким уровнем всех показателей.

Сравнительный анализ по психометрическим шкалам

Межкластерный сравнительный анализ проведен по шести ключевым психометрическим показателям:

общей тревожности (МОДТ), депрессии (CDI), адаптации и эмоционального комфорта (СПА), а также воспринимаемой социальной поддержки и ее значимости (ШСПДП, части 1 и 2). Остальные методики использовали на этапах скрининга, описания выборки или анализа подгрупп, но не включали в основную модель

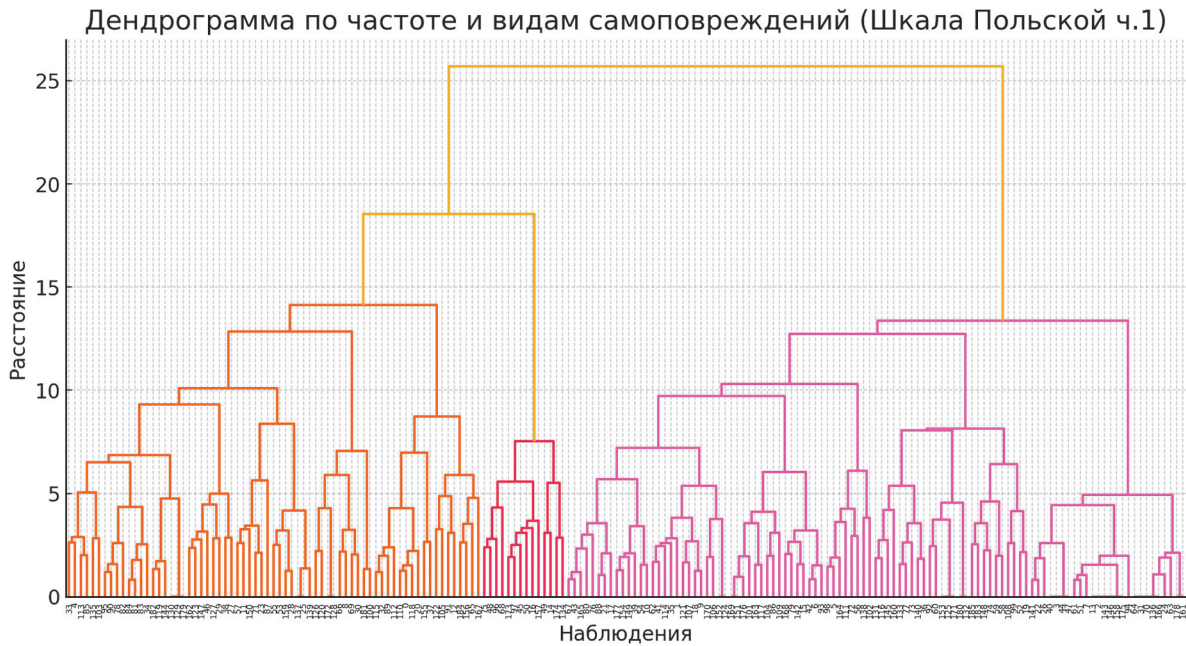


Рис. 2. Дендрограмма кластерного анализа по выраженности и формам самоповреждающего поведения
Fig. 2 Dendrogram of cluster analysis based on severity and types of self-injurious behavior

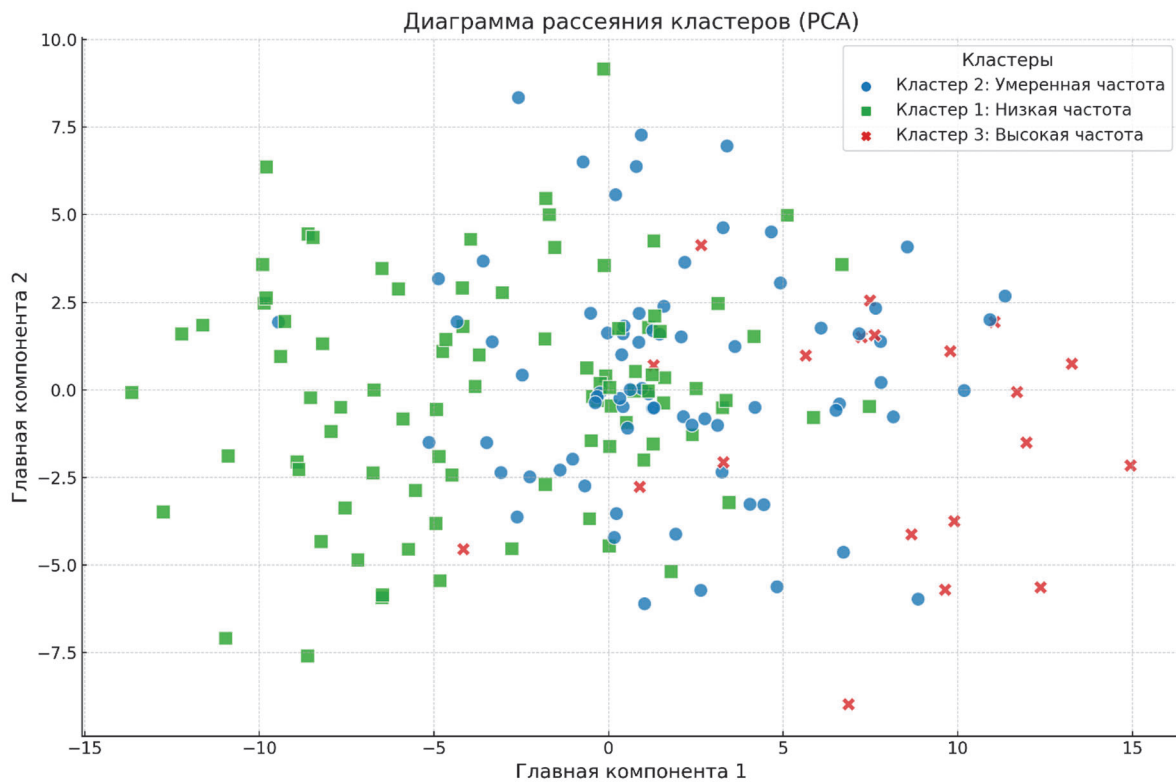


Рис. 3. Диаграмма рассеяния (PCA) для визуализации пространственного распределения кластеров самоповреждающего поведения
Fig. 3 PCA scatterplot illustrating spatial distribution of self-injury behavior clusters

Таблица 1. Результаты анализа различий между кластерами по психометрическим показателям (критерий Краскела–Уоллиса)

Table 1 Results of cluster comparison by psychometric indicators (Kruskal–Wallis test)

Показатель/Parameter	Статистика	p	Значимость
«МОДТ» — Общая тревожность/General anxiety	35,68	< 0,001	*
Опросник детской депрессии М. Ковач/ M. Kovacs CDI	33,57	< 0,001	*
«СПА» — Интегральный показатель адаптации/SPA — Integral indicator of adaptation	33,64	< 0,001	*
«СПА» — Интегральный показатель эмоциональной комфортности/SPA — Integral indicator of comfort K. Rogers — R. Diamond.	34,01	< 0,001	*
ШСПДП К. Малецки ч.1 — Итоговый балл/К. Maletski's child and adolescent social support scale (CASSS), part 1, sum	29,60	< 0,001	*
ШСПДП К. Малецки ч.2 — Итоговый балл/К. Maletski's child and adolescent social support scale (CASSS), part 2, sum	1,22	0,544	

Примечание: значимые различия ($p < 0,05$) отмечены звездочкой.
 Note: * — significant differences ($p < 0,05$).

сравнения ввиду ограниченной диагностической ценности или отсутствия значимых различий между кластерами. Использовался непараметрический критерий Краскела–Уоллиса, результаты представлены в табл. 1.

Статистически значимые различия ($p < 0,001$) зафиксированы по всем шкалам за исключением второй части опросника ШСПДП ($p = 0,544$). Наиболее выраженные отличия касаются уровня тревожности, депрессии, адаптации и социальной поддержки (ч. 1).

Пост-хок сравнение (U-критерий Манна–Уитни с поправкой Бонферрони) показало, что различия наиболее отчетливо выражены между крайними кластерами — с низкой и высокой частотой НССП.

Различия между кластерами по психометрическим показателям

Анализ стандартизированных значений по шкалам тревожности, депрессии, адаптации, эмоционального

комфорта и социальной поддержки позволил охарактеризовать психологические профили каждой группы. Полученные результаты представлены в табл. 2.

Кластер 1 (низкая частота НССП)

Девушки демонстрировали минимальные показатели тревожности (МОДТ = -0,43) и депрессии (М. Ковач = -0,41), высокие уровни адаптации (СПА = +0,41) и эмоционального комфорта (СПА = +0,39). Социальная поддержка воспринималась выше среднего (ШСПДП ч. 1 = +0,29; ч. 2 = +0,11).

Кластер 2 (умеренная частота НССП)

Отмечены умеренные уровни тревожности (МОДТ = +0,33) и депрессии (опросник М. Ковач = +0,22), а также сниженная адаптация (СПА = -0,28) и эмоциональный комфорт (СПА = -0,27). Уровень восприятия социальной поддержки был ближе к среднему (ШСПДП ч. 1 = -0,04; ч. 2 = -0,06).

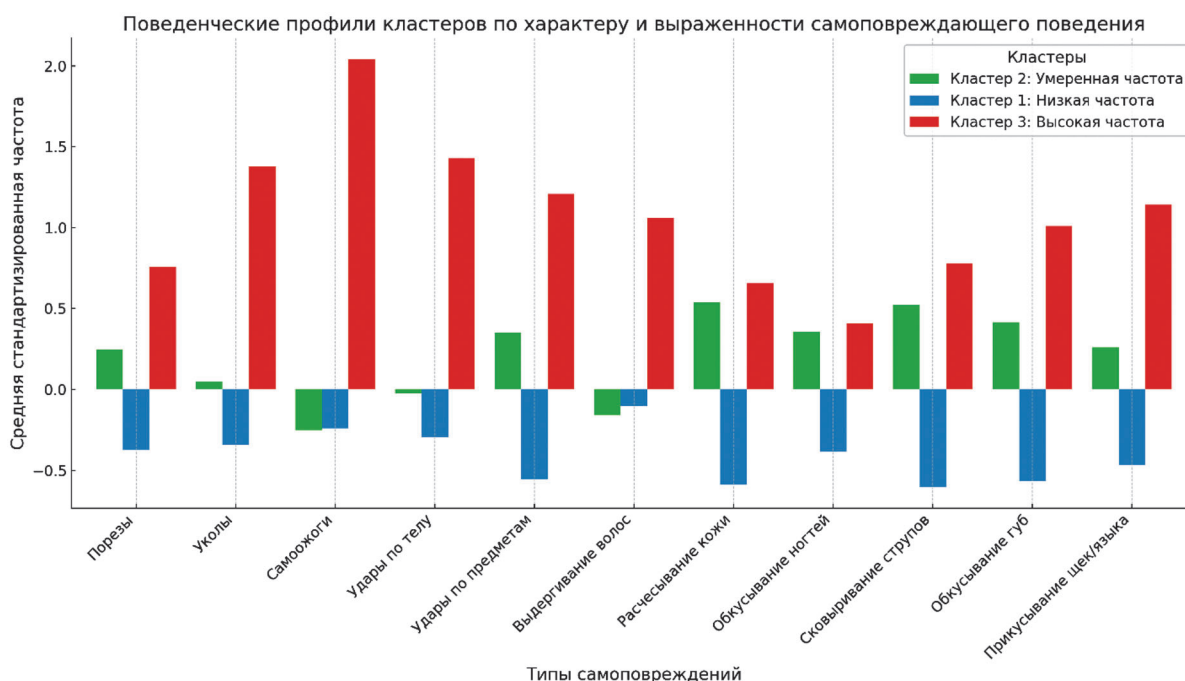


Рис. 4. Поведенческие профили кластеров по характеру и выраженности самоповреждающего поведения
Fig. 4 Behavioral profiles of clusters based on type and severity of self-injurious behavior

Таблица 2. Стандартизированные психометрические показатели у пациенток с различной выраженностью самоповреждающего поведения**Table 2** Standardized psychometric scores in patients with varying severity of self-injurious behavior

Психометрический показатель	Кластер 1 (низкая)	Кластер 2 (умеренная)	Кластер 3 (высокая)
Общая тревожность (МОДТ)/General anxiety	-0,43	+0,33	+0,71
Опросник детской депрессии М. Ковач/М. Kovacs CDI	-0,41	+0,22	+1,04
«СПА» — Интегральный показатель адаптации/SPA — Integral indicator of adaptation	+0,41	-0,28	-0,82
«СПА» — Интегральный показатель эмоциональной комфортности/SPA — Integral indicator of comfort K. Rogers — R. Diamond.	+0,39	-0,27	-0,74
Социальная поддержка (ШСПДП, ч. 1)/K. Maletski's child and adolescent social support scale (CASSS), part 1	+0,29	-0,04	-1,17
Социальная поддержка (ШСПДП, ч. 2)/K. Maletski's child and adolescent social support scale (CASSS), part 2	+0,11	-0,06	-0,29

Примечание: Указаны стандартизированные значения. Положительные значения отражают более благополучный профиль, отрицательные — сниженные показатели.

Note: Standardized values are specified. Positive values reflect a more prosperous profile, while negative values reflect reduced indicators.

Кластер 3 (высокая частота НССП)

Наиболее уязвимая группа: тревожность (МОДТ = +0,71), депрессия (опросник М. Ковач = +1,04), сниженные показатели адаптации (СПА = -0,82), эмоционального комфорта (СПА = -0,74) и восприятия поддержки (ШСПДП ч. 1 = -1,17; ч. 2 = -0,29).

Клинико-социальные профили кластеров

Анализ демографических, семейных и поведенческих характеристик позволил выделить типовые клинико-социальные профили девушек с различной выраженностью НССП. Полученные результаты представлены в табл. 3.

Кластер 1 (низкая частота НССП). Группа характеризуется относительным социальным благополучием: большинство проживает в полных семьях (87%), преимущественно в сельской местности, не употребляли алкоголь (92%), не имели черепно-мозговых травм (89%) и хронических заболеваний (77%). Поведение чаще всего ограничивается единичными эпизодами в прошлом (рубцы у 76% при отсутствии текущих эпизодов). Участницы демонстрируют удовлетворительную школьную успеваемость (57%) и высокий уровень восприятия социальной поддержки. Группа представляет низкий уровень риска и нуждается преимущественно в профилактических мерах.

Кластер 2 (умеренная частота НССП). Пациентки демонстрируют компульсивные формы самоповреждений и средний уровень социальной адаптации. Большинство проживает с родителями (88%), пациентки обучаются по общеобразовательной программе, но демонстрируют более низкую школьную успеваемость (51%). Участницы чаще являются первенцами, не имеют тяжелых соматических нарушений, однако отмечают эмоциональную неустойчивость. Поведенческий риск умеренный — необходима регулярная поддержка и профилактика деструктивных стратегий совладания.

Кластер 3 (высокая частота НССП). Включает наиболее уязвимую в отношении НССП группу. Пациентки чаще проживают в городских условиях, демонстрируют тяжелые и частые формы самоповреждений, сопровождающиеся самокритикой и ранним дебютом

(13–14 лет). У 90% зафиксированы застарелые рубцы, у 60% — эмоциональные и поведенческие расстройства. Несмотря на частоту НССП, только 60% отрицают наличие суицидального настроения. Школьная успеваемость у большинства удовлетворительная (60%). Группа требует интенсивного вмешательства с упором на эмоциональную регуляцию, работу с самокритикой и развитие адаптационных ресурсов.

ОБСУЖДЕНИЕ

Настоящее исследование позволило выделить три типологических профиля девушек-подростков с не-суицидальными самоповреждениями (НССП). Обнаруженные различия касаются частоты и интенсивности НССП, психологических характеристик и клинико-социального фона. Полученные результаты подтверждают гетерогенность популяции пациенток с НССП и подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к их диагностике и сопровождению [20–22]. В межкластерное сравнение были включены только те психометрические показатели, которые по предварительным данным демонстрировали различия между группами и имели прямую связь с целью исследования — характеристикой психологического фона самоповреждающего поведения. Методики без значимых различий или с ограниченной валидностью субшкал (например, ИТО, ОСР, тест Равена) были исключены из итогового анализа. Несмотря на включение в исследование методики ОСР (модификация Т.Н. Разуваевой), ее показатели не продемонстрировали выраженных различий между возрастными и диагностическими подгруппами, а сами авторы указывают на ограниченную надежность количественного анализа отдельных субшкал. В связи с этим методика не использована при построении кластерной модели. Средние значения методик представлены в отдельной публикации [23].

В отличие от зарубежных выборок, где доминируют подростки с диагнозом пограничного расстройства личности (ПРЛ) [24–26], в нашем исследовании преобладали случаи расстройств эмоций и поведения

Таблица 3. Клинико-социальные характеристики пациенток с разной выраженностью самоповреждающего поведения

Table 3 Clinical and social characteristics of patients with different severity of self-injurious behavior

Признак/Index	Кластер 1 (низкая)/ Cluster 1 (low)	Кластер 2 (умеренная)/ Cluster 2 (moderate)	Кластер 3 (высокая)/ Cluster 3 (severe)
Проживание с родителями/ accommodation with parents	87%	88%	80%
Уроженки Краснодарского края/Natives of the Krasnodar territory	69%	77%	65%
Сельская местность/Rural area	58%	61%	30%
Удовлетворительная успеваемость/Satisfactory academic performance	57%	51%	60%
Обучение по общеобразовательной программе/General education program	85%	84%	95%
Отсутствие употребления алкоголя/No alcohol consumption	92%	92%	95%
Отсутствие черепно-мозговых травм/No brain injury	89%	91%	90%
Отсутствие соматических заболеваний/No somatic diseases	77%	73%	75%
Наличие застарелых рубцов/The presence of long-standing scars	76%	77%	90%
Отсутствие суицидального настроения/No of suicidal attitude	73%	71%	60%
Эмоциональные/поведенческие расстройства/Emotional/behavioral disorders	69%	67%	60%
Отсутствие асоциального поведения матери/No antisocial behavior of the mother	59%	61%	85%
Самокритика перед актом НССП/Self-criticism before self-harm	низкая	умеренная	высокая
Возраст дебюта НССП/Self-harm onset age	не характерно	умеренно выражено	чаще 13–14 лет

(F90–F98). Вероятно, это связано с особенностями отечественной диагностической практики, где установление диагноза «Расстройство личности» в подростковом возрасте остается спорным [27, 28].

В отличие от работы L.E. Andrei и соавт. [29], включавшей как девушек, так и юношей (у которых чаще фиксировались удары о твердые поверхности), в нашем исследовании участвовали только девушки, при этом у них (как и в упомянутой работе) среди форм самоповреждений преобладали порезы (81%), это подчеркивает гендерную специфику форм аутоагрессии.

Выявленные кластеры существенно различались по уровню тревожности, депрессии, адаптации и восприятию социальной поддержки, что соответствует данным других исследований [9, 30, 31]. Девушки с высокой частотой НССП (кластер 3) продемонстрировали наихудшие показатели по всем ключевым шкалам и отличались ранним дебютом, выраженной самокритикой и преобладанием тяжелых форм самоповреждений (ожоги, порезы и др.). Это соответствует данным научных публикаций о связи между частыми эпизодами НССП и высокой психоэмоциональной дезрегуляцией [32, 33], а также совпадает с результатами отечественных исследований (прежде всего, Н.А. Польской), подчеркивающими роль эмоциональной дисрегуляции как центрального механизма в формировании самоповреждающего поведения у подростков [34, 35]. Несмотря на тяжесть поведения, 60% участниц данной группы отрицали наличие суицидальных намерений, что подтверждает сложность четкого разграничения НССП и суицидальных актов.

Группа с умеренной выраженностью (кластер 2) представляет промежуточный профиль: поведение преимущественно компульсивного характера, психометрические показатели ближе к средним значениям, однако присутствует тенденция к снижению уровня

адаптации и эмоционального комфорта. Такой тип профиля может рассматриваться как переходная форма, требующая регулярного мониторинга и целенаправленной профилактики усугубления состояния.

Кластер с минимальной выраженностью НССП (кластер 1) демонстрировал относительно благополучные характеристики как по психометрическим шкалам, так и по социально-семейным показателям. Эта группа, несмотря на наличие эпизодов в прошлом (у 76% обнаружены застарелые рубцы после нанесения самоповреждений), не предъявляет признаков текущей дезадаптации и может рассматриваться как целевая для профилактической работы.

Обнаружено различие в стиле воспитания и семейном контексте: при высокой частоте и выраженности НССП чаще отмечены авторитарные и потворствующие модели родительского взаимодействия, тогда как в группе низкого риска преобладали ограничивающие и снисходительные стили. Эти данные согласуются с исследованиями, подчеркивающими роль родительского контроля и эмоционального климата семьи как факторов риска или защиты в подростковом возрасте [36].

Подтверждена взаимосвязь между НССП и буллингом в школьной среде: в кластере с высокой выраженностью НССП чаще фиксировали эпизоды с переживанием травли, что требует отдельного внимания в образовательных учреждениях [36]. Кроме того в исследуемой выборке выявленные кластеры существенно различались по уровню воспринимаемой социальной поддержки, что согласуется с исследованием [31].

Использование многометодного кластерного анализа позволило не только повысить надежность типологизации, но и получить устойчивые профили, пригодные для практического применения. Типизация по модели «низкий–умеренный–высокий риск» НССП

может стать основой для стратифицированного подхода в клинической и школьной психологии, а также психиатрической помощи.

Ограничения исследования

Исследование имеет ряд ограничений:

1. Выборка — проводилась на клинической популяции пациентов психиатрического стационара, что ограничивает возможность обобщения результатов на всю популяцию подростков с НССП.
2. Гендерная однородность — включение в исследование только девушек исключило анализ гендерных различий.
3. Источники данных — часть информации получена из самоотчетов и медицинской документации, что может содержать субъективные искажения.
4. Отсутствие контрольной группы — ограничивает возможность сравнения с подростками без НССП.
5. Культурный контекст — данные собраны в одном регионе России, что ограничивает применимость к иным социокультурным условиям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты кластерного анализа позволили выделить три устойчивых профиля девушек-подростков с НССП, различающихся по частоте и выраженности поведения, уровню психологической уязвимости и клинко-социальным характеристикам. Полученные данные подтверждают необходимость стратифицированного подхода к диагностике и сопровождению: от профилактики и наблюдения до интенсивной психотерапевтической поддержки. Интеграция методов кластеризации повысила надежность типологии и может быть использована для разработки индивидуализированных программ вмешательства в клинической и образовательной практике. Выявление типовых профилей позволит не только уточнить структуру клинко-психологической гетерогенности при НССП, но и предложить практико-ориентированную типологию для построения дифференцированных стратегий психосоциального сопровождения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ/ REFERENCES

1. Townsend E. Time to take self-harm in young people seriously. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(4):279–280. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30101-4
2. Любов ЕБ, Зотов ПБ. Несуицидальные самоповреждения подростков: общее и особенное. Часть II. *Суицидология*. 2020;11(4):26–55. doi: 10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-26-55
Lyubov EB, Zotov PB. Adolescents non-suicidal self-injury: general and particular. Part II. *Suicidology*. 2020;11(4):26–55. (In Russ.). doi: 10.32878/suiciderus.20-11-04(41)-26-55
3. Wilkinson PO, Qiu T, Neufeld S, Jones PB, Goodyer IM. Sporadic and recurrent non-suicidal self-injury before age 14 and incident onset of psychiatric disorders by 17 years: prospective cohort study. *Br J Psychiatry*. 2018;212(4):222–226. doi: 10.1192/bjp.2017.45
4. Miller M, Redley M, Wilkinson PO. A Qualitative Study of Understanding Reasons for Self-Harm in Adolescent Girls. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3361. doi: 10.3390/ijerph18073361
5. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):345–365. doi: 10.1111/jcpp.12381
6. Давидовский СВ, Игумнов СА. Современные концепции и особенности проявления самоповреждающего поведения. *Суицидология*. 2020;11(3):33–43. doi: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-33-43
Davidovsky SV, Igumnov SA. Modern conceptions and manifestation features of self-harming behavior. *Suicidology*. 2020;11(3):33–43. (In Russ.). doi: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-33-43
7. Niu S, Yin X, Pan B, Chen H, Dai C, Tong C, Fang Chen, Xiuqin Feng. Understanding Comorbidity Between Non-Suicidal Self-Injury and Depressive Symptoms in a Clinical Sample of Adolescents: A Network Analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2024;20:1–17. doi: 10.2147/NDT.S443454
8. Taylor PJ, Jomar K, Dhingra K, Forrester R, Shahmalak U, Dickson JM. A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *J Affect Disord*. 2018;227:759–769. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.073
9. Vergara GA, Stewart JG, Cosby EA, Lincoln SH, Auerbach RP. Non-suicidal self-injury and suicide in depressed adolescents: Impact of peer victimization and bullying. *J Affect Disord*. 2019;245:744–749. doi: 10.1016/j.jad.2018.11.084
10. Johnson SL, Robison M, Anvar S, Swerdlow BA, Timpagno KR. Emotion-related impulsivity and rumination: Unique and conjoint effects on suicidal ideation, suicide attempts, and nonsuicidal self-injury across two samples. *Suicide Life Threat Behav*. 2022;52(4):642–654. doi: 10.1111/sltb.12849
11. Давыдов ДГ, Чмыхова ЕВ. Применение теста Стандартные прогрессивные матрицы Равена в режиме ограничения времени. *Вопросы психологии*. 2016;(4):129–139.
Davydov DG, Chmykhova EV. Administered of the Raven's Standard Progressive Matrices with a time limit. *Voprosy Psikhologii*. 2016;(4):129–139. (In Russ.). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2833427>
12. Kovacs M. The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*. 1985;21(4):995–8. PMID: 4089116.
13. Разуваева ТН. Диагностика личности. Шадринск: Исет', 1993. 26 с.
Razuvaeva TN. Personality diagnosis. Shadrinsk: Iset'; 1993. 26 p. (In Russ.).

14. Малкова ЕЕ. Психодиагностическая методика многомерной оценки детской тревожности: пособие для врачей и психологов. Санкт-Петербург: НИИ им. В.М. Бехтерева; 2007. 35 с. EDN RZIHMP.
Malkova EE. Psychodiagnostic method of multidimensional assessment of child anxiety: a manual for doctors and psychologists. St. Petersburg: Bekhterev Institute; 2007. 35 p. (In Russ.).
15. Осницкий АК. Определение характеристик социальной адаптации. *Психология и школа*. 2004;1(1):43–56.
Osnitsky AK. Determining the characteristics of social adaptation. *Psychological Science and Education*. 2004;1(1):43–56. (In Russ.).
16. Собчик ЛН. Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. СПб.: Речь; 2005. 480 с.
Sobchik LN. Psychology of Individuality: Theory and Practice of Psychodiagnostics. St. Petersburg: Rech'; 2005. 480 p. (In Russ.).
17. Польская НА. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета). *Консультативная психология и психотерапия*. 2014;22(2):140–152.
Polskaya NA. Causes of self-harm in adolescence (based on self-report scale). *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2014;22(2):140–152. (In Russ.).
18. Лифинцева АА, Рязузова АВ. Адаптация методики «Шкала социальной поддержки детей и подростков» К. Малеcki. *Клиническая и специальная психология*. 2013;2(2).
Lifintseva AA, Ryazuzova AV. Adaptation of the “Child and Adolescent Social Support Scale” technique by C. Malecki. *Clinical Psychology and Special Education*. 2013;2(2). (In Russ.).
19. Дарьин ЕВ. Self-harm among hospitalized adolescent girls. A cross-sectional study. *Mendeley Data*. 2025;V4. doi: 10.17632/f3hkb9vg6h.4 Available from: <https://data.mendeley.com/datasets/f3hkb9vg6h/4>
20. Skegg K. Self-harm. *Lancet*. 2005;366(9495):1471–1483. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67600-3
21. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(2):226–239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
22. Frey LM, Higgins GE, Fulginiti A. Testing the psychometric properties of the self-harm and suicide disclosure scale. *Psychiatry Res*. 2018;270:134–142. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.016
23. Дарьин ЕВ, Король ИС, Бойко ЕО, Зайцева ОГ, Соколова ЕН. Несуицидальное самоповреждающее поведение у девушек-подростков: клинико-социальные и поведенческие характеристики. *Неврологический вестник*. 2025;LVII(2):113–123. doi: 10.17816/nb646625
Darin EV, Korol IS, Boyko EO, Zaitseva OG, Sokolova EN. Non-Suicidal Self-Injuries in Adolescent Girls: Clinical, Social, and Behavioral Characteristics. *Neurology Bulletin*. 2025;LVII(2):113–123. (In Russ.). doi: 10.17816/nb646625
24. Andrewes HE, Hulbert C, Cotton SM, Betts J, Chanen AM. Relationships between the frequency and severity of non-suicidal self-injury and suicide attempts in youth with borderline personality disorder. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(2):194–201. doi: 10.1111/eip.12461
25. Ghinea D, Koenig J, Parzer P, Brunner R, Carli V, Hoven CW, Sarchiapone M, Wasserman D, Resch F, Kaess M. Longitudinal development of risk-taking and self-injurious behavior in association with late adolescent borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Res*. 2019 Mar;273:127–133. doi: 10.1016/j.psychres.2019.01.010 Epub 2019 Jan 3. PMID: 30641342.
26. Sekowski M, Gambin M, Sumlin E, Sharp C. Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. *Psychiatry Res*. 2022;312:114558. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114558
27. Cailhol L, Gicquel L, Raynaud J. Borderline personality disorder. In: Rey J.M., ed. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Vol. 4, Chapter H. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; pp. 18.
28. Sharp C, Romero C. Borderline personality disorder: a comparison between children and adults. *Bull Menninger Clin*. 2007;71(2):85–114. doi: 10.1521/bumc.2007.71.2.85
29. Andrei LE, Efrim-Budisteanu M, Mihailescu I, Buică AM, Moise M, Rad F. Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Patterns in Adolescents from a Romanian Child Psychiatry Inpatient Clinic. *Children (Basel)*. 2024;11(3):297. doi: 10.3390/children11030297
30. Антохина РИ, Антохин ЕЮ, Немцева ЕК. Отклоняющееся поведение у подростков: роль несуицидального самоповреждения, депрессии и стремления к поиску новых ощущений. *Неврологический вестник*. 2023;LV(4):50–55. doi: 10.17816/nb624445
Antokhina RI, Antokhin EYu, Nemtseva EK. Deviant behavior in adolescents: the role of non-suicidal self-harm, depression and the desire to find new sensations. *Neurology Bulletin*. 2023;LV(4):50–55. (In Russ.). doi: 10.17816/nb624445
31. Wan Y, Chen R, Ma S, McFeeters D, Sun Y, Hao J, Tao F. Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *Br J Psychiatry*. 2019;214(3):146–152. doi: 10.1192/bjp.2018.263
32. Wester K, Trepal H, King K. Nonsuicidal Self-Injury: Increased Prevalence in Engagement. *Suicide Life Threat Behav*. 2018;48(6):690–698. doi: 10.1111/sltb.12389
33. Serra M, Presicci A, Quaranta L, Caputo E, Achille M, Margari F. et al. Assessing Clinical Features of Adolescents Suffering from Depression Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Children (Basel)*. 2022;9(2):201. doi: 10.3390/children9020201

34. Польская НА. Нарушения эмоциональной регуляции при самоповреждающем поведении. *Психологический журнал*. 2018;39(4):27–37. doi: 10.31857/S020595920000067-9
Polskaya NA. Emotion dysregulation in self-injurious behaviour. *Psychological Journal*. 2018;39(4):27–37. (In Russ.). doi: 10.31857/S020595920000067-9
35. Польская НА. Эмоциональная дисрегуляция в структуре самоповреждающего поведения. *Консультативная психология и психотерапия*. 2018;26(4):65–82. doi: 10.17759/cpp.2018260405
- Polskaya NA. Emotion Dysregulation in the Structure of Self-Injurious Behavior. *Counseling Psychology and Psychotherapy*. 2018;26(4):65–82. (In Russ.). doi: 10.17759/cpp.2018260405
36. Brown RC, Heines S, Witt A, Braehler E, Fegert JM, Harsch D, Plener PL. The impact of child maltreatment on non-suicidal self-injury: data from a representative sample of the general population. *BMC Psychiatry*. 2018 Jun 8;18(1):181. doi: 10.1186/s12888-018-1754-3 PMID: 29884152; PMCID: PMC5994090.

Сведения об авторах

Евгений Владимирович Дарьин, врач-психиатр, ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» Минздрава Краснодарского края, пос. Заречный, Выселковский район, Краснодарский край, Россия
darineugene@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3486-3886>

Иван Сергеевич Король, кандидат медицинских наук, главный врач, ГБУЗ «Специализированная психоневрологическая больница» Минздрава Краснодарского края, пос. Заречный, Выселковский район, Краснодарский край, Россия

spnb@miackuban.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3950-2855>

Елена Олеговна Бойко, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой, кафедра психиатрии, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

e.o.boyko@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7692-2410>

Ольга Геннадиевна Зайцева, кандидат медицинских наук, доцент, кафедра психиатрии, ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

olga_zaitseva@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5029-1577>

Information about the authors

Evgeny V. Darin, psychiatrist, Specialized Psychoneurological Hospital of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Zarechniy, Krasnodar Territory, Russia

darineugene@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3486-3886>

Ivan S. Korol, Cand. Sci. (Med.), Chief Physician, Specialized Psychoneurological Hospital of the Ministry of Health of the Krasnodar Territory, Zarechniy, Krasnodar Territory, Russia

spnb@miackuban.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3950-2855>

Elena O. Boyko, Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Department, Department of Psychiatry Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia:

e.o.boyko@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7692-2410>

Olga G. Zaitseva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor, Department of Psychiatry, Kuban State Medical University, Krasnodar, Russia

olga_zaitseva@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-5029-1577>

Вклад авторов

Дарьин Е.В. — концепция и дизайн исследования, статистическая обработка, анализ данных, интерпретация результатов, написание текста;

Король И.С. — организационная поддержка, экспертная оценка;

Бойко Е.О. — научное руководство, участие в интерпретации результатов, редактирование;

Зайцева О.Г. — научное консультирование, участие в подготовке рукописи.

Authors' contributions

Evgeny V. Darin — study concept and design, statistical analysis, data interpretation, manuscript writing;

Ivan S. Korol — administrative support, expert evaluation;

Elena O. Boyko — scientific supervision, contribution to data interpretation, manuscript revision;

Olga G. Zaitseva — academic consulting, contribution to manuscript preparation.

Конфликт интересов/Conflict of interests

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interests.

Дата поступления 24.04.2025
Received 24.04.2025

Дата рецензирования 16.06.2025
Revised 16.06.2025

Дата принятия к публикации 26.11.2025
Accepted for publication 26.11.2025