

LELKI HATÁSOK LENYOMATA A TESTEN

A nem öngyilkossági szándékkal történő
szándékos önsértés megértése



REINHARDT MELINDA

Reinhardt Melinda

LELKI HATÁSOK LENYOMATA A TESTEN

A nem öngyilkossági szándékkal történő
szándékos önsértés megértése

Klinikai és Egészségpszichológiai Szakkönyvtár

Sorozatszerkesztők: Demetrovics Zsolt és Urbán Róbert

Reinhardt Melinda

LELKI HATÁSOK LENYOMATA A TESTEN

A nem öngyilkossági szándékkal történő
szándékos önsértés megértése

Budapest, 2026

A kötet megjelenését az Eötvös Loránd Tudományegyetem Oktatási és Képzési Tanácsának tankönyv- és jegyzettámogatási pályázata támogatta.

Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számmal elnyert pályázat, a Magyar Tudományos Akadémia pedig a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj (BO/00960/23/) keretében támogatja.

© Reinhardt Melinda, 2026

Borítókép © 123RF/amonlada

ISBN 978-963-489-921-1

ISBN 978-963-489-922-8 (pdf)

ISSN 2063-6466

DOI: 10.21862/Lelkihatasok/2026/9211



ELTE | EÖTVÖS
KIADÓ
Az ELTE bivatalos könyvkiadója



ELTE | PPK
PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

eltebook.hu

Felelős kiadó: az ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar dékánja

Lektorálta: Urbán Róbert

Projektvezető: Egresi Nóra

Szerkesztő, korrektor: Fodor Zsuzsa

Tördelő, borítótervező: Balogh Katalin

Nyomdai kivitelező: Multiszolg Bt.

TARTALOM

ELŐSZÓ	9
I. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS MEGHATÁROZÁSA – MIT TEKINTHETÜNK NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉSNEK?	11
I.1. Definíció	11
I.1.1. Heterogén gyűjtőfogalom	11
I.1.2. Az NSSI súlyossági mutatói és kategóriái	13
II. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS VISELKEDÉSMÓDOK ÖSSZESSÉGE, PSZICHIÁTRIAI SZINDRÓMA TÜNETE VAGY DIAGNOSZTIKAI KATEGÓRIA?	17
III. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS TERMINOLÓGIAI KÉRDÉSEI	19
III.1. A nemszuicidális önsértéssel átfedő, de attól elkülöníthető jelenségek	19
IV. AZ NSSI SPECIÁLIS, EGYELŐRE KUTATÁS ALATT ÁLLÓ ESETEI	23
IV.1. Közvetett személy általi önsértés (NSSI by proxy)	23
IV.2. Digitális önsértés	29
V. KONCEPTUÁLISAN ELTÉRŐ JELENSÉGEK – MI NEM TEKINTHETŐ NSSI-NEK?	31
V.1. A nem szándékos (indirekt) önsértés	31
V.2. Trichotillománia	32
V.3. Bőrkapirgálás (bőrtépkedés) zavar	33
V.4. Testre irányuló repetitív viselkedések	33
V.5. Öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés	34
V.6. Mazochizmus	35
VI. AZ ÖNSÉRTÉS TÖRTÉNETI, KULTURÁLIS ÉS VALLÁSI PERSPEKTÍVÁBAN	37
VI.1. A kulturálisan elfogadott testmódosítás jelensége	38
VI.2. Öncsonkítás, önsértés a történeti forrásokban	40
VI.3. Az önsértés értelmezése a pszichiátria hajnalán	43
VII. EPIDEMIOLOGIAI ADATOK ÉS ÉLETKORI SZEMPONTOK A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS KAPCSÁN	49
VII.1. Az NSSI előfordulási gyakoriságának alakulása tudománytörténeti perspektívából	50
VII.2. NSSI gyermekek körében	51
VII.3. NSSI serdülő- és fiatal felnőttkorban	51
VII.3.1. NSSI pszichiátriai beteg, valamint speciális helyzetű kamaszok mintáiban ..	53
VII.4. NSSI felnőttkorban	56
VII.5. NSSI időskorban	57
VII.6. NSSI szempontjából veszélyeztetett felnőtt csoportok epidemiológiai mutatói ..	58

VII.7. Kimutathatók-e nemi különbségek az NSSI-ben?	60
VII.8. Van-e szerepe a nemzetiségi, kisebbségi hovatartozásnak az NSSI-ben?	62
VIII. NSSI ÉS KOMORBID JELENSÉGEK: AZ NSSI ÉS MÁS MENTÁLIS PROBLÉMÁK, KLINIKAI ÁLLAPOTOK KAPCSOLATA	65
VIII.1. A nemszucidális önsértés és a szucidális önsértés összefüggései	65
VIII.1.1. A Kapuelmélet	66
VIII.1.2. A Harmadik változó elmélet	66
VIII.1.3. Az öngyilkosság interperszonális-pszichológiai modellje	67
VIII.1.4. Integrált modell	69
VIII.1.5. A Háromlépcsős elmélet	70
VIII.1.6. Az NSSI és az SSI elkülönítése	71
VIII.2. Az NSSI és a pszichiátriai zavarok érintkezési pontjai	72
VIII.2.1. NSSI a borderline személyiségzavarban	73
IX. AZ NSSI KOCKÁZATI TÉNYEZŐI	75
IX.1. Az NSSI-hez kapcsolódó pszichológiai folyamatok és személyiségjellemzők – Az NSSI intraperszonális rizikótényezői	76
IX.1.1. Az érzelemszabályozás zavarai	76
IX.1.1.1. Elkerülésalapú érzelemszabályozási folyamatok az NSSI-ben	77
IX.1.1.2. Rumináció	80
IX.1.1.3. NSSI és alexitímia	82
IX.1.2. Önleértékelés, fokozott önkritikusság, perfekcionista személyiségvonások	83
IX.1.3. Impulzivitás	86
IX.1.4. Alacsony testi tudatosság és a saját test leértékelése	88
IX.2. Az NSSI környezetből származó – interperszonális – rizikófaktorai	90
IX.2.1. Traumatapasztalatok: megterhelő tapasztalatok, bántalmazottság, elhanyagoltság	90
IX.2.2. Kortársbántalmazás	94
IX.2.3. Megterhelő/negatív életesemények	96
IX.2.3.1. NSSI a COVID-19 világjárvány alatt	98
IX.2.4. A média, az internet és a közösségi média kapcsolata az NSSI-vel	101
X. AZ NSSI MAGYARÁZÓ MODELLJEI	107
X.1. Az NSSI-vel kapcsolatba hozható biológiai tényezők	107
X.1.1. Az NSSI genetikai meghatározottsága: bizonyítékok az öröklődés önsértő viselkedésben betöltött szerepére	107
X.1.2. Az NSSI-t megalapozó proximális biológiai mechanizmusok	110
X.1.2.1. A szerotonin és a dopamin szerepe az önsértésben	110
X.1.2.2. Az NSSI endogén opioid modellje	111
X.1.3. A nemszucidális önsértés és a fájdalom(élmény) kapcsolata	113
X.1.4. Változások az agyi neurális hálózatban	116
X.1.5. A perifériás idegrendszer változásai	117
X.1.6. Immunológiai eltérések NSSI-ben	118
X.2. Az NSSI pszichológiai magyarázatai	118
X.2.1. Az NSSI pszichodinamikus értelmezése – a „gyökerek”: pszichoanalitikus elképzelések	118

X.2.2. Az NSSI pszichodinamikus értelmezése: neoanalitikus perspektíva	120
X.2.3. Az NSSI kurrens pszichológiai magyarázómodelljei	121
X.2.3.1. A Tapasztalati Elkerülés Modell	122
X.2.3.2. Integrált Modell a Nemszuicidális Önsértés Kialakulásáról és Fennmaradásáról	122
X.2.3.3. Az NSSI Érzelmi Kaszkád Modellje	124
X.2.3.4. Az NSSI Előnyei és Akadályai Modell	125
X.2.3.5. A Négy Funkció Modell	129
X.2.3.6. Klonksy és Glenn (2009) duális modellje	130
X.2.3.7. Az NSSI mint addikció	132
X.3. Az NSSI pszichoszociális nézőpontból – társas hatások az NSSI kialakulásában, fennmaradásában és átadásában	133
X.3.1. Az NSSI pszichoszociális nézőpontból – rendszerszemlélet és NSSI	135
X.3.1.1. Az NSSI Családi Distressz Kaszkád Modellje	136
X.3.2. Kapcsolati-kulturális elmélet	137
XI. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS FELMÉRÉSE	139
XI.1. Az önsértés felmérését nehezítő tényezők	139
XI.2. Az önsértés felmérésében és ellátásában elvárható professzionális hozzáállás alapelvei	141
XI.3. NSSI-re vonatkozó szűrőkérdések	145
XI.4. Önkitöltős kérdőíves lehetőségek az NSSI felmérésében	147
XI.4.1. Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (Inventory of Statements About Self-Injury)	147
XI.4.2. Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív (Self-Injury Questionnaire – Treatment Related)	149
XI.4.3. Deliberate Self-Harm Inventory	150
XI.4.4. Self-Injurious Thoughts and Behaviours Inventory	150
XI.4.5. Ottawa Self-Injury Inventory	151
XI.4.6. Functional Assessment of Self-Mutilation	151
XI.4.7. Nemszuicidális Önsértési Zavar Skála (Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale)	152
XI.4.8. Alexian Brothers Assessment of Self-Injury	153
XI.5. Az NSSI kérdőíves felmérésén túl	153
XI.5.1. A HIRE-modell	154
XI.5.2. A STOPS FIRE-modell	156
XI.5.3. Az önsértés szakaszmodellje	157
XII. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI	159
XII.1. A kezelési motiváció felmérése az NSSI ellátása kapcsán	159
XII.1.1. Motivációs interjú az önsértés kezelésében	160
XII.2. Bizonyítékokon alapuló ellátási formák az NSSI kezelésében	168
XII.2.1. Az NSSI kognitív viselkedésterápiája	170
XII.2.2. Dialektikus viselkedésterápia az NSSI ellátásában	173
XII.2.3. Mentalizációalapú terápia az NSSI ellátásában	181
XII.2.4. Problémamegoldó terápia az NSSI kezelésében	185
XII.3. Specifikus gyakorlatok, ellátási fókuszok az NSSI-intervenciókban	187

XII.4. A közvetlen hozzátartozók szerepe az NSSI kezelésében és az abból való felépülésben	193
XII.4.1. Családalapú beavatkozások az NSSI kezelésében	199
XII.5. Személyközpontú megközelítés és nyelvhasználat az önsértéssel küzdő személyek ellátásában	202
ZÁRSZÓ	207
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	209
IRODALOM	211
TÁRGYMUTATÓ	269
FÜGGELÉK	273
1. melléklet: Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív	273
2. melléklet: Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív	277
3. melléklet: Nemszuicidális Önsértési Zavar Skála	294

ELŐSZÓ

Az önsértő viselkedés egy igen tág és heterogén fogalom. Éppúgy magában foglalja az öngyilkossági gondolatot vagy az öngyilkos tettet, mint azt, ha valaki szándékosan megkarmolja magát vagy direkt beleüt a betonoszlopba, netán akarattal a körme alá tűt szúr. Az utóbbi példák esetében az akaratlagos önsértő cselekedet háttérében az esetek többségében nem húzódik meg szuicid szándék, azaz a személy – bár bántani akarja magát, de – nem akar meghalni. A kötetben az önmagában is igen sokszínű, nem öngyilkossági szándékkal történő szándékos önsértés kerül a középpontba. Mind laikus, mind szakmai (gyakorlati és kutatói) szempontból rendkívül zavarba ejtő jelenségről van szó, hiszen valaki szándékosan okoz magának sérülést és fájdalmat. Talán éppen ez jelent kihívást a nemszuicidális önsértést kutató szakemberek számára: az ezzel a területtel kapcsolatos szakanyagok (könyvek, tanulmányok) dinamikus robbanásának vagyunk tanúi az utóbbi egy évtizedben. A nagy tudományos keresőkben (pl. Science Direct, PubMed, Web of Science) a nemszuicidális önsértéssel kapcsolatos keresőszavak több tízezer találatot eredményeznek. Jelentős növekedésnek – évente több mint 500 tudományos munka megjelenése – 2006-tól lehetünk tanúi. Bár az éves publikációszám fluktuál (Dong és mtsai., 2023), az utóbbi két évtizedben hatalmas mennyiségű kutatási anyag látott napvilágot a területen. 2023-ban például több mint 3500, 2024 januárjától 2025 augusztusáig együttesen szintén kb. 3500 szakmai anyag jelent meg a nemszuicidális önsértés témakörében.

Sajnálatos módon azonban nem csak a jelenséget feltárni szándékozó szakirodalom mennyisége emelkedett meg az utóbbi két évtizedben, hanem egyre több kutatási adat mutat rá, hogy kamaszok és fiatal felnőttek körében nő a nemszuicidális önsértés előfordulási aránya, nem ritka, hogy ezekben a korosztályokban – nemklinikai mintákon – 40% körüli élettartam-előfordulást is mérnek (Wester és mtsai., 2018). Erre sem a szülők, sem az iskolák, sem az ellátórendszer különböző szintjei (iskolapszichológiai, egyetemi mentálhigiénés, klinikai pszichológiai és pszichiátriai ellátóhálózat) világszerte nincsenek eléggé felkészülve. A prevenció színteréről már nem is beszélve. A növekvő gyakorisági adatok mellett a nemszuicidális önsértés többszintű kezelését az is nehezíti, hogy a jelenséget masszív társadalmi tabu és erős stigmatizáló attitűd övezi. A kényes jelenség kapcsán különösen átható a tagadás, az, „amiről nem beszélünk, nem létezik” hiedelme. Ráadásul számos tévhit él a nemszuicidális önsértéssel kapcsolatban (pl. „*aki önsértést végez, súlyos pszichiátriai beteg*”, „*az önsértés minden esetben egyenlő az öngyilkossági kísérellettel*”), amelyek tisztázása, eloszlatása makroszinten alapozhatná meg a sikeres kezelést. A szerző klinikai és kutatási tapasztalatai is megerősítik, hogy mennyi

tilalom, érthetlenség, kibeszéletlenség kapcsolódik a nemszuicidális önsértéshez, amely – egyfajta skarlátbetűként – a társadalom számos szintjén radikális megbélyegzettséggel társul. A szerző klinikai gyakorlatában egy szülő például azzal utasította vissza nagykamasz gyermekének pszichológiai ellátása során a nemszuicidális önsértésről való kikérdezését, hogy ha az önsértésről kérdeznék a serdülőt, akkor bizonyosan önsértést végezne ezentúl, mert „felhívják arra a figyelmét”, s „ha eddig nem csinálta, most már biztosan fogja”.

Éppen az elmúlt évtizedekben tapasztalt előfordulás-növekedés és a jelenséggel kapcsolatos káros tévhitek, tabusítás, elutasítás és megbélyegzettség miatt, az ezredfordulón civil szervezetek és mentális egészséggel foglalkozó szakemberek minden év március 1-jét hivatalosan is az Önsértés Tudatosság Napjává (*Self-Injury Awareness Day*) tették. Az Egyesült Királyságban, az USA-ban vagy Kanadában ezen a napon számos olyan programot szerveznek (pl. szakmai előadások, az önsértéssel sikeresen felhagyók beszámolóit, közösségi programok, amelyeken kifejezhető az együttérzés), amelyek a megelőzésre és a stigmatizáltság elleni küzdelemre helyezik a hangsúlyt. Természetesen évi egy kiemelt nap nem elég a jelenség fókuszba helyezésére és egy egészséges társadalmi párbeszéd kialakítására a nemszuicidális önsértés megelőzése és ellátása, valamint az ezeknek megfelelő szakmai rendszer kiépítése érdekében. Szükség van a szakemberek (mentálhigiénés, pszichológus, pszichiáter) folyamatos továbbképzésére, felkészítésére a területen, a szülők, a pedagógusok tudatosságának és ismereteinek bővítésére, illetve érzékenyítésére a témakör kapcsán, a fiatalok és az önsértésben érintett speciális populációk (pl. pszichiátriai betegek, szexuális és nemi kisebbségek) ellátásának javítására, beleértve a szűrést és a preventív beavatkozásokat is. Egy, a nemszuicidális önsértésről szóló monográfia, amely összegzi a területről tudottakat, részét képezheti ennek a felvilágosító munkának. Ezzel a szándékkal született ez kötet, amely nem csak szakembereknek, de pedagógusoknak és szülőknek, valamint a nemszuicidális önsértésben korábban vagy jelenleg érintetteknek is szól.

A kötetben a jelenség meghatározása és jellemzőinek részletes ismertetése mellett bemutatjuk annak kockázati tényezőit és védőfaktorait, magyarázó modelljeit, az öngyilkos viselkedéssel való kapcsolatát, mérési lehetőségeit, valamint különböző szintű ellátási formáit. A nemszuicidális önsértés kapcsán olyan speciális témákra is kitérünk, mint annak összefüggései a szubjektív fájdalomélménnyel, a sporttal, a társas és a médiahatásokkal vagy a COVID-19 járvánnyal.

A kötetben a jobb követhetőség kedvéért a nemszuicidális önsértés következetesen önsértésként vagy az angol rövidítés alapján NSSI-ként (*nonsuicidal self-injury*) fog szerepelni. Amennyiben indokolt – pl. az öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértéstől való megkülönböztetés miatt – a szerző kiírja a nemszuicidális önsértés vagy annak szinonimája, a nem öngyilkossági szándékkal elkövetett szándékos önsértés kifejezéseket.

I. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS MEGHATÁROZÁSA - MIT TEKINTHETÜNK NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉSNEK?

I.1. Definíció

A nem öngyilkossági szándékkal történő szándékos önsértés (*nonsuicidal self-injury; NSSI*) a testszövet károsodását eredményező szándékos viselkedés, amelyet a személy saját magának okoz, azonban mindezt öngyilkossági szándék nélkül teszi, azaz aki ilyet tesz magával, nem akar meghalni (Nock, 2010). Úgy is definiálhatjuk, mint egy maladaptív (az alkalmazkodást nem segítő, negatív hatású) megküzdési mód viselkedéses lenyomata, ami a testen manifesztálódik (Klonsky, 2007). Az NSSI-t tehát fontos megkülönböztetnünk az öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértéstől (*suicidal self-injury; SSI*). Míg az NSSI enyhe vagy közepes mértékű, életet potenciálisan nem veszélyeztető magatartásformákat foglal magában, amelynek a funkciója éppen a megküzdés, és így az életben maradás, addig az öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés súlyos, életveszélyes tett, amelynek célja a halál (Slesinger, Hayes és Washburn, 2019). Több szerző (pl. Claes és Vandereycken, 2007) szerint az NSSI-cselekedetek további kritériuma, hogy azok szociálisan nem elfogadott – bár nem illegális, törvényileg nem tiltott – viselkedésminták.

I.1.1. Heterogén gyűjtőfogalom

Fontos azt is kiemelni, hogy a nemszuicidális önsértés egy ernyőfogalom: számos önsértési módot magában foglal, azonban egyik mód háttérében sem áll öngyilkossági gondolat, terv vagy szándék. Idesorolható például a testszövet megvágása, megharapása, megégetése, megkarmolása, megcsípése, megütése vagy beütése, túvel történő direkt megszurása, a bőr durva felületnek való dörzsölése, az éles eszközzel történő bőrbe vésés, a haj kitépése, a sebgyógyulás szándékos megakadályozása vagy veszélyes anyag lenyelése (Klonsky és Glenn, 2009). Olyan ritka és specifikus formái is ismertek, mint a nyelv hideg tárgynak való szándékos hozzáérintése, önfullasztás, a száj belsejének direkt megrágása, a szándékos csonttörés vagy a nemi szervek akaratlagos öncsonkítása. A kutatások konzisztens eredménye, hogy az NSSI leggyakrabban előforduló formái a vágás (falcolás), a karmolás, az önütés és

az égetés (Klonsky és mtsai., 2014). Egy nemklinikai amerikai felnőtt mintában a vágás, a bőrbe vésés, a karmolás, a csípés, a harapás, a bőr megégetése, az önütés és a sebgyógyulás megakadályozása bizonyultak a leggyakoribb önsértési módoknak (Klonsky, 2011). Egy nemrég publikált felmérésünk alapján magyar felnőttek körében a sebgyógyulás szándékos megakadályozása, a test megütése vagy beütése, a bőrbe csípés és a harapás, valamint az erős karmolás a legjellemzőbb formák (Reinhardt és mtsai., 2025), míg serdülőknél ezekhez a felnőtteknél gyakran előforduló formákhoz a vágás (falcolás) is társult (Reinhardt és mtsai., 2021a; 1. táblázat). A nemzetközi kutatások egyfelé mutatnak abban, hogy a legritkább NSSI-mód a veszélyes anyagok, vegyszerek lenyelése öngyilkossági szándék nélkül (Xiao és mtsai., 2022). Ennek hátterében e specifikus mód kifejezett súlyossága állhat, ami miatt nagyobb eséllyel okozhat életet veszélyeztető állapotot, így szorosabban kapcsolódik az öngyilkossági szándékú önkárosításhoz (Pérez és mtsai., 2021). További kutatások tisztázhatják, hogy ez a mód valóban az NSSI gyűjtőfogalom alá sorolható-e.

1. táblázat. Az egyes önsértési módok eloszlása magyar felnőttek és serdülők mintájában

Önsértési mód	Eloszlása felnőtteknél (N=1873)	Önsértési mód	Eloszlása serdülőknél (N=1015)
<i>sebgyógyulás megakadályozása</i>	38,76%	<i>ütés</i>	54,8%
<i>bőrbe csípés</i>	28,93%	<i>sebgyógyulás megakadályozása</i>	53,9%
<i>ütés</i>	28,35%	<i>harapás</i>	41,7%
<i>harapás</i>	24,68%	<i>vágás</i>	41,4%
<i>erős karmolás</i>	18,88%	<i>bőrbe csípés</i>	38,6%
<i>vágás</i>	13,93%	<i>erős karmolás</i>	38,3%
<i>hajkitépés</i>	9,85%	<i>bőrbe vésés</i>	31,5%
<i>bőrbe vésés</i>	7,83%	<i>a bőr tűvel szúrása</i>	27,1%
<i>a bőr tűvel szúrása</i>	6,74%	<i>égetés</i>	20,9%
<i>a bőr durva felülethez dörzsölése</i>	6,59%	<i>a bőr durva felülethez dörzsölése</i>	19,3%
<i>égetés</i>	2,79%	<i>hajkitépés</i>	18,4%
<i>veszélyes anyag lenyelése</i>	1,41%	<i>veszélyes anyag lenyelése</i>	7,5%

Forrás: Reinhardt és mtsai., 2025 és Reinhardt és mtsai., 2021a.

Érdemes megkülönböztetnünk az NSSI impulzív és kényszeres (kompulzív) formáit (Møhl, 2020). Az impulzív önsértés általában felületi sérülést eredményez, s a személy azért alkalmazza, hogy gyors – bár csak átmeneti – megkönnyebbülést hozzon számára: belső feszültségét, fájdalmas érzelmi élményeit a testi fájdalom átélésével csökkenti, azaz az önsértés mint érzelemszabályozási mód működik (az NSSI és a fájdalomélmény közötti kapcsolatot a X.1.3. fejezet fogja részletesen tárgyalni). Leginkább a vágás, az égetés, a karmolás és az ütés sorolható ehhez a körhöz. A kompulzív NSSI-formák – pl. hajkitépés, a körmök és a körömágy véresre rágása, a bőr kapargatása vagy ismételt karmolása – repetitív módon, gyakran „ritualizált” formában zajlanak (pl. a személy általa kialakított és meghatározott módon, mintegy rítusként – amelytől nem szabad eltérnie – végzi a hajkitépést: meghatározott időben, helyen, tevékenység közben és minden esetben ugyanolyan sorrendben, például kitéptővestül egy hajszálat, azt megnézi, a hajhagymát pedig összepréseli és maga elé helyezi, majd újabb hajszálat tép ki, s a maga által megszabott sorrend folytatódik).

1.1.2. Az NSSI súlyossági mutatói és kategóriái

Érdemes az NSSI-t annak súlyossága szempontjából is tekintetbe vennünk. Számos súlyossági indikátort azonosítottak a kutatásokban. Az egyik – tradicionális – súlyossági mutató az NSSI-cselekedetek frekvenciája, azaz ismétlődése. A szakirodalomban nincsen konszenzus egyelőre abban, hogy hány NSSI-epizódot tekinthetünk még esetenkénti gyakoriságnak („kipróbálók”, alkalmi önsértők), és hány epizódtól vehetjük azt ismétlődő (repetitív), illetve krónikus (nagyon hosszan elhúzódó) önsértésnek. Az önsértés kipróbálása, illetve indulása jellemzően serdülőkorra tehető (Brown és Plener, 2017), a serdülők egy része azonban csak „kipróbálja” az NSSI valamely formáját, de azt követően nem folytatja (Swannell és mtsai., 2014). A „kipróbáló” és a repetitív önsértést elválasztó „bűvös” határszámot bizonyos kutatások az amerikai betegségszétályozásai rendszer, a DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*; American Psychiatric Association [APA], 2013) diagnosztikai kézikönyv alapján határozzák meg. A DSM-5 a *További kutatásokat igénylő állapotok* fejezetében megfontolásra ajánlja az NSSI pszichiátriai szindróma szintjét elérő formáját, a Nemszuicidális önsértés zavart (*Non-suicidal self-injury disorder; NSSID*). Ennek az egyik fő kritériuma az ismétlődő önsértés: ez az egyelőre tesztelés alatt álló kategória csak akkor lenne kódolható, ha a személy az elmúlt egy évben legalább 5 alkalommal végzett valamilyen formájú önsértést. Néhány kutatás ezt az egyetlen diagnosztikai szempontot kiemelve öt NSSI-epizódtól tekint valakit repetitív önsértőnek (Jacobson és Schaffer, 2009; Wångby-Lundh és mtsai., 2023). A legtöbb esetben az időkorlátot (elmúlt egy év) is kihagyják az epizódgyakoriság alapján történő súlyosságmeghatározásban, és a teljes élettartamot tekintve sorolják

az öt vagy annál több önsértési epizódról beszámolókat a repetitív önsértők közé (pl. Brunner és mtsai., 2014). Egy másik bevett eljárás, mely statisztikai módszereken alapul, minimum 10 NSSI-epizódban határozza meg a repetitív önsértés határát az élettartamra vetítve (Gratz és mtsai., 2015). Eltekintve a határérték körüli vitától, abban számos kutatás egyetért, hogy az ismétlődő önsértés – különösen az évekig tartó (krónikus) formája – klinikai súlyossági szintű problémákkal, mint például több pszichopatológiai tünettől, magasabb öngyilkossági kockázattal függ össze (Lloyd-Richardson és mtsai., 2007).

Másodrészt egy másik súlyossági mutató, hogy az önsértő tett eredményez-e olyan fizikai sérülést, amely orvosi ellátást igényel (Liu, 2023). Angliában például becslések szerint évente több mint 200 ezer kórházi kezelésre kerül sor NSSI-sérülés miatt, ami 128 millió fontos, azaz majdnem 60 milliárd forintnyi költséggel jár (Tsiachristas és mtsai., 2020).

Harmadrészt annak alapján is megítélhetjük az NSSI-cselekedetek súlyosságát, hogy milyen módon sérti meg magát valaki. A szakirodalom alacsony súlyossági (pl. ütés, sebgyógyulás megakadályozása) és közepes vagy magas súlyossági kategóriákat (pl. vágás, önfojtogatás) különít el (Lloyd-Richardson és mtsai., 2007). Számos esetben azonban ez a fajta kategorizálás problémás, mivel több, enyhének besorolt módszer is vezethet olyan sérüléshez, amely végül orvosi ellátást igényel (pl. sebgyógyulás ismételt megakadályozása bőrfertőzödést eredményezhet), s fordítva, súlyosként számontartott módszerek az esetek kisebb részében kerülnek medikalizálásra (pl. a falcolást gyakran otthon kezelik) (Slesinger és mtsai., 2019). Mindenesetre az alacsony – közepes – súlyos spektrum átgondolása és az eszerinti súlyossági fok megállapítása főként klinikai szintén fontos kiegészítés lehet az NSSI megítélésében. Az enyhe kategóriába az alacsony gyakorisággal végzett, felületi testi sérülést eredményező NSSI sorolható. A közepes formát a közepes súlyosságú NSSI írhatja le, amely már orvosi ellátást (pl. a seb összevarrását) igényel, míg a súlyos NSSI gyakori és jelentős fizikai sérülést von maga után (Whitlock és mtsai., 2008).

A legújabb kutatások az alkalmazott NSSI-módok számát tekintik a legfontosabb súlyossági indikátornak (Turner és mtsai., 2013). Ezt a mutatót a *verzatilitás* (sokféleség) nevet kapta, utalva a többféle módszer együttes alkalmazására. Azért is különösen fontos szem előtt tartanunk, mert az esetek jelentős részében – mind az átlagnépességben (pl. Klonsky, 2011), mind klinikai mintákban (pl. Reinhardt és mtsai., 2022a) – az önsértésről beszámoló személyek jelentős része többféle önsértési módot is használ. Átlagosan a kutatások nemklinikai mintában 2-től (pl. Klonsky, 2011) 4-ig (pl. Reinhardt és mtsai., 2025, Wester és mtsai., 2018) terjedő mód, míg klinikai mintákban átlagosan 4-től (pl. Nock és mtsai., 2006) 6-ig (Reinhardt és mtsai., 2022a) terjedő mód használatát jelzik. Olyan szélsőségek is előfordulhatnak

azonban, hogy az önsértő személy 16-féle önsértési mód alkalmazásáról számol be (Whitlock és mtsai., 2006).

A különböző NSSI-módok alkalmazása a vizsgálatok szerint súlyosabb pszichológiai tünetekkel és viselkedéskérdésekkel (Zetterqvist és mtsai., 2013), valamint magasabb öngyilkossági kockázattal társult (Nock és mtsai., 2006; Victor és Klonsky, 2014). Továbbá, akik többféle módon is önsértettek, korábbi életkorban kezdték az önsértést, valamint gyakrabban és hosszabb időtávon keresztül folytatták azt (Ammerman és mtsai., 2018). Egy több mint 2700 fiatal felnőttet bevonó vizsgálat eredményei szerint a legmegbízhatóbb önsértés súlyossági mutató a gyakoriság és a verzatilitás kombinációja (Ammerman és mtsai., 2020). Arra is van bizonyíték, hogy a verzatilitás az önsértés gyakorisága és klinikai súlyossága között közvetítő szerepet tölt be, azaz aki gyakrabban végez önsértést, többféle módot is kipróbál, ami az állapot súlyosságát erősíti (Anestis és mtsai., 2015). Az kérdés, hogy a rendszerint kora serdülőkorban megjelenő „kipróbálás” hogyan alakulhat ismétlődő vagy krónikus NSSI-mintázattá, amely már a közepes (pl. gyakori és súlyos önsértés, amely orvosi ellátást igényel) és az extrém súlyosság (kimagasló gyakoriságú és súlyosságú önsértés, ami jelentős állapotromlással jár) között variálhat (Nock, 2010).

Végül egy ötödik, a szakirodalomba újonnan bevezetett önsértési súlyossági mutatóra is fontos kitérnünk: ez az ún. funkcióheterogenitás. Az önsértő viselkedés hátterében többféle ok állhat, vagyis különböző funkciókat tölthet be (ld. bővebben az X.2.3.5. és az X.2.3.6. fejezeteket). Egy hazai vizsgálat (Reinhardt és Kökönyei, 2025) aktuálisan önsértő fiatal felnőttek körében arra mutatott rá, hogy azok, akik egyszerre többféle – belső, érzelmszabályozási és külső, társas – ok miatt végeznek önsértést, jóval rosszabb pszichés állapottal jellemezhetők, mint azok, akik kevesebb és „csak” érzelmszabályozási ok miatt folytatnak önsértő viselkedést. Az önmagukat sokféle önsértési motiváció hátterén bántalmazó fiatalok – az ún. multifunkciós háttérrel önsértők – többféle önsértési módot alkalmaztak (azaz a különböző NSSI súlyossági mutatók össze is függenek), veszélyeztetettebbek voltak a rizikóviselkedések (pl. alkoholfogyasztás) tekintetében és jelentősen magasabb stressz-, szorongás- és depressziószintről számoltak be más önsértő kortársaikhoz képest. A vizsgálat rávilágított, hogy az NSSI mögött meghúzódó motivációk különböző erősségekben és kombinációban lehetnek jelen. A nemszucidális önsértést végzőkön belül pedig rámutatott egy, a mentális egészség tekintetében különösen veszélyeztetett alcsoportra, azokra, akik többféle intra- és interperszonális ok miatt vesznek részt önsértésben. Ezzel a heterogén motiváció talaján végzett önsértő viselkedés az NSSI súlyossági mutatójaként azonosítható.

II. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS VISELKEDÉS-MÓDOK ÖSSZESSÉGE, PSZICHIÁTRIAI SZINDRÓMA TÜNETE VAGY DIAGNOSZTIKAI KATEGÓRIA?

A DSM-5 (APA, 2013) klasszifikációs rendszerben az ismétlődő önsértés és öngyilkos viselkedés a borderline személyiségzavar lehetséges tüneteiként szerepelnek. Az NSSI kapcsán így számos kutatás a borderline személyiségzavarra fókuszált (pl. Reichl és Kaess, 2021). Az NSSI és a borderline személyiségzavar összefüggéseit a VIII.2.1. fejezetben tárgyaljuk részletesebben.

Ahogy az I.1.2. fejezetben szó volt róla, a DSM-5 (APA, 2013) és módosított változata, a DSM-5-TR (APA, 2022) amerikai diagnosztikai kézikönyv a pszichiátriai diagnosztika kérdéses pontjait taglaló és ezzel további kutatásokat szorgalmazó függelékében kísérleti jelleggel, további tesztelésre felkínálva, meghatározta a Nemszuicidális önsértés zavart (*Non-suicidal self-injury disorder; NSSID*). Az NSSID egyik fő kritériuma az ismétlődő önsértés, amit az elmúlt egy év során minimum öt alkalommal előforduló önsértő epizódban határoztak meg. Az egyelőre hipotetikus NSSID a (1) repetitív NSSI mellett az alábbi tünetek fennállása esetén lenne megfontolandó mint mentális zavar kategória: (2) nincsen jelen öngyilkossági szándék; (3) önsértést azért követ el valaki, mert szeretne valamilyen negatív érzelmi vagy kognitív állapotából megszabadulni, vagy az önsértés révén próbál valamilyen interperszonális problémájával megbirkózni, és/vagy valamilyen pozitív érzelmi állapotot szeretne előidézni magánál; (4) az NSSI-cselekedet társadalmilag nem elfogadott (azaz nem pl. piercing, tetoválás, vallási vagy kulturális rituálé része), és nem korlátozódik var lekaparására vagy körömrágásra; (5) az önsértés vagy annak következményei jelentős feszültséget, distresszt eredményeznek a személy mindennapi életében; (6) az önsértés nem pszichotikus epizód, delírium, pszichoaktív szerhasználat vagy megvonás kapcsán jelenik meg, illetve nem magyarázható más mentális zavarral; (7) az önsértés az alábbiak közül legalább az egyikkel jellemezhető: (a) a személy közvetlenül az önsértési epizód előtt negatív érzelmeket vagy gondolatokat él át (pl. szorongás, harag, depresszió, önkritika), (b) közvetlenül az önsértés előtt maga az önsértés foglalkoztatja és (c) a személy akkor is sokat gondol az önsértésre, amikor nem végez önsértést (APA, 2013, 803. és APA, 2022, 923–924). Klinikai mintákban több kutatás is arra mutatott rá, hogy a DSM-5 alapján felállított NSSID önmagában rendkívül ritkán fordul elő, a leggyakrabban valamilyen más mentális zavarral társul. Továbbá, ha valamilyen mentális zavarhoz NSSID is társult, a komorbid tünetek és pszichoszociális funkcióromlás

általánosságban súlyosabbnak bizonyultak azoknál az eseteknél, ahol adott mentális zavar diagnózis(ok)nál NSSID nem volt jelen (Ghinea, Edinger, Parzer, Koenig, Resch és Kaess, 2020). Serdülőpopulációban rámutattak arra is, hogy az NSSID kritériumainak megfelelő kamaszok 80%-ánál a borderline személyiségzavar (borderline personality disorder; BPD) kritériumai nem teljesültek (In-Albon, Ruf és Schmid, 2013), azaz bár a borderline személyiségzavar egyik lehetséges tünete az NSSI-viselkedés, amennyiben az NSSI szindrómaként azonosítható, már nem kapcsolódik szorosan a BPD-hez. Ráadásul az NSSID-vel diagnosztizált fiatalok minden más pszichiátriai diagnózissal bíró társaikhoz képest fokozottabb funkcióromlásról és több társuló pszichés tünetről számoltak be (Zetterqvist, 2015). Szintén klinikai ellátást kapó serdülők körében az is megerősítést nyert, hogy az NSSID kritériumainak megfelelő kamaszok nemcsak erősebb szorongással és depresszióval küzdöttek, hanem többféle önsértési módot is használtak és több öngyilkossági kísérlet szerepelt előtörténetükben, mint az NSSID szintjét el nem érőknél (Brager-Larsen, Zeiner és Mehlum, 2024).

Pszichiátriai betegek körében végzett hazai kutatásunkban szintén megerősítést nyert a nemszuicidális önsértés zavar szintű megjelenése és az is, hogy az NSSID borderline személyiségzavar fennállása nélkül is diagnosztizálható (Reinhardt, Girasek és Gazdag, 2025). Érdemes azt is szem előtt tartanunk, hogy a vizsgált, osztályon fekvő pszichiátriai ellátottak közel 70%-a számolt be élete során nemszuicidális önsértési epizódról, ugyanakkor a nemszuicidális önsértés szindrómaként jóval kevesebb pácienszt érintett, a vizsgált minta ötödénél (20%) volt azonosítható az élettartamot tekintve és hatodánál (16%) az elmúlt egy év során. Ez a súlyosabb, tünetegyüttesre összeálló önsértési forma kifejezettebb klinikai tünetekkel és markáns pszichoszociális funkcióromlással (pl. társas izoláció) társult, összevetve azokkal a pszichiátriai betegekkel, ahol nem volt azonosítható NSSID. A diagnosztikai szintet elérő önsértéshez továbbá gyengébb érzelmszabályozási képességek (pl. beszűkült affektusok, fokozott negatív érzések) kapcsolódtak. A nemszuicidális önsértés mint tünetegyüttes fennállásának rizikóját jelentősen megemelte a magasabb reménytelenségérzés és a többféle önsértési mód alkalmazása. Fontos rámutatni arra, hogy a reménytelenség, azaz a jövőperspektíva hiánya, a jövővel kapcsolatos negatív szemlélet a depresszió és az öngyilkossági rizikó egyik legjelentősebb kockázati tényezője is (Joiner, 2005; Rihmer, 2007). Mindez a reménytelenségélmény kulcsszerepére mutat rá mind a nemszuicidális, mind a szuicidális önsértés spektrum súlyosabb szintjein.

Lényeges azonban kiemelni, hogy NSSI-viselkedés borderline jellemzők és NSSID nélkül is megjelenik. Önmagában – pszichiátriai diagnózis nélkül – is létező és így feltárandó jelenség. Mindez a következőképpen foglalható össze: (1) a nemszuicidális önsértés jelen lehet mint maladaptív bio-pszicho-szociális jelenség, viselkedésmód (2) a borderline személyiségzavar tüneteiként is azonosítható, s végül (3) aktuálisan annak szakmai vizsgálata folyik, hogy van-e létjogosultsága a Nemszuicidális önsértés zavarnak, amikor az NSSI-viselkedés szindrómává szerveződik.

III. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS TERMINOLÓGIAI KÉRDÉSEI

III.1. A nemszuicidális önsértéssel átfedő, de attól elkülöníthető jelenségek

Az előző fejezetekből körvonalazódott, hogy a nem öngyilkossági szándékkal történő szándékos önsértés egy igen összetett jelenség. Talán ennek is köszönhető, hogy a leírására és rendszerezésére megalkotott szakkifejezések is sokfélék (2. táblázat). A szakirodalomban az NSSI mellett gyakorta használják a szándékos önártalom (*deliberate self harm, DSH*, Pattison és Kahan, 1983), az önsértő viselkedés (*self-injurious behavior, SIB*) vagy a kóros öncsonkítás (*pathological self-mutilation, PSM*, Favazza és Rosenthal, 1993), esetenként az önsebzés (*self-wounding*, Laye-Gindhu és Schonert-Reichl, 2005) kifejezéseket is.

A DSH terminusába hagyományosan besorolják az öngyilkossági szándékú viselkedéseket is (Pattison és Kahan, 1983), ahogyan az önsértő viselkedés ernyőfogalma is magában foglalja az NSSI-viselkedéseket, az öngyilkossági kísérleteket és az öngyilkosságot (Hamza, Stewart és Willoughby, 2012). Ugyanakkor az elmúlt években a szándékos önártalmat (DSH) esetenként szinonimaként használják az NSSI-vel, más esetekben az öngyilkossági szándékú viselkedésspektrumot is beleértik a fogalomba (Klonsky és mtsai., 2011). A mentális zavar tüneteként és különálló kórformaként is értelmezhető kóros öncsonkítás esetében a saját testfelület szándékos roncsolásáról beszélhetünk tudatos öngyilkossági szándék nélkül (Favazza és Rosenthal, 1993). A kóros öncsonkítás körébe sorolható viselkedésformák három fő formát építenek fel: (1) jelentős, azonban ritka cselekmények, melyek erőteljes károsodást eredményeznek a testen, általában pszichotikus állapothoz vagy akut intoxikációhoz kapcsolódnak; (2) sztereotipikusan és ritmikusan ismétlődő önkárosító viselkedések (pl. a fej ismétlődő falbaverése, a nyelv, az ajkak és az ujjvégek extrém megrágása), amelyek főként mentális retardáció, autizmus vagy neuropszichiátriai állapotok (pl. Tourette-szindróma, Prader-Willi vagy Lesch-Nyhan szindróma) kapcsán fordulnak elő és (3) felületes vagy közepes mértékű önsértő cselekedetek, mint a vágás, égetés vagy karmolás, amelyek számos mentális betegséggel társulhatnak. Utóbbi formát Favazza és Rosenthal (1993) impulzuskontroll-nehézségekkel kapcsolták össze, és kiemelték gyakori előfordulását személyiségzavarokban. Az NSSI fogalma a PSM harmadik csoportjához áll a legközelebb, s része a DSH és a SIB

átfogóbb kategóriáinak. Az öncsonkítás (*self-mutilation*) kifejezés sokkal súlyosabb és tartósabb önsértéssel asszociálódik. Feltehetően emiatt mind az angol, mind a magyar nyelvben pejoratívabb, és így stigmatizáló jelentésárnyalattal egészül ki. Emiatt számos kutató használatának kerülését javasolja (Walsh, 2008).

Az NSSI-cselekedeteket egyértelműen elkülöníthetjük az öngyilkossági kísérletektől és a befejezett öngyilkosságtól (Zetterqvist, 2015), ugyanakkor a SIB-viselkedések két formája – az NSSI és az öngyilkossági szándékú cselekedetek – gyakorta együtt is előfordulhatnak, bár kapcsolatuk nem egyértelműen tisztázott a szakirodalomban.

Az angol nyelvű szakszövegekben igen szerteágazó szóképzletet és az ahhoz tartozó taxonómiát használnak a jelenség megragadására. Ezek az alternatív kifejezések azonban a hasonlóságok mellett különbségeket is rejtene az NSSI-vel szemben, így a terminológiai kuszaság több esetben zavaró lehet. Mi több, van, hogy felváltva, s így inkonzisztensen szerepelnek olyan kifejezések, amelyek nem felcserélhetőek, mert az NSSI-n túlra, az önsértő viselkedések szélesebb spektrumára (pl. öngyilkossági szándék) vonatkoznak (Prinstein, 2008). A 2. táblázatban az NSSI alternatívájaként használt kifejezések és az NSSI-terminológia viszonyát tekintjük át.

2. táblázat. Az NSSI és rokon fogalmai

Szakkifejezés	Átfedés az NSSI-vel	Különbségek az NSSI-től
<i>önsértő viselkedés</i> (self-injurious behavior, SIB)	magában foglalja az NSSI-viselkedéseket	tágabb ernyőfogalom, mint az NSSI, mert az NSSI mellett az öngyilkossági kísérletet és az öngyilkosságot is lefedi
<i>szándékos önártalom</i> (deliberate self harm, DSH)	esetenként az NSSI-vel szinonimaként értelmezik	esetenként beleértik az öngyilkossági viselkedéseket is
<i>öncsonkítás</i> (self-mutilation)	a leggyakrabban ugyanazokat a viselkedésmódokat értik a fogalom alatt és hasonlóképpen definiálják, mint az NSSI-t	esetenként a pszichotikus állapotban elkövetett súlyos önsértésre is ezzel a kifejezéssel utalnak, ami miatt sokkal pejoratívabb konnotációval bír
<i>önbántalmazás*</i> (self-abuse)	esetenként az NSSI-vel szinonimaként értelmezik	az NSSI-t pusztán az önbántalmazással azonosítja, ami nem feltétlen pontos konnotáció

Szakkifejezés	Átfedés az NSSI-vel	Különbségek az NSSI-től
<i>önmaga okozta erőszak*</i> (self-inflicted violence)	esetenként az NSSI-vel szinonimaként értelmezik	esetenként magában foglalja az öngyilkossági szándékú viselkedéseket vagy más, az egyén saját maga felé irányuló agresszióját (pl. önhánytatás)
<i>halálvágy nélküli önbántás</i> (parasuicide)	esetenként az NSSI-vel szinonimaként értelmezik	a legtöbb esetben az öngyilkossági viselkedést is beleértik
<i>falcolás, a csuklógát vágása</i> (wrist cutting)	az NSSI viselkedések közül a vágásra vonatkozik	csak egyetlen NSSI-módot ír le és leszűkíti az önsértés helyét egyetlen testrészre; másrészt olykor beleértik az öngyilkossági szándékkal elkövetett csuklófelvágást is

Megjegyzés: Az NSSI körüli terminológia nem egységes, a használt kifejezések gyakran átfednek, illetve pontatlanok vagy pejoratív konnotációval bírnak. A táblázat a vonatkozó leggyakoribb fogalmakat szemlélteti. *Az abúzus (*abuse*) és az erőszak (*violence*) kifejezések használata az én-re vonatkozóan tovább erősíti a jelentéstorzulást, hiszen többféle meghatározásuk él, s így kevésbé egyértelműen képesek az önsértő viselkedés természetét megragadni – már az elnevezés szintjén sem.

Forrás: Nock és mtsai., 2011, 4. alapján.

Ugyanakkor mind a kutatások, mind a klinikai gyakorlat szempontjából fontos volna az önsértéssel kapcsolatos jelenségek pontos és megbízható elnevezése és rendszerezése. Az, hogy öngyilkossági szándék jelen van, vagy nincs mint a viselkedés mozgatórugója, az esetek legnagyobb részében egyértelműen eldönthető. Erről maguk a viselkedésben részt vevő személyek döntő többségükben biztonsággal be tudnak számolni (Nock és Favazza, 2009). Ezért – a kurrens nemzetközi trendet követve – a hazai szaknyelvben a nem öngyilkossági szándékú önsértés (*nonsuicidal self-injury; NSSI*) és az öngyilkossági szándékú önsértés (*suicidal self-injury; SSI*) kifejezések következetes alkalmazását javasoljuk. Mivel eltérő viselkedéskörökről van szó, mind jellegükben, mind előfordulási arányukban, mind rizikófaktoraikat, mind élethosszalakulási görbájukat tekintve, ami pedig a beavatkozási – intervenciós és kezelési – lehetőségeket is különbözővé teszi, ezért fontos a konzekvens terminológiai különbségtétel (3. táblázat). Ugyanakkor ki kell emelnünk azt is, hogy bár az NSSI-ben az öndestruktív viselkedéshez nem kapcsolódik öngyilkossági szándék és magatartás, párhuzamosan mégis jelen lehet azzal (Klonsky, Victor és Shaffer, 2014). A két jelenség (NSSI és SSI) kapcsolatát leíró elméleteket részletesen a VIII.1. fejezetben foglaljuk össze.

3. táblázat. A nem öngyilkossági szándékú önsértés és az öngyilkossági szándékú önsértés közötti különbségek

	Nem öngyilkossági szándékú önsértés	Öngyilkossági szándékú önsértés
Cél	a személy számára megküzdés a nehéz helyzetekkel, de nem a halál elérése	meghalni, nem lenni többé
Prevalencia (előfordulás)	elterjedtebb, különösen a fiatalok körében	alacsonyabb az előfordulási aránya
Gyakoriság	egy személynél több – akár több száz vagy több ezer – alkalommal is ismétlődhet élete során vagy élete adott időszakában/idejében	egy vagy néhány alkalommal történik
Súlyosság	ritkán igényel orvosi ellátást vagy okoz súlyos, életveszélyes sérülést	gyakran igényel orvosi beavatkozást, gyakran életveszélyes
Módszerek	közvetlen szövetkárosodást okozó heterogén módszer-halmaz (pl. ütés, karmolás, vágás, harapás, égetés)	a módszer lehet közvetlen szövetkárosító (pl. löfegyverrel okozott sebesülés) és nem szövetkárosító (pl. gyógyszer-túladagolás)
Spektrumjelleg	kipróbáló önsértés – ismétlődő önsértés – krónikus önsértés	öngyilkossági gondolat – öngyilkossági szándék – öngyilkossági terv – öngyilkossági előkészületek – öngyilkossági kísérlet

IV. AZ NSSI SPECIÁLIS, EGYELŐRE KUTATÁS ALATT ÁLLÓ ESETEI

IV.1. Közvetett személy általi önsértés (NSSI by proxy)

Szintén az NSSI-hez kapcsolódó jelenség az *NSSI by proxy*, azaz a *közvetett személy általi önsértés*, egyszerűbb megfogalmazásban a *közvetett önsértés*. Ezekkel a formákkal klinikusok találkoztak gyakorlatuk során, s olyan helyzetekre vonatkoznak, amelyekben valaki egy másik személyt vesz rá, hogy őt magát bántalmazza. Tehát itt is a saját testszövet szándékos károsítása áll a középpontban, azonban azt nem közvetlenül az önsértő személy okozza önmagának, hanem egy másik lényre – másik emberre vagy állatra – gyakorol szándékosan olyan hatást, hogy az sérülést okozzon neki. A károsító cselekedet előidézésének hátterében itt sincs öngyilkossági szándék és szociálisan szintén nem elfogadott célból történik a közvetett önsértés. További hasonlóság a hagyományosan meghatározott önsértéshez, hogy a közvetett önsértés indoka ugyanúgy lehet érzelmszabályozás vagy a felmerülő társas kapcsolati problémák kezelése. A közvetett önsértést is megelőzhetik elárasztó negatív gondolatok és érzelmek vagy az önsértéssel kapcsolatos készítés. Ez az állapot pedig klinikailag jelentős szenvedést és/vagy funkciókárosodást (pl. teljesítménycsökkenést) okozhat (Mann és mtsai., 2022).

Lényeges különbség azonban a hagyományos önsértéshez képest, hogy a közvetett önsértésnél végső soron a sérülést a másik idézi elő. A sérülés külső eredetére való hivatkozás elhomályosítja az önsértő szándékot a külső megfigyelők számára, ami növelheti a viselkedés társadalmi elfogadottságát és maga a közvetett önsértést „elszenvedő” környezetére jelentősebb hatást gyakorolhat (pl. sajnálatot, együttérzést kiváltva társaiból). Ugyanakkor a sérülést elszenvedő aktív szerepe a sérülést okozó esemény kiváltásában és fenntartásában a közvetett önsértés alapvető jellemzője: az egyén irányítja a másik viselkedését. A sérülés önmaga felé irányul, de azt egy másik személy vagy lény hajtja végre. A közvetetten önsértő személy dönti el, hogy milyen sérülést szenved el, mikor, hol és az mennyi ideig tart. Példaként, valaki közvetett önsértési szándék hátterén kiprovokálja, hogy megverjék: maga dönti el, melyik szórakozóhelyen, melyik társaságba köt bele, maga dönti el, hogy valamennyire védekezik-e vagy mikor próbál elmenekülni. A szerző találkozott olyan, küzdősportot űző kamasszal is, aki elmondta, hogy esetenként szándékosan azért nem védekezik az edzésen, így edzőpartnerétől súlyos ütésekkel, hogy önmagát „megbüntesse”. Egy

másik példa egy veszélyes és felesleges szépsészeti műtét vállalása közvetett önsértési szándékkal: itt is maga szabályozza – legalábbis nagyrészen – a kés alá fekvő, hogy melyik testrészét, mikor és milyen formában alakítsák át. Ugyanígy a személy dönt a sérülés kezdetéről, fennmaradásáról és befejezéséről például az olyan esetekben is, amikor önmagának akar fájdalmat okozni azzal, hogy érzéstelenítés nélkül helyeztet be testékszert különösen érzékeny testrészeibe (pl. mellbimbójába vagy nemi szervébe), extrém tetoválást (pl. ánusztetoválás) kér, vagy durva játékba kezd egy kutyaival, hogy az rátámadjon.

A viselkedés meghatározó eleme tehát a közvetett önsértés esetében is a megsérülő személy szándékossága, de a sérülés közvetetten, más által valósul meg. Abban különbözik a Münchhausen by proxy szindrómától – amelyben a szülő betegíti meg szándékosan a gyermekét, így másnak okoz szenvedést – hogy NSSI by proxy esetében a személy nem közvetlen okoz magának sérülést, hanem áttételesen: arra bátorít vagy azért provokál egy másik személyt, hogy fizikai fájdalmat, sérülést okozzon neki. Ez történhet tudatosan vagy tudattalanul, és ugyanazt a célt – pl. érzelemszabályozás, önbüntetés – szolgálja a személy számára, mint az NSSI, de mást vesz rá, hogy a sérülést előidézze.

Újabban a kutatók a közvetett önsértésre a hagyományosan értelmezett nemszucidális önsértés egy specifikus típusaként tekintenek (Mann és mtsai., 2022). A jelenség eddig a szakirodalomban korlátozott figyelmet kapott, még abban sincs bizonyosság, hogy pontosan milyen viselkedési formákat sorolhatunk ide. Mann és munkatársai (2022) kutatásaik alapján a következő négy cselekedetet sorolja ide: (1) *sérülés előidézése szexuális tevékenység által*; (2) *sérülés előidézése állat által* (pl. valaki szándékosan kiprovokálja, hogy az állat direkt megharapja, megkarmolja őt); (3) *sérülés előidézése verekezés révén* és (4) *sérülés előidézése tetoválás vagy testékszer által*. A következő két kategória esetében pedig felvetik, hogy azok a közvetett önsértéshez kapcsolhatók. Az egyik a (5) *sérülés előidézése sporttevékenységben való részvétel által*, ahol kifejezetten az a személy célja, hogy közvetlen és azonnali testi sérülést okozzon önmagának (pl. szándékosan áthágja azokat a szabályokat, amik a sérülés kockázatát csökkentenék (pl. falmászásnál nem használ biztosító eszközöket, csúszós talpú cipőben mászik) vagy szándékosan veszélyes helyzetbe hozza magát). A másik a (6) *sérülés előidézése kozmetikai vagy választott orvosi beavatkozásokban való részvétel által* (pl. a szemféhártyájába valaki önsértési céllal kozmetikai tintát fecskendeztet).

Nézzünk meg ezek közül a potenciális közvetett önsértési kategóriák közül néhányat részletesebben! Annak ellenére, hogy a tetoválás és a testékszerek viselése a legtöbb esetben nem önsértési szándékkal történik és társadalmilag elfogadott viselkedésformák, számos dokumentált példa található arra is a szakirodalomban, hogy egyesek kifejezetten önsértési szándékkal tetováltatnak vagy tetetnek be maguknak testékszert (pl. Solís-Bravo és mtsai., 2019). Egy esettanulmány például egy olyan

veterán katonát mutatott be, aki beszámolt arról, hogy a tetoválásait azért készítette, hogy közvetlen testi sérülést, ezzel erős fájdalmat okozzon magának, mert így tudja az őt elárasztó negatív érzéseit csökkenteni. A tetoválással azt is szabályozni tudta elmondása szerint, hogy az milyen mértékű fájdalmat váltson ki: egyes esetekben kifejezetten érzékeny testtájakra kért tetoválást. A katona azt is elmondta, bár más önsértési módokat is használt (pl. vágás, falba ütés, égetés), azért preferálta inkább a tetoválást, mert azt a környezete jobban elfogadta, sőt egyes tetoválásaiért dicséretet is kapott (Mann és mtsai., 2020).

Több esetben nem könnyű világos határt húzni az esztétikai/önkifejezési/kulturális célból végzett tetoválás és a tetoválás mint közvetett önsértés között. Mi segíthet a különbségtételben? Egyértelműen a viselkedés célja, azaz fel kell tární, hogy abban szerepet játszik-e az önsértő szándék. Másrészt tetoválás/testékszer mint közvetett önsértés esetén a testmódosításban nem játszik szerepet a tetoválás/testékszer esztétikája és az önkifejezés vagy például nem kulturális okból történik. Azaz, ha valaki esztétikai okokból vagy önkifejezés céljából varrat valamit a bőrére – és az esetek többségében így áll a helyzet – az nem közvetett önsértés. Hasonlóképpen az inuit eszkimók 3500 évre visszanyúló tetoválóhagyománya nem közvetett önsértés, hiszen annak háttere a törzsi identitás kifejezése, így történelmi-kulturális kontextusba ágyazódik. Ezek társadalmilag elfogadott célok. A tetoválás/testékszer viselése akkor tekinthető közvetett önsértésnek, ha a viselkedés hátterében egyértelműen önbántalmazás áll, így társadalmilag a viselkedés nem elfogadott. Kutatások erősítik meg, hogy a tetoválás/testékszerzés bizonyos formái kapcsolódnak a nemszuicidális önsértéshez, nevezetesen az előbbi helyettesítője lehet az utóbbinak. Több felmérés is rámutatott, hogy azoknak a többsége, akik korábbi nem öngyilkossági szándékú önsértésről számoltak be, amint elkezdtek testékszert beraktatni és/vagy tetováltatni, csökkentették vagy teljesen abbahagyták az önsértést (pl. Wessel és Kasten, 2014). Egy másik kutatás pedig azt erősítette meg, hogy azok, akik önsértettek és tetováltattak is, súlyosabb önsértési tapasztalatokról (pl. gyakoribb önsértésről, erősebb önsértés miatt funkcióromlásról) számoltak be, mint akik „csak” önsértettek, de nem volt tetoválásuk (Solis-Bravo és mtsai., 2019). Érdemes azt is megjegyezni, hogy több önsértéssel foglalkozó szakember egyértelműen önsértésnek tekinti azt, ha valaki saját maga tetovál magára valamit vagy önmagára helyez el testékszert (pl. Nock és mtsai., 2007; Lloyd és mtsai., 1997).

A szexualitás is felhasználható közvetett önsértésre, pontos elnevezése a *sérülés kezdeményezése szexuális tevékenységen keresztül partner által*, rövidebben *szex mint közvetett önsértés* (Mann és mtsai., 2022). A szexualitás abban a tekintetben is egy különleges terület, hogy valamennyi kölcsönös és kölcsönösen beleegyezett agresszió társadalmilag elfogadhatónak tekinthető ez esetben. Ugyanakkor, ha az egyik fél a szexuális partner által szándékosan ér el önmagánál közvetlen testi sérülést, az már nem (csak) a szexuális kielégülést szolgálja. A viselkedés ekkor a korábban

ismertetett kritériumok (pl. érzelmszabályozási céllal történik) teljesülésével együtt közvetett önsértésként fogható fel (Mann és mtsai., 2022).

Érdemes elkülönítenünk a szex mint közvetett önsértés jelenségét a Szexuális mazochizmus zavartól, bár a kettő átfedést mutat. A Szexuális mazochizmus zavar egy pszichiátriai diagnosztikai kategória, amelyet az amerikai betegségsztyályozási rendszer, a DSM-5 (APA, 2013) ír le. Ebben a zavarban a szexuális erőszak és agresszió szándékos átélése az érzelmi állapot megváltoztatására szolgál. Ahogyan a szex mint közvetett önsértés esetében is. Azonban a Szexuális mazochizmus zavar diagnózisa nem követel meg tényleges sérülést vagy konkrét szexuális erőszak átélését, az megnyilvánulhat pusztán fantázia vagy késztetés formájában (valaki például azt szeretné vagy arról fantáziál, hogy szex közben durván bánjanak vele), illetve a vágyott agresszió nemcsak testi, hanem pszichológiai/érzelmi is lehet (pl. megaláztatás). A szex mint közvetett önsértés esetében azonban a személy szándékosan és valóságosan olyan szexuális aktusba bonyolódik egy partnerrel, ahol a partnert arra veszi rá, hogy az közvetlen fizikai sérülést okozzon neki, s mindezt érzelmszabályozási, feszültséglevezetési céllal és/vagy személyközi problémái megoldása céljából teszi.

A szex mint közvetett önsértést még egy jelenségtől, a *szex mint önsértéstől* (*sex as self-injury, SASI*) is meg kell különböztetnünk. Bár a két kategória átfedéseket is mutat, a szex mint önsértés (SASI) pszichológiai és fizikai ártalommal járó szexuális helyzetekre egyaránt kiterjed és magában foglalja a személy önmagának okozott szexuális sérüléseit is (Fredlund és mtsai., 2020). A SASI-t ennek alapján hol közvetlen önsértésként (pl. Fredlund és mtsai., 2020), hol közvetett önsértésként (pl. Zetterqvist és mtsai., 2018), hol pedig a kettő között húzódó viselkedési kontinuumként értelmezik (pl. Johnsson és mtsai., 2019). A leglogikusabb az az elképzelés, hogy a SASI bizonyos formái, amelyek olyan sérülést eredményeznek, amelyet a személy szexuális tevékenységen keresztül szándékosan okoz magának a partnere által a szex mint közvetett önsértés kategóriájába soroljunk (Mann és mtsai., 2022). Zetterqvist és munkatársai (2018) egy több mint 5700 kamaszt bevonó kutatásukban rámutattak, hogy azokat a serdülőket, akik arról számoltak be, hogy a szexuális aktust szándékosan önsértési célra használták (0,75%-a a mintának), korábban jelentős arányban érte behatolással járó szexuális abúzus, továbbá számos traumatünetet (pl. disszociáció, poszttraumás stressz tünetek) és sokkal több szexuális partnert jeleztek, mint azok, akik „csak” NSSI-viselkedést (16,25%) folytattak, de nem volt jellemző rájuk SASI-viselkedés. A legtöbb rizikóviselkedést és a legrosszabb mentális egészséget az a csoport mutatta, amely mindkét (NSSI és SASI) önsértési formában érintett volt (1,43%). Szintén egy svéd, de már felnőtteket bevonó kutatásban a SASI-t gyakorló személyek elsöprő többsége érzelmszabályozási célra hivatkozott a SASI-viselkedés háttéréként, s körülbelül ötödjük váltogatta a SASI-t és az NSSI-t. A SASI-ban való részvételt két dologgal indokolták. Egyrészt azt a környezet elöl hatékonyabban el tudták titkolni, mint az NSSI más formáit. Másrészt arról is beszámoltak, hogy nem

volt nehéz olyan férfitpartnereket találni, akik hajlandóak voltak fizikailag erőszakos szexben részt venni (Freudlund és mtsai., 2020).

Érdemes annak a felvetésnek is teret szentelni, hogy *szándékosan okozhat valaki sérülést magának sporttevékenységben való részvétel által*, azaz a sport is lehet ilyen keretben NSSI by proxy (Mann és mtsai., 2022). Különösen a küzdősportok és a kontaktusportok (pl. ökölvívás, tékvandó, amerikai futball) kínálhatnak olyan terepet, ahol a sérülés lehetősége erőteljes velejárója a sportágnak. Ezek a sportok „ideális” keretet biztosíthatnak olyan személyek számára, akik szándékosan fizikai sérülésnek akarják magukat kitenni. Ennek számos módját dokumentálták a klinikai szakirodalomban: például valaki megrongálta vagy nem viselte védőeszközét, vagy szándékosan több testi összeütközést vállalt (Mann és mtsai., 2022). Azért is tekinthetjük ezt a fajta háttérű viselkedést NSSI by proxynak, mert az ellenfél (aki a személy valós szándékáról nem tud) közreműködésével idézhet elő valaki önmagán testi sérülést. Ebben a fajta közvetett önsértésben az önsértési szándék nagyon könnyen rejtve maradhat, feltehetően ezért is sporadikusak és esetleírás szintűek a létjogosultságát igazoló bizonyítékok. Ráadásul a sporton keresztül történő sérüléskezdeményezés – leginkább rejtett jellege miatt – az azt NSSI by proxyként használnak kevesebb vagy elmaradó negatív társas következményt jelent. Tovább nehezíti a mögöttes motiváció feltárását, hogy más motivációkkal is keveredhet, s ezeket nagyon nehéz szétválasztani. A testi sérülésben való aktív részvétel háttérében ilyen motiváció lehet serdülő fiú sportolóknál például a férfivá válás: a fájdalom tűrése és okozása a férfias identitást építheti (Gard és Meyenn, 2000).

Nézzük meg a sporton kívül a másik olyan területet, amely esetében a kutatók felvetették, hogy terepet adhat NSSI by proxy viselkedésnek. Ez a szépművészeti/esztétikai vagy választott orvosi beavatkozások köre. Természetesen az önként vállalt testmódosítások, testi beavatkozások háttérében az esetek döntő többségében alapvetően a megjelenés és/vagy az egészség javítása (pl. orrplasztika, köpölyözés), illetve a másoknak való segítségnyújtás (pl. véradás) áll. Több olyan esetet dokumentáltak azonban, amikor ezeket a beavatkozásokat nem a fenti esztétikai és/vagy egészségügyi céllal végeztették, hanem azért, hogy azonnal szöveti sérülést okozzanak maguknak (Mann és mtsai., 2022). Mindez klinikai szempontból aggályos motiváció és pszichológiai beavatkozást igényelhet. Fontos azonban megkülönböztetnünk a *sérülés szándékos előidézése kozmetikai vagy választott orvosi beavatkozásokban való részvétel által* jelenségét a testdisz morfiás zavartól. A testdisz morfiás zavar a saját test észlelésének súlyos zavara, amelyben olyan kisebb valós vagy vélt testi elváltozás(ok)ra fókuszál a személy, amely(ek) mások számára láthatatlan(ok) vagy nem feltűnő(ek), a személy mégis rágódik azo(ko)n, az(oka)t folyamatosan vizsgálgatja és kozmetikai/orvosi beavatkozást kereshet annak/azok megszüntetésére, átalakítására (DSM-5; APA, 2013). Ettől eltérően az esztétikai/választott orvosi beavatkozás, mint NSSI by proxy esetében nem a személy által negatívnak vélt testi jellemzők korrekciója a cél,

hanem szándékosan a beavatkozással járó fizikai sérülés, fájdalom azonnali átélése. Erre példa egy olyan páciens, aki elmondta, hogy kifejezetten azért járt véradásokra, hogy érzelmi feszültségét levezesse, a véradást önsértési módnak tekintette – bár azt más személy (a vérvételt végző) közreműködésével érte el (NSSI by proxy jelleg). A páciens azt is elmondta, hogy vagdosta is magát, s a vagdosást funkciójában felcserélhetőként értékelte a véradás mint közvetett önsértéssel. Utóbbi ráadásul abban az értelemben is pozitív volt a számára, hogy a szándékos önsértés nemcsak, hogy rejtve maradhatott, hanem azt egy társadalmilag elismert formában gyakorolhatta (Mann és mtsai., 2022). Ahogyan a sport révén történő szándékos sérüléskezdeményezés esetében, úgy az esztétikai vagy választott orvosi beavatkozások útján történő szándékos közvetett önsértésnél is alapos feltárást igényel a pontos háttérmechanizmusok azonosítása, hogy azok valóban NSSI by proxy tevékenységnek tekinthetőek-e. Körbe kell járni, hogy az adott viselkedés (1) valóban szándékos önsértési céllal történik; (2) hogy a tudatosan kezdeményezett önsértés más személy által valósul meg. Fontos feltárni azt is, hogy az NSSI by proxy cselekedettel (3) a személy célja-e, hogy valamilyen negatív érzelmi vagy mentális állapotától, és/vagy valamilyen társas nehézségétől megszabaduljon, vagy valamilyen pozitív érzelmi állapotot idézzon elő magánál. Ki kell kérdezni, hogy (4) gyakran foglalkoztatja-e az önsértés gondolata és azt is, hogy (5) az NSSI by proxy viselkedés következményei számottevő feszültséget keltenek-e a személy mindennapi életében. Végül a lehetséges diagnosztikai alternatívákat (pl. testképzavar, kóros színlelt – factitiousus – zavar) is mérlegelni szükséges a differenciáldiagnosztika során.

Összefoglalva, az esettanulmányok és a felmérések szerint a közvetett önsértési formák – közvetlen önsértéshez képest való – alkalmazásának leggyakoribb indokai a következők voltak: (1) más eszközök nem álltak rendelkezésre; (2) mások is jelen voltak, így nem tudta a személy a „privát”, „hagyományos” önsértő viselkedését végrehajtani; (3) el akarta rejteni önsértési szándékát és az azzal járó testi sérülést (Mann és mtsai., 2022).

Fontos azt is kiemelnünk, hogy az NSSI by proxy (közvetett önsértés) gyakran kapcsolódik NSSI-vel, azaz a személy mindkét úton fizikai fájdalmat idéz elő önmagának (Möhl, 2020). Sőt, a közvetett önsértés során szerzett sérülésre is épülhet NSSI. Egy női veterán katona például egy önsértéssel kapcsolatos klinikai interjúban elmondta, hogy a leggyakrabban szexuális úton szerzett szándékosan sérülést önmagának aktuális szexpartnerére által. A szexuális tevékenység során szerzett zúzódásokat pedig még napokig nyomkodta, ütötte, hogy további fizikális fájdalmat szerezzen önmagának. Úgy érezte, ezek a fizikai sérülések képesek elnyomni a lelki fájdalmát (Mann és mtsai., 2022). A klinikusok egy része mind az NSSI-t, mind az NSSI by proxyt kísérletként értelmezi arra, hogy a személy újracelekedje gyermekkori fizikai bántalmazottságát, azonban már nem erőltlen áldozatként, hanem olyasvalakiként, aki képes aktívan befolyásolni a helyzetét. Azzal azonban, hogy szándékosan kárt

okoz vagy kárt „okoztat” magának, csak látszólagos a bántalmazás feletti kontrollja, önsértő cselekedetét az a belső szükséglet vezérli, hogy múltbeli bántalmazottságát „rekonstruálja” (Möhl, 2020). Fontos azonban megjegyeznünk, hogy az NSSI hátterében nem minden esetben húzódik meg gyermekkori bántalmazás. Az NSSI megjelenését és fennmaradását számos különböző modell próbálja magyarázni. Erről részletesen a X. fejezet szól.

IV.2. Digitális önsértés

Végül egy másik, az NSSI-hez kapcsolódó sajátos kategóriát kell megemlítenünk az önsértő jelenségkör részeként. Egy új – az internet megjelenésével kapcsolatban álló – magatartásformáról, a *digitális önsértésről* (*digital self-harm; DSH*) van szó. A fogalmat tudományosan először 2012-ben írta le Englander, s úgy is hivatkozni rá, mint *digitális Münchhausen-szindróma*. Ebben az önsértési formában a személy úgy okoz magának szándékosan lelki fájdalmat, hogy azt másokra fogja, miközben rossz pszichés állapotot színlel. Hogyan is történik mindez? A digitális önsértés során az egyén sértő megjegyzéseket ír önmagáról egy általa létrehozott, nem való profilból, azaz látszólag valaki más nevében, s azt saját online (pl. Facebook, Instagram) felületein jeleníti meg. Úgy tünteti tehát fel, mintha valaki őt szidná, terrorizálná, bántalmazná az interneten. Általában több online profilt és identitást hoznak létre, amelyből zaklató üzeneteket posztolnak saját maguk számára, hogy megnehezítsék annak felfedését, hogy a zaklató(k) kitalált(ak). A digitális önsértés által a személy negatív énképét, az önmaga felé való negatív érzéseit is átélheti, főként, hogy azt mások számára is láthatóvá teszi, miközben magát áldozatként pozicionálja. Ugyanakkor – mivel a saját magát abuzáló kommenteket leplezve ugyan, de ő maga posztolja – bizonyos fokú kontrollt gyakorolhat a sérülés jellege és mértéke felett (pl. milyen jellegű és erősségű ötleértékelő posztot ír ki és hány alkalommal) (Englander, 2012). Ez a szabályozó funkció hasonló az NSSI-hez, ahol a distressz keltette negatív állapotot, agresszív késztetéseket nem másokon, hanem önmagán vezeti le a személy, s afelett valamiféle kontrollal bír, hogy azt milyen módon, milyen gyakorisággal és mikor teszi. A digitális önsértés hátterében is az NSSI-hez hasonló motivációkat azonosítottak, így motiválhatja azt az önutálat, az érzelmek szabályozása, az a vágy, hogy környezetük – szüleik, kortársaik – figyeljenek rájuk, aggódjanak értük, sajnálják őket, hogy valahogyan kiemelkedjenek az online térben, vagy segítségkérő jelzés is lehet, jelezve azt, hogy rossz lelkiállapotban vannak (Soengoeng és Moustafa, 2022). Jelentős különbség azonban, hogy NSSI esetén fizikai fájdalom és sérülés keletkezik. Bár nagyon új és meghökkentő jelenségről van szó és igen kevés kutatás irányult a területre, a meglévő vizsgálatok szerint nem is olyan

ritka a digitális önsértés. Patchin és Hinduja (2017) közel 6000 kamaszt vizsgálva kimutatták, hogy 6%-uk már posztolt anonim módon negatív kommentet önmagáról, 5%-uk pedig bevallotta, hogy önmagát abuzálta online (ami a cyberbullying egy új formájának is tekinthető: *ön-cyberbullying (self-cyberbullying)* vagy *fiktív online áldozattá válás (Fictitious Online Victimization, FOV)*). Igaz azonban, hogy az erről valló kamaszok kb. fele csak egyszer csinált ilyet életében. Akik azonban hajlamosak voltak ilyesmit tenni magukkal, több NSSI-viselkedésről, depresszív tünetről, szerhasználatról számoltak be, s nagyobb valószínűséggel bántalmazták vagy közölték ki őket társaik az interneten és nem-heteroszexuális identitásúak voltak.

V. KONCEPTUÁLISAN ELTÉRŐ JELENSÉGEK - MI NEM TEKINTHETŐ NSSI-NEK?

V.1. A nem szándékos (indirekt) önsértés

Az NSSI esetében a testszövet direkt megsértése mind a lágy (pl. bőrszövet), mind a kemény (pl. csontszövet) szöveti részeket érintheti, s azonnali és közvetlen szövetkárosító hatást eredményez. Az NSSI definíciójának ez az idői kitétele segít megkülönböztetni az NSSI-t olyan más önsértő viselkedésformáktól, mint az étkezési zavarok (pl. önéheztetés, túlevés), a szerhasználat vagy a nem biztonságos szex, ahol azonnali szöveti károsodás nem vagy ritkán jelenik meg (St. Germain és Hooley, 2012). Ez utóbbi formákat a *nem szándékos önsértés (indirect self-injury; ISI)* ernyőfogalma alá is szokták sorolni (Møhl, 2020). A nem szándékos önsértés megnöveli a kockázatát a későbbi nem várt és akaratlan egészségügyi következményeknek. Esetében a szervezet károsodása hosszú távon valószínűsíthető, de nem minden esetben következik be (pl. dohányzás esetén nem 100%-os valószínűséggel alakul ki tüdődaganat). Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a nem szándékos önsértő cselekedetek együtt járást mutatnak az NSSI-vel. Középiskolás mintában például férfiaknál ez a kapcsolat lényegesen erősebb volt (közepes korreláció), mint a nőknél (gyenge együtt járás) (Møhl és mtsai., 2014). Ennek a kapcsolatnak a háttere részben az impulzuskontroll problémáiban kereshető. A megemelkedett impulzivitás mind a kockázatos viselkedések, mind az NSSI sajátja. Egy metaelemzés rámutatott, hogy önsértő személyek magasabb impulzivitásról számolnak be, különösen a negatív sürgettség – amikor valaki számára stresszes helyzetekben, illetve erős negatív érzelmek (pl. düh, szorongás, szomorúság) hatására hajlamos meggondolatlanul reagálni – dimenzióját tekintve (Hamza, Willoughby és Heffer, 2015). Az önsértés és az impulzivitás kapcsolatát a IX.1.3. fejezetben részletezzük. Az impulzivitást magyarázó elméletek (pl. a *Sürgettség Elmélete, Theory of Urgency*; Cyders és Smith, 2008) hasonló mechanizmusokra utalnak, mint az NSSI hátterét elemző teóriák, hiszen az NSSI egyik legjellemzőbb funkciója az azonnali érzelmszabályozás: az NSSI az abban részt vevő személy számára a distressz keltette megterhelő érzelmi hatások aktuális felszabadításában segít (Nock, 2009), ahogy a nem szándékos önsértő viselkedések esetében is ez egy jellemző mechanizmus lehet (Tice és mtsai., 2001; Schreiber és mtsai., 2012). Ebben az összefüggésben az érzelmszabályozás rövid távú céljai felülírják az egyén hosszú távú céljait (pl. megőrizni a testi egészséget), még akkor is,

ha azok aktuálisan és/vagy a későbbiekben egészségtelen következményekkel járnak (Klonsky, 2007). A kellemetlen vagy averzív érzelmi élmények önsértéssel történő maladaptív kezelése két átfogó NSSI-modellnek is az alapja. Mind a *Tapasztalati Elkerülés Modell* (*Experiential Avoidance Model; EAM*, Chapman és mtsai., 2006), mind a *Négy Funkció Modell* (*Four Function Model; FFM*, Nock és Prinstein, 2004) központi eleme az NSSI azon funkciója, amely segít a kezelhetetlen affektív vagy szociális élményekből származó negatív érzelmi állapotok azonnali kontrolljában. Az eleve impulzívabb személyek különösen veszélyeztetettek a tekintetben, hogy negatív emocionális állapotait NSSI-vel csillapítsák (Hamza, Willoughby és Heffer, 2015). Az NSSI-t pszichológiai szempontból magyarázó elméletek fejezetében (X.2) részletesen tárgyaljuk e két modellt.

Az NSSI továbbá nem foglal magában olyan *önkárosító viselkedésformákat*, amelyek *szépséget* (pl. *piercing, tetoválás*), *vallási vagy kulturális okokból* történnek, s mint ilyenek társadalmilag elfogadottak (Favazza, 1998). Ezt a kérdést a VI.1. fejezet mélyíti tovább.

V.2. Trichotillománia

Két olyan NSSI-mód is van – a Trichotillománia és a Bőrcapirgálás zavar – amelyek nem csak önsértési formaként értelmezhetők, hanem – bizonyos más diagnosztikai kritériumok teljesülése esetén – önálló patopszichológiai kategóriát is felépítenek. Lényeges azonban, hogy míg NSSI esetén az önsértési szándék az elsődleges, addig az alább ismertetett pszichiátriai szindrómákban ez nem kifejezett, sőt az adott ismétlődő cselekedet az azt végző személy számára jelentős szenvedéssel jár. A haj-kitépés lehet egyfajta NSSI-cselekedet is, de fő tünete a *Trichotillománia* szindrómájának. A hazánkban is alkalmazott betegségsztyályozási rendszer, a BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. kiadás; 1998) a Trichotillomániát (F63.3) a Kóros szokások és impulzuskontroll-zavarok (F63) között rendszerezi. Az amerikai betegségsztyályozási rendszer, a DSM-5 (APA, 2013) pedig a Kényszeres és kapcsolódó zavarok közé sorolja 312.39 kóddal. Itt jegyezzük meg, hogy az NSSI-ben mind az impulzív, mind a kompulzív (kényszeres) mechanizmusok szerepet játszanak. A Trichotillománia elsődleges tünete, hogy az ismétlődő hajtépkedés (vagy szempilla, szemöldök kitépése) jelentős, észrevehető haj/szörvesztést eredményez. NSSI esetén azonban a hajkitépés nem biztos, hogy látványos hajvesztéssel jár. A Trichotillománia további kritériumai, hogy közvetlenül a hajkitépés előtt fokozódó feszültséget él át a személy, valamint a haj kitépésekor örömet és kielégülést tapasztal. Ez NSSI-nél nem biztos, hogy megjelenik: a hajkitépés mint NSSI-mód hátterében gyakrabban a saját magának való fájdalom okozása – így önbüntetés – áll.

A Trichotillománia esetében a személy ismételt kísérleteket tesz a hajtépkedés csökkentésére vagy abbahagyására, s állapota jelentős szenvedést és mindennapi alkalmazkodásának károsodását okozza. Ez utóbbi NSSI-kategóriájú hajkitépés esetén nem biztos, hogy fennáll. A trichotillománia előfordulási gyakorisága 1,7% körül mozog mind nők, mind férfiak között. Jellemző indulása a klasszikus és a késő serdülőkor (Grant és mtsai. 2020).

V.3. Bőrkapirgálás (bőrtépkedés) zavar

A másik NSSI-mód, amely önálló diagnosztikai kategóriát is felépíthet, a bőrtépkedés. A *Bőrkapirgálás (bőrtépkedés) zavar* a DSM-5-ben (APA, 2013) szerepel, szintén a Kényszeres és kapcsolódó zavarok fejezetben (698.4). A szindróma megállapításához bőrsérüléseket eredményező ismétlődő bőrkapirgálás vagy bőrtépkedés és az ennek csökkentésére tett kísérletek szükségesek, valamint az állapot fokozott szenvedést és az életvitel fontos területein való funkcióromlást eredményez. A zavar élettartam-prevalencia értéke kb. másfél százalék, s nők körében gyakoribb (Möhl, 2020).

V.4. Testre irányuló repetitív viselkedések

Itt érdemes megemlíteni a *testre irányuló repetitív viselkedések (body-focused repetitive behaviors, BFRBs)* fogalmát. Idesorolható a hajtépegetés, a bőr tépegetése, a körömágy tépegetése, a körömrágás és a száj és száj környék rágása (Mathew és mtsai., 2020). Mivel ezek a viselkedésformák NSSI-kategóriába is eshetnek, amennyiben azok szándékos módon történnek azért, hogy a személy sérülést, fájdalmat okozzon önmagának, ezért fontos elkülöníteni a két – a BFRBs és az NSSI – jelenséget. Míg a BFRB esetében a viselkedés a leggyakrabban automatikusan történik, reflektív tudatosság nélkül, addig az NSSI esetében a tudatos, szándékos önkárosítás a meghatározó. Másrészt, a BFRB-viselkedésmódok a leggyakrabban az unalom csökkentését szolgálják vagy a fizikai megjelenés befolyásolását, addig az NSSI alapvetően érzelmi (intrapszichés) és/vagy társas (interpszichés) okokkal magyarázható, például a feszültség érzésének vagy az üresség élményének csökkentésével, ami megkönnyebbülést hoz az azt végző számára. Azaz más érzelmi kontextusban jöhet létre a két viselkedésmód: a BFRB-k inkább a hétköznapi negatív érzelmekre (pl. unalom, mindennapi stressz és kisebb szorongás) adott, kevés tudatossággal járó cselekvéses válaszok, míg az NSSI intenzívebb negatív affektusokhoz (pl. átható ürességélmény,

kétségbeesés, erős lelkiismeret-furdalás) kapcsolódik. Mindezzel összhangban egy vizsgálatban az önsértő csoport szignifikánsan magasabb szorongásos és depressziós tüneteket jelzett, mint a BFRB-ben érintettek (Mathew és mtsai., 2020). Különbség az is, hogy a BFRB-k gyakran olyan krónikus szokások, amelyeket évtizedekig folytat valaki (Grant és Odlaug, 2009), míg az NSSI – ahogy a VII.3. fejezetben szó lesz róla – tipikusan serdülő- és fiatal felnőttkorban tetőzik. Grant és Stein (2014) kutatása szerint a BFRB-viselkedéseket folytatók arról számoltak be, hogy a legtöbb esetben nem tudnak felhagyni ezzel a fajta szokásukkal, még ha azt szégyellik is és aggódnak amiatt, hogy környezetük megszólja őket ezért. Ellenben az NSSI esetében a korábban önsértést folytatók jelentős része felnőttkorában azt jelezte, hogy részben társas okok (pl. szégyen, közvetlen környezetüket nem akarták tovább érzelmileg terhelni) miatt, részben pedig annak megértése után hagyott fel az önkárosítással, hogy azok veszélyes, az egészségre káros tettek (Deliberto és Nock, 2008). Ugyanakkor mind az NSSI-ben, mind a BFRB-ben közös, hogy megjelenésük előtt feszültség, szorongás van/lehet jelen, s a viselkedés közben kielégülést és/vagy megkönnyebbülést él át az azt végző személy, s a tettet követően gyakran jelenik meg büntudat. Ez megnehezíti a kétféle aktust megelőző specifikus érzelmi előzmények megkülönböztetését, szétszálazását – amennyiben az teljes mértékben egyáltalán lehetséges. Végül mindkét jelenség hátterében a csökkent impulzuskontroll és az érzelemszabályozás nehézségei alapvető szerepet játszhatnak (Diefenbach és mtsai., 2008), s mindkét esetben kompulzív és addiktív mechanizmusok (McKay, D. és Andover, 2012; Grant és Stein, 2014; Guérin Marion és mtsai., 2018) is megjelenhetnek. Az, hogy valaki valamilyen BFRB-t folytat, viszonylag gyakori (Houghton és mtsai., 2018), a klinikai szintű megjelenés (ld. az előző két bekezdést) azonban ritkább, 1-4% körüli (Müller és mtsai., 2011), s utóbbi olyan látványos és erős testi tünetekkel járhat, mint sebek, fertőzések, kopasz foltok megjelenése az érintett területeken, ami – hasonlóképpen, mint az NSSI esetében – szégyenérzetet vagy egyéb pszichoszociális hátrányokat (pl. adott testrész elrejtése, emiatt hátrány a munkakeresésben vagy bizonyos pozíciók betöltésében) eredményezhet (Wetterneck és mtsai., 2006). Olyan kutatást nem találtunk, ahol a BFRB- és az NSSI-viselkedések komorbid megjelenését vizsgálták volna.

V.5. Öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés

Fontos továbbá megkülönböztetnünk az NSSI-t az *öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértéstől* (*suicidal self-injury; SSI*). Míg az NSSI enyhe vagy közepes mértékű sérülést okozó, életet potenciálisan nem veszélyeztető magatartásformákat foglal magában, amelynek a funkciója éppen a megküzdés és így az életben maradás, addig az

SSI súlyos, életveszélyes tett, amelynek célja a halál (Slesinger, Hayes és Washburn, 2019). Ennek a témának a kötetben külön fejezetet szenteltünk (ld. VIII.1. fejezet).

V.6. Mazochizmus

Az NSSI-t meg kell különböztetnünk a *mazochizmustól* is, hiszen az utóbbi esetén másoktól szenved el valaki fájdalmat, ami örömet és kielégülést jelent a számára, míg önsértés esetén a személy saját magának okoz fizikai fájdalmat. Másrészt míg a mazochista színezetű cselekedetek során keletkező fájdalom testi és/vagy pszichés – gyakran szexuális jellegű – kielégülést okoz, addig az NSSI háttérében a legtöbb esetben intenzív negatív érzelmek csökkentése áll (Klonsky és mtsai., 2011). Az NSSI okairól, motivációs bázisáról részletesebben a IX. és a X. fejezetben lesz szó.

VI. AZ ÖNSÉRTÉS TÖRTÉNETI, KULTURÁLIS ÉS VALLÁSI PERSPEKTÍVÁBAN

Mielőtt továbbhaladva belemélyednénk a nemszuicidális önsértés jellemzőibe, érdemes áttekintenünk annak történetét: megjelenési formáit, valamint szerepét a különböző kultúrákban és vallásokban. Manapság tudományos munkákban sem ritkák azok a hangzatos kijelentések, miszerint az önsértés modern kori „járvány” lenne. Az önsértést gyakran kizárólag a 20. század utolsó évtizedeiben megjelenő extremitásnak tartják, és leginkább fiatal nők problémás érzellemkezeléséhez kötődő, szélsőséges magatartásformájaként azonosítják. Ez azonban jelentős leegyszerűsítés, mely nemcsak a nemszuicidális önsértés heterogén előfordulását, megjelenését és hátterét nem veszi figyelembe a jelenben, hanem azt a kultúr- és vallástörténeti, valamint pszichiátriatörténeti hátteret sem, ami az önsértés mögött áll. A modern-kori pszichiátria tudományának kezdetekor – kb. 170 évvel ezelőtt – már észlelték és leírták nem csupán az öncsonkítást mint pszichiátriai problémára utaló magatartásformát, hanem az önsértő cselekedetek típusaira is magyarázatot próbáltak adni. Az önsértés történetét feldolgozó angol történész, Sarah Chaney (2017) úgy véli, az önsértés nem érthető meg a saját korának történelmi és kulturális kontextusából kiszakítva.

A kulturális pszichiátria szemszögéből viselkedésünk a genetikai-biológiai adottságaink, az élettapasztalatunk, valamint a környezeti hatások kölcsönkapcsolataiban formálódik. A kultúra pedig az a folyamatosan mozgásban lévő tér, amelyben a biológiai, a pszichológiai és a társas tényezők működnek és jelentést nyernek. A kultúrák dinamikusan alakuló mátrixát a közös, megosztott és elfogadott tapasztalatok formálják, amelyek hol nyilvánvalóan, hol rejtetten áthatják a társadalmakat, azok intézményes közegét és a benne élők mindennapjait is (Favazza, 2009). Érdemes az önsértést ebből a perspektívából is megvizsgálnunk, hiszen a jelentése, a közös szociális értelmezése nagyon is eltérő lehet az egyes kultúrákban, szubkultúrákban.

Erre egy jó példa a 17. századból származó, marokkói iszlám szufi gyógyítók, a Hamadshák nemszuicidális önsértése. Gyógyító szertartásaik során a gyógyulni vágyók egy nagy körben ültek, míg a gyógyítók ritmikus forgó mozgást végezve transzba estek, aminek során egy késsel megvagdosták a saját fejüket. A „pácienstek” az így kifolyó vérbe kenyeret mártogattak és megették azt. Hitük szerint a gyógyítók vére támogatta a gyógyulásukat (Crapanzano, 1973). Míg napjaink nyugati, európai kultúrájában, s a világ nagy részén az önvagdosás deviánsnak, a normától eltérőnek számít, addig évszázadokkal ezelőtt egyes kulturális csoportokban a gyógyítók önmagukat sebesítették meg, hogy mások testi és lelki baját, betegségeit

kezeljék. Ráadásul érdemes figyelni arra, hogy az önsértés a gyógyító transzban egy közösségi élmény részeként jelenik meg, és szorosan összekapcsolódik a spiritualitással.

VI.1. A kulturálisan elfogadott testmódosítás jelensége

Nem véletlen, hogy az önsértésnek ezen formáit *kulturálisan elfogadott testmódosítás*nak nevezzük. Ez ugyanis olyan testmódosító – a testet valamilyen formában megváltoztató és/vagy károsító – gyakorlatokra utal, amelyeket egy adott kulturális közegben nemcsak, hogy elfogadnak, azokat a hagyomány részének tekintik, hanem társadalmilag támogatják, sőt elvárják (Favazza, 2011). Ezek háttere minden esetben vagy vallási-spirituális, és/vagy rituális, és/vagy gyógyító szándék, de lehet, hogy esztétikai vagy valamilyen társadalmi jelentőséggel (pl. a közösség részévé válás, felnőtté válás) bírnak a közösség életében. Alapvetően közösségi rítusokba ágyazódó hagyományok, így jól tükrözik az adott kultúra hiedelmeit, történelmét és spirituális világlátását (Favazza, 2009). Fontos tehát, hogy céljuk önmagában semmiképpen sem az, hogy fájdalmat vagy szenvedést okozzanak az azt végzőnek vagy átélőnek. Példái lehetnek körülmételés, nyújtott nyak, hegtetoválas, tetoválas, testfestés, fül vagy az orr kilyukasztása a fenti célokból.

Ha a mögöttes funkcióikban látszólag ennyire különbözik a nem öngyilkossági szándékú szándékos önsértés és a kulturálisan elfogadott testmódosítás, akkor amellett, hogy mindkettő a testszövet szándékos megsértésével jár, mi képezhet még közös pontot? Mindkettő tudatos, szándékos tett, amelynek célja van. Ilyen cél, amelyben osztoznak, hogy olyan fenyegető és destabilizáló állapotokat előzzenek meg vagy korrigáljanak, amelyek az egyént vagy a közösséget fenyegetik vagy destabilizálják. A nemszucidális önsértés motivációs hátteréről részletesen a X.2. és a X.3. fejezetben lesz szó. A kulturálisan elfogadott testmódosítás leggyakoribb háttértényezői az olyan állapotok vagy jelenségek elleni védekezés, mint például a bűnösnek vagy erkölcstelennek tartott életvitel, haragos szellemek, testi, lelki betegségek, katasztrófák. Az önsértéskutatás egyik veteránja, Armando Favazza egyenesen azt feltételezi, hogy a nemszucidális önsértés és a kulturálisan elfogadott testmódosítás viselkedésformái a legmélyebb szinten eredőjükben közös: valamilyen – egyéni vagy közösségi szintű – fenyegetést kezelnek, így megelőzőek, illetve – bármilyen paradoxként hangzik – egészségmegőrző szereppel bírnak. Emiatt Favazza (2011) szerint a vallási, gyógyítási és a társadalmi renddel kapcsolatos rítusok tanulmányozása lényeges szereppel bír a nemszucidális önsértés megértésben. Nézzünk a két viselkedésforma közös – a stabilitást visszaállító, egészségmegőrző – alapmechanizmusaira egy-egy példát! A nemszucidális önsértés leggyakoribb motivációja,

hogy az azt végző valamilyen negatív érzelmi állapotától (pl. fokozott szorongás, lelkiismeret-furdalás, harag) megszabaduljon, azaz átmenetileg érzelmi megkönnyebbülést, felszabadulást éljen meg. Az érzelmek ilyen, testi szinten való kanalizálása természetesen azonnali káros fizikális és későbbi ártalmas pszichológiai hatásokkal jár, ugyanakkor az azonnali érzelmi levezetés valamiképpen időleges pszichés stabilitást eredményezhet. A kulturálisan elfogadott testmódosítás egészség-helyreállító céljának szemléltetésére térjünk vissza a gyógyító tevékenység során önmagukat megvágó marokkói Hamadsha gyógyítókra. Ebben a kultúrában úgy hitték, hogy ha valaki megbánt egy szellemet, az megbéníthatja, megvakíthatja, megsüketítheti vagy megnémíthatja az embert. A gyógyító a szellemmel, főként Aisha Qandishával azonosulva, aki vonzódik a vérhez, a saját fejét vágja meg, ezzel csillapítva a szellemet, saját vérére pedig a gyógyulni vágyóknak adja. A hiedelem szerint ez a transzállapotban „megszületett” vér segíti a testi és/vagy lelki betegségben szenvedőt a gyógyulásban. Favazza (2011) szerint tehát, ha valójában meg akarjuk érteni a nemszuicidális önsértést, akkor a pszichológiai, a biológiai és a társadalmi aspektusok mellett a kulturális, kultúrtörténeti és vallástörténeti gyökerekkel, hatásokkal is számolnunk kell. Az önsértést tehát értelmezhetjük úgy is, mint egyfajta kétségbeesett próbálkozást a gyógyulás, a stabilitás vagy akár valamiféle spiritualitás megtapasztalásának irányába. Ilyen értelemben önségítés, „morbíd önségítés” vagy „morbíd problémamegoldás”, ahogyan Favazza (2011) aposztrofálja. Ez a szemlélet azért is fontos lehet, mert pozitív irányba befolyásolhatja a kezelők szemléletét az önsértéssel kapcsolatban, hiszen ezek olyan viselkedésformák, amelyek alapvetően értetlenséget, így negatív érzéseket váltanak ki gyakorta még a szakemberekből is (Favazza, 2009).

A kulturálisan elfogadott testmódosítás már az őskortól kezdve világszerte létezik, azaz úgy tűnik, univerzális, történelmi koroktól és kultúráktól független humán jelenség. Erre Darwin is felfigyelt, s megjegyezte, hogy alig van olyan testrész, amelyet ne lehetne mesterségesen megváltoztatni (Gilman, 2013). Az egyik legkorábbi bizonyítékát feltehetően azok a francia Pireneusokban, a Gargas-barlangban fellelt, több mint 20 000 éves kézlenyomatok képezik, melyeknél jól látszik, hogy a hüvelykujj kivételével minden ujjról hiányoznak a felső ujjpercek. A testszerte elvégezhető testmódosításokra újabb példák a felesleges, elvégzett szépészeti műtétek, az ánusztetoválás vagy a szemféhéjébe fecskendezett kozmetikai tinták, amelyek ugyan kulturálisan elfogadottak, de hatásukat tekintve extrém önsértési formának tekinthetők.

VI.2. Öncsonkítás, önsértés a történeti forrásokban

Az önsértés mentális betegségekkel – elsősorban pszichotikus, a személyt a valóságtól eltávolító állapotokkal – összefüggésbe hozható legkorábbi leírása Hérodotosznál lelhető fel. Időszámításunk előtt 450 körül jegyezte fel a történész, hogy a spártai Kleomenész, amikor fogságba esett, józan eszét elvesztve egy késsel megvagdosta combját, csípőjét, oldalát és hasát (Favazza, 2011). A Bibliában is több helyütt feltűnik olyan leírás, amikor valaki önmagának okoz sérülést. A valláshoz kapcsolódó önsértés egyik legismertebb ókori, a Kr. e. 5–6. századból származó példája az Ószövetségben található. Baál papjai esőidéző szertartásaik során magukat rituálisan késsel és lándzsával vagdosták, hogy istenüket segítségül hívják. Kudarcuk alapján Illés próféta azt akarta bizonyítani, hogy az Úr az egyetlen igaz Isten: *„Hangosabban kiáltoztak tehát és szokásuk szerint késekkel s törökkel vagdalták magukat, amíg el nem borította őket a vér”* (Királyok első könyve 18:28).

Az Újszövetségben pedig a „gerázai megszállott” történetében (Márk evangéliuma 5:1-20) tűnik fel az önbántalmazás. A sírok között élő „Légió” *„éjjel-nappal [...] kiáltozott és kövekkel roncsolta magát”* (Márk 5:5) és *„senki sem tudta őt megfékezni”* (Márk 5:4). Neve is feltehető pszichotikus állapotra utal: *„tisztátalan lelkek”* (Márk, 5:8) légiója szállta meg (*„Légió a nevem, mert sokan vagyunk”*; Márk 5:9), emiatt szenvedett. Jézus azonban meggyógyította: *„Jézushoz érve látták, hogy az ördögseregtől megszállott felöltözve, ép ésszel ül, és félelem fogta el őket”*; Márk 5:15).

Az Újszövetségben képletesen is megjelenik az önkároztatás. Máté evangéliuma figyelmeztet az erkölcsös, Krisztus szerinti életre: *„Ha a kezed vagy a lábad megbotránkoztat téged, vágd le azt és dobd el magadtól. Jobb neked nyomorékon vagy sántán bemenned az életre, mint két kézzel vagy két lábbal az örök tűzre kerülnöd. És ha a szemed botránkoztat meg téged, vágd ki azt és dobd el magadtól. Jobb neked fél szemmel az életre bemenned, mint két szemmel a gyehenna tűzére kerülnöd”*; Máté 18:8-9). A bibliai parabola egyik értelmezése szerint Krisztus követőinek Krisztus szenvedését önkéntesen kell vállalniuk ahhoz, hogy a Megváltó szenvedését vezeklésük által jóvá tegyék, s a bűnből való megtisztulás által maguk is bekerülhessenek az örök életre. Ez a logika a történelem során gyakori indoka volt az önsértésnek (Möhl, 2020). A Biblia szavait később – feltehetően pszichotikus állapotban – előfordult, hogy többen is szó szerint értelmezték és jelentős sérülést okoztak maguknak. A korai kereszténység idején például az önkéntes önherélés ismert gyakorlat volt. 1846-ban pedig feljegyezték egy középkorú özvegyasszony esetét, aki kikaparta a saját szemét és mezítelenül járta az utcákat (Chaney, 2017).

Az önkínzás, amely gyakran nyilvános formát öltött, vallási áhítatok részeként évszázadok óta ismert gyakorlat. Különböző, egymástól eltérő vallási hagyományokban a test önbántalmazását (sanyargatását, fizikális kínzását) az Istenhez, istenekhez

való közelebb kerülés, ezzel az üdvösség elérési útjaként élték meg. Olyan útként, próbatételként vagy felkészülési folyamatként, amely az istenség fájdalmában való osztozás révén az istenséghez vezet (Favazza, 2009).

Erre utal a fenti ószövetségi példa Baál papjainak rituális önvagdosásával is, de számos más vallási gyakorlatban dokumentálták például kínai vagy tatár népcsoportoknál vagy az amerikai flagellánsok körében (Feldman, 1988). Érdekes külön kitérnünk a középkori vallási szekták, a flagellánsok mozgalmára. Ezek Észak-Itáliában alakultak ki és terjedtek el a 13. században, s bár egy idő után tiltották őket, mégis a 16. századig fennmaradtak. Áhítati gyakorlatuknak a nyilvános önostorozás is a része volt: csoportosan vonultak városról városra Európa-szerte, s eközben azért ostromozták önmagukat, hogy bűnbocsánatot nyerjenek (a IX.1.2. fejezetben szó lesz arról, hogy a nemszucidális önsértés önbüntetői funkciót is betölthet, akkor érdemes lesz visszagondolni erre a középkori gyakorlatra). Ezeknek a nyilvános önsebzéseknek az egyéni lelki üdvösség elérése mellett az is céljuk volt, hogy megtérésre és bűnbánatra szólítsák fel a lakosságot. Nem véletlen, hogy a flagellánsok különösen a pestisjárvány sújtotta 14. századi Európában szereztek számos új követőt, amikor általános nézet volt, hogy a „fekete halált” az emberek a bűneik miatt „érdemelték ki” (Dickson, 1989). A vallási önostorozásnak erőteljes performatív jellege is volt: kellően figyelemfelhívó aktus arra, hogy vezeklésre, bűnbánatra, az Isten iránti áhítatra szólítson fel. Ebben a keretben egyfajta közösségi gyakorlattá vált, mintegy „társadalmi fertőzőként” terjedt (vö. a IX.2.4. fejezettel, ahol az önsértés szociális médiában való terjedéséről lesz szó). A látványos közösségi rituáléba illeszkedő önostorozás annyira népszerű lett, hogy már az egyház kizárólagosságát is veszélyeztette, így azt az egyház betiltotta (Chaney, 2017).

Másrészt a flagelláció, melynek egy módja volt az önostorozás, a Krisztus szenvedése iránti tiszteletet is szimbolizálta azzal, hogy az önostorozó szimbolikusan azonosult Krisztus kínszenvedésével, fizikális párhuzamként a golgotajárás ütlegetéseivel. A flagelláció a modern kereszténység egyes csoportjaiban fennmaradt, ilyen például az 1928-ban alapított, főként az USA-ban elterjedt Opus Dei. Tagjai vezeklő eszközöket (cilicium), így önostorozást is alkalmaznak (Lasky, 2024).

Ebbe a keretbe – a bűnbánat, az alázat, az Isten felé irányuló szeretet és a Krisztus kálváriájával való azonosulás kifejezésébe – illeszkedik egyes katolikus szentek önsanyargatása is. Példaként, Avilai Szent Teréz vagy Assisi Szent Ferenc önsanyargatásának része volt az aszketizmuson (pl. böjtölés) túl az önostorozás is. Az önsebzés ebben a gyakorlatban spirituális háttérű, hiszen az önsebzők hite, hiedelme szerint a lelki megtisztulás eléréséhez, a Krisztushoz való csatlakozáshoz vezető út része.

Más vallásokban is megjelent a rituális önostorozás, például egyes síita muszlim és hindu csoportokban. Előbbiek rituális önsebzése a 7. században élt Imám Huszsein, Mohamed próféta unokája vértanúságára emlékeztető aktus az Ashura nevű vallási ünnepen. A vallási rítuson Husszein halálának történetét játsszák el, ennek

keretében hátukat lánccal ostromozzák, homlokukon késsel vagy karddal vágásokat ejtenek. Az iszlám misztikus hagyományát képviselő szufizmusban is gyakorolják az önostorozást abban a hitben, hogy az segít közelebb jutni Istenhez (Lasky, 2024). Indiában, a hinduknál Thaipusam ünnepén a kavadinak nevezett rítus részeként vagy a Murugannak szentelt ünnepen egyes hívek kampókkal és tűkkel szúrják át a bőrt (jellemzően nyelvüket vagy arcukat), illetve horgokkal a testükhöz rögzített nehéz vallási tárgyakat cipelnek, hogy ezzel is áldozatukat fejezzék ki isteneik felé. A hinduizmus egyes szektáiban pedig az önsanyargatás része lehet az önverés. Az önmaguknak okozott testi megpróbáltatások célja itt is a spirituális átszellemülés, felemelkedés (Lasky, 2024). Siva isten ugyanis nemcsak a teremtés, hanem a pusztítás erőit is megtestesíti, utóbbi pedig szenvedéssel jár, fájdalmat követel. A hinduizmus aszkétáit, a szádhukat így jelentős tisztelet övezi Indiában. Ezek a férfiak ugyanis a szentség elérése érdekében nemcsak éhezést vagy mozdulatlanságot vállalnak, hanem különböző testi kínoknak is kiteszik magukat, például súlyokkal nyújtják meg péniszüket, ezzel azt nemi szervként használhatatlanná teszik (Favazza, 2009).

Az észak-amerikai őslakos napünnepen, mely nyolc napig tartott, a naptánc szertartás keretében hasonló testátvizsgálás történt szintén a transzcendenshez való közelebb jutás érdekében. Mivel leginkább bölényvadász indián törzsek folytattak ilyen rituálét, a legbátrabb harcosaik a mellizmuk alá bőrszíjakhoz erősített fadarabokat helyeztek, majd a szíjakat kötelekkel egy szent oszlop tetejéhez rögzítve, a harcosokat a levegőbe emelték, miközben a Napba tekintettek. Egy idő után a fadarabok átszúrták a bőrt. Fontos, hogy a rítusban nem csak a vadászok, hanem az egész törzs együttműködött, hiszen hitük szerint a harcosok szenvedésének áldozatából és az abból fakadó, remélt áldásokból az egész törzs részesülhetett. Hittek abban, hogy akik képesek elviselni ezt a megpróbáltatást, azok az élet értelmét megvilágító látomásban részesülhetnek (Favazza, 2009). Az azték és a maja vallási gyakorlatokban is jelen volt az önsértés azzal a céllal, hogy az isteneknek ajánlják fel önnön vérüket. Hiedelmük szerint ezzel elnyerhették az istenek támogatását, így a közösség jólétét (Munson és mtsai., 2014).

Alexander (1953) ennek értelmezésében odáig ment, hogy ezekben, a közösség által asszisztált, az önsértést is magukban foglaló vallási rítusokban a megtestesült emberi lét drámája jelenik meg a maga misztikumában. Miről is van szó? Az emberi test fogságában szenvedő ember, ha a testi fájdalomon lelki erejével képes túllépni és a végsőig kitart, megszabadul a fájdalomtól és egy új, spirituális síkon teremődik meg és ebben segíti a közösségét is. Ezt az értelmezést erősíti, hogy az ókor óta több vallási, spirituális – indiai, neoplatonikus, keresztény – hagyományban is jelen lévő gyakorlatról van szó.

Az önsértés – testmódosítás gyakran a gyógyítás szolgálatában is állt. Mindez leginkább a sámánizmusban tükröződik, ahol a gyógyító erővel bíró papokat, a sámánokat a szellemvilággal való kapcsolatuk révén képeseknek tartották arra, hogy

a közösséget – betegségeiket, bajaikat – gyógyítsák, a szerencsétlenségeket megelőzzék és visszafordítsák. A sámán beavatása során éri el a gyógyító erőt: jelentős szenvedések közepette, képletesen megjárva a poklot és átélve a feltámadást, gyógyító erővel vértesződik fel. Az újjászületés során – mely emberfeletti szenvedéssel jár – sajátítja el a sámánná váló a gyógyítás titkait. A sámánná válás misztikus folyamata abban világosra megegyezik, hogy a testmódosítás alapvető elem a személyiségérésében, a bölcsesség elérésében, a gyógyítás különleges képességének megszerzésében (Eliade, 1973).

Összefoglalva, amennyiben az önkárosító magatartásformák történelmi megjelenésére reflektálunk, akkor az önsértés vagy valamilyen mentális betegség tüneteként („szellemek szállták meg”) jelent meg, vagy vallási-spirituális indokkal (pl. megtisztulás a bűnöktől), vagy a gyógyítás hitével kapcsolódott össze. Utóbbiak esetében mindenkor rítusok keretében, melyekben a közösség egésze osztozott, azaz az önsértés – testmódosítás spirituális, kulturális, közösségi célt szolgált, így szociális térben, társas kontextusban zajlott.

VI.3. Az önsértés értelmezése a pszichiátia hajnalán

A fejezet végén érdemes visszatérnünk a modern kori pszichiátia önsértés értelmezésére, mely valahol az 1800-as évek közepén formálódott. 1845-ben egy angliai helyi újság például arról számolt be, hogy egy művelt és csinos fiatal nő, bizonyos Jesse McKenzie miközben a Biblia tanulmányozásának szentelte magát, igen „melankolikus állapotba” került és egy napon anyja és nagynénje jelenlétében kitépte az egyik szemét, s azt a földre dobta, miközben a bibliai idézetet: „*Ha a jobb szemed megbotrántoztat téged, vágd ki azt*” – kiáltotta. A drasztikus öncsonkítást követően a 19 éves Jesse-t a Hanwell Elmeegógyintézetbe szállították, ahol örültek nyilvánították, és egyáltalán nem vallási indíttatásának tartották tettét. Azaz nem a valláshoz, hanem a fiatal nő elmeállapotához kötötték, tehát tünetként értékelték önsértő cselekedetét. Az angol pszichiátia történetét feldolgozó történész, Sarah Chaney rámutat, hogy 1845-ben még nem volt magától értetődő, hogy az ilyen jellegű önbántalmazás elmeegógyintézeti felvételhez vezessen, így az sem, hogy az öncsonkítást egyértelműen valamilyen mentális betegség részeként azonosítsák. Ugyanakkor a 19. század közepétől az elmeegógyintézeti rendszer humanizálódásával és bővülésével, a pszichiátia radikális fejlődésével egyre elterjedtebbé vált az elmekórtanban, hogy az önsértést pszichiátriai problémaként azonosítsák (Chaney, 2017).

Nagyon fontos szempont, hogy már a viktoriánus korban, az 1800-as évek végén is észlelték a pszichiáterek az öngyilkossági szándékú önsértés és a nem öngyilkossági szándékú önsértés közötti különbséget. Jelentős eltérés volt azonban ebben az

időszakban a nemszuicidális önsértés magyarázatát tekintve a pszichiáterek között. Egyesek – mivel az önsértést ellentétesnek vélték mind az emberi, mind az állati természettel – „kóros ösztönnel”, egyenesen az önfenntartási ösztön csökkenésének vagy az „akaraterő elferdülésének tekintették”, utóbbival valamifajta morális felhangot kötve a jelenséghez. Mások úgy vélték, hogy az önsértés valamilyen erős, kontrollálhatatlan idegrendszeri impulzus eredménye, aminek akár nincs is a tudatában az önsértő. Komplikálta a magyarázatot, hogy a korabeli pszichiátria hisztériás eseteknél is tapasztalt önsértő viselkedést, de magát a hisztériát is nehezen tudták kategorizálni, bár az a kor egyik leggyakrabban diagnosztizált kórképe volt a pszichiátriában és a neurológiában. Határállapotként, az élméjűség és az örület között elhelyezkedő tünetegyüttesként, értelmezték. A rohamokkal, görcsökkel, hangulat-ingadozásokkal, eltúlzott érzelmi reakciókkal, önkárosító magatartásformákkal és különböző, orvosi okok hiányában megjelenő érzékszervi kiesésekkel és bénulásokkal leírt kórképet, a hisztériát a 19. századi orvostudományban idegrendszeri rendellenességként kezelték. Emiatt népszerű magyarázat volt, hogy a hisztériában megjelenő önsértő viselkedés a fájdalomérzet hiányának tudható be. A német neurológus és pszichiáter, Wilhelm Griesinger az önsértést az „érzékenység rendellenességének” tekintette, úgy vélte az öncsonkítás háttérében csökkent érzékenység, érzéketlenség (anesztézia) vagy a fájdalomérzet hiánya (analgézia) áll. A kóros fájdalomérzet-csökkenés érintheti a bőrt, az izmokat és a test nyálkahártyával fedett területeit, így ez a fajta érzéketlenség gyakran vezet öncsonkításhoz (Griesinger, 1864, 539). Griesinger feltételezte, hogy a hisztériás eredetű érzéketlenség kapcsolatban állhat az önsértéssel. Az önsértés és a fájdalomérzékelés kapcsolatának modern magyarázataira a X.1.3. fejezetben térünk ki, míg az önsértés és a borderline személyiségzavar kapcsolatát a VIII.2.1. fejezet tárgyalja.

Érdemes kiemelni azt a gyakorlatot az önsértés kapcsán, amit a londoni Bethlem Királyi Kórház (gyakran leegyszerűsített nevén a „Bedlam”) 1844 januárjától vezetett be. A fennmaradt akkori betegdokumentáció szerint ugyanis már ekkor rákérdeztek arra a páciens felvételekor, hogy az hajlamos-e öngyilkosságra vagy másfajta önsértésre. Mindez arra utal, hogy az akkori pszichiáterek már különálló, bár feltehetően egymással összefüggő mentális zavarokra utaló tünetekként kezelték az öngyilkossági és a nem öngyilkossági hátterű önsértést. Másrészt, nagyon modern szemlélettel, a kórházi dokumentációban feljegyezték az önsértés formáját, esetenként a páciensek konkrét válaszait is. Az étel elutasítását is mint önsértési formát dokumentálták vagy 1853-ban egy férfpáciens esetében kiemelték, hogy az kapargatja a bőrét, aminek következtében feje, arca, lába kisebesedett. Egy nőről pedig az állt a betegdokumentációban, hogy rendszeresen megharapja magát és a fejét a falba veri. Kuriózum az is, hogy ebben a kórházban több esetben jelölték azt is, hogy mennyire súlyos önsértésről van szó (Chaney, 2017).

Angliában az 1890-es években jelent meg az öncsonkítás (self-mutilation) orvosi – pszichiátriai – meghatározása. A fogalom már ekkor ernyőfogalomként debütált, hiszen magában foglalta a bőrtépkedést, a harapást, az önütést és a testrészek tárgyakkal való odaütését, a vágást, a hajkitépést, idegen testek (pl. tűk) lenyelését vagy más módon testbe juttatását, a szemét elfogyasztását és a test egy részének eltávolítását. A fentebb emlegetett londoni Bethlem Kórház 1880 és 1900 közötti esetenaplóiban például a teljes ellátott betegpopuláció 11%-a volt aktuálisan önsértő a kor önsértő kategóriái szerint, azaz ennyien – 592 beteg közül 65-en – folytattak valamilyen önsértő cselekedetet kórházi tartózkodásuk alatt. Az esetek jórésze önütés és bőrtépkedés (25-25% fölött), valamint bőrcsipkedés (közel 15%) volt, de 5-10% közötti gyakorisággal önégetés, önvagdosás és önharapás is előfordult. A drasztikus öncsonkítási formák (jellemzően önkasztráció, önamputáció és a szemgolyó eltávolítása) jóval kisebb mértékben, 1-3% körül voltak jelen, azaz szórványos esetekként tekinthetünk azokra. A kor neves orvosi folyóirataiban is lecsapódott az önsértés iránti pszichiátriai érdeklődés. Három brit orvosi lapban (*The Lancet*, *British Medical Journal*, *Journal of Mental Science*) például 1840 és 1900 között 89 önsértéses esetet dolgoztak fel. Ezek negyede az olyan radikális és drámai formákat helyezte a középpontba, mint az önkasztráció és az önamputáció, de sok tanulmány szólt, ahogy a terület akkori egyik kiemelkedő kutatója, az angol pszichiáter, James Adam nevezte, „kisebb öncsonkításokról”, például bőr- és hajtépkedésről. Lényeges az is, hogy a viktoriánus kori elmeorvosok felismerték azt is, hogy önsértés előfordulhat kóros elmeállapotban, de épelméjű egyéneknél is. Igaz, előbbit a leggyakrabban vallási téveszmékhez, míg az utóbbit vallási meggyőződéshez kötötték, de nem tudták egyértelműen leírni, hogyan lehetne a vallási téveszme és a vallási meggyőződés megkülönböztetni egymástól (Chaney, 2017).

Külön bekezdést érdemelnek az önsértés pszichiátriai történetét tekintve az ún. „tűs lányok” esetei (Möhl, 2020). Ahogy fentebb szó volt róla, az önsértés extrém példái fokozott figyelmet kaptak az orvosi szakirodalomban – s nem mellékesen a korabeli sajtóban is. Az egyik ilyen kategóriát azok a – leírások szerint kizárólag – nők képezték, akiket sokáig súlyos, megmagyarázhatatlan testi tünetekkel kezeltek, majd kiderült róluk, hogy fizikális problémáikat, kritikussá váló állapotukat az okozta, hogy számos tűt szurkáltak a hasukba vagy más testrészeikbe. Több ilyen esetet ismertettek nívós, amerikai és európai pszichiátriai lapokban. Egy ilyen esetet emelünk ki Möhl (2020) alapján, mert az több szempontból is kuriózum: részben egy korai, a 19. század elejéről származó esetleírásról van szó, részben pedig rekordszámú tűt találtak a páciens testében, amelyeket önmaga szúrt magába. Egy fiatal nőt, bizonyos Rachel Hertzet az 1800-as évek elején közel két évtizedig súlyos testi tünetekkel – erős görcsrohamokkal és fejfájással, érzéskiesésekkel, vérhányással, súlyos gyomorfájdalmakkal – kezeltek. A nő egyik orvosa daganatot tapintott ki a hasában, s azt feltárva oxidálódott varrótűt talált benne. Az ezt követő években a nő

testéből 389 tűt távolítottak el sebészeti úton. Csak évek múltán derült ki, amikor egy titkos kémlelőnyíláson keresztül megfigyelték a kórházi szobájában, hogy önmaga szúrta a tűket a testébe. Érdekes a páciens „leleplezését” követő ellátása is. Amint rajtakapták, megtévesztéssel vádolták meg és egy pap gondjaira bízta, aki vallási és erkölcsi rehabilitációját végezte. Lelepleződése után fizikálisan gyorsan felépült: néhány hónappal később házimunkát végzett és házigazdája fiát nevelte. A mai diagnosztikai rendszerekben valószínűleg kóros színlelt (factitiousus) zavar diagnózist kapna, hiszen testi tüneteket, betegséget idézett elő önmagánál, ezzel szándékosan megtévesztette környezetét. A 19. században a „tűs lányok” eseteit újfajta páciens-típusként kezdték kezelni és úgy vélték, hogy ezek a nők „hisztéria hatása” vagy pszichózis következtében követik el tettüket. Ennél a pontnál fontos rámutatnunk arra, hogy a „tűs lányok” esetei nagymértékben hozzájárultak ahhoz a felfogáshoz, hogy az önsértés kizárólag nőkhöz köthető jelenség (Møhl, 2020). Az önsértés mint női jelenség felfogása a mai napig gyakori laikus tévhit.

Megjegyezzük, hogy a „tűs lányok” viselkedését a modern pszichiátria *önbeágyazó viselkedésnek* (*self-embedding behavior, SEB*; Young és mtsai., 2010) nevezi, ami gyakran figyelmen kívül hagyott és félrediasztizált formája az önsértésnek. Az önbeágyazó viselkedés nem önálló diagnosztikai kategória, s nehezen is ismeri fel a gyógyító személyzet, mert a páciensek általában nem szólnak róla környezetüknek, s ha mégis napvilágra kerül, rendszerint tagadják, hogy ilyesmit tettek volna. Leggyakrabban az önbeágyazó viselkedéssel jellemezhető betegek kóros színlelt zavar, pszichotikus zavar vagy valamilyen személyiségzavar diagnózist kapnak (Mannarino és mtsai., 2017). Önbeágyazó viselkedés során a személy ismétlődően több szilárd tárgyat (pl. varrótűt, kapcsolat, üvegdarabot, ceruzahegyező élet stb.) szúr a különböző testrészeibe (pl. karjába, lábába, lágyékába, hasába, mellébe, fenekébe vagy akár szemürege légyszöveiteibe; Bennett és mtsai., 2011). Egy pár éve megjelent szisztematikus irodalomáttekintés csupán 32, az 1960-as évektől megjelent önbeágyazó viselkedést feldolgozó esettanulmányt talált a főbb bibliográfiai adatbázisokban, s maguk is két esetet közöltek a tanulmányban. Lényeges, hogy az önbeágyazó viselkedés bár a nőknél gyakoribb volt, az esetek egyharmadában férfiakat is érintett. Különböző kultúrákban és életkorokban egyaránt előfordult, nagyon ritkák voltak az önbeágyazó viselkedés miatt szükséges nagyobb sebészeti beavatkozásokból fakadó komplikációk, és nem fordult elő halálozás az önbeágyazó viselkedés miatt (Mannarino és mtsai., 2017).

Az önsértés első modern pszichiátria leírása, mely nem pszichotikus állapotú beteg önsértéséhez kapcsolódott, 1913-ból érhető el. Egy amerikai pszichoanalitikus, Louville Eugene Emerson egy 23 éves gyári munkásnő esetét foglalta össze, akit Miss A-nak nevezett el. A nő a kórházba egy, a bal karján ejtett vágással jelentkezett, ahol több korábbi heg is látható volt. Miss A. elmondta, hogy minden sebt, a karján és a mellkasán lévőket is, saját magának okozta. A lábszárába pedig egy W betűt

véselt (Emerson, 1913). Emerson a pszichoanalitikus kezelés során feltárta, hogy az önsértő magatartás több tekintetben – fizikálisan és szexuálisan – is bántalmazott gyermekkort követően egy traumatikus esemény után indult (a traumák és az önsértés kapcsolatát részletesen a IX.2.1. fejezetben tárgyaljuk). A munkásnőt az unokatestvére megpróbálta megerőszakolni. Az erőszakkísérlet során dulakodtak, s ekkor a nő védekezés közben véletlenül megvágta magát egy kenyérvágó késsel. Ezt követően a páciens azt tapasztalta, hogy az önsebzés enyhítette a fejfájását és egy furcsa, szokatlan, nehezen megfogalmazható érzést, amit az önsértés előtt élt át. Ezután már tudatosan alkalmazta érzelmi distressze, lehangolt és szorongásos állapotai csökkentésére, valamint pozitív érzelmi állapot előidézésére is. Miss A. a vágáshoz, a „vére kiengedéséhez” kötötte a gyógyulását (Emerson, 1913). E helyütt érdemes azt a történelmi, orvostörténeti előzményt megemlíteni, amely a vérzést, a vér kifolytatását terápiás eljárásként értelmezte. A vércsapolás a 19. század végéig igen széles körben alkalmazott orvosi módszer volt, hiszen úgy vélték, hogy a test homeosztatisztikus egyensúlyát állíthatják vissza bizonyos vérmennyiség kifolytatásával. A tudomány ekkori értelmezési keretében a vérzés a test természetes folyamatai közé tartozott, így a véreztetésről úgy gondolták, hogy az egészséget állítja vissza. Ebben a perspektívában értelmezhető az is, hogy a korszakban Miss A. az önsértést részben terápiás céllal alkalmazta (Chaney, 2017). Emerson (1913) esetfeltárásiából az is kiderült, hogy Miss A. menstruációs ciklusa igen rendszertelen volt, emiatt az önvágást részben azért is alkalmazta havi rendszerességgel, hogy visszaállítsa a rendszeres menstruációját. Ugyanakkor fontos aspektus, hogy Miss A. arról is beszámolt, hogy gyakorta nem tudta kontrollálni – bár megkísérelte – az önsértésre irányuló késztetését. Az önsértés gondolata gyakran intenzíven elárasztotta, s az önsértő tett előtt már csak arra tudott fókuszálni. Emerson viszonylag komplexen értelmezte páciense önsértő magatartását: kiemelte, hogy Miss A. önsértő viselkedése nem megérthető a gyermekkorban elszenvedett pszichoszexuális trauma nélkül. Pszichoanalitikusként magyarázatában különös hangsúlyt helyezett az agresszorral való azonosulás folyamatára, melynek révén a kívülről elszenvedett erőszak (heteroagresszió) belsővé válik és önsértés (autoagresszió) formájában jelenik meg. Szintén a pszichoanalitikus gondolatsor részeként az elszenvedett szexuális traumák miatt az önvágásra a szexuális kielégülés áttételes formájaként, szimbolikus maszturbációként tekintett. Kiemelte azt is, hogy bár a páciens nem tartott a testi fájdalomtól, de nem tudta elviselni a lelki fájdalmat, amit az önsértéssel tudott levezetni (Emerson, 1913). Az önsértés pszichoanalitikus magyarázatait a X.2.1. fejezetben mutatjuk be részletesen. Miss A. esete az egyik első olyan, amikor a kezelő az érthetetlennek tűnő cselekedetet – hiszen miért próbálná önmagát bántani valaki – megpróbálta megérteni és magyarázatot keresett a háttérmechanizmusokra. Emerson az esetleírásban képes volt megragadni, hogy Miss A. elsősorban az érzelmeit szabályozta az önsértéssel, miközben az a fájdalmas gyermekkori és aktuális élményei újraátélésétől időlegesen

megszabadította. Emerson még az olyan finom utalásokra is felfigyelt, hogy Miss A. nem tudta árnyaltan megfogalmazni azokat az érzéseit, élményeit, amelyek az önsértő viselkedést kiváltották (az alexithímia és az önsértés kapcsolatáról a IX.1.1.3. fejezetben olvashatunk). Az is Emerson terápiás érzékenysége utal, hogy – bár az esetközlés időpontjában Miss A. már több mint egy éve nem végzett önsértést – a pszichoanalitikus kihangsúlyozta, ugyan sikeresnek tűnik a terápia, de az egy év tünetmentesség még nem feltétlenül jelent végleges gyógyulást (Emerson, 1913).

VII. EPIDEMIOLOGIAI ADATOK ÉS ÉLETKORI SZEMPONTOK A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS KAPCSÁN

Az NSSI nem csak klinikai, hanem nemklinikai populációkban is jelen van, s utóbbiban is jelentős egészségügyi problémaként azonosítható (Liu, 2023). Bár a kutatások konzisztensek abban a tekintetben, hogy az NSSI-cselekedetek a leggyakrabban serdülőkorban (Brown és Plener, 2017) és fiatal felnőttkorban (Wester és mtsai., 2018) fordulnak elő, ugyanakkor korábbi és későbbi életévekben is azonosítható a jelensége, bár jóval alacsonyabb gyakorisággal. Mielőtt az egyes életkori szakaszokra jellemző előfordulási arányokat áttekintenénk, érdemes az NSSI mint epidemiológiai jelenség mérési nehézségeire rávilágítani.

A megelőző fejezetekben összefoglalt terminológiai összemosottság és sokféleség nagymértékben megnehezíti az NSSI mérését, különösen, ha történetileg szeretnénk áttekinteni annak gyakorisággörbáját különböző populációkban. A 2000-es évek előtti időszakban az NSSI-t gyakorta összemosták az SSI-vel, a fogalmak pontosítását csak az elmúlt egy évtizedben veszik szigorúan a tudományos közleményekben. Másrészt a különböző vizsgálatok becslésében jelentős eltérés lehet módszertani differenciák miatt. Példaként, amíg az eldöntendő kérdéstípuson (végzett-e önsértést élete során vagy sem) alapuló felmérések átlagosan 12,5%-os NSSI élettartam-gyakoriságot jeleztek, addig a különböző önsértő viselkedéseket felsoroló és azok jellemzőit részletesebben feltáró listák átlagosan majdnem kétszeres élettartam-prevalenciát (23,6%) azonosítottak (Muehlenkamp és mtsai., 2012). Problémát jelent továbbá az is, hogy a legtöbb kutatás csupán az önsértés élethossz prevalenciaértékét közli, pontprevalenciáját (jellemzően az elmúlt egy hónapban végzett önsértés előfordulása) nem adják meg. Ehhez kapcsolódik, hogy a felmérések gyakran nem figyelnek arra, hogy a felmért önsértés aktuálisan áll fenn, vagy csak a múltban volt jelen. Azok az önsértéskutatások és -kérdőívek, amelyek erre a szempontra is figyelnek, általában az egy hónapon belül önsértést végzőket tekintik jelenleg önsértőknek (Claes és Vandereycken, 2007). Ugyanakkor ebben a tekintetben sincs konszenzus az NSSI-kutatásokban: vannak olyan vizsgálatok, ahol az elmúlt héten történt önsértést, míg mások az elmúlt egy évben végzett önsértést (Taylor és mtsai., 2019) veszik aktuális önsértésnek. Azt is ki kell emelni, hogy az NSSI-viselkedéssel kapcsolatban válaszadók nem biztos, hogy teljesen ugyanazt értik NSSI alatt, mint a kutatók, még akkor sem, ha adott NSSI-kérdőív kitöltési útmutatója azt részletesen definiálja (Rodham és Hawton, 2009). Például a kitöltő elsikkadhat a *szándékos* jelzőn, s olyan viselkedést

is NSSI-cselekedetként jelölhet be, amelyet nem akaratlagosan és önsérlelmi céllal követett el, ahogy ez gyakran előfordul a sebgyógyulás megakadályozása esetében. Érdekes itt kitérni erre a – nemklinikai mintákban – különösen gyakori önsértési formára (Swannell és mtsai., 2014; Nester és mtsai., 2023): a sebgyógyulás megakadályozása néhány esetben súlyos formát is ölthet (pl. ha valaki szándékosan sótszór a sebébe, hogy fájdalmat okozzon önmagának), de általában az emberek az enyhe formáját (pl. a var sebről való lekapargatását) értik alatta (Houston, 2017), ami kulturálisan, szociálisan is elfogadott jelenség. Emiatt újabban néhány tanulmány mellett érvel, hogy a sebgyógyulás megakadályozását ne tekintsük NSSI-viselkedésformának vagy legalábbis fenntartásokkal kezeljük (pl. Zetterqvist és mtsai., 2013). Ezt a szempontot olyan tanulmányok is megerősítik, amelyek azt jelzik, hogy ez az önsértési mód nem kapcsolódik semmilyen eddig azonosított önsértési motivációhoz (Reinhardt és mtsai., 2021b), illetve hálózatelemzés alapján perifériásan kötődik a többi NSSI-módszerhez (pl. a vágáshoz, az önütéshez, a karmoláshoz), azaz azoktól fundamentálisan különböző lehet (Reinhardt és mtsai., 2025). Idekívánkozik az a kutatói tapasztalat, hogy gyakorta maguk a vizsgálati személyek, akik az önsértésről szóló kérdőíveket kitöltik, csodálkoznak el azon és kérdőjelezik meg azt, hogy a sebgyógyulás szándékos megakadályozása önsértés lenne. Azt inkább szokásszerű, kevésbé kontrollált és kevésbé súlyos cselekedetnek jelzik.

Végül azt se feledjük el, hogy az önsértő viselkedések (mind az NSSI, mind az SSI) társadalmilag stigmatizáltak (Burke és mtsai., 2019), s mivel az NSSI-vel járó fizikai sérülések sok esetben nem igényelnek orvosi ellátást, az azt végzők sokszor nem kérnek professzionális (orvosi, pszichológiai) segítséget (Muehlenkamp, 2005) és/vagy még névtelenül zajló vizsgálatokban sem vesznek részt (Klonsky és mtsai., 2011). Tehát a prevalenciaadatok valószínűleg alulbecsülik a viselkedés előfordulását.

VII.1. Az NSSI előfordulási gyakoriságának alakulása tudománytörténeti perspektívából

Az 1980-as évek előtt az NSSI-t ritka jelenségként értékelték és úgy tekintették, mint ami csak súlyos mentális betegségekben fordul elő (pl. Green, A. H., 1967), s leginkább a csukló vagdosását, a falcolást értették alatta (pl. Graff és Mallin, 1967). Miután egyre több klinikus és kutató figyelt fel az NSSI-re, és a médiában is témaaként jelent meg, elkezdtek azt pontosabban definiálni és különböző – nem csak pszichiátriai beteg – csoportokban felmérni (Rodham és Hawton, 2009). Az 1980-as évek előtti időszakból nem is állnak rendelkezésre a mai értelemben vett NSSI gyakorisági adatok (Muehlenkamp, 2005). Az első ilyen munka Pattison és Kahan 1983-as közleménye volt, amelyben 56 esettanulmány elemzése alapján bevezették

a *szándékos önártalom* (*deliberate self-harm, DSH*) terminust. Tanulmányukban a DSH-t a DSM-IV nozológiai rendszerébe önálló diagnosztikai kategóriának javasolták, s gyakoriságát 0,4%-ban határozták meg. Az 1980-as évek végére más kutatók már közel duplájára, 0,75%-ra becsülték a nem öngyilkossági célú önsértés prevalenciáját (Favazza és Conterio, 1988), míg az 1990-es évek első felében már 1% fölött mérték (Favazza és Rosenthal, 1993). Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy a DSH akkori kritériumai csak az NSSI egy szűkebb szeletét fedték le: azt a mintázatot, amelyben késő kamaszkortól kezdődően, éveken keresztül gyakran visszatérő epizódokkal, alacsony halálozási aránnyal jelentkezett a test szándékos önsértése (Pattison és Kahan, 1983). Mindenesetre Favazza és Rosenthal 1993-as munkája, mely az NSSI-kutatások alfájának tekinthető, a jelenség mélyebb megértésének igényét dinamizálta, melynek része volt, hogy számos különböző – életkori, nemi, kulturális-etnikai, beteg és egészséges – csoportban felmérjék az NSSI előfordulási gyakoriságát.

VII.2. NSSI gyermekek körében

Bár nem a gyermekek körében a leggyakoribb az NSSI, ebben az életkorban (kb. 6-12 éves kor között) is előfordul. Felmérések kimutatták, hogy legkorábban a kora, illetve középső gyermekkorban indulhat az NSSI, akár 4 éves gyerekeknél is jelen lehet (Klonsky és mtsai., 2011). Nagyon kevés olyan vizsgálat van azonban, amely gyermekkorban méri fel az NSSI-prevalenciát. Inkább az jellemző, hogy serdülőktől vagy felnőttektől retrospektív adatokat kérnek arra vonatkozóan, mikor vettek részt először önsértésben. Ezek a visszaemlékezések azt mutatják, hogy kb. a válaszadók 5%-a középső és késő gyermekkorra – 10 éves koruk előttre – datálja az NSSI-cselekedetek kezdetét (Muehlenkamp és Gutierrez, 2004; Whitlock és mtsai., 2006). Ilyen esetekben azonban az emlékezet torzító hatását is szem előtt kell tartanunk, ezért a jövőben érdemes gyerekkortól kezdve longitudinálisan is vizsgálni az NSSI jelenségét, különösen a fejlődési útvonalak és az azokat meghatározó tényezők azonosítása miatt.

VII.3. NSSI serdülő- és fiatal felnőttkorban

Egy több mint 50 vizsgálatot összefoglaló szisztematikus áttekintés az NSSI élet-tartam-gyakoriságának átlagát 18%-ban állapította meg kamasz populációkban (Muehlenkamp, Claes, Havertape és Plener 2012). A tanulmány azonban arra is

felhívja a figyelmet, hogy a különböző vizsgálatok becslésében jelentős eltérés lehet azok módszertani különbségei miatt. Több, európai és észak-amerikai serdülők körében végzett kutatásban nem ritka a 40, akár 50%-ot közelítő előfordulási gyakoriság sem (Brunner et al. 2014; Jacobson és Gould 2007; Lloyd-Richardson és mtsai., 2007), ami arra is utalhat, hogy az egyes nemzeti minták között különbség lehet a nemszuicidális önsértés előfordulási gyakoriságában. A kurrens magyar adatok is magas prevalencia-értékeket jeleznek kamasz átlagpopulációban. Magyarország különböző részeiről 1015 serdülőt bevonó vizsgálatunk alapján a serdülők 41%-a vett részt élete során legalább egy önsértési epizódban. A teljes minta közel 32%-ánál ez az elmúlt hónapban történt, azaz a középiskolások szűk egyharmada aktuálisan önsértőnek tekinthető, fontos azonban, hogy jórészüik (közel 90%-uk) a felmérést megelőző hónap során 1–5 napon végzett önsértést. Azt is lényeges megjegyeznünk, hogy a vizsgált minta nem volt reprezentatív (Reinhardt és mtsai., 2021a).

Fiatal felnőttek, különösen egyetemisták körében hasonlóan magas NSSI élettartam-gyakorisági arányokat mértek. Egy szisztematikus áttekintés felsőoktatásban tanulók körében közel 40%-os érintettséget jelzett az élettartamra vonatkoztatva (Cipriano és mtsai., 2017). Egy nagymintás, randomizált kutatás pedig arra mutatott rá, hogy az önsértő amerikai egyetemisták $\frac{3}{4}$ -e repetitíven végezte az önsértést, s majdnem minden harmadik bevallása szerint késő kamaszkorában vagy fiatal felnőttkora kezdetén önsértett először (Whitlock és mtsai., 2006).

Az elmúlt években megjelent, a fejlődő országokra (pl. Mexikó, Törökország, India, Kína) fókuszáló metaanalízisek és szisztematikus irodalomáttekintések hasonló előfordulási arányokat – 11–36%-ot – detektáltak serdülők körében (Lang és Yao, 2018; Mannekote Thippaiah és mtsai., 2021). Érdekes azt is megjegyezni, hogy olyan nagy kiterjedésű országokban, mint Kína régióként is jelentős eltérések lehetnek az NSSI előfordulási gyakoriságában: Kína vidéki részein például magasabb gyakorisági adatokat regisztráltak (Mannekote Thippaiah és mtsai., 2021).

Itt kell kiemelnünk azt a nemzetközi szakirodalomban egyértelműen megjelenő trendet, amely az elmúlt másfél évtizedben az NSSI előfordulásának radikális emelkedését jelzi serdülők (Cipriano és mtsai., 2017) és fiatal felnőttek (Wester és mtsai., 2018) körében. Wester, Trepal és King (2018) például elsőéves amerikai egyetemisták mintájában mutatták ki, hogy 2008 és 2015 között az NSSI élettartam-prevalenciája 16%-ról 45%-ra nőtt. Friss mérések szerint a legalább egy önsértési epizód élettartam-prevalenciája akár 50% is lehet kamaszkorban (Calvete és mtsai., 2015; Cerutti és mtsai., 2011), ami azt jelenti, hogy bizonyos mintákban (pl. spanyol, olasz) akár minden második fiatal legalább egyszer már végzett önsértést addigi élete során.

Az NSSI jellemző életkori indulása is a serdülőkorhoz köthető. A nemzetközi mérések abban konzisztensek, hogy az NSSI első megjelenése 12–16 éves kor közé tehető (pl. Muehlenkamp és Gutierrez, 2004; Nock és Prinstein, 2004; Kostić és

mtsai., 2019). Ezzel a magyar eredmények is harmonizálnak: a kamaszok legtöbbje 12 és 15 éves kora közé tette az önsértés első megjelenését, az első önsértési epizód életkori átlaga a 12 éves kor volt (Reinhardt és mtsai., 2021a). Mivel az első NSSI-epizód megnöveli az NSSI ismétlődésének kockázatát (Jacobson és Gould, 2007), hangsúlyosan vetődik fel az önsértés-prevenció bevezetésének szükségessége már az általános iskola felső tagozatában. Arra egyelőre nincs egyértelmű magyarázat, hogy általánosságban miért a kora, illetve a középső serdülőkorban a legjellemzőbb az NSSI indulása. Feltehetően ez összefügg a serdülőkor neurobiológiai váltoásaival és olyan rizikótényezőkkel (pl. megnövekedett depresszív tünetek, alkoholfogyasztás, szexuális aktivitás, szociális stresszorok), amelyek gyakran kamaszkorban éleződnek ki (Patton és mtsai., 2007; Brown és Plener, 2017). Kurrens vizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy NSSI-ben érintett kamaszok akut stresszhelyzetekben alacsonyabb HPA-tengely (hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg tengely) reaktivitással vesznek részt, ami a stresszválasz megváltozott, problematikus lefutására utal (Kaess és mtsai., 2012). A legújabb kutatások pedig gén–környezet kölcsönhatást is kimutattak nemklinikai serdülőmintákban. Azok a serdülők például, akik megnövekedett társas stressznek voltak kitéve és a szerotonin transzportért felelős SLC6A4 gén 5-HTTLPR régiójának legalább egy rövid allélját hordozták, nagyobb eséllyel végeztek önsértést, a hatásméret közepes erősségű volt, azaz nem elhanyagolható összefüggésről van szó (Hankin és mtsai., 2015). Egy másik, agyi képalkotó eljárást (fMRI) alkalmazó vizsgálat pedig NSSI-t végző serdülő lányok megváltozott limbikus aktivitását mutatta ki érzelmi információk feldolgozásakor NSSI-t nem folytató társaikhoz képest (Plener és mtsai., 2012). Az NSSI biológiai alapjait részletesen a X.1. fejezetben tekintjük át. Ugyanakkor nem szabad szem elől tévesztenünk, hogy ezek a kutatások keresztmetszetiek voltak, azaz nem biztos, hogy a kimutatott tényezők okai az NSSI-nek, inkább annyit mondhatunk, megnövelik annak kockázatát. Másrészt rendkívül alacsony elemszámokkal dolgoztak, így általánosítható következtetések levonására csak kritikával alkalmasak.

VII.3.1. NSSI pszichiátriai beteg, valamint speciális helyzetű kamaszok mintáiban

Pszichiátriai betegek körében már a mérések kezdete óta extrém magas NSSI-prevalenciát detektáltak. Klinikai serdülőkorú populációkban az elmúlt évtizedekben következetesen 50–70% körüli NSSI előfordulási arányt találtak az élet-tartamra vonatkoztatva (DiClemente és mtsai., 1991; Sim és mtsai., 2009; Hauber és mtsai., 2019). Az NSSI egyik legfontosabb súlyossági mutatója, az alkalmazott NSSI-módszerek száma klinikai kamaszmintákban átlagosan 6, ami magasabb, mint nemklinikai serdülők körében (Sim és mtsai., 2009; Lindholm és mtsai., 2011). Egy,

a közelmúltban öt serdülőpszichiátria bevonásával zajlott hazai vizsgálatban a pszichiátriai ellátásban részesülő kamaszok 73,5%-a számolt be legalább egy NSSI-epizódról az élete során. Ennek a 73%-nak a 45%-a aktuálisan – az elmúlt egy hónap során – (is) végzett önsértést, s döntő többségük (közel 86%-uk) azt ismétlődően tette (Reinhardt és mtsai., 2022a). Hasonlóképpen a nemzetközi trendekhez, a magyar klinikai vizsgálatban is átlagosan hatféle önsértési formát alkalmaztak a kamaszok (Reinhardt és mtsai., 2022a). Fiatal felnőttkorú pszichiátriai betegeknel is egyezők a prevalenciaértékek: egy amerikai, osztályos pszichiátriai ellátásban részesülő fiatal felnőtt minta 68%-a végzett önsértést a felmérést megelőző évben (Guerry és Prinstein, 2010).

Más veszélyeztetett populációkban is igen magas lehet az NSSI előfordulása. Aggasztóan magas NSSI-arányokat találnak például fiatalok bünelkövetők javítóintézeteiben (Kenny és mtsai., 2008; McReynolds és mtsai., 2017) vagy nevelőotthonokban, illetve nevelőszülőknél élőknel (Gabriell és mtsai., 2015). Dixon-Gordon és munkatársai (2012) szisztematikus irodalomáttekintése alapján az NSSI pontprevalenciája (az elmúlt hetekben kimutatott gyakorisága) javítóintézetekben elérheti a 24%-ot, azaz a fiatal fogvatartottak negyede szándékosan kárt tesz magában. Kenny és munkatársai (2008) pontosították ezeket az eredményeket, miszerint az NSSI-cselekmények 75%-a a fiatalok őrizetben tartása alatt történt. Ez hasonló Power, Smith és Beaudette (2016) eredményeihez, ahol a felnőtt elkövetők 73%-a állította, hogy NSSI-t követett el a bebörtönzése alatt. A kamasz fogvatartottak között a leggyakoribb NSSI-módok a vágás (Dixon-Gordon és mtsai., 2012) és az ütés (a fej falba ütése és kemény tárgyak ököllel ütése) volt (Kenny és mtsai., 2008). Hazai vizsgálatunk (Reinhardt és mtsai., 2020) – melyben 244, javítóintézetben élő 14–20 éves kamasz vett részt – hasonló eredményeket hozott: 26%-uk aktuálisan is részt vett önsértő viselkedésben (jellemzően önütésben, vágásban, karmolásban és harapásban), 34%-uk pedig élete során valamikor korábban végzett önsértést. Az önsértő cselekedetek alapvető motivációja a negatív érzelmi állapotok önsértés általi csökkentése volt. Az önsértést végző fiatal bünelkövetők szignifikánsan több negatív éleleteseményen mentek keresztül a megelőző fél évben, mint nem önsértő társaik. Az önsértő viselkedésben aktuálisan is résztvevő javítóintézeti neveltek jellemzően elkerülésalapú érzelmszabályozási módszerekkel (pl. disszociációval és élményeik, érzéseik elnyomásával) „kezelték” negatív állapotaikat (vö. a IX.1.1.1. fejezettel).

A gyermekjóléti rendszerben (pl. nevelőotthonokban, nevelőszülőknél) ellátott gyerekek és kamaszok önsértő viselkedéséről nagyon kevés kutatás létezik, ugyanakkor arra több vizsgálat is rámutatott, hogy ezeknek a fiataloknak az életében jelentős az instabilitás (pl. családból való kiszakítás, nevelőszülő-váltások; Barth és mtsai., 2007) és előtörténetükben számos *ártalmas gyermekkori élmény* (*adverse childhood experiences, ACE*), főként a bántalmazottság különböző formái fordulnak elő (Maneiro és mtsai., 2023). Részben ezekkel összefüggésben körükben gyakoribb

a családban élő serdülőkhez képest a szerhasználat és a pszichiátriai tünet (Pilowsky és Wu, 2006), valamint a pszichiátriai problémák miatti hospitalizáció (Fawley-King és Snowden, 2015). Ezek a tényezők (pl. negatív életesemények, bántalmazottság, szerhasználat, pszichés tünetek) mind szoros kapcsolatban vannak az NSSI-vel. Így nem meglepő, hogy a gyermekjóléti rendszerben ellátottak önsértő viselkedésére irányuló szűrővizsgálatok magas arányokat jeleznek (Gabrielli és mtsai., 2015). Hurley és munkatársai (2009) például 1047, nevelőszülőknél elhelyezett fiatal archív anyagát tekintették át: az 1995-ös születésű kohorszban 35%, a 2004-es születésűben pedig 39% jelzett az élettörténetében önsértő viselkedést, s mindkét korcsoportban 13% volt azoknak a fiataloknak az aránya, akiknek a gondozásba vételükkor öngyilkossági gondolatai voltak. Nemi különbségeket ezeken a területeken nem azonosítottak.

A magas önsértési arányok ezekben a csoportokban arra is utalhatnak, hogy a bezártság, az ingerszegény környezet kockázati tényezője lehet az NSSI megjelenésének. A szenzitív, azaz fokozott pszichoszociális veszélynek kitett mintákban előforduló különösen magas NSSI-arány háttérében továbbá az feltételezhető, hogy ezek a fiatalok nagyobb arányban és súlyosabb pszichológiai problémákkal, tünetekkel küzdenek. A mentális problémák pedig konzisztensen kimutatott kockázati tényezői az NSSI-nek (Wang és mtsai., 2022). Egy további kiegészítő magyarázat a „szociális fertőzés” jelensége: már az NSSI konceptualizálásakor, az 1980-as években több kutatás is rámutatott, hogy osztályos pszichiátriákon amennyiben egy fiatalnál megjelenik az önsértés, megnövekszik annak a kockázata, hogy más, az osztályon fekvő gyerekek és kamaszok is részt vegyenek abban (pl. Walsh és Rosen, 1985). Ugyanakkor olyan kamaszok körében is hasonlóan magas – 80% körüli – NSSI-arányokat mérnek, hasonló életkori kezdettel (átlagosan 13 éves kor körül), akik ambuláns ellátás keretében kapnak pszichiátriai/pszichológiai megsegítést (Glenn és mtsai., 2017). Az NSSI-ben megmutatkozó társas hatásokra, a „szociális fertőzés” lehetséges szerepére a X.3. fejezetben még visszatérünk.

A marginalizált csoportok kapcsán fontos még az LMBTQ (leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű, semelyik csoportba nem sorolható) és a nemi kisebbséghez tartozók NSSI-sérülékenysége is kitérnünk. A szexuális kisebbséghez tartozó fiatalok háromszor-öttször nagyobb valószínűséggel vesznek részt NSSI-ben, mint heteroszexuális társaik, egyetemista LMBTQ-fiatalok majdnem 63%-a (!) számolt be arról, hogy életében legalább egyszer NSSI-t végzett (Muehlenkamp és mtsai., 2015). Egy közelmúltbeli vizsgálatban pszichiátriai ellátásban részesülő szexuális és nemi kisebbséghez tartozó serdülők 87%-a (!), míg heteroszexuális és cisznemű¹ hospitalizált társaik 68%-a jelzett NSSI-cselekedeteket (Ugueto és Lucassen, 2022). Ezeknek a már fiatal korban magas arányoknak a háttérében feltehetően a kisebbségi

1 Cisznemű, akinek a nemi identitása megegyezik a születéskor megállapított nemével.

létből is adódó hátrányos helyzet – bántalmazottság, szexuális támadások, zaklatás, a környezet elutasítása, az ezek miatti internalizált homo- és transzfóbia (Jarvi és mtsai., 2013) – állhat. Ennek következtében gyakrabban alakulnak ki pszichiátriai tünetek, alacsony önbecsülés, szerhasználat, öngyilkossági szándékú és nem öngyilkossági szándékú önsértés (Marshall és mtsai., 2016).

VII.4. NSSI felnőttkorban

Az NSSI alakulásában felnőttkorra (18 és kb. 65 éves kor között) az általános népességben markáns csökkenő tendencia mutatható ki. Ugyanakkor a felnőttkor előtt induló NSSI bizonyos esetekben – rövidebb-hosszabb nyugalmi időszakok és az NSSI újra megjelenésének váltakozásával – évekig fennmaradhat és felnőttkorra is áthúzódhat. Felnőtt közegben azonban jóval kevesebb vizsgálat irányul(t) az NSSI – árnyalt – felmérésére. Dong és munkatársai (2023) tudományos adatbázisokon alapuló bibliometrikus elemzése szerint az NSSI-vel kapcsolatos tudományos munkákban a leggyakoribb kulcsszavak a „serdülőkor” és a „gyakoriság” voltak.

Két, ezredfordulóhoz közeli felmérés kb. 4%-os élettartamprevalencia-értéket mutatott ki nemklinikai felnőttek körében (Briere és Gil, 1998; Klonsky és mtsai., 2003). Későbbi felmérések kb. 5-6%-os élettartam-prevalenciát jeleztek (Klonsky, 2011; Swannell és mtsai., 2014). Ed Klonsky (2011) – bár alacsonyabbnak számító mintaelemszámon – árnyaltabb képet jelenített meg a felnőtt NSSI-ről: az 5,9%-os élettartam-prevalencia mellett az amerikai válaszadók 2,7%-ánál ötnél több önsértési epizód fordult elő élete során, s az elmúlt egy évben a felnőttek 0,9%-a végzett önsértést. Egy kurrens angliai országos reprezentatív felmérésben, több mint 7000 felnőtt interjúk kikérdezése alapján az NSSI élettartam-prevalenciája közelítette az 5%-ot. Ugyanakkor lényeges, hogy a 30 év felettiek körében az élethossz-prevalencia (6%) csaknem megfeleződött a 18–29 éves korosztályéhoz képest (~11%), 50 éves kor felett pedig a hetedére csökkent (~1,5%; Liu, 2023). Az NSSI alacsonyabb prevalenciája az életkorral előrehaladva több tényezővel is magyarázható. Feltételezhető, hogy a serdülőkori instabilitás csökkenésével és az érettebb megküzdési módok erősödésével felnőttkorban kevésbé jelenik meg NSSI (Rodham és Hawton, 2009). Az is lehetséges, hogy a felnőttek, különösen az idősebbek az életükben jóval korábban bekövetkezett NSSI-re már nem emlékeznek és/vagy körükben erőteljesebben stigmatizált jelenségként élik meg az önsértést, így nem számolnak be arról (Griffith és mtsai., 2008). Az NSSI „elfelejtésében” az emlékezet torzító hatásának szerepét azok a kutatások is alátámasztják, amelyekben kimutatták, hogy ugyanazon személynél prospektív adatgyűjtéssel lényegesen – majdnem kétszer – magasabbnak bizonyul a mentális betegségtünetek száma a retrospektív beszámolókhhoz képest

(Moffitt et al., 2010). Másrészt a legtöbb, felnőttek körében végzett vizsgálat egyszerűen mért fel, és valamelyest összeszova kezelt NSSI és az SSI viselkedéseket, így lehetséges, hogy a vizsgálati személyek nem teljesen pontosan értették, mire gondoljanak az NSSI-viselkedések alatt (Liu, 2023).

A felnőttek körében történt vizsgálatok szerint a vágás és a bőrbe vésés volt a leggyakrabban használt mód, de gyakori volt még az égetés, a harapás, a karmolás, az ütés, az erős csípés és a sebgyógyulás tudatos meggátlása. A felnőttek kb. fele többféle NSSI-módot is alkalmazott és leginkább negatív érzelmeik enyhítésére éltek a különböző NSSI-formákkal (Klonsky, 2011; Liu, 2023). Ezen szempontok szerint (alkalmazott módok, gyakorta többféle mód használata, az NSSI érzelemregulációs stratégiaként való alkalmazása) a felnőttek által leírt NSSI nem sokban tér el a serdülő- és fiatal felnőttkori NSSI-jellemzőktől.

Az NSSI felnőttkori jelenlétének esélyét az olyan proximális (időben közeli) tényezők, mint a párkapcsolat hiánya, az alacsony szocioökonómiai státusz és a mentális egészséggel kapcsolatos problémák növelik, ugyanakkor nemi, etnikai, képzettségbeli különbségek nincsenek arra hatással (Klonsky, 2011). A disztális (időben távoli) rizikótényezőket tekintve a gyermekkorukban krónikusan alacsonyabb szociális támogatásban részesülők felnőttkorukban nagyobb eséllyel nyúltak NSSI-hez (Liu, 2023). Mindennek a háttere a felsorolt rizikótényezők által kiváltott krónikus stresszben, illetve az azzal való megküzdés hiányosságaiban kereshető.

VII.5. NSSI időskorban

Idősek körében jelentősen alacsonyabb az NSSI-viselkedések aránya. Egy ausztrál kutatás például 70 év felettiek körében 1,4%-os előfordulási arányt talált az elmúlt egy évet tekintve (Martin és Swannell, 2016). Ugyanakkor az idős korcsoportban rendkívül szórványos az NSSI-kutatás, reprezentatív vizsgálatról nem tudunk, inkább kismintás – hozzáférhetőségi mintavételt alkalmazó – vizsgálatok jelennek meg elvélve, vagy esettanulmányok foglalkoznak a témával. Holott egy rendkívül fontos szempontot ebben a korcsoportban alapvető figyelembe vennünk: idős – 70 éves – kor felett megnő az öngyilkosság kockázata és incidenciája (Global Burden of Disease Study 2017 Causes of Death Collaborators, 2018; Beghi és mtsai., 2021). Az idősek körében mutatták ki az NSSI legerőteljesebb rizikóhatását az öngyilkos viselkedésre (Morgan és mtsai., 2018). Azaz, bár időskorban csökken az NSSI pontprevalenciája (aktuális jelenléte), mégis a korcsoport megnövekedett öngyilkossági kockázatának hátterében markánsan jelen van a nemszuicidális önsértés: időseknél az NSSI-cselekedetek jelenléte kiemelten fokozza az öngyilkossági veszélyt. Hawton és Harris (2006) az Egyesült Királyságban 730 olyan 60 év feletti beteget vizsgáltak, akiket

szomatikus osztályra szállítottak be valamilyen szándékos önsértési aktus miatt. Az elmúlt 10 évre visszatekintve az idős páciensek 8,5%-a NSSI-ről, míg 88,6%-a (!) önmérgezésről számolt be, 2,9%-uk pedig mindkét formában részt vett. Mindez a fentieket megerősítve arra figyelmeztet, hogy időskorban különösen komolyan kell venni az NSSI-cselekedeteket, mert azok közelmúltbeli jelenléte a szuicid cselekmények esélyét vetítheti előre. Így például szomatikus kórházi egységekben a sérüléssel beszállított idős emberek NSSI-fókuszú gondos kikérdezése ajánlott (Rodham és Hawton, 2009). Idősek körében magát az NSSI-viselkedést a legkiugróbban a testi és a mentális betegségek jelenléte, valamint a válás és a pénzügyi problémák jelzik előre (Hawton és mtsai., 2013). Azaz időskorban is meghatározó szerepet játszanak a stresszhatások a viselkedés megjelenésében.

VII.6. NSSI szempontjából veszélyeztetett felnőtt csoportok epidemiológiai mutatói

A sérülékeny csoportokba tartozó felnőttek körében – a serdülőkhöz és fiatal felnőttekhez hasonlóan – az NSSI előfordulása jelentősen meghaladja az átlagnépességre jellemző arányt. Mentális betegségben szenvedő felnőttek esetében az NSSI élettartam-prevalenciaértéke a 20%-ot is elérheti (Klonsky és Muehlenkamp, 2007), pontprevalenciája (azaz aktuális előfordulási gyakorisága) 8% körülre tehető, ami megerősíti az NSSI közegészségügyi probléma jellegét klinikai terepen (Ose és mtsai., 2021). Pszichiátriai betegséggel küzdőknél legmarkánsabban a borderline személyiségzavarhoz kapcsolódik a repetitív NSSI jelenléte, mely utóbbi előbbi tüneti képehez is hozzátartozik (Amerikai Pszichiátriai Társaság [American Psychiatric Association; APA], 2013, 663.). A borderline személyiségzavarban szenvedő felnőttek körében kb. 90%-os az NSSI prevalenciája (Goodman és mtsai., 2017). Ez az arány nagyjából időben konstansnak tűnik: három évtizeddel ezelőtt kb. 80%-os jelenlétére mutattak rá a felmérések (Soloff és mtsai., 1994). Összehasonlítva más pszichiátriai diagnosztikai kategóriákkal, általában véve a személyiségzavarok esetében a kutatások magasabb NSSI-előfordulást mutattak ki (Ose és mtsai., 2021). A borderline személyiségzavar mellett az azzal gyakorta komorbid étkezési zavarok (Sansone és mtsai., 2004) körében detektáltak jelentősen megemelkedett NSSI-gyakoriságot. A bulimia nervosában szenvedők kb. 30%-os NSSI élettartamgyakoriság-értékről számoltak be (Cucchi és mtsai., 2016). Kiemelhető még az NSSI és az érzelmi zavarok (szorongásos zavarok és hangulatzavarok) együtt járása, ezek közül is a pánik-zavarban és a poszttraumás stressz zavarban jellemző gyakoribb önsértés (Bentley és mtsai., 2015). Az NSSI és a mentális zavarok kapcsolatáról részletesen a VIII.2. fejezetben lesz szó.

Börtönközegben szintén magasabb NSSI-arányokat detektáltak felnőttek körében, mint az átlagpopulációban. Egy szisztematikus irodalomáttekintésben Dixon-Gordon, Harrison és Roesch (2012) az NSSI mérés kori prevalenciáját, azaz pontprevalenciáját 0,1%-15%, élettartam-prevalenciáját 8,6%-48% között összegezték felnőtt fogvatartottak körében. Fontos rámutatni arra, hogy a felnőtt elkövetők 73%-a állította azt, hogy NSSI-t a bebörtönzése alatt folytatott (Power, Smith és Beaudette, 2016). Az NSSI leggyakoribb típusai a büntetés-végrehajtási intézményekben a vágás és a karmolás, míg az égetés és a fejbeütés kevésbé gyakori (Smith és Kaminski, 2011). Az NSSI megemelkedett jelenlétét a bezártság mellett a börtönpopulációkra általában jellemző emelkedett pszichiátriai sérülékenységgel (Fazel és mtsai., 2016) is magyarázhatja (Appealbaum és mtsai., 2011; Knight, Coid és Ulrich, 2017).

Szexuális és nemi kisebbségi csoportok is jelentős sérülékenységet mutatnak NSSI-viselkedés tekintetében. 51 tanulmány áttekintésével Liu és munkatársai (2019) a heteroszexuális és cisznemű csoporthoz (közel 15%-os élettartam-prevalencia) képest az NSSI kétszer nagyobb gyakoriságára (közel 30%-os élettartam-prevalencia) mutattak rá szexuális kisebbségeknél (leszbikus, homoszexuális és biszexuális személyek). Transznemű személyeknél pedig háromszoros gyakoriság mutatkozott (közel 47%-os élettartam-prevalencia). A legnagyobb veszélynek a nemszucidális önsértés szempontjából a transznemű (47%-ot közelítő élethossz-gyakoriság) és a biszexuális személyek (közel 42%-os élethossz-gyakoriság) vannak kitéve.

Egy friss amerikai reprezentatív felmérésben a transznemű részt vevők fele jelezte, hogy élete során végzett már önsértést (Jackman és mtsai., 2025). Egy másik, belga transznemű és nemileg sokszínű mintában közel 60% számolt be valamikor az élete során végzett önsértésről, a legmagasabb élettartam-prevalenciát a transz férfiak, valamint a nemileg sokszínű személyek jelezték (Claes és mtsai., 2015). Hasonlóan magas NSSI előfordulási arányokat kaptunk egy nemrég, hazai vizsgálatunkban felnőtt magyar transznemű személyek (önmagukat nemileg sokszínűnek [gender diverse] vagy transz nőnek, vagy transz férfinak definiálók²) körében. A transznemű válaszadók 70%-a számolt be élete során végzett önsértésről, 34%-uk pedig aktuális önsértésről is. Az élettartam-prevalencia magasabb volt a transz férfiak (76%) és a nemi szempontból sokszínű személyek (74%) körében, mint a transz nők esetében (56%). Kiemelendő, hogy minél fiatalabb volt a transznemű személy, annál nagyobb valószínűséggel végzett már élete során önsértést (Ünsal és mtsai., 2025).

Az egyik fő elméleti keret, amely segít megérteni a transznemű és nemileg sokszínű populációk körében tapasztalható magas önsértési arányokat, a *nemi kisebbségi stressz modell* (*Minority Stress Model*; Hendricks és Testa, 2012). Ez a modell azt feltételezi, hogy a transznemű személyek olyan társadalmilag meghatározott,

2 A transz nők olyan személyek, akiknél a születésükkor a férfi nemet állapították meg, de nőként azonosítják magukat, azaz nemi identitásuk nő. A transz férfiak pedig olyan személyek, akiknél a születésükkor a női nemet azonosították, azonban nemi identitásuk férfi, azaz férfiként azonosítják magukat.

krónikus stresszorokkal szembesülnek, amelyek növelik a mentális egészségi problémák kialakulásának kockázatát. Ezek részben ún. *disztális stresszorok*, azaz olyan objektív, előítéleteken alapuló események, amelyek a társas környezetben történnek. Ilyen például a diszkrimináció (pl. transzneműsége miatt nem veszik fel egy munkahelyre), a viktimizáció (pl. transzneműsége miatt támadás áldozata lesz), az elutasítás (pl. transzneműsége miatt munkatársai kerülnek) és a nemi identitás megerősítésének hiánya (pl. környezete szándékosan más néven szólítja, mint ahogyan a transznemű személy szeretné). Másrészt pedig ún. *proximális stresszorok*, amelyek a disztális stresszorok belső feldolgozásából eredő szubjektív tapasztalatok, amelyek befolyásolják a megbélyegzett személy kognitív, érzelmi és viselkedési folyamatait. Idetartozik például az internalizált (belsővé tett) transzfóbia, az elutasítástól való félelem, valamint az identitás eltitkolása (Hendricks és Testa, 2012). Ezek a kisebbségi stresszorok együttesen fokozott sebezhetőséget eredményeznek a különféle mentális egészségi problémák – így az önsértés – megjelenése felé (pl. Claes és mtsai., 2015; Jackman és mtsai., 2018; Mereish és mtsai., 2023). A speciális, a transznemű csoportokat érintő stresszhatások feltételezhetően olyan mértékű belső érzelmi feszültséget és negatív énképet eredményeznek, amelyekre az önsértés nem verbális szinten ad egyfajta stresszlevezető választ.

VII.7. Kimutathatók-e nemi különbségek az NSSI-ben?

A 20. század jó részében, még az 1970-es években is, a nemszucidális önsértésre mint kizárólag a nőkre jellemző tevékenységre tekintettek, s a korai önsértés kutatásokban tudatosan kizárták a vizsgáltak köréből a férfiakat (Möhl, 2020). Egy 1972-es vizsgálatban például 24, csuklóját korábban falcoló nőpáciens mellől egyszerűen kizárták azt a 11 férfibeteget, akik betegségstörténetében szintén szerepelt, hogy rendszeresen vagdosták a csuklójukat, mert a férfi önsértőket nagyon eltérőnek találták a nőkhez képest (Rosenthal és mtsai., 1972). Holott esettanulmányok áttekintése nyomán 1960 és 1980 között szinte ugyanannyi nő, mint férfi végzett repetitív önsértést (Pattison és Kahan, 1983). Ez a sztereotipikus nézőpont, az esettanulmányokkal és felmérésekkel teljes egészében szembemenő nemi torzítás feltehetően a viktoriánus kor hisztériaszemléletéből eredeztethető, amelyben a hisztériát – amelyet kezdetben kizárólag női betegségként tartottak számon (vö. *hysterion* [gr.] anyaméh jelentésével) – összekapcsolták az öncsonkítás jelenségével, így a priori következtetésként a vagdosást csak a nőkhez kötötték (Chaney, 2017). Másrészt a nyugati kultúrákban máig tartja magát az a szemlélet, hogy érzelmi nyomás alatt a nők nagyobb valószínűséggel internalizálják az érzelmeiket, így negatív affektusaikat, jellemzően haragjukat, büntudatukat könnyebben fordítják maguk ellen, ami önagresszióban

ölthet testet, míg a férfiak általában negatív érzelmeiket nagyobb valószínűséggel externalizálják, s inkább másokkal agresszívek (Møhl, 2020). Harmadrészt, magyarázatként nem szabad figyelmen kívül hagynunk azt a tényt, hogy a nők gyakrabban élnek a vágás önsértési módjával, mint a férfiak, akik inkább megütik vagy beütik magukat (Bresin és Schoenleber, 2015), a korai kutatások és esettanulmányok pedig önsértés alatt tulajdonképpen csak a vágást értették. Míg a szándékos önvágásból származó sebek a legtöbb esetben egyértelműen önsértésként értelmezhetők, addig az ütés eredményezte zúzódások könnyebben magyarázhatók verekedésből vagy például sportsérülésből származó sérülésekkel (Møhl, 2020). Ráadásul a férfiak szándékos önütését bizonyos közegekben (pl. börtön), illetve egyes kultúrákban a férfiaság és az erő bizonyítékaként is értelmezik (Claes, Vandereycken és Vertommen, 2007).

Amennyiben a modern kutatási eredményeket nézzük, azok vegyesek abban a tekintetben, hogy mutatkoznak-e nemi különbségek az NSSI-ben. Bár a – főként a korai, 1990-es évekbeli (pl. Darche, 1990) – tanulmányok többsége a nők körében erősíti meg az NSSI-előzmények magasabb arányát, ami klinikai mintákban markánsabban van jelen (Bresin és Schoenleber, 2015), más vizsgálatok árnyalják ezt a képet (pl. Briere és Gil, 1998). Úgy tűnik, az NSSI élettartam-prevalenciájában nincs a nemek között különbség, azonban a nők általában magasabb gyakoriságról számolnak be (Whitlock és mtsai., 2006). Egy nagy klinikai mintán végzett felmérés alapján arra a fontos pontra mutattak rá, hogy a nők nagyobb valószínűséggel folytatnak NSSI-t érzelmi, intraperszonális okokból és magasabb arányban feleltek meg a Nemszuicidális önsértés zavar (Non-suicidal self-injury disorder; NSSID, ld. részletesebben II. fejezet) kritériumainak, mint a férfiak. Ugyanebben a vizsgálatban azonban számos NSSI-jellemzőben nem jelent meg nemi különbség, így az NSSI átlagos indulási idejében, az NSSI gyakoriságában, az alkalmazott módok számában és változatosságában, sem az olyan esetek arányában, amelyek súlyosságuk alapján orvosi ellátását igényelték. Arányaiban ugyanannyi nő és férfi számolt be arról, hogy szociális, interperszonális okok miatt végzett NSSI-t (Victor és mtsai., 2018). Egy hazai, pszichiátriai ellátásban részesülő serdülőket vizsgáló tanulmány pedig arra mutatott rá, hogy nemi hatásoktól függetlenül minél dominánsabb az NSSI háttérében az érzelmi, intraperszonális motiváció, annál súlyosabb – azaz ismétlődő, többféle formában manifesztálódó és a jelenben is zajló – önsértés várható. Továbbá nem mutatkozott nemi különbség az NSSI egyik súlyossági mutatójában sem (Reinhardt és mtsai., 2022a). Mindez alátámasztja azokat a kutatási eredményeket, amelyek életkortól és nemtől függetlenül a problémás érzelmszabályozás és az NSSI kockázatának szoros összefüggéséről beszélnek (Wolff és mtsai., 2019).

Amiben viszont a vizsgálatok rendre nemi különbséget jeleznek, az a leginkább alkalmazott NSSI-módok (Barrocas és mtsai., 2012). A fiúk/férfiak jellemzően megütik vagy beütik magukat, a lányok/nők inkább olyan önsértési módokat alkalmaznak, amelyek vérzéssel járnak, így jellemzőbb rájuk a karmolás, a vágás és a bőrbe vésés

(Sornberger és mtsai., 2012; Bresin és Schoenleber, 2015). Ugyanakkor bizonyos, vérhez nem kapcsolódó önsértési formák, mint a bőr erős megcsípése és a hajkitépés is jellemzőbb nőknél, mint férfiaknál. Ez a mintázat hazai nemklinikai kamasz-közegben is kimutatható volt (Reinhardt és mtsai., 2021a). A vér látványának a szerepe az önsértésben egyelőre tisztázatlan (Glenn és Klonsky, 2011), s általánosságban is további kutatásokat igényel az NSSI-módokban mutatkozó nemi eltérések hátterében meghúzódó pszichodinamikai folyamatok (pl. belső konfliktusok, tudattalan tartalmak) feltárása.

Szintén viszonylag perzisztens módon nemi különbség detektálható abban, hogy a nemek jellemzőiben mely testrészeiken végeznek önsértést. A férfiak inkább a kézfejükön, a nők inkább a csuklójukon és a combjukon okoznak sérülést maguknak (Whitlock és mtsai., 2006). Mindezekkel összefüggésben a nők nagyobb erőfeszítéseket tesznek, hogy elrejtsek az önsértés jeleit: a nők nagyobb arányban számolnak be arról, hogy egyedül végzik az önsértést, mint a férfiak (Whitlock és mtsai., 2011), és jobban figyelnek arra, hogy ruházatukkal elrejtsek annak jeleit vagy kerüljék az olyan társas helyzeteket (pl. strand, közös öltözők), ahol azok nyilvánvalóvá válhatnának (Hodgson, 2004).

VII.8. Van-e szerepe a nemzetiségi, kisebbségi hovatartozásnak az NSSI-ben?

Az alcímbe feltett kérdés egyelőre megválaszolatlan, hiszen az NSSI-nek ez a szerepe különösen alulkutatott terület. Az *öngyilkosság kulturális elmélete és modellje* (*Suicide Cultural Theory and Model*; Chu és mtsai., 2022) szerint a kultúra befolyásolja azt, ahogyan a közösség tagjai megélik és feldolgozzák a stresszt, ezzel azt is, ahogyan az önsértésről gondolkodnak, ahogyan ahhoz viszonyulnak. Kisebbségek (pl. etnikai, faji, szexuális, nemi) esetén pedig a kisebbségi létből fakadó – jellemzően krónikusan jelenlévő – stresszhatások (pl. elutasítás, bántalmazás, kiközösítés) is árnyalják a képet. Feltehetően a kulturális és a kisebbségi kulturális keret befolyásával a nem öngyilkossági szándékú önsértés esetében is számolnunk kell. A vonatkozó kutatás azonban nemcsak rendkívül kevés, hanem az eredmények ellentmondásosak is.

Az eddigi ellentmondásos eredmények ráadásul főként angolszász területekről – az USA-ból és az Egyesült Királyságból – származnak. Egy amerikai kutatásban az indián és a spanyol származású fiatalok körében például szignifikánsan gyakoribb volt az NSSI, mint a fehér és az afroamerikai kamaszok körében (Evans és mtsai., 2005), ugyanakkor ebben a tanulmányban az NSSI és az SSI jelenségeket összesen kezeltek. Angliában több kutatás is a Dél-Ázsiából származó nők körében

jelezte a legmagasabb NSSI-arányokat (p. Cooper és mtsai., 2006). Más kutatások éppen a fehérek között detektáltak magasabb NSSI-előfordulást (pl. Guertin, Lloyd-Richardson és Spirito, 2001, ugyanakkor ennél a vizsgálatnál meg kell jegyezni, hogy a minta döntő többsége fehér fiatal volt), megint mások nem mutattak ki etnikai csoportok szerinti különbségeket (pl. Whitlock és mtsai., 2006). Az erre a területre irányuló jövőbeli kutatásokban számos szempontot figyelembe kell venni, hogy pontos képet kapjunk és releváns következtetésekre juthassunk. Így például figyelembe kell venni, hogy egy népcsoport vagy nemzetiségi csoport nem minden térségben számít kisebbségnek, továbbá pontosan le kell írni a felméréseknél, hogy mit értenek a kutatók NSSI alatt, s ezzel kapcsolatban azt élesen el kell választani a szuicidális önsértéstől (Klonsky és mtsai., 2011). Figyelembe kell továbbá venni az interszekcionalitást is, azaz azt, ha valaki egyszerre több kisebbséghez is tartozik egyszerre (pl. színes bőrű mozgáskorlátozott személy). Végül, kiegyensúlyozottabb csoportarányokra szükséges törekedni.

VIII. NSSI ÉS KOMORBID JELENSÉGEK: AZ NSSI ÉS MÁS MENTÁLIS PROBLÉMÁK, KLINIKAI ÁLLAPOTOK KAPCSOLATA

VIII.1. A nemszuicidális önsértés és a szuicidális önsértés összefüggései

Az ismétlődő NSSI az öngyilkossági viselkedés-spektrum (gondolat, szándék, terv, kísérlet; suicidal self-injury; SSI) egyik legerőteljesebb kockázati tényezője (Andover és Gibb, 2010). Egy szakirodalmi összefoglaló a repetitív önsértést abban az esetben azonosította szuicid rizikófaktorként, amennyiben súlyos mentális zavar is jelen volt a személy életében (Pompili és mtsai., 2015). Egy későbbi kutatás az időtényezőt is figyelembe vevő módszertannal retrospektív önbeszámolók elemzésekor akkor is kimutatta a korábbi NSSI rizikóhatását a későbbi öngyilkossági gondolatok, terv és kísérlet esetében, amikor a pszichiátriai betegségek hatását statisztikai kontroll alá vonták (Kiekens és mtsai., 2018). Ugyanebben a vizsgálatban az NSSI jelenléte és minél korábbi életkorban történő megjelenése fokozta annak a kockázatát, hogy az öngyilkossági gondolatok tervvé, majd a tervek kísérletté alakuljanak. Az ismétlődő önsértés olyan hangsúlyos rizikófaktor a öngyilkossági kísérletnek, hogy – a minta jellegétől függetlenül, azaz serdülő és felnőtt, klinikai és nemklinikai csoportokban egyaránt – az érzelmi zavaroktól és a borderline személyiségzavartól függetlenül is megőrzi előrejelző szerepét (Klonsky, May és Glenn, 2013). Klonsky és munkatársai (2013) tanulmányukban azzal magyarázták az NSSI kifejezett szerepét a szuicid rizikóban, hogy az ismétlődő önsértés azáltal emeli meg az öngyilkossági késztetést, hogy megnöveli a személy önmagának okozott agresszióra és fájdalomra való kész-tettségét. Azt azonban egyelőre nem tudták megválaszolni, hogy az ismétlődő NSSI hatással van-e az öngyilkossági kísérlet súlyosságára és befejezettségére.

Egy másik fontos NSSI súlyossági faktor a szuicid rizikót tekintve a többféle NSSI-mód együttes használata, amit a szakirodalom *verzatilitás*nak nevez. A több-fajta önsértési módban való részvétel súlyosabb pszichés tünetekhez (Zetterqvist és mtsai., 2013), az önsértés korábbi életkorban való megjelenéséhez, gyakoribb és hosszabb időn át fennmaradó önsértéshez és magasabb öngyilkossági rizikóhoz is hozzákapcsolódik (Nock és mtsai., 2006; Victor és Klonsky, 2014; Ammerman és mtsai., 2018). A többféle módban való részvétel fiatalok klinikai mintájában gyakoribb öngyilkossági gondolatokkal társult (Victor és mtsai., 2015). Arra is vannak

empirikus bizonyítékok, hogy az NSS- módszer súlyossága is számottevő öngyilkossági rizikófaktor. A súlyosabb NSSI-formák (pl. a vágás) – az enyhébb formákkal (pl. hajtépegetés) ellentétben – növelik egy szuicid cselekmény elkövetésének a valószínűségét (Hamza, Stewart és Willoughby, 2012). Ezek a kutatási eredmények egyöntetűen alátámasztják az *Önsértő viselkedések integrált modelljét* (*Integrated Model of Self-injurious Behaviors*; Hamza, Stewart és Willoughby, 2012), amely szerint a veszélyesebb, valamint a különféle NSSI-módszerek együttes használata modeláló tényezők az NSSI és az „öngyilkosságra való képesség megszerzése” (*acquired capability for suicide*) közötti kapcsolatban. Azaz a nemszuicidális önsértés akkor vezethet szuicidális önsértéshez, ha súlyosabb és/vagy többféle NSSI móddal él az önsértést végző személy.

Az NSSI és az SSI kapcsolatát az Önsértő viselkedések integrált modellje mellett számos más teoretikus keret próbálja magyarázni. Nézzük meg ezeket részletesebben!

VIII.1.1. A Kapuelmélet

A *Kapuelmélet* (*Gateway Theory*, Stanley és mtsai., 1992) szerint az NSSI és az SSI egy kontinuumot alkot. Bár az NSSI és az SSI esetében a szándék eltérő, hiszen az NSSI-nél nincs jelen a meghalás szándéka, addig az SSI-viselkedések esetében igen, ugyanakkor mind az NSSI, mind az SSI hasonló viselkedéseken és tapasztalatokon osztozik. Az elmélet abból indul ki, hogy az NSSI megelőzi az SSI megjelenését, mi több az SSI-viselkedések az NSSI-cselekedetek súlyosbodásából (pl. gyakoribbá válásából és többféle forma megjelenéséből), mintegy eszkálaródásából adódnak. A Kapuelmélet az NSSI-SSI kapcsolatot más önsértő viselkedések, különösen a szerhasználat mintájára képezte le. Példaként, számos kutató a marihuánát kapudrogként fogja fel, amely az előszobája lehet a veszélyesebb drogok (pl. kokain, heroin) használatnak (Secades-Villa és mtsai., 2015). A Kapuelmélet azokkal a kutatási eredményekkel is összhangban van, amelyek szerint mind az NSSI-ben való részvétel gyakorisága, mind az alkalmazott módok száma és fajtája meghatározója az öngyilkossági viselkedésnek (pl. Anestis és mtsai., 2015). Ez az elmélet egyenes irányú, mintegy közvetlen ok-okozati kapcsolatot képzel el a két viselkedésmód között.

VIII.1.2. A Harmadik változó elmélet

A *Harmadik változó elmélet* (*Third Variable Theory*; Hamza, Stewart és Willoughby, 2012) azt javasolja, hogy az NSSI és az SSI kapcsolatára ne közvetlen viszonyként tekintünk, hanem úgy, mint amelyeket más változók kötnek össze. Sőt, a modell szerint az NSSI és az SSI között a viszony csupán látszólagos, valójában nincsenek

kapcsolatban egymással, hanem egy harmadik tényező, egy közös háttérváltozó emeli meg mind az NSSI, mind az SSI rizikóját. Ilyen közös háttértényező, amely a látszólagos együttes előfordulásért felelős lehet, például valamilyen pszichológiai probléma (pl. depressziós tünetek, szorongásos tünetek, borderline személyiségzavar), genetikai hajlam, pszichés distressz vagy rizikóviselkedés (pl. szerhasználat). Példaként, a borderline személyiségzavarra jellemző NSSI- és SSI-viselkedések magához a személyiségzavarhoz kapcsolódnak, s nem egymást erősítik fel (Wester és Trepal, 2017). A Harmadik változó elméletet több olyan kutatás is alátámasztotta, amelyek számos közös kockázati tényezőt azonosítottak az NSSI, az öngyilkossági gondolatok és az öngyilkossági kísérletek esetében (pl. Brausch és Gutierrez, 2010; Whitlock és Knox, 2007). Más kutatások azonban rámutattak arra is, hogy az NSSI önmagában is összefüggésben áll az SSI-vel, sőt hosszmetzeti kutatások alapján az NSSI előrejelezheti az SSI-t még abban az esetben is, amikor számításba vették (statisztikai módszerekkel kontrollálták) az olyan, korábban már azonosított közös kockázati tényezőket, mint az impulzivitás, a depressziós vagy a szorongásos tünetek és a borderline személyiségzavar (Klonsky és mtsai., 2013).

VIII.1.3. Az öngyilkosság interperszonális-pszichológiai modellje

Thomas E. Joiner *öngyilkosságra vonatkozó interperszonális-pszichológiai modellje* (*Interpersonal-Psychological Theory of Suicide*; Joiner, 2005) kiindulópontja, ahhoz, hogy valaki szuicid szándékú tettet kövessen el, két hosszabban fennálló pszichológiai feltétel szükséges. Az egyik, hogy a személy úgy érezze, terhet jelent a környezet számára, nem tud szociális közegehez kapcsolódni, s elidegenedett ettől a közegtől. Az önfenntartási ösztön csökkenéséhez szükséges másik tényező, hogy az egyénnek túl kell jutnia azon a félelmén, hogy fájdalmat és kárt okoz önmagának. Erre a folyamatra Joiner „szerzett képességeként” (*acquired capability*) tekint. A test szándékos megsértésének számos módja hozzájárulhat ahhoz, hogy valaki eljusson addig a képességig, hogy öngyilkossági szándékkal bántsa magát, és legyűrje a haláltól való félelmet. Ilyen mód lehet maga az NSSI, de az is, ha valaki indokolatlan műtéteknek veti alá magát, ismételten baleset éri, ha családon belüli erőszak elszenvedője vagy önkéntes frontszolgálatot vállal, azaz akár közvetlen, akár közvetett módon sorozatos fájdalomnak és sérülésnek van kitéve. A testet ért nem halálos kimenetelű (ön) agresszió az elmélet szerint tulajdonképpen fokozatosan deszenzitizálja a saját testtel kapcsolatos fájdalmat, illetve az ettől a fájdalomtól való félelmet. Így a gyakoribb, a perzisztens és/vagy a többféle móddal végzett NSSI magasabb szuicid kockázattal kellene, hogy társuljon, kiemelten azoknál, akiknél erőteljes öngyilkossági vágy is jelen van. Az elméletet számos empirikus adattal is alátámasztották (pl. Joiner és mtsai., 2009; Franklin, Hessel és Prinstein, 2011). Az egyik kutatási vonal, ami

bizonyító erővel bírhat az elmélet szempontjából a laboratóriumi körülmények között kimutatott összefüggés az NSSI és az alacsony fájdalomérzékenység, de magasabb fájdalomtolerancia között. Nock és munkatársai (2006) például kimutatták, hogy akik kisebb fájdalomérzetről számoltak be az NSSI-cselekedetek alatt, hosszabb ideje végeztek önsértést és többféle módon tették azt, nagyobb valószínűséggel szerepelt elődtörténetükben öngyilkossági kísérlet. Ez arra utalhat, hogy az NSSI súlyosabb formái a fájdalomhoz való habituáció által felerősíthetik az öngyilkosság „szerzett képességét”. Azonban az is lehetséges, hogy az NSSI csökkent fájdalomérzékenységet alakít ki, ami aztán megnöveli az NSSI folytatásának rizikóját, és ettől függetlenül az öngyilkossági kísérlet rizikóját is. Ezt azonban csak longitudinális kutatások tisztázhatják.

Több elméletalkotó is továbbgondolta a deszenzitizációs folyamatot, s kiemelik, hogy ez a fajta hozzászokás vagy érzéketlenítés valójában nem egy két végpontot magában foglaló kontinuumon (az NSSI-től az SSI fatális formájáig) zajlik, hanem egy körfolyamatról van inkább szó. Gyakran az NSSI enyhébb formákkal (pl. karmolás, csípés, hajkitépés) indul, majd – ahogyan a (fájdalom)tolerancia növekszik – súlyosabb NSSI-formák (pl. vágás, égetés) jelennek meg, ami felerősíti az öngyilkossági fantáziákat. Az öngyilkossági fantáziák és kísérlet azonban az NSSI megjelenésének valószínűségét növelik, mert az NSSI enyhíti az intenzív averzív (kellemetlen) érzelmeket. Mindez inkább azt erősíti, hogy az NSSI- és az SSI-viselkedések összefüggnek, de nem egyenes oksággal, hanem valamiképpen ciklikusan, s erre a kapcsolatra számos más tényező is kifejtheti hatását (Wester és Trepal, 2017).

Ehhez kapcsolódva elengedhetetlen megemlíteni, hogy az NSSI egyik funkciójaként tartják számon annak öngyilkossági késztetést csökkentő hatását (Klonsky és Glenn, 2009). Egy vizsgálat szerint az NSSI-ben résztvevők 37%-a jelezte, hogy azért végzett önsértést, hogy késleltesse vagy leállítsa a halál utáni vágyakozását (Wester és Trepal, 2017). Hasonlóképpen, egy magyar klinikai kamaszmintán alapuló vizsgálatban az NSSI-t megalapozó 12 felmért motiváció közül a 4. legmarkánsabb az NSSI anti-szuicid funkciója volt (Reinhardt és mtsai., 2022a). Az NSSI lehetséges funkcióiról a X.2.3.5. és a X.2.3.6. fejezetekben lesz részletesen szó.

Azt pedig, hogy az NSSI-t nem egységes entitásként szükséges kezelnünk, jóval inkább egy heterogén ernyőfogalomként, amelybe különböző – súlyosságú – formák tartoznak, egy hálózatelemzésen alapuló tanulmány is megerősítette, amely rámutatott, hogy az erős karmolás és a bőr erőteljes megcsípése bírnak a legkifejezettebb hatással a többi NSSI-viselkedésre, és ezek a formák közvetítenek a legintenzívebben más NSSI-módok (pl. kevésbé súlyos és súlyosabb formák) között. Ez a központosság, a más NSSI-módokra kifejtett fokozott hatás értelmében, azt is jelzi, hogy ezekre a látszólag enyhébb módokra is fokozott figyelemmel kell lennünk, mert könnyen triggerelő tényezői lehetnek más, súlyosabb önsértő tetteknek (Reinhardt és mtsai., 2025).

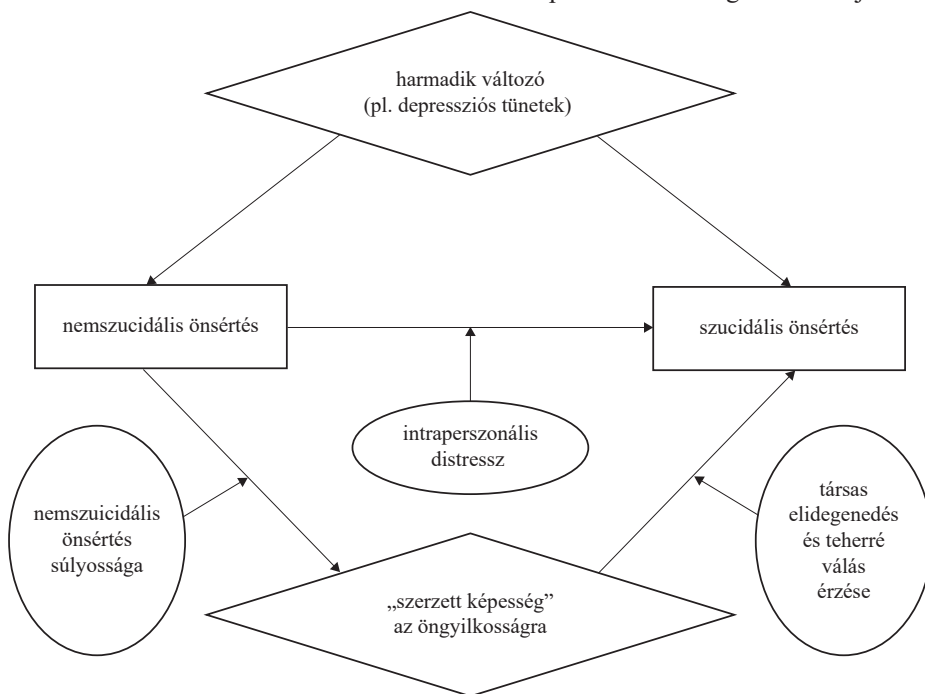
Végül, ki kell emelnünk Smith és munkatársai (2012) kutatását, akik közel 350 mono- és dizigóta fiatal férfi ikerpár vizsgálatára alapozva az öngyilkosságra való „képesség” genetikai megalapozottságát mutatták ki a környezeti hatások szerepe mellett.

VIII.1.4. Integrált modell

Hamza, Stewart és Willoughby (2012) szerint a fenti három, a nemszucidális önsértés (NSSI) és a szucidális önsértés (SSI) kapcsolatát leképező modell végső soron beilleszthető egy átfogóbb keretbe. Az *integrált modell* azt mondja, hogy egyik szempontot sem hagyhatjuk figyelmen kívül az NSSI-SSI viszonyban, azok kombinálva magyarázhatják legjobban az NSSI SSI-vé való transzferjét: (1) az NSSI egy kapu, amely kinyitja az utat az (2) öngyilkossági viselkedésekben való szerzett képességre, s ezt a rizikót (3) valamilyen harmadik tényező (pl. borderline karakterisztikumok a személyiség szerveződésben és/vagy szerhasználat) felerősíti. Ugyanakkor a Harmadik változó elmélettől eltérően az integrált modell számos kutatási eredmény alapján azt feltételezi, hogy az NSSI és az SSI között közvetlen kapcsolat is fennáll a lehetséges harmadik változó hatásától függetlenül. Andover és Gibb (2010) például kimutatta, hogy az NSSI és az SSI között akkor is kapcsolat van, ha a borderline személyiségzavar meglétét kontroll alatt tartották az elemzésekben. Ugyanígy, a két jelenség közötti kapcsolatot akkor is kimutatták, ha a gyermekkori bántalmazottságot vagy a depressziót statisztikailag kontrollálták (Asarnow és mtsai., 2011). Hamza, Stewart és Willoughby (2012) vizsgálati eredményekre alapozva azt is feltételezik, hogy az NSSI és az öngyilkosságra való „szerzett képesség” közötti kapcsolatot az NSSI súlyossága befolyásolja (pl. Lloyd-Richardson és mtsai., 2007), míg az öngyilkosságra való „szerzett képesség” és az öngyilkossági kísérlet közötti utat a társas közegtől való elidegenedés és annak az érzésnek a mértéke határozza meg, hogy a személy mennyire gondolja magát tehernek a környezete számára (Van Orden és mtsai., 2008).

A modell külön – mintegy negyedik tényezőként – azt is kiemeli, hogy az NSSI és az öngyilkosság közötti közvetlen kapcsolatot az egyén pszichés distressz szintje is befolyásolja. Ezt a szempontot olyan tanulmányok sora támasztja alá, amelyekben az NSSI-t végző és öngyilkosságot is megkísérelt csoport magasabb reménytelenségről, depresszióról és alacsonyabb önértekelésről számolt be, mint azok, akik „csak” NSSI-ben vettek részt (pl. Whitlock és Knox, 2007; Jakobson és mtsai., 2008; Brausch és Gutierrez, 2010). Az integrált modellt (Hamza, Stewart és Willoughby, 2012, 492.) az 1. ábra szemlélteti.

1. ábra. A nemszucidális és a szucidális önsértés kapcsolatának Integrált modellje



Forrás: Hamza, Stewart és Willoughby, 2012, 492. alapján.

VIII.1.5. A Háromlépcsős elmélet

Az öngyilkosság háromlépcsős elmélete (*Three-Step Theory (3ST)*; Klonsky és May, 2015) azon a felismerésen alapul, hogy különböző mechanizmusok játszanak szerepet (1) az öngyilkossági gondolat kialakulásában és (2) az öngyilkossági gondolatától az öngyilkossági kísérletig való eljutásban. Ez az *ötlettől a cselekvésig elgondolás (ideation-to-action)*; Klonsky és May, 2014). A Háromlépcsős elmélet elnevezéséhez hűen három lépcsőben írja le az öngyilkossághoz vezető „utat”. Elsőként azt feltételezik, hogy (1) az öngyilkossági gondolatok a pszichés fájdalom és a reménytelenség talaján kelnek életre. Az eszkalálódó öngyilkossági gondolatokat (2) a másokhoz való kapcsolódás megakaszthatja. Amennyiben a másokhoz való kötődés gyengül, az öngyilkossági rizikó fokozódik. A harmadik lépcső (3) az öngyilkossági gondolatától a kísérletig való eljutás folyamata, amelyben bizonyos személyiségvonások, valamint szerzett és tapasztalati tényezők járulnak hozzá az öngyilkosságra való „képességhez”. Klonsky és May (2015) átveszik Joiner (2005) gondolatát az öngyilkosságra való „képességről”, hiszen az emberi lény evolúciósan és biológiailag arra van huza- lozva, hogy elkerülje a sérülést, a fájdalmat és a halált, amely intenzív gátját képezi az önkezdő halálnak, még akkor is, ha erős öngyilkossági gondolatok vannak jelen. Erős akadályai vannak tehát annak, hogy a kialakult vágyat a személy megkísérelje

cselekvésbe fordítani. A fájdalmas és provokatív életesemények, az önbántás és a bántalmazottság különböző formái azonban fokozatosan hozzászoktathatják a személyt a félelemhez, a fájdalomhoz és a halálhoz: a biológiailag kódolt gátak leépülésével mintegy „képessé válik” az öngyilkosságra. Klonsky és May (2015) tágabb perspektívából tekintve összegzi, hogy az öngyilkosságra való „képességhez” milyen nagyobb változókatégoóriák járulhatnak hozzá. A (1) diszpozicionális faktorok olyan folyamatokra utalnak, amelyek alapvetően genetikai meghatározottságúak, mint például a fájdalomérzékenység (Young, Lariviere és Belfer, 2012) vagy a vér látványától való félelem (Czajkowski és mtsai., 2011). A (2) szerzett tényezők a Joiner (2005) által leírtakra utalnak: a fájdalommal, félelemmel, sérüléssel (pl. NSSI-vel) és halállal kapcsolatos tapasztalatokhoz való hozzászokás egyfajta „képességet” alakíthat ki az öngyilkossági kísérletre. Végül a harmadik összetevő (3) olyan konkrét – ún. gyakorlati – környezeti tényezőkre vonatkozik, amelyek megkönnyítik, hogy valaki öngyilkossági kísérletet követhessen el. Ilyen például, ha valakinek tudása és/vagy hozzáférése van halált okozó eszközökhöz (pl. mérgekhez, fegyverekhez). A szerzők felnőtt mintán – nemtől és korcsoporttól függetlenül – bizonyították a három lépcsős folyamatot (Klonsky és May, 2015).

VIII.1.6. Az NSSI és az SSI elkülönítése

Az NSSI és az SSI viszonyát firtató fejezetek zárásaként fontos kitérnünk a két jelenség elkülönítésére, illetve a gyakorlatban sokszor problematikus elkülöníthetőségére. Bár mind az NSSI-, mind az SSI-viselkedések számos előrejelző tényezőben osztoznak, így mindkettő megjelenésének kockázatát növeli a múltbeli trauma, a bántalmazás, a depresszív tünetek, egyes pszichiátriai állapotok, a negatív életesemények, a szociális izoláció vagy például az impulzivitás, s hasonló viselkedési formákban (pl. vágás, veszélyes anyag lenyelése) osztoznak, mégis az életvágy vagy legalábbis az életet elfogadó szemlélet tekintetében alapvetően különböznek. A helyzetet azonban nehezíti, hogy a gyakorlatban számos olyan esetet is látunk, amikor az NSSI- és az SSI-epizódok összemosódnak. Például egy beszűkült állapotban valaki elhatározza, hogy megöli magát, de a cselekmény közben mégis úgy dönt, hogy élni akar, s szándékosan ugyan sérülést okoz magának, de ez az életét nem veszélyezteti, kórházi ellátást sem igényel. Fordított esetekkel is találkozhatunk, amikor NSSI-viselkedés válik olyan súlyossá, hogy végül kórházi ellátást igényel, s nehezen kibogozható a kezdeti indíték. A tisztázás érdekében a klinikusnak minden esetben fontos az egyes önsértési epizódokat átbeszélnie a pácienssel. Például: Hogyan tudná leírni az önsértő cselekedetét? Mi volt annak a háttere: meg akart halni vagy folytatni akarta az életét? Mi több, a szakembernek fontos minél árnyaltabban kérdeznie, s ebben az explorációban a teljes önsértési spektrumot érintenie: az NSSI-gondolatokat,

az NSSI-cselekedeteket, a szuicid gondolatokat, szándékot, tervet és kísérletet mind a múlt, mind a jelen vonatkozásában. Fel kell térképeznünk, s így meg kell értenünk, hogy a páciensnél az NSSI- és az SSI-tényezők milyen egyedi viszonyban mintázódnak. Ez azért is különösen fontos, mert kutatási eredmények szerint az öngyilkossági gondolatok mind az NSSI-tetteket, mind az öngyilkossági kísérletet befolyásolják (Muehlenkamp és Gutierrez, 2004). Végül még egy fontos gyakorlati szempont, amelyet kutatási eredmények igazolnak: azok, akiknek az NSSI mellett az élettörténetében öngyilkossági kísérlet is előfordult, magasabb reménytelenségről, depresszióról, impulzivitásról és gyakoribb szuicid gondolatokról számoltak be, mint azok, akik „csak” NSSI-ben vettek részt. Emiatt, ha az egyéni kórelőzményben vagy a jelenben bármilyen önsértés felmerül, mindenképpen releváns a reménytelenség, a depresszív tünetek és az impulzivitás szintjének mérése és egymás fényében való értelmezése is (Muehlenkamp és Gutierrez, 2004; Dougherty és mtsai., 2009).

További tájékozódásként az NSSI-SSI kapcsolat magyar nyelvű, átfogó áttekintésére Drubina és munkatársai (2022) tanulmányát ajánljuk.

VIII.2. Az NSSI és a pszichiátriai zavarok érintkezési pontjai

Bár az NSSI számos pszichiátriai betegséghez társulhat (Brickman és mtsai., 2014), kiugró mértékben a borderline személyiségzavarnál van jelen, amelynek az ismétlődő NSSI az egyik lehetséges tünete (APA, 2013, 663.). A borderline személyiségzavarral gyakorta társuló étkezési zavarok, kiemelten a bulimia nervosa esetében is szembetűnő az NSSI előfordulása (Cucchi és mtsai., 2016). A három jelenség (NSSI, borderline személyiségzavar, étkezési zavarok) magas együtt járásának hátterében a mindegyikben domináns érzelmszabályozási zavar és impulzivitás állhat. Az affektív instabilitás, az érzelmi állapotok kezelésének nehézségei (pl. olyan kognitív torzítások, mint a ruminatív gondolkodási stílus), a krónikus ürességérzés, az impulzivitás és az NSSI a borderline személyiségzavar vezető tünetei közé tartoznak (Richman Czégel et al., 2022), míg az étkezési zavarok esetében jelenlétük súlyosbítja az állapotot és gyengíti a kezelés hatékonyságát (Dolen és mtsai., 2021; Smith és mtsai., 2018). A fentiekből kiindulva nem meglepő, hogy a kutatások az NSSI és a szorongásos zavarok, valamint a hangulatzavarok közötti kapcsolatot is alátámasztják. Egy 56 kutatást összegző metaanalízis szerint leginkább a pánikzavar és a poszttraumás stressz zavar esetében volt jelen NSSI is, de – a bipoláris zavart és a szociális szorongást kivéve – a többi érzelmi zavar mellett is számottevő volt az önsértés előfordulása. Az önsértés a pánikzavarhoz majdnem háromszor nagyobb eséllyel társul, míg a poszttraumás stressz zavarhoz kétszer nagyobb eséllyel (Bentley és mtsai., 2015). Mivel az NSSI a problémás érzelmi megküzdés és a kognitív torzítások

viselkedéses megnyilvánulásaként tekinthető, s a legtöbb pszichiátriai zavar negatív érzelmi állapotokkal jár együtt, ezért az NSSI-t egyre inkább *transzdiagnosztikus jelenség*ként kezelik, amely a mentális zavarok teljes spektrumában előfordulhat (Bentley és mtsai., 2015). Az NSSI és a pszichiátriai zavarok magas komorbiditása arra utal, hogy az NSSI egy általános pszichológiai diszfunkcióra adott vagy azzal társuló viselkedéses reakció lehet (Baetens és mtsai., 2012). Hozzátehetjük mindehhez, hogy az érzelemszabályozás nehézségei életkortól és nemtől függetlenül fokozhatják az NSSI kockázatát (Wolff et al., 2019). Egy még szélesebb perspektívából szemlélve, az érzelemszabályozási zavarok nem csupán az NSSI alapját adó mechanizmusok, hanem számos más maladaptív viselkedés (pl. kémiai és viselkedéses addikciók, táplálkozási zavarok, kockázatos szexuális viselkedés) meghatározói (Muehlenkamp és mtsai., 2013).

VIII.2.1. NSSI a borderline személyiségzavarban

Mivel az önsértés a borderline személyiségzavar (*borderline personality disorder; BPD*) diagnosztikai kritériumainak része, az NSSI kutatása pedig a kezdetekben szorosan összefonódott a BPD megértésére irányuló szándékkal, s máig számos vizsgálat az NSSI jellemzőit BPD-ben érintett csoportokban kívánja feltárni, fontos, hogy a két jelenség kapcsolatának külön fejezetet szenteljünk.

Az NSSI-t a BPD-hez kapcsoló neoanalitikus elméleti keret(ek) a személyiség diszfunkcionális működésére fókuszál(nak). Az NSSI mechanizmus szinten a BPD mind a négy alaptünetéhez – az érzelmi instabilitáshoz, az identitás instabilitásához, a társas kapcsolatok instabilitásához és az impulzivitáshoz – hozzáköthető, de különösen az utóbbival, az acting-out készséggel asszociálódik szorosan (Amerikai Pszichiátriai Társaság [American Psychiatric Association], 2013). A BPD-diagnózissal élők döntő hányadánál (60–75%-ánál) legalább egyszer előfordul életük során szándékos önsértés (Linehan, 1993; Zanarini és mtsai., 2006), ami azonban fontosabb, hogy a borderline önsértők nagyjából fele repetitív önsértő (Stead, Boylan és Schmidt, 2019). Számos bizonyíték utal arra is, hogy a korai életkorban jelentkező és tartósan fennmaradó NSSI a BPD egyik indikátora (Nakar és mtsai., 2016), de legalábbis meghatározó rizikótényezője (Groschwitz és mtsai., 2015). A közelmúltban egy hálózatelemzéssel (network analysis) dolgozó tanulmány a Nemszuicidális önsértés zavar és a BPD-tünetek komplex összefüggésrendszerében a magányosságérzést, az impulzivitást, a szeparációs szorongást és az NSSI előtt felgyülemelő negatív érzelmeket találta kiemelkedő kapcsolódási pontnak (Buelens és mtsai., 2020). Az NSSI és a BPD komorbiditásának alapját tehát a fenti érzelemszabályozási és társas nehézségek képezhetik. Feltételezik, hogy BPD-ben az önsértés azért ismétlődik, mert (1) a személy érzelemszabályozási és interperszonális problémái,

instabil érzelmi élete miatt a számára elviselhetetlen érzésektől szeretne megszabadulni vagy érzelmi ürességét próbálja a fizikai fájdalommal pótolni; (2) instabil identitása talaján szelférzetét próbálja megerősíteni az önsértés elviselésével³; valamint (3) az önsértés eszköz lehet arra, hogy a korábban, a gyermekkorban tapasztalt elhagyatást – nem tudatos módon – megakadályozza, azaz a szelftárgy (a gondozó) fizikai és/vagy érzelmi elérhetetlenségére reagál a saját test felé irányuló fókusszal⁴ (Kuritárné Szabó, 2008).

A fentiek alapján nem meglepő, hogy a BPD kezelésében a neoanalitikus keretet sikeresen alkalmazzák: a személyiség integráltabbá tételével, az énerő növelésével csökkennek a személyiséget elárasztó agresszív impulzusok, a saját szelfről és a másokról alkotott pozitív és negatív belső reprezentációk integrációjával pedig javul a másokkal való kapcsolat (pl. az áttétel fókuszú terápiában, Clarkin, Yeomans és Kernberg, 1999). Mindennek eredményeképpen nemcsak a borderline tünetekben, de az önsértő viselkedések terén is csökkenés mutatkozik (Levy, Yeomas és Diamond, 2007). Legújabban a mentalizáció alapú terápia (*Mentalization-based Therapy; MBT*) bizonyult egy fontos terápiás eszköznek BPD-ben és így az NSSI esetében is, amely képes a kötődési és a mentalizációs deficitet csökkenti, egyben adaptív érzelmenregulációs formákat kiépíteni és/vagy erősíteni az NSSI-t megalapozó disszociatív folyamatok helyett (Rossouw és Fonagy, 2012; erről részletesen a XII.2.3. fejezet ad tájékoztatást). Hasonlóképpen, egy metaanalízis alapján hatékony terápiás formának bizonyult az érzelmszabályozási készségek tanítására alapozó dialektikus viselkedésterápia (*Dialectical behavior therapy; DBT*) olyan kamaszok körében, akiknél impulzív viselkedésformák, önsértés – beleértve a nemszucidális önsértést is – és érzelmszabályozási nehézségek domináltak a klinikai képet (Cook és Gorraiz, 2016). A dialektikus viselkedésterápia hatásmechanizmusáról a XII.2.2. fejezet ad képet.

Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy NSSI borderline karakterisztikumok nélkül is jelen lehet, ezért további kutatások tisztázhatják, hogy a nem személyiségzavar tüneteként megjelenő önsértő viselkedés milyen kapcsolatban lehet az énerővel, az identitás instabilitásával, az impulzivitással és az interperszonális sérülékenységgel.

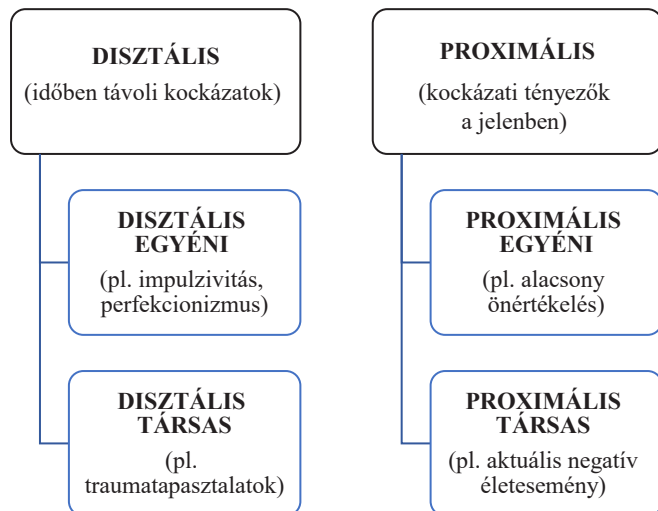
3 A pszichodinamikus megközelítés szerint valaki azért bántja magát, mert nincs szilárd énképe, azaz nem érzi biztosnak, hogy ki is ő maga valójában, instabil az éntudata, az én megélése. Ebben az instabilitásban a fájdalom érzete adja meg azt, hogy a személy érezze magát, mintegy valóságos létezőként tapasztalja meg saját magát. Az önsértés által generált testi fájdalom – tudatos – elviselése által próbálja tehát a személy ingadozó identitását megerősíteni.

4 A pszichodinamikus értelmezési keret szerint a gyermekkorban átélt fizikai és érzelmi elhagyás tapasztalata nyomán – mivel a személy gyermekkorában azt tanulta meg, hogy a számára fontos felnőtt, a gondviselő nem elérhető – önmagára irányítja a figyelmét és a testi fájdalom (az önsértés) által próbál ennek a hiánynak a negatív élményével megküzdeni. Mivel a korai környezetből érkező szeretetbe és elfogadásba nem tudott kapaszkodni, így a saját testéhez kapcsolódik és a fájdalom révén próbál valamilyen érzést megélni. Mindez a kívülről megadott stabilitás, a másokhoz való egészséges kapcsolódás hiányának a diszfunkcionális kompenzációja.

IX. AZ NSSI KOCKÁZATI TÉNYEZŐI

Mind gyermek-, mind kamasz-, mind felnőttkorú önsértők körében közös rizikófaktorokat azonosítottak a kutatások, amelyek kisebb-nagyobb mértékben felerősíthetik az NSSI mint maladaptív megküzdési mód megjelenését (Nock, 2010). Az NSSI előfordulásának – kialakulásának és fennmaradásának – kockázatát növelő tényezők meghatározása azért is kritikus pont, mert ezek csökkentésével a későbbi NSSI- és öngyilkossági viselkedések rizikóját mérsékelhetjük. Az NSSI rizikófaktorainak egyik csoportosítási lehetősége a kockázati tényezők időbeli megjelenése (2. ábra). Ennek alapján beszélhetünk (1) *távoli* – azaz *disztális* – veszélytényezőkről. Ezek lehetnek *disztális egyéni hajlamosító tényezők* (pl. magas érzelmi reaktivitás és negatív affektivitás mint temperamentumtényezők; perfekcionizmus mint személyiségvonás, impulzivitás) és *disztális szociális hajlamosító faktorok* (pl. alacsony érzelmi támogatás és/vagy magas kritikusság a származási családban, traumatapasztalatok, a média/kultúra testképelvárásai). A (2) *proximális rizikótényezők* pedig specifikus rizikófaktorok a jelenben. Ezek az időben közelebbi NSSI-rizikófaktorok szintén lehetnek *egyéni szintűek* (pl. érzelemszabályozási nehézségek; olyan kognitív torzítások, mint alacsony önértékelés és magas önkritikusság; a saját test leértékelése, pszichiátriai kórállapotok) és a *társas térből eredőek* (pl. kortárshatások, stresszes életesemények a közelmúltban és/vagy a jelenben). Bizonyos rizikófaktorokat – azok NSSI-vel való szoros összefüggése miatt – egyenesen önsértés-specifikus vulnerabilitási tényezőként is értékelnek (pl. fokozott önkritikusság; Nock., 2010).

2. ábra. A nemszucidális önsértés kockázati tényezőcsoportjai



Az NSSI szempontjából előrejelző-értékű tényezőket továbbá intra- és interperszonális szempontból is szokás csoportosítani. Az intraperszonális NSSI-rizikófaktorok (pl. az érzelemszabályozás problémái, alacsony önértékelés, fennálló depresszió vagy egyéb pszichopatológia) és az NSSI kapcsolata erőteljesebb hangsúllyal van jelen az önsértés szakirodalmában, mint az interperszonális veszélyfaktorok (pl. bántalmazottság, kortársbántalmazásnak való kitettség, stresszes életesemények) és az NSSI összefüggései (Baetens és mtsai., 2014). Ugyanakkor – bár az intraperszonális NSSI-rizikótényezők azok, amelyeken jellemzően terápiásan dolgozni tud a személy a változás érdekében – mindkét rizikócsoportot érdemes szem előtt tartanunk, hiszen az NSSI-cselekedetek az intra- és interperszonális tér találkozási pontján „kelnek életre”. A további fejezetekben körvonalazzuk azt is, ahogyan a két kockázati csoport számos folyamattal összekapcsolódik.

IX.1. Az NSSI-hez kapcsolódó pszichológiai folyamatok és személyiségjellemzők – Az NSSI intraperszonális rizikótényezők

IX.1.1. Az érzelemszabályozás zavara

Az NSSI átfogó modelljei közül több is (pl. a *Tapasztalati Elkerülés Modell; Experiential Avoidance Model [EAM]*; Chapman, Gratz, és Brown, 2006 vagy a *Négy Funkció Modell; Four-Function Model [FFM]*; Nock, és Prinstein, 2004; vagy az *Érzelmi Kaszkád Modell; Emotional Cascade Model [ECM]*; Selby és Joiner, 2009 – a modelleket részletesen ld. a X.2.3. fejezetben) az NSSI mint cselekvés érzelemszabályozó szerepét hangsúlyozzák. Az NSSI-re tehát tekinthetünk úgy is, mint az érzelmek szabályozásának viselkedéses megnyilvánulása. Az NSSI ugyanis lehetővé teszi, hogy az azt végző személy a negatív érzelmeitől átmenetileg megszabaduljon, azonban maladaptív módon. Néhány empirikus eredmény azt is kiemelte, hogy a rövidebb ideg tartó, de intenzívebb emóciók és gondolatok az önsértés markánsabb prediktorai, mivel jobban igénybe veszik az érzelemszabályozó kapacitást (Nock és mtsai., 2009). Az NSSI-hez kapcsolódóan számos diszfunkcionális érzelemszabályozási stratégiát azonosítottak (McKenzie és Gross, 2014). A következő alfejezetekben ezek közül az NSSI vonatkozásában a legfontosabbakat tekintjük át.

IX.1.1.1. Elkerülésalapú érzelemszabályozási folyamatok az NSSI-ben

Az NSSI-vel kapcsolatban a legtöbbet vizsgált és a legrelevánsabbnak tűnő érzelemszabályozási folyamatok a disszociáció és a tapasztalati elkerülés (*experiential avoidance*). Mindkét folyamatban averzív érzelmi élmények elkerüléséről beszélhetünk, ezért a disszociációra és a tapasztalati elkerülésre a szakirodalom összefoglalóan elkerülésalapú érzelmi stratégiákként tekint.

1. Disszociáció és NSSI

A disszociáció során – akut érzelmi stressz hatására – az emlékekhez és a tapasztalatokhoz való hozzáférés különböző szintű nehézségeit, valamint a viselkedés és az érzet zavart integrációját tapasztalhatjuk, mindez a valóságtól való eltávolodás különböző fokozatait eredményezi (Amerikai Pszichiátriai Társaság [American Psychiatric Association], 2013). A disszociáció egyfajta pszichés énvédelmi mechanizmusként működik azáltal, hogy megváltoztatja – tompítja – az éntudat szintjét, így a stresszorok kikerülhetnek a tudatosság fókuszából, csökkentve az azok keltette érzelmi nyomást. Mindez azonban olyan maladaptív folyamatokhoz vezet, mint a deperszonalizáció (elszakadás a szokásos testérzettől), a derealizáció (elszakadás a jelenlévő környezeti tapasztalatoktól) vagy az amnézia (az élettörténeti folytonosság megszakadásának érzete) (Costa, 2020). A disszociáció egy nagy gyűjtőfogalom, többféle súlyosságú állapotot takar. Az enyhébb disszociációra lehet példa, amikor valaki rutinszerűen vezet a munkába, majd hirtelen észreveszi, hogy megérkezett, de nem tudja felidézni, pontosan hogyan is jutott el oda. Miközben vezetett, elmerült a gondolataiban és automatikusan cselekedve tette meg az utat. Súlyosabb állapotra lehet példa a trauma hatására fellépő disszociatív amnézia: a súlyos autóbalesetet átélt személy később nem emlékszik a történetekre.

Disszociáció hatására a stresszhelyzettel kapcsolatos gondolatok, érzések és tapasztalatok nem integrálódnak a tudatáramba és az emlékezetbe (Bernstein és Putnam, 1986, 727.). Az élmény így instabillá, töredezetté válik, s maga a stresszor tudatossága is csökkent szintű. Mindez pedig akadályozza a hatékony problémamegoldást (Costa, 2020). Mind borderline személyiségzavarban, mind evészavarban szenvedő páciensek körében (pl. Navarro-Haro és mtsai., 2015), mind olyan speciális kamaszpopulációban, mint javítóintézeti neveltek (Reinhardt és mtsai., 2020), mind nemklinikai mintákban (pl. Batey, May és Andrade, 2010) kimutatták, hogy a disszociatív tendenciák jelenléte fokozta az NSSI kockázatát. Egy portugál serdülőket bevonó tanulmányban rámutattak arra is, hogy a mindennapos kortárszaklatásnak való kitettség és az NSSI kapcsolatában a disszociáció és a tapasztalati elkerülés mediáló tényezőnek bizonyult: azaz a kortársbántalmazás áldozatainak akkor folytattak nagyobb valószínűséggel önsértést, ha hajlamosak voltak elkerülésalapú érzelemszabályozási mechanizmusokat alkalmazni (Xavier és mtsai., 2018). A disszociáció és az NSSI közötti kapcsolat létezését az NSSI anti-disszociatív funkciója is

alátámasztja. Számos személy ugyanis azért végez NSSI-t, mert az önsértés segítségével szeretne kikerülni egy nemkívánt homályos – disszociatív – érzelmi állapotból (Klonsky és Glenn, 2009).

Ugyanakkor a fogvatartottak körében – ahol az átlagnál magasabb a disszociációra való hajlam – Enea és munkatársai (2017) nem találtak a disszociáció mértékében különbséget az önsértők és a nem önsértők között. Ez felveti annak a lehetőségét, hogy bizonyos csoportokban és bizonyos körülmények között a disszociáció és az NSSI egymástól független mechanizmusként szabályozhatják az averzív tapasztalatok keltette érzelmi megterhelést: míg a disszociatív folyamat egy tisztán pszichés énvédő mechanizmus, addig az NSSI esetében ez testi manifesztációval is bír.

2. Tapasztalati elkerülés és NSSI

Egy másik fontos, az NSSI-vel kapcsolatban lévő, elkerülésre alapozó érzelmszabályozási stratégia a tapasztalati elkerülés, amely a negatív élmények (pl. érzelmi állapotok, gondolatok, emlékek, testi érzetek) elkerülésére való hajlamként írható le (Hayes, Wilson, Gifford, Follette és Strosahl, 1996). A tapasztalati elkerülés tehát egy olyan tendencia, amelynek során az egyén megpróbálja elkerülni, elnyomni vagy módosítani a nem kívánt belső élményeit, megéléseit, még akkor is, ha ez hosszú távon fokozott pszichés szenvedéshez és diszfunkcionális viselkedéshez vezet. Egyfajta „struccpolitikának” is nevezhetjük. Példája lehet, amikor valaki azzal odázza el párkapcsolati problémáinak megbeszélését a partnerével, hogy kerüli a konfliktusos témát, azért, hogy ne szembesüljön az ahhoz kapcsolódó kellemetlen érzéseivel (pl. szégyen, bűntudat, düh). De az is a tapasztalati elkerülés egy formája, amikor valaki az ürességérzését vagy a szorongását folyamatos okostelefon-használattal nyomja el: csak „görgeti és görgeti” a videómegosztót, hogy ne kelljen az érzéseivel és a gondolataival szembesülnie. Ugyanezt a mechanizmust érheti el a rendszeres alkoholfogyasztás is: a rendszeres alkoholfogyasztó az itallal nyomja el szorongását, stresszt okozó gondolatait. Ideiglenesen ugyan tompítja a kellemetlen érzéseit, de hosszabb távon éppen súlyosbítja a problémát.

A tapasztalati elkerülés hasonlónak tűnhet a disszociációhoz, hiszen mindkét folyamat a személy saját élményeihez való problémás hozzáférésre utal, fontos azonban kiemelni az eltéréseket. Míg a tapasztalati elkerülés a belső élmények nehezített elérésére és megélésére vonatkozik, addig a disszociáció során a belső tapasztalatok, valamint élmények elszigetelődnek egymástól (pl. az érzelem az emléktől). Ennek nyomán a tapasztalati elkerülés beszűkíti a pszichés folyamatok repertoárját, a disszociáció pedig egy mélyebb, fundamentális elszakadást jelent azok között (Goldsmith Turow, 2017).

A tapasztalati elkerülés szerepét az önsértés magyarázatában a *Tapasztalati Elkerülés Modell* (*Experiential Avoidance Model; EAM*; Chapman, Gratz és Brown, 2006) egyenesen a középpontba állítja (a modellt átfogóan a X.2.3.1. fejezet fejti ki).

A modellben felvázoltakat az empirikus adatok alátámasztani látszanak. Egy 17 vizsgálatot összegző metaanalízis egyértelműen megerősítette, hogy a szorongató, kellemtelen belső élmények, állapotok elkerülése gyakorta alkalmazott maladaptív érzelmszabályozási forma NSSI-ben érintett populációkban (Brereton és McGlinchey, 2020).

Ugyanakkor empirikus szempontból még bizonyításra vár, hogy a tapasztalati elkerülés milyen specifikus viselkedéses jelenségeket kapcsol össze (Chawla és Ostafin, 2007). Újabb tanulmányok a tapasztalati elkerülést is transzdiagnosztikus folyamatként írják le, amely általában erősíti a negatív életesemények hatását különböző pszichopatológiai tünetek, állapotok kialakulásában, különösen az NSSI tekintetében (Carvalho, Dinis, Pinto-Gouveia és Estanqueiro, 2015; Xavier, Cunha és Pinto-Gouveia, 2018). Abban a szakirodalom következetes képet mutat, hogy a tapasztalati elkerülés pozitív kapcsolatban van az NSSI-vel (Brereton, és McGlinchey, 2020), azonban specifikus populációkban az, hogy a negatív életesemények megterhelő hatásait a tapasztalati elkerülés felerősítve közvetítené az önsértésre, már nem egyértelmű. Egy magyar, javítóintézeti fiúmintán végzett vizsgálatunk szerint mind a disszociáció, mind a tapasztalati elkerülés klinikai szintje megnövelte az NSSI rizikóját (Reinhardt és mtsai., 2022b). Ugyanakkor a mediációs elemzés alapján csak a disszociatív mechanizmusok erősítették fel a kortárskapcsolatokban tapasztalt negatív életesemények szerepét az NSSI megjelenésében, a tapasztalati elkerülés nem. A disszociáció – mint egyfajta megváltozott tudatállapot (Hayes és mtsai., 1996) – az érintett kamaszok számára feltehetően hatékonyan csökkentette a negatív kortárs-tapasztalatokhoz kötődő intenzív, de fájdalmas érzelmi állapotokat, hiszen azokkal átmenetileg nem kellett tudatosan szembenéznük. A disszociatív állapot azonban könnyen önsértő cselekedetekhez vezethet (Reinhardt és mtsai., 2022b). A tapasztalati elkerülés hiányzó szerepe a stresszes életesemények – NSSI közötti relációban több okkal is magyarázható: az egyik háttértényező, hogy a tapasztalati elkerülés ebben a sérülékeny mintában mind az önsértők, mind a nem önsértők között eleve magas volt, ami a zárt közegben a depresszív és a szorongásos tünetek általános megemelkedettségére utal függetlenül az önsértő státusztól (Renshaw, 2017). Másrészt, ahogy fentebb láthattuk, a disszociáció radikálisabb folyamat, a belső, mentális állapotoktól erősebb és szélesebb körű leválást jelent, mint a tapasztalati elkerülés. Feltehetően a fiatal korú bűnelkövetők körében a disszociatív folyamatok kifejezettebbek lehetnek részben korábbi traumatikus élményeik, részben ezzel összefüggésben a körükben nagyobb arányban jelenlévő pszichiátriai betegségek miatt. Harmadrészt, a tapasztalati elkerülés sem egységes entitás. Egyes kutatók (pl. Nielsen, Sayal és Townsend, 2017) azzal árnyalták a tapasztalati elkerülés és az NSSI-viszonyt, hogy kimutatták, önsértők körében csak a tapasztalati elkerülés elfojtás/tagadás aspektusa volt magasabb, ugyanakkor a figyelemelterelés/belső állapotok elnyomása vagy a halogatás aspektusok nem játszottak közvetítő szerepet a negatív élettapasztalatok és az NSSI

kapcsolatában. Összefoglalva, az elkerülésre alapozó érzelemszabályozási stratégiák – így a disszociáció és a tapasztalati elkerülés – NSSI-ben játszott szerepének tisztázására további vizsgálatoknak kell irányulnia.

IX.1.1.2. Rumináció

A kognitív érzelemszabályozási stratégiák közül a rágódás (rumináció) sem hagyható figyelmen kívül, amikor az NSSI-hez „vezető utat” vizsgáljuk. A rumináció során a személy újra és újra a negatív élményein, azok okain és következményein gondolkodik. Ez a rágódásszerű gondolkodási stílus azonban nem vezet megoldáshoz, inkább a passzivitást és a tehetetlenséget erősíti (Nolen-Hoeksema, Wisco és Lyubomirsky, 2008). A nehezen kontrollálható rumináció így fenntarthatja a distresszt, illetve súlyosbíthatja a negatív érzelmi állapotokat vagy az olyan depressziós tüneteket, mint az anhedónia (Hankin és Abramson, 2001). A rumináció mint érzelemszabályozási stratégia tehát könnyen a negatív érzelmi állapotok rögzüléséhez vezet, míg az NSSI-viselkedés éppen az intenzív negatív érzelmekkel való megküzdés gyakori maladaptív eszköze, így könnyen feltételezhető a két jelenség kapcsolata.

A szakirodalom valóban bőséges bizonyítékot szolgáltat arra, hogy a rumináció együtt jár mind a jelenlegi (Selby, Connell és Joiner, 2010), mind a korábbi önsértés (pl. Hoff és Muehlenkamp, 2009) magasabb előfordulásával. Egy, a rumináció és az NSSI kapcsolatát elemző metaanalízis (Coleman és mtsai., 2022) arra a következtetésre jutott, hogy a rumináció az élettörténetben előforduló önsértéssel közepes mértékben függ össze, azonban az önsértés gyakoriságával már nem jár együtt. Egy másik vonatkozó metaanalízis (Nagy és mtsai., 2023) némileg más képet ad az NSSI-részvétel, valamint az NSSI súlyossági mutatói és a rumináció mint személyiségvonás kapcsolatáról: mind keresztmetszeti, mind hosszmetzeti kutatásokat összegezve csupán gyenge, bár stabil összefüggést erősítettek meg. Feltehetően ennek háttere, hogy a rumináció mellett más tényezők is hatnak erre a kapcsolatra. Az *Érzelmi Kaszkád Modell* (Selby és Joiner, 2009) is hangsúlyozza a rumináció mellett az elárasztó, heves negatív érzelmek szerepét az önsértés kapcsán. Azt kutatások már alátámasztották, hogy a rumináció és a negatív érzelmek között pozitív, kétirányú kapcsolat áll fenn. Az egyre intenzívebb negatív érzelmek ugyanis fokozzák a ruminációt (Selby és mtsai., 2016), ugyanakkor a ruminatív gondolatok, mint egy örvény, még negatívabbá teszik az érzelmi állapotot (Lu és mtsai., 2014). Ennek alapján valószínűsíthető, hogy a negatív érzelmi állapotok, a rumináció és az önsértés kölcsönösen hatnak egymásra (Nagy és mtsai., 2023).

Ráadásul mind az NSSI, mind a rumináció komplex jelenség, amit eddig csak kevés vizsgálat tudott kezelni, illetve figyelembe venni, s ezek az eredmények is ellentmondásosak (Nagy és mtsai., 2023). Az NSSI esetében például gyakran nem különböztetik meg a vizsgálatok, hogy az már lezárt a személy életében vagy aktuálisan is jelen van, illetve az NSSI súlyossági mutatóit sem mérik fel minden esetben vagy

a háttérben álló különböző motivációkat hagyják figyelmen kívül. A ruminációt pedig általában egységes konstruktként kezelik, holott a ruminatív fókusz szerint annak számos válfaját azonosították (pl. depresszív rumináció, harag rumináció, önkritikus rumináció, a társas kapcsolatokra fókuszáló – ún. interperszonális – rumináció). Másrészt a ruminációt legalább két dimenzióval írják le: az egyik markáns tényező a tépelődés (brooding), a másik a töprengés vagy reflexió (reflection vagy reflective pondering). Míg az előbbi a maladaptív, negatív élményeken való passzív rágódást fedí le, addig az utóbbi egy, a történések, tapasztalatok megértésére irányuló szándékos, önmarcangolásmentes figyelmet takar, ami már kognitív szintű problémamegoldáshoz vezethet. A töprengés olyan reflektív, analitikus gondolkodási mód, ami bizonyítottan kevesebb depresszív tünettől jár együtt, mint a tépelődés (Treynor, Gonzales és Nolen-Hoeksema, 2003). A tépelődés ellenben magasabb explicit önkritikával (Law és Chapman, 2015), súlyosabb BPD-tünetekkel (Baer és Sauer, 2011) és hangsúlyosabb maladaptív viselkedésmintákkal (Selby, Conner és Joiner, 2010) társul. Ugyanakkor a kétféle rumináció NSSI-vel való kapcsolata jelenleg messze nem egyértelmű. Ezenfelül a két említett metaanalízisbe bevont kutatások döntő többsége nem vizsgálta az NSSI és a rumináció kapcsolatában a nemi és az életkori hatásokat, holott a két alapvető demográfiai tényező külön-külön is, mindkét változó esetében releváns szereppel bír (a ruminációt tekintve ld. Nolen-Hoeksema, 2000). Mindez további, árnyaltabb kutatásokat indokol a területen, bár egy friss, 50 vonatkozó tudományos munkát bevonó metaanalízis már a rumináció egyes faktorait is elemezte az NSSI tekintetében (Cheung és mtsai., 2024). Mind a vonásrumináció, mind annak egyes komponensei (tépelődés, töprengés [reflexió], depresszív rumináció, harag rumináció) csekélytől közepes mértékig kapcsolódtak a nemszuicidális önsértéshez. Az áttekintő tanulmány nagyon fontos eredménye tehát, hogy a rumináció adaptív formájának tekintett reflexió nem különbözött a többi maladaptív rumináció altípustól (tépelődés, depresszív és harag rumináció) az NSSI-vel való kapcsolatában. Ennek háttere lehet, hogy – bár a reflexió magasabb pszichológiai jólléttel (Harrington és Loffredo, 2010), illetve kevesebb depresszív tünettől (Treynor, Gonzales és Nolen-Hoeksema, 2003) társul, mégiscsak – negatív tartalmakon (érzéseken, gondolatokon) való repetitív gondolkodással jár. Ez már önmagában megemelheti az NSSI kockázatát, még akkor is, ha más tünetek tekintetében a folyamat védőhatást képvisel (Cheung és mtsai., 2010). Azaz a negatív tartalmak perszeverálódása meghatározóbbnak tűnik az önsértés tekintetében, mint a perszeveráció attribútumai (például, hogy valaki dühös vagy depresszív érzelmein rágódik).

Az eredmények abban a tekintetben vegyesek, hogy a rumináció képes-e előrejelezni a későbbiekben az NSSI kialakulását (Barrocas és mtsai., 2015). A rumináció-NSSI összefüggés mellett egy három évet átívelő longitudinális kutatás az inverz, azaz az NSSI-rumináció kapcsolatát is meg tudta erősíteni: az NSSI-cselekedetet követő szégyenérzet emelte a rumináció szintjét, ráadásul mind rövid,

mind hosszú távon az NSSI fokozta a distresszt és a ruminációt is (Buelens és mtsai., 2019). Mindez az *NSSI Érzelmi Kaszkád Modelljét* (*Emotional Cascades Model for NSSI; ECM-NSSI*; Selby és mtsai., 2008) támasztja alá (a modell átfogó bemutatását ld. a X.2.3.3. fejezetben). Az Érzelmi Kaszkád Modellben a negatív tapasztalatokon való rágódás azzal, hogy a figyelmet a negatívumokra irányítja, éppen hogy fokozza a negatív affektusokat, ami pedig a rágódásszintet emeli. Ebből az érzelmi kaszkádból és az azzal járó egyre intenzívebb érzelmi állapotból az NSSI erős ingerei segíthetnek kiszakadni. Az NSSI azonban rosszul kontrollált viselkedésként csak átmenetileg töri meg az ördögi kört, újabb negatív érzelmi helyzetben beindul az affektív kaszkád (Selby és Joiner, 2009). Ráadásul maga az önsértés aktusa is számos negatív érzelemmel (pl. szégyennel, csalódottsággal, reménytelenséggel, dühvel) asszociálódhat, ami szintén beindíthatja az érzelmi kaszkádot.

IX.1.1.3 NSSI és alexitímia

Ahogy már szó volt róla, az NSSI a maladaptív érzelmszabályozás testi lecsapódása, említik úgy is, mint „tettek a szavak helyett” (Sleuwaegen és mtsai., 2017, 86.). Ezért logikus a feltételezés, hogy kapcsolatban lehet azzal, hogy valaki nehezen ismeri fel, írja le és fejezi ki az érzelmi élményeit, azaz összefügg az alexitímia jelenségével. Az alexitímiás személynek „nincsenek szavai az érzelmeire” (Sifneos, 1973, 256.). Az alexitímia mint érzelembelfeldolgozási deficit három nagy működési diszfunkciót fed le: az érzelmek azonosításának nehézségét, az érzelmek (főként verbális) kifejezésének nehézségét és egyfajta pragmatikus gondolkodási stílust. Utóbbi a konkrét, gyakorlatias tevékenységek előtérbe helyezésére utal az árnyalt érzelmi élet helyett (Bagby, Parker és Taylor, 1994). Az állapot következménye, hogy az emóciók másokkal való megosztása, valamint az érzelmi állapotok és a testi érzetek megkülönböztetése zavart szenved (Frawley és Smith, 2001). Az alexitímia számos pszichopatológiai állapottal összefüggésben van (pl. a szorongással, a depresszióval, az étkezési zavarokkal, a problémás alkoholhasználattal), ilyen értelemben transzdiagnosztikus jelenségnek tekinthető (ld. Norman és mtsai., 2020 áttekintését). Keresztmetszeti kutatási adatok megerősítik azt is, hogy az önsértési előtörténettel bíró személyek szignifikánsan magasabb alexitímia-értéket adnak (Norman és Borill, 2015; Greene, Boyes és Hasking, 2020). Egy 23 tanulmány összegzésével készült metaanalízis az alexithímia és az NSSI között legalább közepes mértékű összefüggést talált (Norman és Borill, 2015).

Az egyetlen vonatkozó hosszsmetszeti vizsgálatból kiemelendő, hogy a kezdetben mért magas alexitímia-érték depresszív tünetekkel kapcsolódva három hónap elteltével magabiztosan bejósolta az önsértésben részt vevő középiskolásokat (Garisch és Wilson, 2015). Több empirikus tanulmány eredményeit együttesen elemző áttekintő kutatások szintén megerősítették az alexitímia és az NSSI kapcsolatát, ugyanakkor az egyes alexitímia-komponensek közül csak az érzelmek azonosításának és kifejezésének nehézsége függött össze az önsértéssel közepes hatásméret mellett.

Az összefüggés serdülők és nők körében markánsabbnak bizonyult (Norman és Borill, 2015; Greene, Boyes és Hasking, 2020; Norman és mtsai., 2020).

Mind az alexitímiával (pl. Stasiewicz és mtsai., 2012), mind az NSSI-vel élők érzelemregulációs problémákkal küzdenek, mindkettőnél különösen az elkerülésre alapozó érzelemszabályozási mechanizmusok dominálnak (pl. Chapman, Gratz és Brown, 2006). A változók kapcsolatát áttekintő két vonatkozó metaanalízis hasonló magyarázó mechanizmust vázol fel: az érzelmek átélésében és megnevezésében mutatkozó hátrány (az alexitímia) akadályozhatja az érett érzelemszabályozási stratégiák alkalmazását, ami emeli annak a valószínűségét, hogy valaki fokozott stresszhelyzetben feszültségét NSSI-epizódban vezeti le (Greene, Boyes és Hasking, 2020; Norman és mtsai., 2020).

Bár az alexitímia a pszichológiai kezelés akadálya lehet, bizonyítékok vannak arra, hogy az eredetileg stabil személyiségjellemzőnek tekintett érzelemkezeléssel kapcsolatos nehézség célzott beavatkozásokkal módosítható (Cameron, Ogrodniczuk és Hadjipavlou, 2014). Ennek nyomán felvetődik, hogy az NSSI kezelésében is hasznos lehet az alexitímia leépítésével, az érzelmi átélés módosításával számolnunk. A *dialektikus viselkedésterápia* (*Dialectical Behavioral Therapy; DBT*; Linehan, 1993), amelyet az önsértés kezelésében sikerrel alkalmaznak (részletesen ld. XII.2.2. fejezet), például hangsúlyt helyez arra, hogy a páciensek belső emocionális állapotaikat felismerjék, illetve megnevezzék. Az olyan érett implicit érzelemszabályozási folyamatok, mint az érzelmi tudatosság és annak nyomán az érzelmek verbális kommunikációja az elkerülésalapú/testalapú megküzdés helyébe léphetnek.

IX.1.2. Önleértékelés, fokozott önkritikusság, perfekcionista személyiségvonások

Az NSSI-viselkedések egy másik kulcstényezője – az érzelemszabályozási problémákkal szorosan összefonódva – a tartósan fennálló önleértékelés. A kutatási eredmények egységesek abban, hogy az önleértékelés és a hozzákapcsolódó működésmódok (pl. erős önkritika, önbüntetés, alacsony önértékelés, önutálat, s általában véve a negatív énkép) mind az önsértés kialakulásában, mind tartós vagy visszatérő megjelenésében meghatározó tényezők (Glassman és mtsai., 2007; Lundh, Karim és Quilisch, 2007; Forrester és mtsai., 2017). A negatív énkép és az alacsony, instabil önértékelés gyakran bántalmazás nyomán formálódik (ld. a IX.2.1. fejezetet), de annak hiányában, egy, az énreprezentációt átható irracionális szégyen vagy büntudat érzéséből is fakadhat (Möhl, 2020). Empirikusan alátámasztott, hogy azok, akik dominánsan negatív érzelmeket élnek át és ez magas önleértékeléssel társul, nagyobb valószínűséggel válnak önsértővé számukra frusztráló helyzeteket követően, szemben azokkal, akiknél ugyan kifejezettek a negatív érzelmek, de alacsony vagy átlagos

önleértékeléssel jellemezhetők. Utóbbiak stresszhelyzetekben inkább másokat hibáztatnak vagy más módon válnak agresszívvé a környezetükkel szemben (Klonsky és Muehlenkamp, 2007). Mindez az érzelmi diszreguláció és a fokozott önleértékelés összefonódását is megerősíti az NSSI kapcsán. Továbbá az önsértést végzők jelentős része, amikor az önsértő viselkedése háttérben meghúzódó okokról beszél, gyakran számol be arról, hogy azért végzett önsértést, hogy „megbüntesse magát” vagy „ki-fejezze haragját önmaga felé” (Klonsky, 2007). A kezelés szempontjából fontos arra a terápiás tapasztalatra is felhívni a figyelmet, hogy önsértésben részt vevő páciensek sok esetben arról számolnak be, hogy úgy érzik, nem érdemlik meg az ellátást vagy mások inkább „megérdemlik” a terapeuta idejét és szaktudását. Ezekben az esetekben a legtöbbször feltárható a negatív énkép, a magas önkritika, illetve az arról való beszámoló is, hogy az önsértő epizódot követően büntudatot, szégyent, szomorúságot és önmaguk elleni dühöt éltek át (Møhl, 2020).

Az NSSI szempontjából érdemes a fokozott önkritikussággal külön is foglalkoznunk. A magasabb önkritikával és negatív énbeszéddel jellemezhető személyek egyben alacsonyabb önértékeléssel bírnak, önmagukkal és testükkel elégedetlenebbek (Ross, Heath és Toste, 2009). Ugyanez az önleértékelés jellemző az önsértés esetében is (Ross, Heath és Toste, 2009). Ezek az összefüggések ahhoz a masszív empirikus tényhez is igazodnak, miszerint az étkezési zavarokban viszonylag magas az NSSI előfordulása (ld. VIII.2. fejezet). Az alacsony önértékelés esetén az önsértés legfőbb motívumai a csökkent önérték keltette, énnel kapcsolatos negatív érzések enyhítése és az önbüntető szándék (Ross, Heath és Toste, 2009), valamint a szégyen érzésével való megküzdés (Sornberger és mtsai., 2012) lehetnek. Akik hajlamosak a szégyenérzetre, az önsértést a szégyent kiváltó stresszhelyzetekkel való megküzdésre használhatják (Mahtani, Melyin és Hasking, 2018). A szégyen és az NSSI kapcsolata további magyarázótenezőt kínál az NSSI és az olyan internalizáló pszichiátriai szindrómák kapcsolatára, mint a hangulat- és az étkezési zavarok.

Az önbüntető vagy önkritikus stílust a verbális, érzelmi és/vagy a fizikai bántalmazás, illetve a fokozott, környezetből (gyakran a szülőktől) érkező kritika alapozhatja meg, amelynek során a személy megtanulja, hogy a vélt kudarcokra önkritikával és végül önmaga fizikális bántalmazásával reagáljon. Másrészt – nem ritkán az előbbiekkal összefüggésben – a túlzott önkritikusság korábbi és/vagy súlyos depresszió következménye is lehet (Nock, 2010).

Az olyan önbántalmazó – szelfabuzív – tendenciák, mint az önbüntető attitűd és az önkritikusság nemcsak az önsértés háttérében álló leggyakoribb okok közé tartoznak (Nock és Prinstein, 2004), hanem a maladaptív (vagy más elnevezésekkel egészségtelen, negatív vagy önkritikus) perfekcionizmust meghatározó tényezők is. Sőt, az utóbbi években azt is igazolták, hogy az önkritikus perfekcionizmus maga is kiváltó és fenntartó tényezője az NSSI-nek (Hooley és Franklin, 2018). A terápiás tapasztalatok szerint sok önsértő személy rendkívül maximalista: erősen

teljesítményorientált, önmagával szemben magas követelményeket állít (Möhl, 2020). Ez a perfekcionista attitűd gyakorta azonban magas önkritikával társul (Daigle és mtsai., 2018). A perfekcionizmus adaptivitást gátló komponense a teljesítménnyel kapcsolatosan megjelenő fokozott aggodalmak. Ezek az ún. perfekcionista aggodalmak igen erős önkritikussággal átitatottak, ezért is nevezik a perfekcionizmus maladaptív változatát önkritikus perfekcionizmusnak (Dunkley és Blankstein, 2000). Az önkritikus perfekcionizmus a tökéletlenségtől való félelem miatt a saját viselkedés átható kritikus önvizsgálatát eredményezi, amely még jó teljesítmény esetén is gátolja az elégedettség átélését (Dunkley, Zuroff és Blankstein, 2003). Ez a fajta krónikus aggodalom összefonódik a magas negatív, egyben az alacsony pozitív affektivitással (Mongrain és Zuroff, 1995) és a depresszív tünetekkel is (Dunkley és Blankstein, 2000). A perfekcionista aggodalmak az eddigi vizsgálati adatok alapján az NSSI kockázatát is emelik (a témában két áttekintés is segíti a további tájékozódást: Limburg és mtsai., 2017; Győri és mtsai., 2021). Egy, ún. élménymintavételezési eljárással dolgozó vizsgálatban – amelynek során két hétig mindennapi környezetükben naponta több alkalommal önbeszámoló alapján felmérték 30 önsértő fiatal érzéseit, gondolatait, viselkedését – megerősítették, hogy a fokozott önkritikus attitűd (így az önutálat és a résztvevők önmaguk felé irányuló haragja) megemelte az NSSI-epizódok megjelenési esélyét (Nock, Prinstein és Sterba, 2009). Csoport-összehasonlítással dolgozó kutatások pedig arra világítottak rá, hogy az önsértésben résztvevők a nem önsértőkhöz és az indirekt önsértést folytatókhoz (pl. szerhasználók, extrém mértékben koplalók) képest számottevően önkritikusabbak (Hooley és mtsai., 2010). Középiskolások körében végzett hazai kutatásunk a súlyos (gyakori és többféle módon) önsértők körében az önkritikus perfekcionista hozzáállás fokozott jelenlétére mutatott rá, valamint arra, hogy ez a csoport bevallása alapján szinte kizárólag érzelmszabályozási okok, különösen önbüntetés miatt vett részt NSSI-ben (Reinhardt és mtsai., 2023a). Feltételezhető, hogy az önsértő viselkedés önbüntető funkciója az énnel kapcsolatos elégedetlenség, a nagymértékű önkritikusság csökkentését célzó stratégia lehet (Kortge, Meade és Tennant, 2013).

Az NSSI és a perfekcionista aggodalmak háttérben meghúzódó közös pont Flett és munkatársai (2012) szerint a fokozott önkritikusságra, szégyenre és önbüntetésre való hajlam lehet. Az tehát bizonyos, hogy a perfekcionizmus egészségtelen formája magas negatív érzésekkel, szorongással és önkritikával társul, s az is alátámasztott, hogy az önsértés egyik legfőbb motívuma a negatív, különösen az önkritikus érzelmi állapotok szabályozása (Nock, 2009). Ezek alapján feltételezhető, hogy az NSSI egyik alapvető célja az önkritikus-perfekcionista attitűdök keltette negatív érzelmi állapotok mérséklése (Chester, Merwin és DeWall, 2015). Az NSSI és a fájdalom kapcsolatát kutató szerzőpáros – Hooley és St. Germain (2014) – szerint az extrém önbüntető énreprezentáció „lebontja” a saját testtel szembeni agresszió velünk születetten meglévő gátjait.

IX.1.3. Impulzivitás

Az NSSI-t már a jelenség tudományos vizsgálata kezdetén olyan viselkedésként tekintették, amely impulzuskontroll-problémákkal jár együtt, illetve abból ered (Favazza és Conterio, 1989). Az impulzuskontrollban jelentkező nehézségek az átgondolás és a tervezés hiánya miatti meggondolatlan cselekvésekben öltönek testet. Másrészt, a kezdetekben az önsértő viselkedésformákat alapvetően a borderline személyiségzavarral kapcsolták össze, hiszen az önsértés a borderline személyiségzavar egyik tünetköre, s ennek a típusú személyiségzavarnak az alapjellemzője éppen az impulzuskontroll károsodása (Lieb és mtsai., 2004). Az NSSI impulzív viselkedésként történő korábbi értelmezése ellenére az utóbbi másfél évtizedben több olyan empirikus eredmény is született, amelyek egymásnak ellentmondó eredményeket kaptak az impulzivitás és az NSSI kapcsolatát tekintve. Bizonyos kutatások erős összefüggést mutattak ki az impulzivitás és az NSSI viszonyában (pl. Glenn és Klonsky, 2010), mások egyáltalán nem mutattak ki kapcsolatot a két jelenség között (pl. Chapman és mtsai., 2009). A kép az impulzivitás mint konstruktum összetettsége, illetve a mérésében mutatkozó különbségek miatt lehet árnyaltabb (Hamza, Willoughby és Heffer, 2015). Az impulzivitás – hasonlóan, mint maga az NSSI – egy gyűjtőfogalom: számos tulajdonságot magában foglal, így az újdonságkeresést, a szenzoros élménykeresést, a kalandvágyat, a kockázatvállalást, a meggondolatlan cselekvést, a kitartás vagy a késleltetés hiányát (Eysenck és Eysenck, 1977; Costa és McCrae, 1992). Az impulzivitás többdimenziós jellegét számtalan elmélet próbálta megragadni, így az impulzivitás konceptualizációjában nincs egységesség, ami annak mérésében is lecsapódik. Ugyanakkor mindez rámutatott arra, hogy az impulzivitás különböző aspektusai különböző módon kapcsolódhatnak a problémás, kockázatvállaló viselkedésformákhoz, amilyen az NSSI is (Whiteside és Lynam, 2001).

Hamza, Willoughby és Heffer (2015) áttekintő tanulmánya 17 kutatást elemzett az impulzivitás és az NSSI közötti kapcsolatáról, különös figyelmet fordítva arra, hogy az impulzivitás mely aspektusai fonódnak össze az önsértő viselkedéssel. Általánosságban megállapítható, hogy az NSSI-ben érintettek magasabb impulzivitásról számolnak be, mint azok, akik nem vesznek részt ebben a viselkedésben. A legerősebb különbség a negatív sürgetettség dimenziójában mutatkozott meg, amely azokra az impulzív cselekvésekre utal, amelyeket az egyén negatív érzelmi állapotban, meggondolatlanul hajt végre. Kisebb, de kimutatható különbségek jelentkeztek az önsértők és a nem önsértők között az előrelátásban és a kitartásban: az önsértő személyek kevésbé voltak előrelátóak és kitartóak. Az impulzivitás különböző dimenzióiban tehát eltérő erősségű különbségek vannak az önsértő és a nem önsértő személyek között: a legerősebb – közepes mértékű – hatást az NSSI-cselekedetekben való részvételre az előre megfontolt gondolkodás hiánya képviselte. Bár kevés kutatást tudtak összegezni, ezek az eredmények azt sugallják, hogy azok a személyek, akik általában

gyorsan, kevés előrelátással és tervezéssel cselekednek, nagyobb kockázatnak vannak kitéve az önsértés szempontjából. Ez az eredmény összhangban van azokkal a kutatásokkal, amelyek a megfontoltság hiányának szerepét mutatták ki más, egészségügyi kockázatot jelentő viselkedésformák (pl. alkoholfogyasztás, impulzív étkezési zavarok) gyakorlásában (Willoughby és Fortner, 2015; Claes, Vandereycken és Vertommen, 2005). Ráadásul az impulzivitás és az NSSI közötti kapcsolat egyes esetekben megszűnt, amikor az NSSI egyéb kockázati tényezőit (pl. gyermekkori traumatizáltság; borderline személyiségzavar tünetek) statisztikailag kontrollálták az elemzésekben (Evren és mtsai., 2012), azaz ezek a változók magyarázzák, mint közös harmadik hatás módosíthatják az impulzivitás NSSI-re gyakorolt hatását. Másrészt longitudinális kutatások – amelyekben az impulzivitás és az NSSI láncban ok-okozati következtetések levonására van lehetőség – vegyes képet mutattak a két jelenség kapcsolatában: volt, ahol a korábban mért impulzivitásfaktorok előrejelezték a későbbi NSSI-t, más követéses kutatásokban azonban nem (Peterson és Fischer, 2012).

Az áttekintő tanulmány (Hamza, Willoughby és Heffer, 2015) nagyon fontos eredménye az is, hogy az impulzivitásban megmutatkozó csoportok közötti eltérések csak önbeszámolás kérdőívek alapján mutatkoztak meg, az impulzivitás laboratóriumi alapú méréseiben már nem. Laboratóriumi körülmények között különböző feladatokban (pl. Go/NoGo vagy Stop/Signal feladat) való részvétel alapján a mérés időpontjában detektálják a személy képességét (1) válaszai legátlására, a (2) feladatot zavaró ingerek figyelmen kívül hagyására, az (3) emlékezetből előtörő irreleváns információk kizárására, az (4) azonnali kielégülés késleltetésére és az (5) eltelt idő becslésére (Dick és mtsai., 2010). Érdemes megjegyezni, hogy a laboratóriumi impulzivitásmérések eredményei eleve mérsékelten kapcsolódnak az impulzivitás önbevallásos méréseihez (Dougherty, Marsh és Mathias, 2002). Fontos ugyanakkor azt a szempontot is figyelembe vennünk, hogy a laboratóriumi impulzivitásmérésekben nagyon ritkán indukálnak negatív érzelmi állapotot, azaz hozzák stresszes helyzetbe a személyeket. Egy kísérletben azonban Nock és Mendez (2008) ezt megtette, s a laboratóriumban stresszes körülményeket hoztak létre. Azt találták, hogy az aktuálisan is NSSI-t folytató személyek nemcsak kifejezettebb fiziológiai arousalválaszt adtak a frusztrációs helyzetben a nem önsértőkhöz képest, hanem hamarabb is megszakították a stresszkeltő feladatot, hogy distresszüket csökkentsék. Mindez az NSSI lehetséges folyamatát leíró elméletekkel is összecseng: egyes személyek negatív érzelmeik hatására olyan megküzdési formákat alkalmazhatnak, amelyek azonnali enyhülést hoznak szorongásukra. Az impulzivitás ennek a mechanizmusnak ágyazhat meg: a negatív állapotok azonnali csökkentésére szolgáló NSSI-ben az impulzív(abb) egyének annak azonnali előnyei miatt vehetnek részt, ami önmagát erősítő körfolyamattá válhat: az impulzív viselkedések éppen azért fokozódnak és maradnak fenn az idő múlásával, mert gyors megkönnyebbülést hoznak a negatív megerősítés (a kellemetlen helyzet azonnali csökkentése) által, ám az abban részt vevők így nem vagy

kevés figyelmet tudnak fordítani a hosszú távú következményekre. Ez a megküzdési forma tehát éppen a hosszú távú szabályozási célok rovására megy (Cyders és Smith, 2008). Ezt a gondolatmenetet erősíti az a vizsgálati eredmény is, amely szerint a súlyosabb önsértést mutató kamaszcsoportban magasabb volt azoknak az aránya, akik a negatív helyzetet azonnal vagy szinte azonnal önsértéssel „oldották meg”, míg a kevésbé súlyos NSSI-csoportban többen voltak azok, akik a stresszhelyzet és az önsértő cselekedet között akár órákig is késleltetni tudtak (Reinhardt és mtsai., 2022c). Másrészt, amennyiben az impulzívabb egyének elsősorban negatív hangulati állapotuk kontextusában veszélyeztetettek az NSSI-re, akkor a negatív emocionalitás moderátor tényező lehet az impulzivitás NSSI-be való „fordulását” tekintve. Egy két héten keresztül tartó, napi többszöri naplózási módszerrel dolgozó vizsgálatban például azt találták, hogy az NSSI-készítések előrejelzésében a szomorúság állt a legerőteljesebb interakcióban az impulzivitással (Bresin, Carter és Gordon, 2013).

Összegzőként, az impulzív egyének nagyobb kockázatnak vannak kitéve az önsértés szempontjából, mert nehezebben tudják elviselni a stressz okozta averzív állapotot, így azt minél gyorsabban szeretnék megszüntetni. Az önsértéssel azonnal képesek negatív hangulati állapotuk szabályozására, hiszen számos önsértési mód gyorsan, különösebb tervezés és előkészítés nélkül végrehajtható – kevésbé törődve a hosszú távú következményekkel (pl. fájdalom, megbélyegzés; Chapman, Gratz és Brown, 2006). Az impulzívabb személyek számára tehát fontosabb érzelmi szenvedésük gyors megszüntetése, a hosszabb távú következményeket kevésbé hatékonyan mérlegelik.

IX.1.4. Alacsony testi tudatosság és a saját test leértékelése

Végül az NSSI-vel kapcsolatba hozható legfontosabb intraperszonális kockázati tényezők közül a saját test észlelésével kapcsolatos nehézségeket is releváns áttekintnünk. Tekintettel arra, hogy az NSSI szándékos, fizikai támadás a saját test ellen, felvetődik, hogy az önsértő személynek a testével való kapcsolata és testének megtapasztalása központi szerepet játszhat az NSSI megértésében.

Testünk fiziológiai, belső állapotának hatékony és pontos észlelése az ún. *interocepció* képessége (Craig, 2002). Az interocepció számos test-elme, test-psziché folyamatot lefed, így abba beleértjük a testi állapotok felé irányuló figyelmet, a testünkben való bizalmat, az érzelmi tudatosságot, a figyelmi és az önszabályozási folyamatokat, valamint a testből származó ingerek felé irányuló figyelmet, illetve ezeknek a testérzeteknek a detektálását (Mehling és mtsai., 2012). Az interocepció három fő aspektusa annak tudatossága, pontossága és érzékenysége. Az interoceptív tudatosság azt fedi le, hogy valaki tudatában van-e a testéből származó érzékei-nek. Az interoceptív pontosság azt jelenti, hogy valaki mennyire pontosan észleli

a belső testi jeleit (pl. a szívverését). Míg az interoceptív érzékenység arra utal, hogy valaki mennyire figyel ezekre a testi jelzésekre (Ferentzi és mtsai., 2018). A jól működő interoceptív mechanizmusok – azaz, amikor valaki pontosan, megfelelően és tudatosan érzékeli a saját testéből érkező belső jelzéseket – egyértelműen jobb mentális egészségi állapottal és hatékonyabb érzelemregulációval függenek össze (Füstös és mtsai., 2013). A testi tudatosságban mutatkozó deficitiek pedig ellenkezőleg, számos pszichopatológiában kimutathatók – különösen étkezési zavarokban (pl. Peat és Muehlenkamp, 2011) és NSSI-ben (pl. Smith, Forrest és Velkoff, 2018), illetve legnagyobb mértékben azoknál, akik mindkettőben érintettek (pl. Claes és mtsai., 2012; Noma és mtsai., 2015). A gyenge interocepciót összefüggésbe hozták a szuicid kockázattal is, mind az öngyilkossági gondolatokkal, mind az öngyilkossági kísérletekkel (pl. Rogers, Hagan és Joiner, 2018). Mivel a repetitív NSSI az egyik leghangsúlyosabb előrejelzője az öngyilkos viselkedésnek (ld. bővebben a VIII.1. fejezetben), s az alacsony testi tudatosság növeli az NSSI rizikóját, elképzelhető, hogy az alacsony testi tudatosság az NSSI-re kifejtett hatásán keresztül járul hozzá az öngyilkosság akadályainak (pl. fájdalom) csökkentéséhez. Az NSSI közvetítő hatását az alacsony interoceptív tudatosság és az öngyilkossági kísérlet között Dodd és munkatársai (2018) étkezési zavarban és NSSI-ben egyaránt érintett nők mintáján mutatták ki. Hagan és munkatársai (2019) hasonló eredményeket kaptak több ezer fős felnőtt nemklinikai mintán: az interoceptív tudatosság deficitje az NSSI súlyosságán (többféle mód használata) keresztül közvetett hatással bírt az öngyilkossági kísérlet rizikójára.

Magát az alacsony testi tudatosságot pedig a különböző érzelemszabályozási zavarok és az NSSI közötti kapcsolótényezőként azonosítják az egyes empirikus munkák, hiszen az érzelemregulációs problémákkal küzdők nem mindegyike vesz részt önsértésben. Úgy tűnik, hogy az interoceptív érzékelés csökkent működése, valamint a testtel való tudatos törődés hiánya olyan potenciális moderáló tényezőként értelmezhető, amely bizonyos kontextusokban hozzájárulhat az önsértő viselkedés fokozott kockázatához (Muehlenkamp és mtsai., 2013).

Alacsony testi tudatosság esetén – mivel a testi tapasztalatokhoz való kötődés gátolt – a személy hajlamos lehet testét, amely az énkép fontos része, leértékelni. A *test leértékelése*, az afelé megélt tisztelet hiánya – különösen szorongás idején – növeli a testtel szembeni távolságtartást, ami megkönnyítheti azt, hogy valaki kárt tegyen a testében, illetve a testét – tudattalan – fizikai kommunikációs eszközként használja, leginkább akkor, ha eleve rosszabb érzelemszabályozási kapacitással bír (Muehlenkamp, 2012). Az alacsony fokú testi tudatosság a test védelmi funkcióira is kihatással lehet, növelheti a fájdalomtoleranciát, ami pedig megkönnyítheti az NSSI mint érzelemregulációs eszköz használatát. A test leértékelése megnyithatja az utat az NSSI önbüntetésként való alkalmazása felé is, amely mintegy szabályozza az énnel és a testtel kapcsolatos szégyenérzetet azoknál, akik negatív attitűddel

viszonyulnak önmagukhoz (Muehlenkamp és mtsai., 2013). Másrészt a test fiziológiai állapotának reprezentációja, a „materiális én”, azaz az interocepció alapját képezheti a szubjektív érzeteknek, az érzéseknek és az öntudat(osság)nak (Craig, 2002). Az interocepciót az „érzelemszabályozás megtestesüléseként” is aposztrofálják (Niedenthal, 2007). Az alacsony testi tudatosság így azt (is) jelenti, hogy valaki távol kerül a saját testi érzékleitől, nem tudja átélni és megmondani, hogy „hogyan érzi magát a bőrében”, ami a test elleni agresszió felé nyithat kaput.

A problémás testtudat relevanciáját az NSSI szempontjából számos vizsgálati adat igazolta. NSSI-ben részt vevő középiskolások például alacsonyabb testtel kapcsolatos elégedettséget jeleztek, mint nem önsértő társaik (Claes és mtsai., 2010). A negatívabb testkép pedig gyakoribb önsértéssel járt együtt (Bjärehed és Lundh, 2008). A testtel kapcsolatos elégedetlenség pedig háromszorosára növelte az ismételt önsértésben való részvétel kockázatát (Nelson és Muehlenkamp, 2012). Ráadásul, amennyiben az NSSI más, ismert rizikófaktorait (pl. negatív érzelmekkel való elöntöttség) is figyelembe vették, a testtel kapcsolatos elégedetlenség akkor is megőrizte kockázati tényező szerepét az önsértésben (Muehlenkamp és Brausch, 2012). Útelemzéssel pedig azt is megerősítették, hogy az érzelemszabályozási zavarok abban az esetben erősítették fel az NSSI kockázatát, amennyiben a személy alacsony testi tudatossággal és teste felé irányuló alacsony elfogadással volt jellemezhető (Muehlenkamp és mtsai., 2013). Végül, fontos megemlítenünk, itt is lehetséges a mechanizmusok körfolyamat jellege: a testtudati és testértékelési deficitek eleve gyengébb érzelemszabályozási készségek talaján ugyan elősegítik az NSSI kialakulását és ismételt megjelenését, de a repetitív NSSI-ben való részvétel is hozzájárulhat a test elfogadásának gyengüléséhez – fokozva a testtel szembeni ellenszenvet, leértékelést és az attól való távolságot. Mindez pedig ördögi körként további NSSI-epizódokhoz vagy más olyan tapasztalatokhoz vezet, amelyek fájdalmasak, testetleket károsítóak (pl. szerhasználat, szuicid rizikó; Muehlenkamp és mtsai., 2013).

IX.2. Az NSSI környezetből származó – interperszonális – rizikófaktorai

IX.2.1. Traumata tapasztalatok: megterhelő tapasztalatok, bántalmazottság, elhanyagoltság

A fejlődési pszichopatológia egyik alapvetését tekintve többféle – nehezített – fejlődési útvonal is későbbi önsértésben futhat ki (Yates, 2004). Az NSSI-jelenség szakirodalma rendre alátámasztja, hogy a *kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok* (*adverse childhood experience; ACE*) az önsértés egyik legjelentősebb kockázati tényezői

(Briere és Gil, 1998). Ilyen kedvezőtlen, a leggyakrabban traumatikus gyermekkori élmény lehet a rossz bánásmód számos formája (pl. érzelmi és fizikai elhanyagolás, érzelmi, fizikai és szexuális abúzus) és a családi diszfunkciók (pl. a szülők elvesztése vagy a tőlük való hosszabb szeparáció, a szülők válása, a szülők pszichiátriai problémái, a család súlyos anyagi nehézségei), de idetartozik a krónikus betegség átélése is.

Amennyiben a gyermekkori rossz bánásmódra fókuszálunk, az a fejlődési folyamatokat számos területen – így az én- és testreprezentáció, az impulzuskontroll és az érzelemszabályozás, a kötődés és a neuropszichológiai folyamatok szintjén – maladaptív irányba befolyásolja (Cicchetti és Valentino, 2006). Mindez többféle későbbi pszichopatológiai tünet és jelenség, vagy akár pszichiátriai zavar kialakulásának rizikófaktor. Lényeges kiemelni, hogy az ACE-k és a mentális zavarok között szinte dózis-válasz-szerű az összefüggés. Ez azt jelenti, hogy minél több vagy súlyosabb kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatot él át valaki, annál nagyobb eséllyel alakulnak ki nála később pszichés problémák (Hughes és mtsai., 2017).

Különösen a depresszió, a szorongás, az addikciók és az agresszió (Briere és Elliot, 2003), valamint az önagresszió tekintetében (Yates, Carlson és Egeland, 2008) azonosították veszélyforrásként a gyermekkori traumatikus hatásokat. A későbbi NSSI és a gyermekkori szexuális abúzus, azon belül is a családban megélt szexuális bántalmazás mutatják a legkifejezettebb összefüggést – amire már a korai NSSI kutatásokban is egyértelműen rámutattak (de Young, 1982). Számos kutatás alátámasztotta, hogy a gyermekkorban elszenvedett testi bántalmazás kockázati tényezője a későbbi nemszucidális önsértésnek (van der Kolk, Perry és Herman, 1991; Liu és mtsai., 2018). Hasonló a kép a gyermekkori érzelmi abúzus (pl. gyakori lekicsinylés, leértékelés, büntudatkeltés) és az NSSI között. Ebben a kapcsolatban a gyermek felé irányuló fokozott szülői kritika szerepét emelték ki a kutatók (Yates, Tracy és Luthar, 2008). A gyermekkori – érzelmi és/vagy fizikai elhanyagolás és az NSSI relációjában azonban vegyesek a kutatási adatok: bizonyos eredmények szerint van összefüggés (pl. van der Kolk, Perry és Herman, 1991; Wang és mtsai., 2025), más eredmények ezt nem erősítik meg (pl. Wiederman, Sansone és Sansone, 1999). Emiatt felvetődik annak a lehetősége, hogy erre a kapcsolatra olyan moderátor és mediátor tényezők (pl. fokozott önkritikusság, depresszió) is hatnak, amelyeket még nem tártak fel teljeskörűen (Glassman és mtsai., 2007).

Kimutatták azt is, hogy a gyermekkori bántalmazottság hatása fokozottabb volt a későbbi NSSI megjelenésére azokban az esetekben, amikor a bántalmazás elhúzódó volt, a gyermekhez közel álló gondviselő követte el, illetve szexuális abúzus esetén az behatolással is járt (Trickett és mtsai., 2001). Érdemes azt is megjegyezni, hogy a gyermekkori bántalmazás típusai az NSSI egyes jellemzőihez – pl. annak gyakoriságához, módjaihoz, a háttérben álló motivációkhoz – máshogyan kapcsolódnak. A gyermekkori fizikai bántalmazás később elsősorban interperszonális okokhoz köthető, alkalmoszerű, de visszatérő NSSI-hez vezetett, például figyelemfelhívás

vagy az érzelmi fájdalom környezet felé történő kommunikálása miatt. Ezzel szemben a gyermekkori szexuális bántalmazás gyakrabban eredményezett intrapszichés folyamatokból – például önbüntetés vagy érzelmszabályozás – fakadó repetitív önsértést (Yates, Carlson és Egeland, 2008).

A fejlődési pszichopatológiai szemlélet a gyermekkorban megélt rossz bánásmódból később megjelenő NSSI-t három fejlődési útvonal – az énreprezentáció, az önszabályozás és a fiziológiai reaktivitás sérülésén –, illetve ezek kombináción keresztül magyarázza, miközben mindezt kötődési keretbe ágyazza (Yates, 2009).

A gyermekkorban elszenvedett rossz bánásmód (1) *negatív én- és kapcsolatrepresentációkat* hoz létre, ami hozzájárulhat a későbbi önsértéshez (Yates, 2009). Ennek feltételezett mechanizmusa a következő: a bántalmazottsághoz kapcsolódó negatív érzések, tapasztalatok – különösen a szégyenérzés, a megalázottságérzés – belsővé válásával az énmegélés, az énkép olyan negatív attribúciókkal telítődik, mint például az érintett értéktelen, szerethetetlen, gyűlöletes, visszataszító mivolta. Ez vezet ahhoz az önleértékeléshez, önkritikához, ami az NSSI másik jellemző kockázati tényezője. Másrészt a sérült szelfélmény a kapcsolati reprezentációkat is negatívan terheli meg: mivel a személy nem bízik önmagában, énhatékonyságérzete pedig alacsony, ezzel a stresszhelyzetekben elérhetetlennek élheti meg a másoktól érkező támogatást vagy magát arra eleve érdemtelennek tartja, általánosságban is a kapcsolatokat veszélyesként anticipálja (Fonagy és mtsai., 2002). Az önsértést a fejlődési pszichopatológia felől közelítő teoretikus és kutató, Tuppert Yates (2009) ennek alapján azt feltételezi, hogy az NSSI során a korábban bántalmazott – az internalizált romboló, büntető élmények miatt – a saját testen keresztül bünteti meg magát, valamint támogató, biztos kötődés hiányában az önsértés – paradox módon – önnyugtató eszközzé válhat. Bár az összefoglalt hipotetikus folyamat hátterét nem, de magát az összefüggést több vizsgálat is alátámasztja: mind gyermekkori abúzust átéltek (pl. Toth és mtsai., 1997), mind önsértő személyek mintáin (Suyemoto, 1998) csökkent önértékelést és kompetenciaérzést, valamint a szociális környezet felé átható bizalmatlanságot erősítettek meg.

A gyermekkori rossz bánásmód a fejlődő (2) *önszabályozást, azon belül különösen az érzelmszabályozást is rombolja*. A korai években az empátikus, a csecsemőre ráhangolódni képes gondozó kulcsszerepet játszik az énfel fejlődés és az érzelmi fejlődés alapfolyamataiban (pl. szimbolizáció, kognitív-affektív integráció, érzelmi állapotok megosztása az interszubjektív térben (ld. pl. Bowlby, 1969/1982; Stern, 1985)). Ennek a „láthatatlan munkának” az eredményeképp az érzelmi élmények egyre differenciáltabbá, komplexebbé és szimbolikusan is (pl. nyelv, alkotás) leképezhetőkké válnak (Sroufe, 1995). Gyermekkori bántalmazottság esetén ez az adaptív szimbolizációs folyamat, az önreflektivitás, az integrált élmény meghatározóan károsodik, és a helyébe az önsértés mint testalapú (fizikai, érzékeléses, viselkedéses) önszabályozó folyamat kerül (Yates, 2009). A jellemző működési mechanizmus a disszociáció

lesz: az érzelmek és a kognitív folyamatok (pl. gondolkodás, emlékezés) dezintegrációja, különválása. A disszociáció abban is megmutatkozik, hogy önsértés során az érzelmi állapotok verbális közlése helyett a szomatoszenzoros szint közvetíti ezeket az affektusokat, a nyelvi leképződés helyébe a test szimbolikája⁵ lép (van der Kolk és mtsai., 1996), amit a környezet általában nem vagy negatív reakciókkal (pl. félelem, zavarban levés, düh, meg nem értés) dekódol. A normál érzelmi folyamatok zavarát jelzi az emóciók felismerésének és átélésének nehézsége, az alexithymia is. Az érzelemreguláció ilyen szintű és formájú zavarai – az alexithymia, a disszociáció és a szomatizáció – empirikus adatok alapján is összefügg a hetero- (Fonagy és Target, 1995), s főként az autoagresszióval (van der Kolk és mtsai., 1996). Számos adat megerősíti, hogy a nemszucidális önsértés mind a disszociációval (összegzi Brereton és McGlinchey, 2020), mind az alexitímiával (összegzi Greene, Boyes és Hasking, 2020) összefüggésben van. Az NSSI és a disszociáció részletes kapcsolatát ld. a IX.1.1. fejezetben, míg az NSSI és az alexitímia összefüggéseit a IX.1.1.3. fejezet taglalja. Az érzelemregulációs deficitek és lehetséges következményei – így az önsértés – esetében a mentalizációs-szimbolizációs készség fejlesztését célzó technikák hatékonysága emelendő ki (Rossouw és Fonagy, 2012).

Azt is számos empirikus adat támasztja alá, hogy a gyermekkori rossz bánásmód az (3) *arousalszabályozásra*, azaz a fiziológiai reaktivitásra is jelentős khatással van (Yates, 2007). A korai évek bántalmazottsága a neurobiológiai stresszválasz-rendszert mind szerkezetében, mind működésében megzavarja, ami egy meghatározó fejlődési útvonal lehet a későbbi önsértést tekintve (Yates, 2009). Vázlatosan összefoglalva, a gyermekkori averzív tapasztalatok mind az azonnali stresszreakciókért felelős noradrenalin – szimpatikus idegrendszer – mellékvesevelő (LC-NE) rendszer, mind a hosszú távú stresszválaszokért felelős limbikus rendszer – hipotalamusz – hipofízis – mellékvesekéreg (HPA) tengely működését, valamint a két rendszer kapcsolatát is modulálhatják (Cicchetti, 2003). Ráadásul ez a két fő stressztengely olyan más fiziológiai rendszerekkel – így például a szerotonerg- és a belső opiátrendszerrel – is kapcsolatban van, amelyek problematikus működése szintén összefügghet az önsértéssel (van der Kolk, 1987). Erről bővebben a X.1.2. fejezet szól. A stresszválasz lefutásában megjelenő tartós változások számos – így endokrin, metabolikus, immunológiai, autonóm idegrendszerei, érzelmi, kognitív és viselkedéses – folyamatra negatív khatással lehetnek (Vasquez, 1998). Ezek a maladaptív fiziológiai és mentális mechanizmusok pszichopatológiai jelenségek (pl. depresszió, szorongás [Cicchetti és Walker, 2003], önsértés [Novak, 2003]) feltételezhető megalapozói.

5 A test szimbolikája kifejezés alatt jelen esetben azt értjük, hogy a személy belső állapotai és/vagy az érzelmei kifejezésére – jellemzően tudattalanul – a testét használja. A verbális kommunikáció helyett a test „beszél”: azaz az önsértés elfojtott érzéseket, konfliktusokat vagy társas üzeneteket fejezhet ki.

A fejezet végén azonban fontos hangsúlyozni, hogy NSSI bántalmazott előtörténet nélkül is megjelenhet, a gyermekkorban elszenvedett bántalmazás csupán az egyik lehetséges – bár jelentős – rizikófaktora a későbbi önsértő viselkedésnek.

IX.2.2. Kortársbántalmazás

A *kortársbántalmazás* (*bullying*) a fiatalok közötti erőszak egyik formája: olyan agresszív viselkedéseket takar, amelyeket fiatalok vagy fiatalok csoportja követ el más fiatal/fiatalok ellen, s a bántalmazó(k) szándékosan ártani akar(nak) a bántalmazott(ak)nak. A bántalmazásban résztvevők nem testvérek vagy nincsenek intim kapcsolatban. Fontos kritérium, hogy a felek az erőviszonyokat tekintve nem egyenrangúak: a bántalmazó erősebb a bántalmazottnál (Olweus, 1991). A kortársbántalmazásnak számtalan formája van, abba beletartozik például, ha valakit fizikálisan bántalmaznak (pl. megvernek, falhoz nyomnak), olyasmit tesznek vele, amit nem akar, ha ismétlődően csúfolják, gúnyolják (pl. testi adottságai, bőrszíne, vallása miatt), számára kellemetlen dolgokat mondanak neki, de az is idetartozik, ha szándékosan kihagyják közös tevékenységekből vagy ha hazugságokat terjesztenek róla, szándékosan lejáratják, vagy szexuális megjegyzéseket tesznek rá, illetve ha intim testrészeihez nyúlnak (Olweus, 2013).

Érdeemes felhívni a figyelmet arra, hogy a kortársbántalmazás helyszínét tekintve az iskola mellett egyre nagyobb szerepet kap az internet. Az *online kortársbántalmazás*, a *cyberbullying* esetén a bántalmazás formái a világhálón keresztül valósulnak meg: a bántalmazó a bántalmazott engedélye nélkül például bántó üzeneteket küld e-mailben, chatben, sms-ben a bántalmazottnak vagy posztol a közösségi oldalán, weboldalt hoz létre, hogy a másikról kellemetlen tartalmat (pl. videót, képet) tegyen ki (Bauman, Cross és Walker, 2013). Több felmérést összegző, illetve több országra kiterjedő vizsgálatok szerint az offline vagy „hagyományos” bullying átlagosan 35%-ban fordul elő a fiatalok körében, míg a cyberbullying alacsonyabb prevalenciát mutat, 15% körül mozog (Olweus, 2012; Modecki és mtsai, 2014; Camerini és mtsai., 2020).

Mind a bullying, mind a cyberbullying esetében beszélhetünk bántalmazókról/elkövetőkről/zaklatókról, bántalmazottakról/áldozatokról és olyan fiatalokról, akik mindkét szerepben benne vannak: bizonyos relációkban áldozatok, más esetekben éppen maguk az elkövetők (Solberg, Olweus és Endresen, 2007). A kutatások azonban arról keveset beszélnek, hogy a kortársbántalmazásban részt nem vevő, de annak szemtanúivá váló gyerekeket, kamaszokat milyen pszichés hatások érik. Nemi különbségek is megfigyelhetők az egyes szerepek gyakoriságában: fiúk esetében gyakoribb, hogy bántalmazó szerepben vannak mind iskolai, mind online közegben, míg a lányok nagyobb valószínűséggel válnak főként online bántalmazás áldozatává (Smith és mtsai., 2019).

A kutatási eredmények egyöntetűek abban a tekintetben, hogy bullying rosszabb fizikai és mentális egészséggel társul, illetve rosszabb egészségmutatókhoz vezet (Arsenault, Bowes és Shakoor, 2010). Egy 165 vizsgálatot összegző metaanalízis alapján különösen a depresszív és a szorongásos tüneteket, az öngyilkossági gondolatokat és viselkedést, valamint az alkohol és az illegális szerek fogyasztását fokozza a kortársak általi bántalmazottság (Moore és mtsai., 2017). Egy több mint 32 000 tanulót bevonó, 6 év ismételt mérési eredményeit összegző svéd vizsgálat rámutatott, hogy a kortársaik által bántalmazott fiúk négyszer, míg a lányok két és félszer jeleztek több lelki problémát, mint a nem bántalmazottak (Kälmén és Hallgren, 2021).

A kortársbántalmazás (bullying) szintén jelentős rizikófaktor a önsértés különböző formáinak (Bakken és Gunter, 2012; Evans és Hurrell, 2016). Mind a kortársbántalmazás „hagyományos”, mind online formái kapcsolatot mutatnak az NSSI-vel (Faura-Garcia, Orue és Calvete, 2021), sőt egyre inkább olyan adatok jelennek meg, amelyek a cyberbullying áldozatai körében mutatják ki a magasabb önsértési arányt (Zhao és mtsai., 2022). Ennek hátterében az állhat, hogy bár az offline és az online bullying számos tényezőben közös (pl. bántalmazott és bántalmazói szerepek), az online világban történő bántalmazás olyan speciális jellemzői, mint a névtelenség mögé rejtőző bántalmazás, amelyet sokkal többen látnak, mint az offline világban, a bántalmazó közvetlenül nem szemtanúja bántalmazása hatásának, a bántalmazott fokozott magárahagyottsága az online bántalmazással és a következtében megjelenő negatív érzései kezelésében, különösen megnöveli az NSSI rizikóját (Olweus és Limber, 2018; Drubina és mtsai., 2023).

Fontos rávilágítani, hogy nemcsak a bántalmazottak, de a bántalmazók, illetve az egyszerre bántalmazott-bántalmazók körében is megemelkedett az NSSI a bántalmazásban semmilyen formában nem érintettekkel szemben. (Claes és mtsai., 2015; van Geel, Goemans és Vedder, 2015; Serafini és mtsai., 2023). A bántalmazók esetében különösen akkor emelkedik meg az NSSI kockázata, ha bántalmazott előtörténettel bírnak. Összegezve, NSSI szempontjából a legveszélyeztetettebbek az egyszerre bántalmazó és bántalmazott lányok (Barker és mtsai., 2008). Saját kutatásunkból érdemes még azt is kiemelni, hogy a kortársbántalmazás azon szereplői, akik önsértésről számoltak be, különösen az áldozatok, szignifikánsan több NSSI-mód használatát jelezték azokhoz képest, akik ugyan önsértők voltak, de nem voltak érintettek bullyingban (Drubina és mtsai., 2023). A kortársbántalmazás tehát az NSSI súlyossági mutatóira is kihatással van.

A kortársbántalmazás–NSSI kapcsolat pszichoszociális perspektívából magyarázható. A negatív interperszonális események – amilyen a bullying is – fokozott stresszválaszt, ezzel a negatív érzések elhatalmasodását eredményezik az áldozatok, de az elkövetők számára is (Hilt és mtsai., 2008). Másrészt a bántalmazás igazságtalan helyzetként élhető meg, amire a válasz agresszió lehet (ld. a bántalmazott-bántalmazó szerepet; Agnew, 2005). Az áldozatnak gyakran azonban nincs lehetősége

kifelé irányítani dühét, így a felgyülemlett agresszió – önleértékelés, önsértés formájában – befelé fordulhat, ami átmenetileg kezelni képes a bántalmazásból származó erős frusztrációt (Huang és mtsai., 2022). Ennél a pontnál azt is ki kell emelnünk, hogy a kortársbántalmazás egyes esetekben a bántalmazott öngyilkossági kísérletéig is elvezethet (Holt és mtsai., 2015).

IX.2.3. Megterhelő/negatív életesemények

A *megterhelő vagy negatív életesemények* olyan történések, negatív környezeti hatások az egyéni élet során, amelyek pszichológiailag és/vagy fizikailag nyomasztó élményekben, ennek következtében negatív érzésekben csapódnak le, s így olyan érzelmi problémákhoz vezethetnek, mint a depresszió (Penner-Goeke és Binder, 2019) vagy a szorongás (McLaughlin és Hatzenbuehler, 2009). Holmes és Rahe (1967) klasszikus megközelítése alapján a stresszkutatásban ez a megközelítési mód a jelentős negatív életesemények vizsgálatára és értékelésére helyezi a hangsúlyt, amelyektől el kell különítenünk a hétköznapi bosszúságokat (*hassless*).

A negatív életesemények többféleképpen csoportosíthatók. Az egyik ilyen csoportosítási lehetőség annak vizsgálata, hogy a stresszes helyzetek milyen életterületre terjednek ki: például a társas kapcsolatokra (pl. családi, iskolai, munkahelyi negatív életesemények), a teljesítményre (pl. iskolai, munkahelyi negatív tapasztalatok), a testi egészségre (pl. betegség), az anyagi biztonságra (pl. állásvesztés; Paykel, 2003). A másik szempont a negatív életesemény keltette hatás erőssége (Monroe és Slavich, 2020). A kisebb negatív életesemények (pl. rossz jegy szerzése az iskolában, vita egy munkatárssal) inkább összeadódva és időben elhúzódva fejthetik ki megterhelő hatásukat. Beszélhetünk továbbá jelentős negatív életeseményekről, mint a traumatikus hatások (pl. bántalmazás, bűncselekmény áldozatává válás, krónikus betegség, baleset), a veszteségek vagy jelentős és problémássá váló átmeneti életperiódusok (pl. költözés miatti nehéz beilleszkedés). A negatív életesemények e tekintetben széles skálán mozoghatnak és hatásuk egyaránt jelentősen függ egyéni vulnerabilitási tényezőktől (pl. érzelmi instabilitás, támogató kapcsolatok hiánya) és rezilienciafaktoroktól (pl. optimista szemlélet, jó egészségügyi ellátás).

Az olyan *jelentősebb negatív életesemények*, mint a traumatikus történések, azon belül is a bántalmazottság NSSI-re kifejtett hatásával az előző két fejezetben foglalkoztunk behatóan. A jelentős negatív életesemények kapcsán ezen a ponton is fontos átfogóan kiemelnünk, hogy azokat az NSSI egyik kiemelkedő kockázati tényezőjeként azonosították (Qin és mtsai., 2024). Ennek feltételezett hatásmechanizmusa szerint, a jelentős negatív életesemények megemelik a negatív érzelmekkel való elárasztottságot, s ha ez nem csökken, fennáll a veszélye, hogy alacsonyabb színvonalú megküzdési módokkal – pl. kockázatos viselkedésformákkal – próbálják az

érintettek kezelni (Liu és mtsai., 2014). Az NSSI *Tapasztalati Elkerülés Modellje* (részletesen ld. X.2.3.1. fejezet) szerint azoknál, akik jelentős negatív életeseményekkel szembesülnek, az azok keltette negatív affektív állapotok elkerülése miatt fennáll a veszélye, hogy NSSI-be menekülnek, ami azonnali érzelmi megkönnyebbülést hoz és átmenetileg segít az averzív élmény elkerülésében (Chapman, Gratz és Brown, 2006). A jelentős negatív életesemények nem csak közvetlen befolyással bírnak az NSSI-re (ld. pl. Gao és mtsai., 2020 longitudinális kutatását), hanem különböző tényezők, így például a korábban bemutatott rágódás közvetítő faktorként funkcionálnak a jelentős stresszorok NSSI-re gyakorolt szerepében (Qin és mtsai., 2024). A jelentős negatív életesemények keltette negatív érzésekkel – mivel ezek nehezen megoldhatók – az azt átélők folyamatosan foglalkoznak, s ez a rágódás, más szóval rumináció olyan rutinná válhat, amiből szinte lehetetlen a – gondolati – kilépés (Coleman és mtsai., 2022), így az NSSI radikális „megoldásként” jelenhet meg (Sun és mtsai., 2022). A kutatások szerint az egyénfüggő, hogy adott jelentős negatív hatást követően közvetlenül kezd valaki önsértésébe (Wan és mtsai., 2023), vagy a negatív eseményre folyamatosan visszaemlékezve későbbi reakcióként fut ki a rumináció NSSI-ben (Tanner, Hasking és Martin, 2014). Ezek az eredmények empirikusan igazolják az NSSI *Érzelmi Kaszkád Modelljét* (*Emotional Cascades Model for NSSI; ECM-NSSI*; Selby és mtsai., 2008; a modellt a X.2.3.3. fejezet ismerteti).

Keresztmetszeti és longitudinális kutatások egyaránt megerősítik, hogy mind a *múltbeli*, mind a *jelenbeli stresszes életesemények* megnövelik az NSSI kialakulásának rizikóját (pl. Liu és mtsai., 2014; Horváth és mtsai., 2020). Ugyanakkor a legfrissebb kutatások arra világítanak rá, hogy ezt a kapcsolatot közvetítő tényezők is árnyalják, azaz a negatív életesemények és az NSSI közötti közvetlen útvonal mellett jellemzőbb, hogy a negatív életesemények hatását valamilyen tényező közvetíti. A legerősebb ilyen közvetítő tényezőnek számítanak az NSSI-vel eleve hangsúlyos kapcsolatban lévő depressziós és a szorongásos tünetek (Jacobson és Gould, 2007): mindkettő képes közvetíteni a negatív életesemények hatását az NSSI megjelenésére (pl. Jiang és mtsai., 2022; Wei és mtsai., 2022). Ugyanakkor jó hírnék számít az NSSI megelőzése és kezelése szempontjából, hogy bizonyos tényezők, így a *reziliencia* – a nehéz élethelyzetekben fennálló rugalmas ellenállási képesség, ami a stresszt követő sikeres alkalmazkodást segíti (Masten, 2001; Masten és Tellegen, 2012) – képes a negatív életesemények hatását tompítani az NSSI kifejlődésére (Wei és mtsai., 2022). A negatív életesemények egy része megelőzhető, illetve kontrollálható stresszhatás, főként, ha az – otthoni, iskolai, munkahelyi – környezet tudatos ezzel kapcsolatban. Amennyiben ezt vesszük alapul, logikus a feltételezés, hogy már az is csökkentheti mind az internalizáló (szorongásos, depressziós) tünetek, mind az NSSI kockázatát, ha a társas közeg eleve tudatos a stresszhatások kiküszöbölésében (pl. érzékeny a kortársbántalmazás jeleire) vagy ha negatív esemény történik, akkor arról hatékonyan kommunikál és az abban érintettek pszichés állapotát időben megérti és kezeli.

IX.2.3.1. NSSI a COVID-19 világjárvány alatt

A negatív életeseményeken belül érdemes külön kitérnünk egy speciális megterhelés, a COVID-19 pandémia NSSI-re gyakorolt hatására. A világméretű járványok – ami alól a COVID-19 sem volt kivétel – olyan veszély- és katasztrófhelyzetek, amelyek jelentős veszteségeket, nagymértékű pusztítást okoznak. A COVID-19-ben például közel 7 000 000 ember hunyt el világszerte (Johns Hopkins Egyetem, 2023). A katasztrófhelyzetek mivel többnyire váratlanul következnek be, erősítik a kiszolgáltatottság és védtelenség érzését – azaz a stresszor, a negatív életesemény nemcsak nagyfokú, hanem kontrollálhatatlan vagy legalábbis nehezen befolyásolható. A COVID-19 az emberáldozatok és a nagyfokú testi egészségkárosító hatása mellett az ún. másodlagos statisztikai mutatókat is növelte: számos mentális egészségindex romlásához hozzájárult. Ezt a jelenséget *járványok a járványban* kifejezéssel is illették. Kimutatták például a COVID-19 és annak következményei (pl. létbizonytalanság, állásvesztés, bezártság) szorongásfokozó, az elszigetelődést és a magányérzést erősítő hatását (Miao és mtsai., 2023), valamint olyan maladaptív viselkedéses következmények növekedését, mint a családon belüli erőszak (Kim és Royle, 2024), a szerhasználat (Roberts és mtsai., 2021), a túladagolás, az öngyilkossági viselkedés és az önsértés (Dubé és mtsai., 2021).

A COVID-19 világjárvány miatti elhúzódó lezárások, a fizikai és szimbolikus értelemben vett létbizonytalanság, valamint ezek következményei – például az online oktatás, a távmunka, a szociális távolságtartás, a jövővel kapcsolatos kiszámíthatatlanság, illetve az izoláció és az összezártág által fokozott otthoni feszültségek – jelentős mértékben akadályozták a serdülőkor és a fiatal felnőttkor számos fontos életfeladatának megvalósulását. Az önállósodás, az intim kapcsolatok kialakítása, a pályaelköteleződés és a karrierépítés is többé-kevésbé karanténba kényszerült. Mivel a fejlődő biológiai rendszerek sebezhetősége és a stresszorok közötti kölcsönhatás következtében a fiatal populáció veszélyeztetett a leginkább az NSSI szempontjából (Carosella és mtsai., 2023), ezért nem meglepő, hogy katasztrófhelyzetben ebben a körben volt a legkiugróbb az NSSI rizikója, amit a világ számos tájáról származó adattal szemléltetünk.

Svédországban az NSSI prevalenciáját 2011 óta méri egy kutatás középiskolások körében. Míg a pandémia előtt nagyjából minden évben kb. 17% körül mozgott az önsértés aránya, addig a pandémia első két évében – 2020-ban és 2021-ben – ez az arány 10%-kal, több mint 27%-ra emelkedett. Ha a kamasz nemi identitásproblémával is küzdött az eleve magas – 17%-os – korábbi arány majdnem 70%-ra nőtt a járvány idején. Az NSSI előfordulási arányának emelkedésével párhuzamosan a depressziós és a szorongásos tünetek is kifejezettebbé váltak a COVID-19 alatt (Zetterqvist és mtsai., 2021). Egy kanadai vizsgálat (Robillard és mtsai., 2021) nem sokkal a járvány kitörését követő időszakban, 2020 júniusa és júliusa között, 12–18 éves serdülők körében mutatott rá, hogy a COVID-19-cel kapcsolatos stressz fokozta

a megelőző négy hónapban az NSSI-ben való részvételt, amire hatással voltak a kamaszok érzelemszabályozási nehézségei. Azoknál, akik kevésbé hatékony stratégiákkal rendelkeztek negatív érzelmeik kezelésére, a pandémia által keltett stressz nagyobb valószínűséggel vezetett önsértő epizódhoz. Fontos, hogy az összefüggéseket a társas elszigetelődés felerősítette. Akik társas (pl. a család, a tanárok, a kortársak felől érkező) támogatásról, segítségről számoltak be – akár online formában – védettebbek voltak az NSSI tekintetében. Azáltal, hogy lehetőségük volt megbeszélni a megterhelő helyzeteket, tisztázhatták érzéseiket, ami segítette őket abban, hogy hatékonyabban megbirkózzanak azokkal. Ráadásul így mások mintaként szolgálhattak hatékony megküzdési stratégiákkal (Robillard és mtsai., 2021). Egy távolkeleti felmérés (Tang és mtsai., 2023), amelyet közvetlenül a járvány kitörését követő hónapban folytattak le, megemelkedett önsértési rizikót mutatott ki tajvani serdülők körében: több mint 40%-uk aktuális önsértésről számolt be. Az önsértők között több volt a lány, önértékelésük alacsonyabb volt, ugyanakkor magasabb impulzivitás-, szorongás- és depressziószintet jeleztek, illetve hajlamosabbak voltak érzelmeik elnyomására, s nehezebben tudták érzelmi állapotaikat azonosítani és jellemezni, mint nem önsértő társaik (vö. az alexitímia NSSI-ben játszott szerepével). Érdekes adat, hogy a tajvani önsértő fiatalok kevesebb kortárs és családi támogatásról számoltak be, mint a nem önsértők, ugyanakkor több virtuális barát támogatását említették, azonban ez éppen növelte az önsértés kockázatát. Ez az adat is azokat a korábbi eredményeket támogatja, amelyek az online világ markáns hatásáról beszélnek az NSSI terjedésében (ld. ezzel kapcsolatban a IX.2.4. fejezetet). Úgy tűnik, hogy a lezárások miatti bezártság jelentősen fokozhatja ezt a hatást, ami rámutat az interneten elérhető NSSI-tartalmak egészségpolitikai szintű szabályozásának sürgető szükségességére.

Érdemes olyan hosszmetzeti kutatásokat is idéznünk, amelyek a COVID-19 előtt indultak, s a járvány megjelenésével annak az előzményekhez képest való hatásait is detektálni tudták, ezek alapján az ok-okozatiság szempontjából nagyobb bizonyossággal jelenthetünk ki összefüggéseket. Egy svájci kutatás 2018 és 2020 vége között követett fiatal felnőtteket, a járvány első felében 4 adatfelvételi időponttal (Steinhoff és mtsai., 2021). A pandémia alatti önsértés lehetőségét megemelte a korábban is végzett önsértés, a lakókörülmények (az egyedül élő fiatalok különösen veszélyeztetettek voltak az önsértés tekintetében), a járvánnyal kapcsolatos stresszorok kumulálódása és a megfelelő megküzdés hiánya. Utóbbi kapcsán a szerzők kiemelték, hogy a helyzet elfogadása mint megküzdési mód – hiszen megváltoztathatatlan, nehezen kontrollálható és elhúzódó külső hatásról volt szó – védőfaktorként szolgált az önsértéssel szemben, míg a tagadás különösen káros érzelemszabályozási módnak bizonyult. Az USA-ban a járvány előtti évben indítottak egy kutatást, amelyben sohasem önsértő és önsértő kamaszlányokat kezdtek el nyomon követni. A COVID-19 2020 márciusi lezárásait követően 2020 júniusában és augusztusában is felmérték a serdülők mentális egészségi állapotát, sohasem önsértő, a COVID-19 alatt már nem önsértő és

a járvány alatt is önsértő csoportokba sorolva a mintát. A pandémia során is önsértő lányok kevesebb észlelt szülői és kortárstámogatásról számoltak be, magányosabbnak és feszültebbnek érezték magukat és gyengébb érzelmszabályozással bírtak, mint a nem vagy korábban önsértők (Carosella és mtsai., 2021). Ugyanezt a mintát vizsgálva arra is kíváncsiak voltak a kutatók, hogy a stresszrendszer fenyegetésre adott válaszmínősége képes-e prospektíven bejósolni a járvány kitörését követő NSSI-ben való részvételt (Carosella és mtsai., 2023). A vizsgálat kezdetekor, de még a járvány előtti évben olyan biomarkereket mértek fel, mint az egyik legfőbb stressztengely, a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese (HPA) tengely válaszkészsége, az amygdala térfogata és érzelmi ingerekre adott aktivációs szintje, valamint ennek kapcsolata a frontolimbikus rendszer nyugalmi állapotával. A limbikus rendszer, különösen annak része, az amygdala alapvető szerepet játszik az érzelmi reakciók feldolgozásában és rögzítésében, valamint az érzelmekkel telített emlékek kialakításában. Bár alacsony létszámú csoportokkal dolgoztak a kutatók, eredményeik különbségeket jeleztek a stresszválasz szabályozásában az önsértők és a nem vagy a pandémia alatt már nem önsértők között: azok a kamaszok, akik a kezdeti méréseknél is reaktívabb (érzékenyebb) HPA-tengely aktivitást és érzelmi helyzetekben fokozottabb amygdaláris reakciót mutattak, a járvány alatt is nagyobb valószínűséggel folytatták az önsértést. Ez az összefüggés még akkor is fennállt, ha a pandémiával kapcsolatos stresszorok hatását statisztikailag kontrollálták.

Összefoglalva a releváns kutatásokat, a COVID-19 világjárvány csak bizonyos körülmények között emelte meg az önsértésben való részvétel kockázatát. Ebben a távoli – disztális – rizikótényezők közül kiemelkedik az élettörténetben megjelenő korábbi önsértés és bántalmazottság, valamint az eleve gyengébb érzelmszabályozási képességek, illetve a stresszválaszban kulcsfontosságú szerepet játszó biológiai rendszerek sajátosságai. A proximális rizikótényezők közül az elmagányosodás, a támogató társas közeg hiánya, valamint a pandémiás stresszorok (pl. kapcsolati erőszak, megélhetési bizonytalanság) összeadódása emelhető ki. A hatásmechanizmusokat tekintve érdemes kiemelnünk a következőket: a jelentős stresszorok megzavarják az érzelmek hatékony kezelését, s a gyengébb érzelmszabályozási képességekkel bíró személyek ilyen nyomás alatt könnyebben nyúlnak nem hatékony érzelmkezelési módokhoz (pl. kifelé irányuló agresszió, önleértékelés, önsértés). Ezek a fajta viselkedések, mint korábban már „bevált”, azaz a stresszt valamilyen formában csökkenteni képes megoldásmódok későbbi stresszes szituációkban ismét előkerülhetnek. A COVID-19 pandémia és annak számos hatása (pl. az egészséggel kapcsolatos szorongások, az egészségügyi ellátás nehezített elérhetősége, kevésbé strukturált napok) is ilyen jelentős stresszornak tekinthető. A pandémia előtti rizikótényezők, az ott kialakult sérülékenységek tehát megnövelhetik az NSSI megjelenésének valószínűségét az új, jelentős stresszhelyzetben (Steinhoff és mtsai., 2021).

IX.2.4. A média, az internet és a közösségi média kapcsolata az NSSI-vel

Az NSSI-ről szóló képek és történetek az internet térnyerése előtt a médiában – például filmekben, dalokban, nyomtatott újságcikkekben – kevésbé jelentek meg. Az offline médiában az NSSI-t inkább olyan alkotásokban ábrázolták, amelyek kevésbé széles közönséghez értek el. Míg az öngyilkossági viselkedés és az agresszió jelentősebb szerephez jut(ott) az offline média világában, s annak hatásait számos kutatás elemezte (pl. Shaman és mtsai., 2024). Egy több vizsgálatot áttekintő tanulmány például arra mutatott rá, hogy az öngyilkossági viselkedés esetében az utánzó hatást (a „szuicid fertőzést”) az újságcikkek beszámolója, híres emberek szuicid kísérletei és megtörtént öngyilkosságok nagyobb arányban erősítették fel, mint kitalált történetek (Stack, 2000). Ráadásul a médiahatás nem egyformán érinti a nézőket, mivel az egyének életkori csoportjaik és más jellemzőik, például társadalmi helyzetük vagy pszichológiai érzékenységük mentén eltérő mértékben vannak kitéve annak. Következetes eredmények mutatják ki, hogy a fiatalok fokozottan érzékenyek a média öngyilkosságról és agresszióról szóló tudósításaira (Gould és mtsai., 2003). Az NSSI offline médiában való megjelenése és a nézőkre, olvasókra gyakorolt hatásainak vizsgálata azonban nehezített. A nyomtatott anyagokban – például magazinokban, újságcikkekben – való keresőszavas keresés – főként azok digitalizálásával – ugyan könnyebb, de arra nincs standardizált mechanizmus, hogy az NSSI megjelenési formáit filmekből, TV-műsorokból, zenékből hatékonyan azonosíthassuk. Whitlock, Purington és Gershkovich (2009) egy ötletes utat választott NSSI-tartalmak offline médiabeli elérésére. Internetes közösségeket kértek meg arra, hogy küldjenek számukra olyan zenét, filmeket, klippeket, amelyekben NSSI jelenik meg, illetve két olyan weboldalon tájékoztak, amelyek kifejezetten NSSI-vel kapcsolatos médiatartalmakra és irodalmi alkotásokra hivatkoztak. Végül 36 filmet (pl. *A skarlát betű*, *Tizenhárom*, *Az oroszlán télen*) és 89 dalt vontak be tartalomelemzésükbe. Az anyagokat az önsértő szereplők neme, kora és szocioökonómiai státusza, az önsértés formája és aszerint kódolták, hogy mentális betegséggel vagy öngyilkossági gondolatokkal küzdött-e az önsértő, illetve, hogy az önsértő szereplő erős vagy gyenge karakterként tűnt-e fel, vagy olyanként, akivel a néző azonosulna. Érdekes eredmény, hogy csak 2 olyan filmet tudtak egyértelmű NSSI-tartalommal azonosítani, amelyet 1980 előtt forgattak, míg a filmek és a dalok többsége, szám szerint 70, 2000 és 2005 között született. Ugyanez az idői trend volt érvényes az újságcikkekben megjelenő NSSI-re: míg 1966 és 1990 között kicsit több mint 250 NSSI-történetről írtak, addig 2000 és 2005 között a nyomtatott médiában 1750 ilyen volt, s 2000-től minden évben stabil növekedést mutatott az arányuk (vö. az NSSI-kutatás történetével). Az „NSSI-jelenetek” tartalomelemzése több szempontból is hasonló eredményeket hozott az NSSI-kutatásokkal. A filmekben megjelenő önsértő szereplők kicsit több mint fele (58%-uk) nő volt és többségük (közel 84%-uk) tinédzser vagy fiatal felnőtt, illetve

közép- vagy felsőosztálybeli társadalmi státuszú. Jelentős részüket erős karakterű szereplőként mutatták be, akikkel a néző könnyen tud azonosulni, ugyanakkor kétharmadukat rejtett vagy nyílt mentális betegségtünetekkel ábrázolták, de ugyanilyen arányban volt jellemző, hogy a filmben nem kaptak segítséget az önsértő szereplők. A legjellemzőbb (60%) önsértési mód a vágás volt, de 40%-ban más NSSI-módszert (pl. önütés) is megjelenítettek a médiatartalmak. Fontos, hogy a médiában is elkülönült az NSSI és az SSI jelensége: az NSSI-vel küzdő szereplők harmada mutatott öngyilkossági viselkedést is. A szerzők összegzőként hangsúlyozzák, hogy az offline média egyszerre tükrözi és formálja az önsértés (NSSI) kortárs társadalmi megítélését, így fontos szerepet játszik annak értelmezésében és reprezentációjában (Whitlock, Purington és Gershkovich, 2009).

Az online világ és az NSSI kapcsolatára rátérve: az internet használata világméretű, különösen a fiatalok körében elterjedt, akik a legvalószínűbb önsértő csoportot alkotják. A legtöbb kamasz és fiatal felnőtt napi rendszerességgel használja az internetet, kiemelten a közösségi médiát, amely nemcsak a korosztály egymáshoz való viszonyát, hanem identitásképzését is megváltoztatta. A szinte folyamatos online lét a közösségi médiában ismétlődő ön- és mások általi értékeléshez, a tökéletességre való törekvés fokozódásához vezet. Az idealizáltra szerkesztett képekkel nehéz versenyezni, ami a valóság, a normalitás, így a szelf torz értékeléséhez járulhat hozzá. Egy ilyen sajátos univerzumban, ahol a „like-reakciók” a siker fokmérői, a megelégedettség indikátorai, a figyelmen kívül hagyás, a leértékelés, illetve a zaklatás traumatikus hatást képviselhet különösen, hogyha annak igen sokan a tanúivá válnak. A negatív címke, a megbélyegzés gyorsan terjed, ráadásul a virtuális térből nehezebb kimenekülni. Az online felületek – főként fiatal felhasználók számára – így gyakran az identitás radikális (át)formálói (Møhl, 2020). Mindebből arra következtethetünk, hogy az internetes világ több szálon – például online bullying, társas összehasonlításból fakadó önleértékelés, irreális énreprezentáció kialakulása, perfekcionista hozzáállás erősödése, kontrollálatlan tartalmakkal való találkozás – is megemelheti az NSSI-viselkedések kockázatát.

Az NSSI-vel kapcsolatos tartalmak szinte korlátlanul és gyakran explicit képi anyag (pl. sebek) formájában is hozzáférhetők az interneten (Duggan és mtsai., 2012), bár az utóbbi években tartalmi figyelmeztetés és segélykérési lehetőségek megjelenítése előzheti meg az olyan szenzitív keresőszavak beírását, mint az öngyilkosság vagy az önsértés. Az elmúlt két évtizedben jelentősen megnőtt az online elérhető, NSSI-vel kapcsolatos tartalmak mennyisége (Lewis és mtsai., 2012). Ezek a tartalmak igen széles körben hozzáférhetőek és változatosak (pl. az NSSI háttere, kapcsolata a lelki egészséggel, kezelési lehetőségek; Whitlock, Powers és Eckenrode, 2006). Kutatási adatok utalnak arra, hogy az NSSI számottevő jelenléte a közösségi oldalakon és a videómegosztókon megkönnyíti az NSSI terjedését (ld. a X.3. fejezetben a társas terjedés jelenségét; Jarvi és mtsai., 2013). A média és az internet

NSSI-re kifejtett lehetséges hatásmechanizmusait magyarázó elméleteket részletesen Whitlock, Purington és Gershkovich (2009) tekintik át.

Az NSSI és a közösségi média kapcsolatában rá kell mutatnunk arra is, hogy az NSSI erősen stigmatizált viselkedés, ezért az arról való kommunikációt a virtuális környezet viszonylagos arctalansága és névtelensége megkönnyíti. Amit a személyes beszélgetésekben nehéz lenne a közvetlen környezetnek (kortársak, családtagok, tanárok) elmondani, a közösségi médiában anonim módon lehet megtenni és számos, az adott viselkedésben tapasztalattal bíró emberrel kapcsolat létesíthető (Brown és mtsai., 2018). Az NSSI online kommunikációja bizonyos előnyökkel járhat, például érzelmi támogatást nyújthat az önsértés helyett hatékonyabb érzelmszabályozó stratégiák kialakításához, társas támaszt nyújthat krízishelyzetekben, csökkentheti az elszigeteltség érzését, illetve lehetőséget biztosíthat terápiás ellátások elérhetőségének megismerésére. Ugyanakkor az ellenőrizetlen tartalmak – például különleges NSSI-módszerek terjesztése, életveszélyes kihívások (pl. nagy mennyiségű fahéj-evés, meztelen csigák fogyasztása, mozgó jármű előtt való táncolás), az önsértés normalizálása vagy bagatellizálása, valamint a negatív érzelmi állapotok érvénytelenítése – kifejezetten hozzájárulhatnak az önsértő viselkedés megerősödéséhez, repetitívvá válásához (pl. Lewis és mtsai., 2014). Ezen túlmenően növelhetik a súlyos következmények kockázatát is (pl. Khasawneh és mtsai., 2021). Egyes weboldalak, videómegosztók, fórumok – jelentős megtekintési számmal – egyenesen tanácsokat adnak az önsértéssel és annak elrejtésével kapcsolatban, amivel legitimálják ezeket a viselkedésformákat (ld. részletesen Lewis és Baker, 2011 internetes tartalomelemzését). Bár sok esetben most már korlátozzák az ilyen tartalmakat, de elérésük még mindig lehetséges. Fiatalok körében különösen a sérülékeny csoportok (pl. pszichiátriai problémákkal küzdők) veszélyeztetettek az NSSI-vel kapcsolatos internetes ártalmakra (áttekintik Marchant és mtsai., 2017). Egy több száz egyetemista körében végzett kutatás például azt emelte ki, hogy a közösségi hálózatok használati mintáiban (pl. az interneten töltött idő) és abban, hogy milyen motiváció áll a közösségimédia-fogyasztás háttérében (pl. videók feltöltése, kommentálása, játék, kapcsolattartás barátokkal), nem volt különbség az önsértők és a nem önsértők között. Eredményeik alapján úgy vélik, hogy a már pszichésen eleve veszélyeztetettek körében növelheti a jövőbeli NSSI rizikóját a szabályozatlan, gyakran explicit és az NSSI-t normalizáló, pozitív színben feltüntető (pro-NSSI) tartalom (Jarvi, Swenson és Batejan, 2017). A vizsgálat jelentős korláta azonban, hogy csak az élettartamra vetített NSSI-viselkedést mérte fel, nem az aktuálisat, így a jelenleg önsértést végzők internetes szokásairól nem ad információt. Egy másik kutatás, amely fiatalabb (10–17 éves) korosztályt céltott meg, az elmúlt hat hónapban történt önsértésre kérdezett rá az online közösségi interakciók és az internethasználat mellett. Az aktuálisan önsértő kamaszok általában több időt töltöttek online, különösen online csevegőszobákban, ahol szorosnak megélt virtuális kapcsolatokat alakítottak ki, s fontosabbnak ítélték

az internetet, mint nem önsértő társaik. Ugyanakkor egyéb internethasználati szokásokban (pl. üzenetküldés) nem találtak eltérést az önsértők és a nem önsértő serdülők között. A szerzők következtetése szerint az NSSI-be involválódott kamaszok a társas érintkezés során jobban támaszkodnak az online kapcsolatokra (Mitchell és Ybarra, 2007; Wu és mtsai., 2024).

Egy, kifejezetten az NSSI-vel kapcsolatos keresőkifejezéseket elemző vizsgálat arra mutatott rá, hogy 2013-ban 42 millió alkalommal kerestek rá az NSSI-vel kapcsolatos információkra, ugyanakkor nem érte el a 10%-ot azoknak a weboldalaknak az aránya, amelyek egészségügyi és/vagy tudományos háttérrel bírtak. Utóbbi hiányában a weboldalak mindegyike legalább egy valótlanságot – ún. *NSSI-mítoszt* – terjesztett, így például azt, hogy az NSSI minden esetben mentális rendellenességre és bántalmazottságra utal vagy hogy szinte kizárólag nők vesznek részt önsértésben (Lewis és mtsai., 2014). Az NSSI-vel kapcsolatos nem hiteles és gyenge minőségű online tartalmak elterjedtsége arra hívja fel az egészségügyi szakemberek figyelmét, hogy pácienseiket és környezetüket (családtagjaikat, kortársaikat, fiatalokkal foglalkozó szakembereket) olyan forrásokhoz irányítsák az interneten, amelyek hiteles információkat adnak át a jelenségről és annak kezelési lehetőségeiről. Természetesen a digitális tartalommegértés- és használat elősegítése, az internet, illetve a közösségi média biztonságosabb használata, a pszichológiai és pszichiátriai szempontból hiteles NSSI-tartalmak biztosítása, a nem hiteles – így káros, félrevezető – tartalmak szigorú moderálása sokkal átfogóbb, országos szintre kiterjedő egészségpolitikát kíván az – online – kampányszerű NSSI-prevenció és intervenció tekintetében is.

Érdemes kiemelni egy, az online világra jellemző folyamatot: az internet színes közege a lehetőségek izgalmas és végtelen tárházával könnyen azt az érzetet keltheti, hogy ha a felhasználó eltávolodik attól, kimarad valamiből (Møhl, 2020). Érdemes megemlítenünk azt a közösségi oldalakkal kapcsolatos jelenséget, amely egyes fiataloknál jelentős stresszhatást képviselhet: ez a *félelem a kimaradástól* (*Fear of Missing Out; FoMO*). Ez a két évtizede bevezetett fogalom részben az internetes közösségi történetekből való kimaradás félelmét, részben pedig az előzőek miatt az online társas kapcsolatok fenntartására irányuló kényszeres viselkedést jelenti (Gupta és Sharma, 2021). Az ezzel küzdő emberek amiatt aggódnak, hogy amíg nincsenek jelen az interneten, mások jutalmazó élményeket szereznek, amiből ők kimaradnak, így folyamatos kapcsolatban próbálnak maradni az internetes közösségekkel. A FoMO így feltételezhető, hogy a kielégítetlen társas kapcsolati szükségletből eredhet (Przybylski és mtsai., 2013).

A FoMO a közösségi médiához való problémás kötődésnek tekinthető és számos negatív életeseménynel és negatív érzelmi és fizikai állapottal társul (áttekintésért ld. Gupta és Sharma, 2021). A tünetképzést és a FoMO ördögi körét tovább súlyosbíthatja maga a FoMO központi hiedelme: az, hogy a személy akkor kerülheti el negatív állapotát, ha folytonos része online közösségeinek (Twenge és mtsai., 2018).

A FoMO-ban érintett e nélkül az „éjjel-nappali jellegű kommunikáció” (Gupta és Sharma, 2021, 4883.) nélkül magányosnak és értéktelennek érezheti magát, érzelmi distressze fokozódik, ami megnöveli a depresszív tünetek (Shensa és mtsai., 2017), a rizikóviselkedések (pl. fokozott mértékű alkoholfogyasztás; Simons és mtsai., 2005) és az öngyilkossági viselkedések (Lin és mtsai., 2016) kockázatát. Egy friss kutatás szerint a FoMO-val, valamint a problémás közösségimédia-használattal jellemezhető 18–24 éves fiatal felnőttek nagyobb valószínűséggel kerestek rá és foglalkoztak az interneten NSSI-hez köthető tartalmakkal. Leginkább azért kutattak NSSI-tartalmak után, hogy egy ebben tapasztalt csoport részei lehessenek, illetve információkat szerezzenek az önsértésről (pl. eszközök, módszerek). A FoMO az NSSI-ben való részvételt is egyértelműen előrejelezte, továbbá, akik aktuális NSSI-magatartást folytattak, szignifikánsan magasabb kockázatot mutattak mind a FoMO, mind a problémás internethasználat tekintetében (Orsolini és mtsai., 2024). Az egymást erősítő, feltételezhetően kétirányú kapcsolatot más kutatások is megerősítették (pl. McEvoy és mtsai., 2024): a FoMO különösen azok esetében fokozhatja az NSSI rizikóját, akik eleve aktívan keresik az NSSI-vel kapcsolatos tartalmakat a közösségimédia-platformokon. Az összefüggést fiatalokkal foglalkozó klinikusok is gyakorta megfigyelik, tapasztalatunk szerint az NSSI szempontjából veszélyeztetett fiatalok közül sokan magányérzésüket, fejletlenebb kommunikációs készségeiket a közösségimédia-platformokon való szinte állandó jelenléttel próbálják kompenzálni. Az itt szerzett – gyakran vélt – negatív tapasztalatok (pl. a kommunikációs partner nem válaszol azonnal) az érzelmi distresszt addig fokozhatják, míg vagy NSSI-vel kapcsolatos internetes csoportot, információkat keres valaki vagy éppen önsértést fontolgat, illetve abban vesz részt.

A FoMO – ahogy fentebb láttuk – eleve kötődési problémaként, illetve arra adott obszesszív jellegű válaszként fogható fel, s fokozza a negatív szelfreprezentációt és az olyan negatív érzelmi állapotokat, mint például a magányosság, a düh, hogy kihagyják valamiből vagy a frusztráció. Az NSSI érzelemregulációs modelljei (amelyeket a X.2.3. fejezet tekint át) szerint az önsértés könnyen az erősödő distresszélmények időleges „megoldásává” válhat az eleve gyengébb érzelmszabályozási képességekkel bírók esetében. Ez ráirányítja a figyelmet a közösségi média szerepére abban, hogy mennyire könnyedén juthatnak a kiskorúak és a fiatalkorúak az internet káros tartalmaihoz, ami élményeiket és viselkedésüket markánsan befolyásolja. Ez a hatás különösen sérülékeny csoportok, de az életkoruk miatt a serdülőkor előtti gyerekek és a kiskamaszok esetében is fokozott (Jarvi, Swenson és Batejan, 2017).

X. AZ NSSI MAGYARÁZÓ MODELLJEI

Az eddigi fejezetek áttekintették az NSSI kapcsán meghatározó szereppel bíró tényezők nagy többségét. A jelentékeny mennyiségű kutatás ellenére eddig még nem körvonalazódott egy olyan átfogó és megbízható, vizsgálatokkal alátámasztott NSSI magyarázó modell, amely mind a nemszuicidális önsértés kialakulását, mind folyamatát, mind abbamaradását integráltan kezelni és magyarázni tudná (Klonsky és mtsai., 2011). Azonban több olyan, az NSSI szempontjából fontos részterületet vagy szempontot fókuszba helyező önsértést értelmező elméleti keret született, amelyek önmagukban releváns információval szolgálnak az NSSI háttérmechanizmusairól. Az alábbiakban a biológiai, a pszichológiai, a fejlődési, a társas és a kulturális szempontok mentén haladva ismertetjük az önsértő viselkedés eddig megalkotott elméleti modelljeit.

X.1. Az NSSI-vel kapcsolatba hozható biológiai tényezők

Az NSSI háttérében álló biológiai folyamatok kutatása közel sem olyan kiterjedt, mint a pszichológiai és a pszichoszociális faktorok esetében. Bár a kutatások e téren is felgyorsultak, sokkal kiterjedtebb és összehangoltabb vizsgálatokra volna szükség. Nehezíti a feltárást, hogy az NSSI kialakulásával, alakulásával és fennmaradásával kapcsolatos biológiai tényezőket három szinten is elemezhetjük: abban jelen vannak (1) távoli (disztális) biológiai jellemzők, azaz genetikai – kockázati – tényezők; (2) közeli (proximális) biológiai sajátosságok, amelyek önsértő személyeknél detektálhatóak (pl. módosulások az endokrin (a belső elválasztású mirigyek) rendszerben vagy az idegrendszer szerkezetében, illetve működésében); valamint olyan (3) biológiai állapotok, amelyek közvetlenül megelőzik vagy követik az NSSI-epizódokat (pl. az endokrin rendszer vagy a stressztengelyek reaktivitásmódosulása; egyes agyi működésmódok megváltozása).

X.1.1. Az NSSI genetikai meghatározottsága: bizonyítékok az öröklődés önsértő viselkedésben betöltött szerepére

A genetikai kutatások egyre több érvet sorakoztatnak fel mellett, hogy az önsértő viselkedést genetikai tényezők is megalapozzák. Az NSSI örökölhetőségét

40–60%-ra becsülik, azonban eddig nincsenek kizárólagosan azonosítható genetikai tényezők az NSSI-viselkedés hátterében (Kaess és mtsai., 2021).

Tartósan fennálló önsértés jelenlétét mutatták ki például a 22-es kromoszóma hosszú karjának megkettőződése és ún. pericentrikus inverziója esetén. Utóbbi során a kromoszóma két helyen is eltörik és az így létrejövő DNS-rész megfordulva illeszkedik vissza a kromoszómába, s maga a kromoszóma befűződési pontja is érintett (Prasher és mtsai., 1995). Érdekes ezen a ponton rámutatni arra, hogy a monoamin neurotransmitter katekolaminok (pl. adrenalin, noradrenalin, dopamin) lebontásában részt vevő enzim, a katekol-O-metiltranszferáz genetikai polimorfizmusa is a 22-es kromoszómán kódolt (22q11), ami a μ -opioid receptor kötésével, az endogén opioidok felszabadulásával, ezekkel összefüggésben a fájdalomra adott, fokozott érzelmi válasszal is kapcsolatban áll (Zubieta és mtsai., 2003). A fájdalomélmény és az NSSI kapcsolatára külön fejezetben (X.1.3. fejezet) térünk vissza.

Rámutattak arra is, hogy a G-protein béta 3 (GN β 3) genom T allélja (C825T génváltozat) abban az esetben is rizikótényező az NSSI megjelenését tekintve, amennyiben a gyermekkori szexuális abúzus hatását és a borderline személyiségzavar meglétét kontroll alatt tartották (Joyce és mtsai., 2006). A T allélnek az adrenerg ingerületátvitel fokozásában van szerepe a szimpatikus idegrendszer hatásait közvetítő adrenalin és noradrenalin szintjének növekedése révén (Farfel és mtsai., 1999), de kapcsolatban áll a szívtől elvezető nagy erek falának rugalmatlanságával, a magas vérnyomással és az elhízással is (Nürnbergert és mtsai., 2004). Mindez arra mutat rá, hogy ez a génvariáns nem specifikus az önsértést tekintve, azaz más – pl. testi – elváltozások rizikófaktorai is. Elképzelhető, így későbbi kutatásokban tesztelendő, hogy a GNB3 genom T allélja által befolyásolt funkciók (pl. artériafal-rugalmatlanság) és magatartásminták (pl. önsértés) kapcsolatban vannak egymással. A monoamin-oxidáz A (MAOA) gén túlfunkcionálását is összefüggésbe hozták az önkárosító viselkedés fokozott kockázatával étkezési zavarban szenvedő nők körében (Steiger és mtsai., 2011).

Több gén NSSI-vel való lehetséges kapcsolatában érdemes azt a szempontot is kiemelni, hogy a kutatások abban az esetben mutattak ki összefüggést, amennyiben társuló hangulatzavar is jelen volt. Például Joyce és munkatársai (2006) a G-protein β 3 (GN β 3) fehérje alegységet kódoló gén polimorfizmusának főhatását mutatták ki az NSSI-re depresszióban szenvedő személyek körében, életkortól függetlenül. Hasonlóképpen, a katekol-O-metiltranszferáz (COMT) gén bizonyos változatait is összefüggésbe hozták az önsértő viselkedéssel olyan pácienseknél, akik hangulatzavarban is szenvedtek (Bernegger és mtsai., 2018). Ugyanakkor, ha hangulatzavar nem állt fenn, az önsértő viselkedés nem mutatott kapcsolatot a COMT-gén polimorfizmusával (Dell’Osso és mtsai., 2013).

Az NSSI genetikai vonatkozásaira néhány tanulmány a gén–környezet interakciók keretében is rátekintett, főként a bántalmazott gyermekkori előtörténet

NSSI-vulnerabilitásban betöltött szerepére fókuszálva. Kínai serdülők körében például a gyermekkori bántalmazottság és a MAOA, valamint a COMT génvariánsok kölcsönhatását mutatták ki a kamaszkori NSSI-érintettség előrejelzésében (Gao és mtsai., 2021). Hankin és munkatársai (2015) pedig a gyermek érzéseit, megéléseit érvénytelenítő gondozói környezet rizikóját mutatták ki az NSSI-re, de csak abban az esetben, ha a személy egy speciális, idegi fejlődésért felelős fehérje, az agyi neutrofikus faktor (*brain-derived neurotrophic factor*; *BDNF* (abrineurin) Val66 Met) Val-hordozója volt, szemben a Met-hordozókkal. Borderline személyiségzavarral küzdő személyek körében pedig Martín-Blanco és munkatársai (2014) a glükokortikoid-receptor gén (NR3C1-1F) promóter régiójának (a gén kezdetét jelző szakasz a DNS-ben) epigenetikai módosulását tudták összefüggésbe hozni mind az abuzív gyermekkori előtörténettel, mind az NSSI-vel. Az eredmények szerint szignifikáns pozitív korreláció áll fenn az NR3C1 metilációs státusza⁶ és a gyermekkori bántalmazás, különösen a fizikai abúzus között. Másrészt szintén szignifikáns pozitív összefüggést írtak le az NR3C1 metilációs státusza és a borderline személyiségzavar klinikai súlyossága között. Utóbbi mutatót az önsértő viselkedés súlyosságából és a kórházi kezelések számából képezték. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy az NR3C1 metilációja borderline személyiségzavarral küzdők esetében nemcsak a gyermekkorban elszenvedett traumával, hanem az állapot – kiemelten az önsértő viselkedés – súlyosságával is összefüggést mutat. A szerzők szerint ez újabb bizonyítékot szolgáltat a gén–környezet interakciók szerepére a borderline személyiségzavarban (Martín-Blanco és mtsai., 2014).

Ezek az említett gén–környezet interakciós vizsgálatok azonban korlátozott elemszámú (50–500 fős) mintákkal dolgoztak, ami megemeli a mintavételi hiba valószínűségét. Ezt a feltételezett hibahatást erősíti meg egy nagymintás, közel 100 000 felnőttön lefolytatott kutatás, ahol egyetlen génpolimorfizmus hatását sem tudták összefüggésbe hozni az NSSI-vel (Strawridge és mtsai., 2019). Ráadásul az sem tisztázott egyelőre, hogy a gyermekkori bántalmazottság közvetlen kockázattal bír az NSSI-t tekintve vagy inkább egy sokkal szélesebb értelemben vett pszichiátriai sérülékenységet alapoz meg, ami később megnövelheti az NSSI rizikóját (Kaess és mtsai., 2021). Árnyalja a képet, hogy a közelmúltban egy nagy volumenű, több mint 8000 fő genetikai és pszichopatológiai adatait bevonó nyomomonkövetéses vizsgálatban az NSSI és az öngyilkossági gondolatok közös genetikai eredetét azonosították (Campos és mtsai., 2020).

Láthatjuk, hogy az önsértés genetikai meghatározottságának kutatása még gyermekipőben jár. Az azonban a meglévő, viszonylag kevés kutatásból is egyértelmű, hogy az önsértés genetikai alapjai több génváltozathoz is kötődhetnek és ezek

6 A metiláció a génműködést szabályozó epigenetikai (a szervezetet érő hatások során történő) módosulás, anélkül, hogy megváltozna a DNS szekvenciája.

a géneváltozatok többféle módon manifesztálódhatnak. Az önsértés egy lehetőség ezek közül a megnyilvánulási formák közül. A gének és a környezet interakcióinak feltárása az NSSI szempontjából pedig olyan kiemelt jelentőségű terület, amely vizsgálata a következő évek elengedhetetlen feladata.

X.1.2. Az NSSI-t megalapozó proximális biológiai mechanizmusok

Már az NSSI első leírásait követően – az 1980-as évek második felében – megindult az evolúciósan és pszichológiailag is nehezen érthető jelenség biológiai háttértényezőinek feltárása. Az NSSI biológiai markereinek azonosítása és a mechanizmusok leírása azonban még korántsem teljes, bár az ezredfordulót követően ez a terület is hangsúlyt kapott az NSSI-kutatásokban.

X.1.2.1. A szerotonin és a dopamin szerepe az önsértésben

A szerotonin egy olyan monoamin neurotranszmitter, amelyet a központi idegrendszer és a gyomor-bél rendszer állít elő, s alapvető szerepet játszik az anyagcsere-szabályozásban és az érzelemregulációban is. A központi idegrendszerben és a gyomor-bél rendszerben termelődő szerotonin átviteli problémáját – gyengülését – jelezték az idegsejtek között NSSI-ben (Sher és Stanley, 2009). Ugyanakkor ez nem csak az NSSI kapcsán igaz: mind autoagresszió, mind heteroagresszió esetén megerősítették a csökkent szerotonin neurotranszmissziót (Stein és mtsai., 1993). Előbbi esetén pedig az önsértés szuicidális (Traskman-Bendz és mtsai., 1989) és nemszuicidális (Simeon és mtsai., 1992) formáinál egyaránt kimutatták a szerotonin-redukciót. Azt már az 1980-as években megerősítették, hogy a csökkent szerotonin átviteli képesség a depresszió egyik markáns neurobiológiai markere (Asberg és mtsai., 1984), valamint jellemző az irritábilis viselkedésben is (Coccaro és Kavoussi, 1991). Az elmúlt évek kutatásai pedig egyértelműen jelezték, hogy a major depresszió és a szorongás (Borrito-Escuelu és mtsai., 2021), illetve az azokhoz sok esetben társuló öngyilkos viselkedés (Mann, 2013) patofiziológiai hátterében meghatározó a szerotonin zavart működése a központi idegrendszerben. Fontos, hogy mindezen – érzelmi diszregulációval jellemezhető – pszichopatológiai tünetkörökhöz markánsan kapcsolódhat NSSI (Fox és mtsai., 2015). Ráadásul a legújabb kutatások rámutattak arra is, hogy az emberi agy leggyakoribb szerotoninreceptora, az 5-HT_{1A} heteroreceptor diszfunkcionális működése a hippocampusban (a hangulatszabályozás és az emlékezet kiemelt agyi területén) is csökkent neuroplaszticitást és sejtpusztulást idézett elő (Borrito-Escuelu és mtsai., 2021). A zavart szerotoninműködés következtében előálló szerotoninhiány az agresszív-impulzív tendenciák fokozásával növelheti az önsértő viselkedés (NSSI és SSI) rizikóját és/vagy a hangulatzavarok megjelenését (Mann, 2013). A fenti összefüggéseket támasztja alá az a gyakorlati tapasztalat, hogy

a borderline személyiségzavarral küzdő betegeknél a szelektív szerotonininviszavétel-gátló (*selective serotonin reuptake inhibitors; SSRI*) gyógyszerek bizonyos esetekben csökkentették az önsértő magatartást (New és mtsai., 1997). Állatkísérletekkel is alátámasztották, hogy a csökkent szerotonin transzmisszió önsértő viselkedéssel (pl. önharapás) társult, amit azonban mérsékelni tudtak a szerotonin ingerületátvitelt rendező gyógyszerkészítmények (Tiefenbacher és mtsai., 2005).

A szintén neurotranszmitter dopamin szerepét az NSSI-ben kevésbé kutatták, pedig a dopamin számos – az NSSI-ben is érintett – területen, így például a jutalomérzékenységen, a motivációban, a kognitív kontrollfolyamatokban vagy a munkamemóriában is szerephez jut. Humán neuropatológiai és állatkísérletes eredmények alapján a dopaminrendszer problémái is felvethetők az önsértő (szuicidális és nemszuicidális önsértő) viselkedések biológiai hátterében (Turner és Lewis, 2002). Az eddigi vizsgálatok arra utalnak, hogy a bazális ganglionok – a mozgások beindításában és programozásában szerepet játszó agyi struktúrák – dopaminrendszerében és az ehhez kapcsolódó neurotranszmitter-rendszerekben bekövetkező változások szerepet játszanak az önsértő magatartásban. Nagyon fontos kiemelni, hogy az olyan összetett viselkedésformák, mint a különböző önsértések kifejeződésében több agyterület és neurotranszmitter-rendszer (pl. opioid peptidek, szerotonin, glutamát) módosulása játszik szerepet. A dopaminrendszer működésében bekövetkező változások egy komplex rendszer részeként járulhatnak tehát hozzá az önsértő viselkedések kialakulásához és fennmaradásához. Azt is lényeges hangsúlyozni, hogy egyes sztereotip és kényszeres viselkedések (pl. trichotillománia), valamint az önsértés között nemcsak a megjelenésben (pl. repetitív jelleg), hanem patofiziológiai szinten is jelen lehet hasonlóság. Azt már régebb óta bizonyítékok támasztják alá, hogy a sztereotipikus viselkedések és az obszesszív-kompulzív spektrumzavarok kóros bazális ganglion-eltérésekkel és dopamin közvetítette mechanizmusokkal járnak (pl. Rapaport, 1988). Az átfedő fiziológiai hátteret erősíti az is, hogy az egyes önsértő viselkedések, valamint a kényszeres zavarok között viszonylag magas a komorbiditás. A közös – átfedő – mechanizmus a bazális ganglionokon áthaladó specifikus idegi pályák ingerlékenységének megváltozása lehet (Turner és Lewis, 2002).

X.1.2.2. Az NSSI endogén opioid modellje

Mivel a belső fájdalom- és érzelmszabályozásban fontos szerepet játszik a szervezet saját opioidrendszere (*endogén opioid rendszer; endogenous opioid system; EOS*), az lehetséges közvetítőként merült fel az NSSI érzelmszabályozó hatásainak magyarázatában. Az NSSI-t már a vonatkozó kutatások kezdetén összefüggésbe hozták a szervezet belső opiátrendszerével, azaz az endorfintermelődéssel (Richardson és Zaleski, 1986; Favazza és Conterio, 1988). Az endorfinok természetes fájdalomcsillapító szerepéből indultak ki, azok ugyanis fizikai sérülés esetén felszabadulva kellemes érzést idéznek elő (Davis, 1983). Az elképzelések szerint az önsértés során

felszabaduló endorfin hormonok az NSSI két fő sajátosságát is képesek magyarázni: (1) egyrészt azt, hogy az önsértést végző személyek beszámolójuk szerint az önsértés során sok esetben nem éreznek fizikai fájdalmat, vagy csak minimális szintűt (Russ és mtsai., 1996; Nock és mtsai., 2006), másrészt (2) gyakran az önsértés – időleges – hangulatjavító hatását jelzik (Klonsky, 2007). Más kutatások azonban az önsértés és a fájdalomélmény kapcsolatának összetettebb képét vetítik fel. Egy, a személyeket a természetes környezetükben több alkalommal is vizsgáló ún. mintavételezési eljárás (*experience sampling method, ESM*) alapuló kutatás éppen arra hívta fel a figyelmet, hogy az önsértők egy része a legtöbb átélt önsértési epizódja során jelentős testi fájdalmat jelzett, valamint arról számolt be, hogy az önsértést követően csak kis mértékben csökkent a fájdalma. Fontos tényező volt azonban az önsértés súlyosságát tekintve az átélt negatív érzelmek szintje és a szubjektív fájdalomélmény erőssége: akik az önsértő epizód kezdetén többféle és intenzívebb negatív érzelmet éltek át és alacsonyabb fizikai fájdalomról számoltak be, több önsértő cselekedetet követtek el egy adott önsértési epizód alatt (Selby és mtsai., 2019). Mindez nemcsak arra világít rá, hogy az önsértés során átélt testi fájdalom egyéni és szubjektív, de arra is, hogy adott személy esetében önsértési epizódoként is dinamikusan változhat.

Arra mindenesetre több adat is van, hogy az önsértést végzők belső opiátrendszere gyengébben működik, mint nem önsértő társaiké (Coid, Allolio és Rees, 1983). Ez annak a lehetőségét veti fel, hogy az önsértő személyek a biológiai és/vagy környezeti hatások miatt alacsonyabb endogén opiátszintjüket éppen az önsértéssel próbálják emelni, így egyfajta fizioológiai, majd érzelmi homeosztázist elérni (Sher és Stanley, 2009). Ezt újabb kutatások megerősítették: az önsértést végzők szervezetében alacsonyabb volt az endogén opioidok alapszintje. Rámutattak arra is, hogy az önsértés során endogén opioidok szabadulnak fel, amelyek segítenek az érzelmi állapot szabályozásában (Bresin és Gordon, 2013).

A fenti összefüggésekkel kapcsolatban több ellentmondás is felmerül. Abban a kutatási eredmények konzisztensek, hogy az önsértő viselkedés alapvetően a negatív megerősítés mechanizmusa révén marad fenn, azaz az önsértést végző az önsértő aktussal valamilyen negatív állapotát (pl. önutálatát, dühét, lelki fájdalmát) szeretné csökkenteni (Nock és Prinstein, 2004; Klonsky, 2007). Azonban az önsértés ún. pozitív megerősítő háttere (az önsértésben valaki azért vesz részt, hogy pozitív érzelmet facilitáljon önmagánál) jóval ritkább NSSI-motiváció az önsértést végzők önbevallása alapján (Nock és Prinstein, 2004). Az önsértés folyamatában átélt érzelmek részletes vizsgálata pedig rámutatott arra is, hogy az önsértésben való részvétel alapvetően a negatív érzelmeket csökkenti, s jóval kevésbé serkent pozitív érzelmeket (Klonsky, 2009; Reinhardt és mtsai., 2020). Továbbá az önsértés szinte elenyésző mértékben – például társas megfelelés talaján – fordul elő negatív érzelmi állapot hiányában. Teoretikus érvelés szerint pedig, ha az önsértést elsődlegesen az endorfin szint és így a hangulat emelése motiválná, akkor várható lenne, hogy az önsértést

végzők azzal a céllal is részt vennének önsértésben, hogy semleges hangulatukat pozitívvá alakítsák vagy meglévő pozitív érzelmi állapotukat fokozzák. Minderre azonban nincs empirikus bizonyíték (Klonsky és mtsai., 2011).

Ráadásul az NSSI belső opiátmodelljének hatóanyagkutatások is ellentmondanak. Ugyanis, ha az endogén opioidok aktiválásával az NSSI valóban emelné a hangulati színezetet, akkor azt várhatnánk, hogy az opioid antagonisták – mint például a naloxon – semlegesítenék ezt a hatást. Bár kevés vizsgálat irányult erre, de azok nem erősítették meg a feltételezett összefüggést. Russ és munkatársai (1994) például borderline személyiségzavar diagnózissal rendelkező, önsértő személyek esetében mutatták ki, hogy a naloxon nem csökkentette a hangulat javulását az önsértő tettet követően.

Lényeges kiemelni, hogy az NSSI endogén opioid modelljét és annak ellenérveit igen kevés vizsgálat tesztelte, így magabiztos konklúziót nem vonhatunk le. Az NSSI, a belső opiátrendszer és a fájdalomélmény kapcsolatrendszerének feltárása szisztematikus kutatásokat kíván.

X.1.3. A nemszucidális önsértés és a fájdalom(élmény) kapcsolata

Ennél a pontnál indokolt a *fájdalompercepció* jellegzetességeinek részletesebb áttekintése az NSSI-ben. A nemszucidális önsértés definíciója tartalmazza, hogy az szöveti károsodást okoz, ami pedig elkerülhetetlenül fájdalommal jár. A fájdalomélmény azonban nehezen meghatározható és nehezen mérhető jelenség részben annak szubjektív megélése, részben pedig amiatt, hogy azt számos (pl. neurofiziológiai, pszichológiai, szociális, kulturális) tényező befolyásolja. A fájdalomélmény tehát igen összetett jelenség.⁷ El kell különítenünk annak kapcsán a fájdalomküszöböt és a fájdalomtoleranciát. A *fájdalomküszöb* az a legkisebb ingererősség, amelyet valaki fájdalomként érzlel. Ez az érzékelési küszöb kultúrától független, általános humán

⁷ A *fájdalom neuromátrix-elmélete* (Melzack, 2001) szerint a fájdalom egy többdimenziós élmény, amelyet az agyban található – genetikai alapon meghatározott, de a tapasztalatok révén módosuló – test-én neuromátrix (*body-self neuromatrix*) idegi hálózata által létrehozott aktivitási mintázatok idéznek elő. Ezeket a neurális mintázatokat érzékszervi ingerek (pl. vizuális vagy viszcerális érzékletek) is kiválthatják, de érzelmi-motivációs (pl. a HPA-tengely, a limbikus rendszer, az endogén opioidok jellemzői) és kognitív-értékelő tényezők (pl. kulturális tapasztalat, egyéni múltbeli tapasztalat, személyiségtényezők) is hatnak azokra. A neuromátrix kimeneti mintázatai hozzák létre a fájdalomélmény többdimenziós jellegét, valamint az egyidejűleg megjelenő homeosztatis (belső egyensúlyt fenntartó, azaz stressz-szabályozó) és viselkedési válaszokat. Előbbire példa a noradrenalin vagy a kortizolszint, utóbbira a megküzdési stratégiák. Az elmélet szerint a test-én neuromátrix kimeneti mintázatai sérülés, betegség vagy krónikus stressz hatására sajátos érzékelési, homeosztatis és viselkedési programokat aktiválnak. A fájdalmat tehát nem közvetlenül a sérülés, gyulladás vagy egyéb kóros elváltozás által kiváltott érzékszervi inger, hanem az agyban működő, széles körben eloszló idegi hálózat kimenete hozza létre. Ennek a kimeneti mintázatnak a kialakulását számos tényező befolyásolja – a szomatikus érzékszervi tapasztalat csupán egy a sok tényező közül – amelyek a neuromátrixba futnak össze (Melzack, 2001).

jellemző, azonban tudatosulása nem mindig történik meg, mert több tényező (pl. figyelem, motiváció) befolyásolja azt. A *fájdalomtolerancia* maga is komplex folyamat, s azt a fájdalomérősséget jelzi, amelyet már nem tud valaki elviselni. Erre erőteljesen hatnak a belső, pszichés folyamatok, a környezeti és neveltetési tényezők, a másoknál megfigyelt fájdalommagatartás és az életkor is. A fájdalomtolerancia tekintetében tehát a biológiai meghatározottságot számos más tényező módosítja. Mind a fájdalomküszöb, mind a fájdalomtolerancia mérését bonyolítja, hogy mindkettő napszaki ingadozást mutat, illetve a fájdalomélményt befolyásoló korábbi tapasztalatok hatása szintén nehezen mérhető (Kerekes, 2016). A fájdalomélmény mérése kapcsán egy harmadik szempontot, a *fájdalomtűrő-képességet* is meg kell említenünk. Ez a fájdalomtolerancia és a fájdalomküszöb különbségéből képzett mérőszám, ami a fájdalmi inger megjelenését követően a fájdalom elviselésére való hajlandóságot vagy képességet jelöli (Glenn és mtsai., 2014).

A nehézségek ellenére a legújabb NSSI-kutatások egyik kiemelt területe a fájdalomérzékenység vizsgálata. Alapvető kérdés például, hogy az önsértőknél kimutatható-e csökkent fájdalomérzékenység, amennyiben igen, akkor az egy olyan proximális biopszichoszociális tényező, amely megnöveli az NSSI kockázatát vagy inkább a korábbi önsértés következményeként alakul ki, azaz az önsértést végző mintegy habituálódik a fájdalomhoz (adaptációs hipotézis). Tovább nehezíti a területen folyó kutatások általánosíthatóságát, hogy egyes vizsgálatok klinikai mintán (pl. borderline személyiségzavarral küzdők), mások nemklinikai populációkban dolgoznak. Másrészt a laboratóriumi fájdalomingerek is különbözőek lehetnek az egyes vizsgálatokban. A fájdalom kiváltásában használnak például elektromos, termikus (hő) és mechanikai nyomásingereket is. Azonban az kérdés, hogy ezek a fájdalmi ingerek mennyiben tükrözik a tényleges NSSI-cselekedetek fájdalomélményeit. Ami felveti a laboratóriumi fájdalomindukció ökológiai érvényességét, bár az kétségtelen, hogy a kontrollált laboratóriumi vizsgálatok könnyen megismételhetők, így ellenőrizhetők.

Egy harminckét vonatkozó vizsgálatot összegző metaanalízis következtetése szerint a nem önsértőkkel összehasonlítva az önsértő személyek magasabb (tudatos) fájdalomküszöbvel és fájdalomtoleranciával jellemezhetők, valamint önbevallásuk alapján alacsonyabb az átélt fájdalmuk intenzitása (Koenig és mtsai., 2016). Egyes vizsgálatok azt is kimutatták, hogy mind az önsértő serdülők, mind a felnőttek fájdalomtűrő-képessége megemelkedett, azaz több fájdalmat képesek elviselni, mint nem önsértő társaik (Hooley és mtsai., 2010; Glenn és mtsai., 2014). Kifejezetten borderline személyiségzavarban pedig azt találták, hogy az önsértésből való kilábalást követően a fájdalomérzékenység normalizálódhat (Bekrater-Bodman és mtsai., 2015). Egy hosszmetzeti kutatásban serdülő önsértők körében azonban éppen azt találták, hogy egy év leforgása alatt, ahogy csökkent az NSSI gyakorisága, a fájdalomtolerancia úgy növekedett. Ez arra utalhat, hogy ha a fájdalomtűrő-képesség

túlságosan kitolódik, a kamaszok elszakadhatnak az önsértéstől, feltehetőleg azért, mert realizálódhat számukra, hogy az önsértés nem (elégg) hatékonyan segít az érzelmek szabályozásában (Koenig és mtsai., 2017a). Ebben a folyamatban az életkor, az érés, azon belül is a fájdalomérzékenység fejlődése jelentős tényező, kimutatott ugyanis, hogy minél idősebb valaki, annál jobban tűri a fájdalmat (Kerekes, 2016). Másrészt a longitudinális vizsgálatnak az eredményei azt a vonalat erősítik meg, hogy a fájdalomérzékenységbeli eltérések – a magasabb fájdalomküszöb és -tolerancia – vezethetnek mind az NSSI-ben való részvételhez, mind annak abbahagyásához (Koenig és mtsai., 2017a).

Az önsértés előző fejezetben bemutatott endogén opioid modelljét a fájdalomérzékenység és az NSSI viszonyrendszerében ismét érdemes felidézünk. Nagyobb mintákon végzett újabb kutatások afelé mutatnak, hogy NSSI-t végzőknél alacsonyabb lehet az endogén opioid-szint (Kaess és mtsai., 2021). Azonban ez is tovább árnyalható, ugyanis többféle endogén opioid lelhető fel szervezetünkben, így az endorfinok, az enkefalinok, a dynorfinok és az endomorfink, ezeken belül is további alcsoportokkal (Bresin és Gordon, 2013). Stanley és munkatársai (2010) klinikai mintán arra mutattak rá, hogy a nemszucidális önsértésben érintettek béta-endorfin és metenkefalin szintje volt szignifikánsan alacsonyabb a nem önsértőkhöz képest, a dynorfiné például nem. Ugyanakkor ezek az eredmények is az NSSI belső opioid modelljét erősítik meg. Stanley és munkatársai (2010) az *NSSI opioidhiány modellje*-ként címkézték eredményeiket, amely szerint az önsértő személy az önsértéssel szervezete belső termelésű opioid-szintjét növeli, amivel a felborult homeosztázist igyekszik helyreállítani. Egy újabb vizsgálat NSSI-ben érintett serdülőknél is megerősítette a béta-endorfin csökkent vérplazmaszintjét nyugalmi helyzetben (van der Venne és mtsai., 2020). Egy, a személyeket mindennapi közegükben nyomon követő kutatás azonban arra mutatott rá, hogy az önsértők nyálból kinyert alacsony béta-endorfin szintje az NSSI-epizód alatt megemelkedett (Störkel és mtsai., 2020). Ez az eredmény összhangban van azzal, hogy a stresszhelyzetek – amilyen az NSSI-epizód megelőző állapot és maga az NSSI-epizód is – fokozott opioidaktivitást hoznak (Butler és Finn, 2009). Feltehetőleg repetitív önsértőknél a nyugalmi állapot alacsony opioidszintjét az NSSI-epizód és az azzal társuló frusztráció megemeli, ezzel az opioidháztartás időlegesen javulhat, ami harmonizál az önsértőknél kimutatott fájdalomanalgéziával (a megnövekedett opioidszint csökkenti a fájdalomérzékelést, hiszen belső fájdalomcsillapítóként működik).

Az azonban továbbra is tisztázatlan a keresztmetszeti kutatások alapján, hogy a belső opioidhiány megelőzi az önsértés megjelenését, tehát valamilyen más hatásra (pl. genetikai, környezeti) már eleve fennáll vagy az önsértés következményeként manifesztálódik. Az is kérdéses pont, hogy az NSSI-ben érintetteknél az alacsonyabb endogén opioidműködés és a megváltozott, szintén alacsonyabb fájdalomérzékenység (fájdalomanalgézia) hogyan kapcsolódik össze. Módszertani problémák

is felvetődnek a vizsgálatok kapcsán. A nyálból vagy a vérplazmából meghatározott neuropeptidszintek ugyanis nem feltétlenül tükrözik a központi idegrendszer neuropeptid szintjeit (De Riu és mtsai., 1997). A jelenlegi eredmények addig valószínűleg nem integrálhatók egy koherens elméleti keretbe, míg az endogén opioidok és a módosult fájdalomérzékenység szerepét az NSSI-ben hosszmetzeti kutatások segítségével és átgondolt módszertannal nem elemzik.

X.1.4. Változások az agyi neurális hálózatban

Agyi képalkotó eljárások segítségével – bár a kutatások ezen a téren is szórványosak – az idegrendszeri struktúrák és funkciók (el)változásait is vizsgálták NSSI-ben érintetteknel.

Az önsértő személyeknél kimutatott különböző kognitív érzelemszabályozási deficiitek (pl. érzelmek elfojtása) biológiai hátterét sikerült megerősíteni a vizsgálatokban: NSSI-t végzőknél a fronto-limbikus neurális rendszer elváltozásait mutatták ki. Ezek az agyi rendszerek az érzelmfeldolgozásban és -kifejezésben központi szerepet játszó struktúrák (Phillips és mtsai., 2003). Így például önsértő serdülőknél az inzula és az elülső cinguláris kéreg szürkeállományának térfogatcsökkenését detektálták (Ando és mtsai., 2018), ugyanakkor az amygdala és az elülső cinguláris kéreg közötti funkcionális összeköttetés nyugalmi állapotban kifejezettebb volt körükben, ami a negatív érzelmek és a habituálódott önsértő viselkedés közötti kapcsolat idegrendszeri alapjait képezheti (Westlund Schreiner és mtsai., 2017). Az önsértő serdülők fokozott érzelmi reaktivitását egy olyan fMRI-vizsgálat is megerősítette, amelyben az önsértők a nem önsértőkhöz képest kifejezettebb amygdala és elülső cinguláris kéreg aktivitást mutattak, amikor pozitív, negatív vagy semleges képeket nézegettek (Plener és mtsai., 2012). Hasonlóképpen fiatal önsértők esetében a fronto-limbikus pályák csökkent fehérállományi integritását mutatták ki, ráadásul a jelentősebb leépülés régebben fennálló NSSI-vel társult (Westlund Schreiner és mtsai., 2019). Társas kirekesztést (pl. társak általi elutasítottságot) imitáló kutatásokban az önsértő fiatalok a nem önsértőkkel összehasonlítva nagyobb fronto-limbikus/szociális agyi hálózat aktivitást mutattak (Malejko és mtsai., 2019).⁸ Az önsértők szociális fenyegetésre adott fronto-limbikus túlaktivitása az elutasításérzet sikertelen szabályozását, az önsértő fiatalok gyakoribb interperszonális konfliktusainak, gyengébb

8 A társak általi kirekesztést Malejko és munkatársai (2019) vizsgálatában például azzal szimulálták, hogy a résztvevők úgy tudták, hogy valós személyekkel online játékban vesznek részt. Valójában azonban a számítógéppel játszottak, amely többféle kimenetet szimulált előreprogramozva. Az egyik ilyen előre programozott feltétel a társas kirekesztés volt. Ebben a feltételben a véletlenszerű labdabirtoklást követően a játék jelentős részében a személyt a labda dobálásából teljesen kizárták. A vizsgálati személy azonban azt hitte, hogy valós online játékpartnere zárta őt ki a játékból.

kommunikációs készségeinek idegrendszeri alapját képezheti. Felnőtt önsértő – nem önsértő csoportok között nem voltak ennyire világosan kimutathatóak a fenti különbségek, ami a serdülőkor és a fiatal felnőttkor neurobiológiai sebezhetőségét emeli ki az érzelmi ingerek feldolgozása terén (Kaess és mtsai., 2021). Érdekes még megemlítenünk, hogy a stresszreakciókban jelentős szereppel bíró agyalapi mirigy (hipofízis) térfogata NSSI-ben nem érintett serdülőknél az életkorral előrehaladva lineárisan növekedett, ez a természetes fejlődés azonban felborult az önsértő serdülőcsoportban (Schär és mtsai., 2022).

X.1.5. A perifériás idegrendszer változásai

A vegetatív (autonóm) idegrendszer – amely nyugalmi (paraszimpatikus ág) és megterhelő helyzetekben (szimpatikus ág) egyaránt szabályozza szerveink működését, amivel testünk homeosztázisát igyekszik biztosítani – önsértéssel összefüggő szerepét elsősorban a szív- és a bőrfunkciók autonóm mutatóinak vizsgálatán keresztül tanulmányozzák. Szívritmus-variabilitás méréssel például rámutattak, hogy önsértő kamaszok nyugalmi állapotban alacsonyabb paraszimpatikus, de magasabb szimpatikus aktivitást adtak (Koenig és mtsai., 2017b), ami az érzelemregulációs deficitnek biológiai megalapozottságának részét képezheti. A kutatások a bőrvezetés szintjén a társas stresszre adott reakciókban azonban ellentmondásos eredményeket hoztak önsértők és nem önsértők között. Voltak olyan kísérletes kutatások, ahol nagyobb bőrellenállás-változást mutattak ki NSSI-t végzőknél (pl. Nock és Mendes, 2008), más esetben azonban a fiziológiai reaktivitásban e téren nem volt eltérés önsértők és nem önsértők között (pl. Tatnell és mtsai., 2018).

A vegetatív idegrendszerrel összefüggésben szervezetünk egyik legfőbb stressztengelye a *hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) tengely*, amely a kortizol nevű stresszhormont bocsátja ki. NSSI-ben érintetteknel jellemzően alacsonyabb kortizolreakciót mutattak ki stresszhatásokra, mind a nyálban (Kaess és mtsai., 2012; Klimes-Dougan és mtsai., 2018), mind a vérplazmában (Plener és mtsai., 2017), különösen a repetitív önsértőknél. Tovább árnyalja azonban a képet a napi kortizolszint változása és a gyermekkori bántalmazás hatása. Az ismételten önsértést végző serdülők reggelente hirtelen emelkedő (az ébredést követő kb. fél órában) kortizolreakciót adtak az egészséges kontrollcsoportéhoz képest, ami elővételezett stresszt és/vagy rosszabb alvásminőséget jelezhet. Ugyanakkor a nap folyamán ez a kezdeti emelkedés már nem maradt fenn (Kramer és mtsai., 2019). Egy másik serdülővizsgálatban az NSSI-ben érintettek több gyermekkori negatív életeseményről számoltak be és hajkortizolszintjük (tartós kortizolszint) magasabb volt, ugyanakkor nyálkortizolszint (aktuális kortizolszint) csökkenést mutattak, amikor gyermekkori megpróbáltatásokról beszéltek az interjúban (Reichel és mtsai., 2019). Ezek az

eredmények a HPA-tengely gyermekkori bántalmazás és elhanyagolás, mint krónikus stresszor hatására történő módosulására, a kortizolszekréció zavarára utalnak. A HPA-tengely, ezzel pedig a stresszreakciók problémás működésének szerepét az NSSI-ben részben a X.1.1. fejezetben bemutatott genetikai vulnerabilitás alapozhatja meg (Sher és Stanley, 2009).

X.1.6. Immunológiai eltérések NSSI-ben

A legújabb kutatások az immunrendszer módosulásait is felvetik, illetve megerősítik az önsértés kapcsán. Ez a terület különösen alulkutatott része az NSSI pszichofiziológiájának, azonban néhány vizsgálatot már végeztek. Önsértő serdülő lányok körében a testet a fertőzésektől védő leukociták (fehérvérsejtek) abszolút száma és a leukocita–kortizol arány kimutathatóan magasabb volt, mint az egészséges csoportban, ami gyulladáskeltő folyamatok jelenlétére utal. A leukocita–kortizol arány az NSSI-ben viszonylag gyakori bántalmazott gyermekkori előtörténettel és a depresszió súlyosságával is összefüggésben állt. Így lehetséges, hogy az NSSI-ben kimutatott immunaktiváció háttérében az olyan tartós stresszhatások, mint a korai abúzus és a depresszív folyamatok állhatnak (Kindler és mtsai., 2022). Nem szabad azonban azt sem figyelmen kívül hagynunk, hogy az önsértés egyes, sebeket eredményező formái (pl. vágás, karmolás, égetés, harapás) a bőrfelület hámsérülése, így a szervezetbe bejutó kórokozók – pl. baktériumok, vírusok, gombák – miatt önmagukban is aktiválják az immunrendszert. A bőr sérülésével megnő a fertőzés veszélye, amire a szervezet azonnali immunválasszal reagál. Az immunológiai eltérések NSSI-ben játszott szerepe így mindenképpen további kutatásokat igényel.

X.2. Az NSSI pszichológiai magyarázatai

X.2.1. Az NSSI pszichodinamikus értelmezése – a „gyökök”: pszichoanalitikus elképzelések

Történeti perspektívából szemlélve az önsértő cselekedeteket először pszichoanalitikus alapokon értelmezték. Ezek az első magyarázó elméletek az önsértés háttérében tudattalan, negatív impulzusokat és rosszul működő énfunkciókat feltételeztek (Klonsky és mtsai., 2011). Egyes elképzelések szerint az önsértést a szexuális bántalmazás újraélése triggereli, de az önsértő – azaz a saját magát bántalmazó – aktussal a korábban bántalmazott a bántalmazás felett a jelenben kontrollt élhet meg (Bennum, 1984). A jelen tudás szempontjából érdemes ezen a ponton megjegyezni,

hogy egy 45 tanulmányt összegző metaanalízis a két tényező (önsértés és szexuális bántalmazottság) mérsékelt erejű összefüggésére mutatott rá, felvetve annak a lehetőségét, hogy mindkettő ugyanazokkal a pszichiátriai kockázati tényezőkkel (pl. jelentős érzelmi diszreguláció, depresszív tünetek) korrelál, ezért függhetnek gyengén össze (Klonsky és Moyer, 2008). Egy másik vonatkozó metaanalízis a gyermekkori abúzus és az NSSI súlyosságának kapcsolatát emelte ki, azonban a tanulmány azt nem írta le, hogy milyen mutatókkal képezték le az NSSI-viselkedés súlyosságát (Liu és mtsai, 2018). A szakirodalmi áttekintés szerint a gyermekkori bántalmazás minden formája (érzelmi, fizikai, szexuális) kapcsolatban állt az NSSI-vel, a gyermekkori bántalmazott előtörténet összességében kb. 3,5-szeresére emelte a későbbi NSSI megjelenésének kockázatát (Liu és mtsai, 2018).

További markáns pszichoanalitikus magyarázat az NSSI jelenségére, hogy az egy olyan mazochista cselekedet, amelynek során az egyén a számára elfogadhatatlan agresszív impulzusait önmaga felé fordítva fejezi ki (Novick és Novick, 1987). Az önsértéssel a személy valójában az internalizált gyűlölt másikat bántja, illetve segítségével megerősödhet, stabilizálódhat az énértet („ezt is kibírom”; „én teszem”; „magam irányítom”), ezzel egy határozottabb én–másik határ képződhet (Suyemoto, 1998).

Doctors (1999) a vér önsértésben betöltött szerepére fókuszált a tárgykapcsolati elmélet keretrendszerében, amely az önsértést az én másoktól való elhatárolására tett kísérletként értelmezi. Nézete szerint az önsértő személy a szeparáció-individuáció fejlődési fázisában fixálódott, azaz egy olyan dinamikában rekedt meg, amelyben gyermeki vágya, hogy visszatérjen az archaikus anyafigurával való összeolvadás állapotába és az elkülönülésre, függetlenedésre irányuló szükséglete ütközik. Mivel ez a korai fejlődési fázis megoldatlan maradt, a szelfhatárok képlékenyek, az én–másik elkülönülés homályos. Emiatt a szoros személyes kapcsolatokban és stresszes helyzetekben a magát labilisan megélő személy szoronghat attól, hogy elnyelik, megsemmisítődik. Ez a szorongás azonban éppen az önmaga elvesztésétől való félelemtől szól. A gondolatmenet szerint az önsértés – különösen, ha az vérzéssel jár – lehetővé teszi a saját test- és énhatárok érzékelését, ezáltal az autonómia, a kontroll érzésének visszanyerését. Kafka (1969) korábban az önsértés során láthatóvá váló vért egyenesen átmeneti – a gondozót helyettesítő – tárgyként írta le. A vért egy potenciális „biztonságot adó takaróként” aposztrofálta, amely „melegséget és vigasztaló beburkolást ad”, azaz képes az elvesztett biztonságérzet újratерemtésére (Kafka, 1969, 209.).

Olyan elképzelések is születtek, amelyek az önsértés szimbolikus jellegét hangsúlyozták. Úgy vélték, az önsértés jelképes módon fejez ki az elfogadhatatlan, ezért elfojtott vágyakat, fantáziákat, gondolatokat, akár tiltott szexuális szükségleteket (Lane, 2002). Egyes pszichoanalitikus szerzők odáig mentek, hogy az önsértést (a falcolást) a menstruáció feletti kontrolligény szimbólumaként fogták fel (Doctors, 1981).

Elengedhetetlen azonban megjegyeznünk, hogy az önsértést pszichoanalitikus keretben magyarázó elméleteket empirikus adatokkal sohasem támasztották alá.

Ugyanakkor azt sem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy a pszichoanalitikusok voltak az elsők, akik az önsértést megpróbálták pszichológiai keretben megérteni és pszichológiai folyamatokkal magyarázni, s azt nem pusztán deviáns viselkedésként kezelték. Ráirányították a figyelmet arra, hogy az önsértés mélyebb pszichés konfliktusok, traumák, érzelmileg feszítő tudattalan impulzusok kifejeződése is lehet.

X.2.2. Az NSSI pszichodinamikus értelmezése: neoanalitikus perspektíva

Az NSSI-t magyarázó újabb pszichodinamikus elméletek a jelenséget a borderline személyiségzavarhoz, így a személyiség diszfunkcionális működésmódjaihoz kötik. A borderline személyiségzavar és az NSSI összefüggéseit a VIII.2.1. fejezetben tárgyaltuk. A két jelenség kapcsolatértelmezését a neoanalitikus perspektíva alapozta meg, főként a tárgykapcsolat-elmélet és a pszichoszomatikus nézőpont, amelyek a maladaptív viselkedések eredőit a korai diádikus (gondozó–gyermek) kapcsolat szabályozási problémáiban, és ennek nyomán a korai kapcsolati mintázatok torzult internalizációjában látják (Yates, 2004).

A tárgykapcsolat-elmélet alapvetése, hogy kora gyermekkorban mind önmagunkról, mind más személyekről, mind a szelf másokkal való viszonyáról belső reprezentációkat, E. John M. Bowlby (1969/1982) szavaival élve ún. munkamodelleket alakítunk ki. Azonban, ha a kötődési folyamat zavart (pl. bántalmazás, elhanyagolás miatt), ezek a belső én, másik és kapcsolati reprezentációk, illetve elvárások negatívak és/vagy ambivalensek lesznek (Ainsworth és mtsai., 1978). Ennek hatására a gyermek nem lesz képes egy koherens érzet kialakítására, valóban önazonos, spontán szelfje megtapasztalására, így a nem megfelelő gondozó környezet hatására egy, a saját valós igényeit elnyomó ún. *hamis szelfet* (Winnicott, 1965) alakít ki. A tárgykapcsolati paradigma ennek alapján az önsértést olyan erőfeszítésként értelmezi, amelynek során a személy a valódi szelfjét védi a korai traumára alapozódó újratraumatizálódás lehetőségétől. Az önsértés tehát a diádikus kapcsolati traumatapasztalatban kialakult hamis szelf által mobilizált maladaptív viselkedésses stratégia, amelynek célja éppen az integrálatlan, inkohereus szelfélmény integritásának megerősítése (Kalshed, 1996). Fontos, hogy amennyiben az identitás koherens működése akadályozott, később megjelenő trauma esetén felerősödnek a disszociatív énvédelmi mechanizmusok (Liotti, 1999). Ahogyan pedig a IX.1.1.1. fejezetben láttuk, a disszociatív működésmód – mint elkerülésalapú érzelmszabályozási stratégia – az önsértő viselkedéssel szorosan asszociálódik (van der Kolk és mtsai., 1991). A disszociatív tapasztalatok – mint a tompultság, élettelenység-érzés, érzelmi dermedtség, üresség érzete – arra készíthetnek a személyt, hogy azokat a fizikai fájdalom, azaz önsértés révén szüntesse meg (Kuritárné Szabó, 2008). Ezt a feltételezést empirikusan egy hazai vizsgálat támasztotta alá, amelynek eredménye

alapján a súlyos önsértést folytató borderline páciensek legfőbb önsértési motivációja disszociatív állapotuk megszüntetése volt (vö. az NSSI anti-disszociatív funkciójával). Másrészt ebben a csoportban szignifikánsan gyakoribb volt élettörténetükben a gyermekkori traumatizáció, mint a kevésbé extrém mértékben vagy sohasem önsértőknél (Merza és mtsai., 2017).

A neoanalitikus megközelítésen belül kialakult pszichoszomatikus nézőpontból a legelső fejlődési kihívás egy stabil, koherens, integrált mentális reprezentáció kialakítása a saját testről, ami annak elkülönítésében segít, hogy mi tartozik önmagunkhoz és mi a külvilághoz (Krieger, 1989). A pszichoanalitikus és pszichodinamikus alapokon nyugvó neoanalitikus pszichoszomatikus iskola a testi és lelki folyamatokat egységes rendszerként értelmezi, ennek megfelelően a pszichés fejlődést a korai testi élményekben gyökerezteti. Központi gondolata, hogy a biztonságos gondozói környezet elősegíti a testi én és az énhatárok koherens kialakulását, míg a bántalmazó vagy elhanyagoló környezet sérülékennyé teszi az identitást (Anzieu, 2016; Winnicott, 2000).

Amennyiben a korai környezet abuzív, az egységes testkép kialakítása nehézségekbe ütközik: a személynek külső referenciapontokra kell hagyatkoznia, amikor saját – testi – határait és erre alapozva identitását meghatározza. Az önsértés ebből a nézőpontból a testhatár- és testkép-bizonytalanság feloldására tett olyan maladaptív kísérletként értelmezhető, amely a testhatárok és a pszichés határok megerősítését és az énlémény (a szelf) integritásának fenntartását célozza (Cohen és Mills, 1999). Maladaptív, mert a „testi én” az önsértésen keresztül, a „pszichológiai én” pedig az önkritika révén fordul maga ellen. Koherens test- és énreprezentáció hiányában az – egymással is összefüggő – öndestruktív folyamatok (ld. bővebben a IX.1.4. fejezetben) – az én határait próbálják stabilizálni (Attias és Goodwin, 1999).

A fejezet végén, összegzésként érdemes hangsúlyozni, hogy a pszichodinamikus irányzatok legfőbb „haszna” az önsértés értelmezése szempontjából kevésbé az empirikus bizonyítékokban rejlik, sokkal inkább abban, hogy mélyebb betekintést adnak az önsértés identitással kapcsolódó és szimbolikus funkcióiba. Ezzel pedig – kiegészítve a modern, bizonyítékokon (empirikus adatokon) alapuló magyarázó modelleket – abban segítik a klinikusokat, hogy érzékenyebben értelmezzék az NSSI-viselkedést.

X.2.3. Az NSSI kurrens pszichológiai magyarázómodelljei

A nemszucidális önsértést több – részben egymással versengő – komplex elmélet próbálta keretbe helyezni a 21. században. Közös metszéspontjuk, hogy az NSSI-t valamilyen érzelemszabályozási nehézség viselkedéses megnyilvánulásaként kezelik.

X.2.3.1. A Tapasztalati Elkerülés Modell

A *Tapasztalati Elkerülés Modell* (*Experiential Avoidance Model; EAM*; Chapman, Gratz és Brown, 2006) szerint az önsértő személyek eleve rossz distressztűrő képességgel és érzelemregulációs problémákkal jellemezhetők, ennek talaján erős intenzitású és pszichés fájdalmat okozó érzelmeiket nem képesek adaptívan kezelni, hanem azokat testi fájdalom generálásával próbálják levezetni. A folyamat a tapasztalati elkerülésen alapul: az önsértést végző a nemkívánatos belső élményeit (pl. nyomasztó hangulatát, kellemetlen emlékeit, gondolatait, érzéseit) próbálja elkerülni, távol tartani magától az önsértés által. Az önsértésen kívül számos más viselkedésforma – pl. elkerülő megküzdési stílusok, drog- vagy alkoholfogyasztás, konkrét helyzetek elkerülése – esetében azonosították a tapasztalatok, élmények elkerülésére irányuló érzelemszabályozó stratégiát (Chapman, Gratz és Brown, 2006). A modell továbbá egy nehezen megszakítható körfolyamatot ír le: abból indul ki, hogy (1) az önsértő aktus átmenetileg csökkenti a személyt elárasztó érzelmek intenzitását, így ideiglenes megkönnyebbülést hoz, (2) így az önsértés által megtapasztalt felszabadulást a személy újra át szeretné élni, emiatt ismételten önsértést végez. Ezzel azonban – negatív megerősítés révén – az önsértő habituálódhat a negatív hatásokhoz, azaz az önsértés könnyen automatikus megküzdési stratégiává válhat: az érzelmi arousalre adott kondicionált válaszá, ami saját maga repetitív jellegét alapozza meg. A Tapasztalati Elkerülés Modell kapcsán azonban fontos rámutatni arra, hogy azt eddig alig tesztelte empirikus kutatás (Brereton és McGlinchey, 2020).

X.2.3.2. Integrált Modell a Nemszuicidális Önsértés Kialakulásáról és Fennmaradásáról

Az egyik vezető önsértéskutató, Matthew K. Nock nevéhez fűződő integrált NSSI-modell (*Integrált Modell a Nemszuicidális Önsértés Kialakulásáról és Fennmaradásáról; Integrated Model of the Development and Maintenance of Non-Suicidal Self-Injury; ITM*; Nock, 2010) a Tapasztalati Elkerülés Modellt (Chapman, Gratz és Brown, 2006) bővíti tovább. Alapgondolata, hogy az önsértés azért marad fenn, mert hatékony eszköz a negatív érzelmi állapotok és a társas helyzetek azonnali kezelésében. Az összetett modell az NSSI érzelemszabályozó szerepe mellett annak hipotetikus kialakulási és megszilárdulási folyamatát is leírja az arra érzékenyítő faktorokkal és számos intrapszichés és környezeti hatásmechanizmussal kiegészítve.

Magát az önsértést a modell egy folyamatként írja le, amelyre számos meglévő és szerzett tényező befolyással lehet. Az (1) NSSI-re érzékenyítő disztális tényezők – mint például genetikailag megalapozott magas érzelmi és kognitív reaktivitás; gyermekkori bántalmazottság, erős családi kritika – indul ki, amelyek (2) az NSSI intraperszonális vulnerabilitási tényezőit (pl. gyenge distressztűrés) és interperszonális érzékenyítő faktorait (pl. kommunikációs nehézségek, rossz társas helyzetkezelés) alapozzák meg, ami (3) a személy megküzdési kapacitását meghaladó stresszes

helyzetekben önsértést eredményezhet, hiszen például a szegényes kommunikációs készségek miatt lehetséges, hogy csak az önsértés marad eszközként a környezet figyelmének és segítségének elnyerésére. Ugyanakkor ezek a kockázati tényezők nem csak önsértésre, hanem számos más pszichopatológia kialakulására hajlamosíthatnak. Így az integrált modell szerint az NSSI-ben való részvétel valószínűségét az NSSI-hez kapcsolódó sérülékenységi tényezők is meghatározzák. Ezek az (4) ún. *NSSI-specifikus vulnerabilitási tényezők* akár egyenként, akár együttesen megemelik az önsértésben való részvétel kockázatát. Nock (2010) hat ilyen, az önsértéssel közvetlen kapcsolatban lévő rizikótényezőt azonosított. Az egyik (a) az *NSSI szociális tanulás hipotézise*: az önsértésre – annak szerepére, várható eredményére – rámutathatnak a kortársak, a média vagy akár egy családtag is. „Megtanulható”, hogy az önsértés (a leg)egyszerű(bb) érzelmszabályozó eszköz más lehetőségekhez (pl. aktív helyzetmegoldás, kommunikáció) képest. Az ITM azt is feltételezi, hogy (b) az NSSI nemcsak az érzelmi elkerülés révén válik viselkedéses érzelmszabályozó stratégiává, hanem önbüntetői eszköz is az azt végző számára. Számos korábbi kutatás rámutatott, hogy az önbüntető, önkritikus kognitív stílus az egyik legszorosabban összekapcsolódó tényező az NSSI-vel (ld. IX.1.2. fejezet), a gyermekkori bántalmazás és az önsértés (Glassman és mtsai., 2007), valamint a szülői kritika és az önsértés (Wedig és Nock, 2007) között pedig közvetítő szereppel bír. Az (c) NSSI továbbá társas jelzőfunkcióval vagy társas kommunikációs funkcióval (*social sign*) is rendelkezik. Feltehetően a további stigmatizáció elkerülése miatt nagyon kevés kutatás foglalkozott az NSSI ezen aspektusával. Az NSSI eszköze lehet a szorongás, az érzelmi distressz kommunikációjának, amikor a kommunikáció enyhébb formái (verbális közlés, sírás) nem váltanak ki támogató viselkedést a környezetből. Ekkor a személy fokozhatja a szociális jel erejét (pl. kiabál), azonban, ha ez sem váltja ki a várt hatást a környezetben, a kommunikáció a verbális szintről a fizikaira (önsértés) tolódhat át, amely idővel megerősödhet és hosszabb távon keresztül fennmaradhat (Nock, 2008). A (d) *gyakorlati hipotézis* szerint az emberek azért is „dönthetnek” úgy, hogy más önszabályozó stratégiákkal szemben önsértést végeznek, mert az a leggyakrabban gyorsan, egyedül elvonulva, könnyen megvalósítható (ehhez ld. még az eszköz nélküli önsértési módokat), időlegesen pedig hatékony forma az emocionális, a kognitív és a társas tapasztalatok szabályozására. Ez különösen a (kora) serdülőkori NSSI esetében kiemelhető szempont, mert ekkor a megküzdési készségek a legtöbb esetben még kevésbé hatékonyak a felnőttekéhez képest (pl. a fiatalok kevésbé lehetnek képesek aggodalmaikat társas hálójuk tagjai felé kommunikálni), másrészt a legtöbb kamasz nehezen fér hozzá más, az érzelmi és a mentális állapotot kívülről módosító, és végeredményben káros (mód)szerekhez (pl. alkohol, kábítószer). A modell kiemeli továbbá (e) az NSSI-re esetenként jellemző fájdalomanalgéziát, azaz azt, hogy bizonyos kutatások szerint az önsértők fájdalomküszöbe magasabb lehet (Glenn és mtsai., 2014). Az alacsonyabb fájdalomérzet pedig megerősíti az

önsértés viselkedéses érzelmszabályozó funkcióját. Végül, Nock (2010) beemeli azt a feltételezést, hogy idővel (f) az önsértés impliciten identifikációs forrást képezhet az önsértést végző számára. Ha valaki önmagát önsértőként definiálja, az az önmeghatározás, az identitás részévé válhat. Ezt több, szövegelemzési módszerrel dolgozó kutatás is megerősítette (pl. Breen és mtsai., 2013; Drubina és mtsai., 2025; Reinhardt és mtsai., 2023b). Az NSSI-vel már felhagyó, azonban esetenként még visszaeső, pszichiátriai ellátásban részesülő kamaszlányok önsértő viselkedésükről szóló narratíváinak tartalomelemzése rámutatott arra, hogy a nemszuicidális önsértés az implicit jelentés szintjén az identitás egy olyan mélyebb rétegét adta számukra, amelyben az önsértés mintegy azonosulási felületet jelentett, azt szinte egyéni „képességgként”, az önmeghatározás eszközeként élték meg a kamaszok: „...ilyen feszültséget kelt bennem, hogyha eltűnik, és látom, hogy eltűnik [ti. a sebek, hegek]” vagy „Nem tudja máshogy kifejezni magát [ti. csak az önsértéssel], és néha, hogyha úgymond segítséget kap, akkor is nem segítség.” (Reinhardt és mtsai., 2023b). Hasonlóképpen, kérdőíves kutatások is arra a következtetésre jutottak, hogy az NSSI-viselkedés az érzelem megerősítőjeként funkcionálhat (Edmondson és mtsai., 2016). Az összetett NSSI-modell folyamatábráját Nock (2009, 79.) közli.

X.2.3.3. Az NSSI Érzelmi Kaszkád Modellje

Az *Érzelmi Kaszkád Modell* (*Emotional Cascade Model; ECM*; Selby, Anestis és Joiner, 2008; Selby és Joiner, 2009), amelyet elsősorban borderline személyiségzavarban szenvedő betegek vizsgálatára dolgoztak ki, az NSSI kiindulópontjaként szintén egy averzív helyzetet vagy ingert tekint. Ebben a megközelítésben azonban a negatív élmények és az önsértés közötti kapcsolatot a *rágódás* (*rumináció*) és a *katasztrofizáló gondolkodás* képezi (Selby és mtsai., 2013).

A rumináció egy olyan kognitív érzelmszabályozási stratégia, amely során a személy a negatív érzelmi tapasztalatai különböző aspektusairól – okairól, jellemzőiről, következményeiről – való gondolkodásba mintegy „beleragad”, szinte állandóan ezekre fókuszál (Nolen-Hoeksema, Wisco és Lyubomirsky, 2008). Az ezeken való rágódás a stresszhatást követően a negatív érzelmet állandósítja, s pszichopatológiai tünetképzéshez (pl. depresszióhoz) vezethet (Garnefski és Kraaij, 2006). A katasztrofizáció hasonló mechanizmus, mint a rumináció, azonban míg az utóbbi során a személy múltbeli és jelenbeli negatív tapasztalatain tépelődik, addig a katasztrofizáció esetében éppen ezek lehetséges jövőbeli következményei miatt szorong fokozottan (Garnefskii, Kraaij és Spinhoven, 2001). A katasztrofizációt gyakorta jövőorientált ruminációként is említik (Selby, Anestis és Joiner, 2008).

Az NSSI Érzelmi Kaszkád Modellje a következő – nehezen megszakítható – kört írja le: a negatív érzelmi hatást keltő ingeren való fokozott rágódás és katasztrofizáció tovább erősíti a negatív érzelmi állapotot, ami pedig mindkét káros érzelmszabályozó stratégiát serkenti. Ezzel egy olyan erős negatív érzelmi intenzitást hozva létre,

amit egyesek csak erős fizikai stimulussal – amilyen például az önsértés keltette fájdalom és/vagy a vér látványa az önsértés során – tudnak csökkenteni. Ezzel a negatív megerősítési folyamattal válik – időlegesen – megszakíthatóvá a fentebb leírt érzelmi kaszkád: a negatív érzelmi állapotról a testi fókuszra tevődhet át a figyelem. Adott NSSI-epizód tehát csupán átmeneti megkönnyebbülést hoz. Egy újabb negatív érzelmi állapot (pl. magány, düh, szégyen, büntudat) esetén a „negatív érzelmek – rumináció – tovább fokozódó negatív érzelmek” ciklus ismét beindul, amit egy újabb NSSI-epizód szakít meg. Ez a végeláthatatlan körfolyamat adhat magyarázatot arra, hogy az NSSI miért válik olyan könnyen szokásszerűvé (Selby és Joiner, 2009). Az Érzelmi Kaszkád Modellt a szerzők vizsgálatokkal is igazolták (Selby és mtsai., 2013).

X.2.3.4. Az NSSI Előnyei és Akadályai Modell

A Hooley és Franklin (2018) szerzőpáros megalkotta, az *NSSI Előnyei és Akadályai Modell* (*Benefits and Barriers Model of NSSI*) célkitűzése szerint integrálja a korábbi empirikusan is támogatott NSSI-modelleket, az eddigi pszichológiai tudást, valamint a legújabb kísérleti és longitudinális önsértés-vizsgálatokból származó eredményeket. Két alapvetése szerint: az (1) NSSI több potenciális előnnyel is jár és ezek az előnyök a legtöbb ember esetében viszonylag könnyen elérhetőek lennének (a test mintegy „kéznél van”), ugyanakkor a legtöbben mégsem fordulnak önsértéshez, mert az előnyökkel szemben számos természetes, ösztönös fiziológiai és pszichológia akadály és társadalmi gát arra motivál, hogy az emberek elkerüljék testük önkárosítását. Továbbá az NSSI jelentős fizikai és pszichológiai következményekkel, „költségekkel” jár. Míg az NSSI affektív előnyei az NSSI-t tekintve éppen rizikótényezők annak gyakorlására, addig az akadályok az NSSI-vel szemben védőfaktoroknak számítanak. A modell az NSSI négy lehetséges előnyét és öt akadályát összegzi, ezek a következők:

Az NSSI lehetséges előnyei: (1) *Érzelmi előnyök*: ahogy már többször is szó volt róla, az NSSI érzelmszabályozó aspektusa az egyik leggyakoribb motiváció az önsértés hátterében. Nemcsak csökkenti a negatív emóciókat és eltereli azokról a figyelmet, de pozitív érzelmeket is generálhat. Utóbbinak több útja is lehetséges. Az egyik, hogy az önbüntető vágy NSSI-vel való kielégítése javíthatja a hangulati állapotot. A másik, hogy az önkárosítással járó fizikai fájdalom eltereli a figyelmet a megterhelő gondolatokról és érzésekről. A harmadik, hogy – bár az önsértés során a személy fájdalmat érez – az önsértés után megkönnyebbülést élhet át, hiszen a fájdalom megszűnésével csökken a fiziológiai arousal és erősödnek a pozitív érzelmek (Bastian és mtsai., 2014). Ez az ún. *fájdalom megszűnését követő megkönnyebbülés* (*pain-offset relief*, Hooley és Franklin, 2018, 434.). (2) Az NSSI *önbüntető előnye*: az NSSI másik leggyakoribb motivációs bázisa az önkritikus, önbüntető vágyak kielégítése. A negatív, büntető énkép a leggyakrabban a rossz gyermekkori élmények

következménye (vö. a IX.1.2. és a IX.2.1. fejezetekkel). Ezt a negatív énképet később az önsértés megerősíti, fenntartja, mert maga is szégyennel és önkritikával társul (Schoenleber, Berenbaum és Motl, 2014). Az NSSI további előnye lehet, hogy (3) biztosíthatja a *kortárs csoportokhoz való tartozást*: több kutatás is azt mutatja, hogy egyes szubkultúrákban az önsértés a csoportidentitás rész lehet (Young és mtsai., 2014). Arra is van adat, hogy az önsértő serdülők több önsértőt ismernek, mint akik sohasem vettek részt önsértésben (Møhl, 2020). Az egyén és a kortárs csoport kapcsolatát az NSSI vonatkozásában a IX.2.2. fejezet tekinti át. A modell utolsóként számbavett NSSI előnytényezője, hogy (4) annak révén *kommunikálható az egyén által átélt distressz vagy erő*. Bár a legtöbb önsértő egyedül vesz részt az önsértésben és eltitkolja azt, az NSSI és az általa keletkezett sebek, hegek a verbális kommunikáció helyett egy kevésbé specifikus, ugyanakkor sokkal direktebb kommunikációs formát képviselhetnek (Nock, 2009). Egy tanulmány eredményei szerint a mások előtt feltárt NSSI-cselekedeteket követően az önsértők észlelt társas támogatása fokozódott (Turner és mtsai., 2016). Az online világban pedig manapság már nem ritka, hogy a friss sebeket a fiatalok az interneten posztolják (Møhl, 2020).

A Hooley és Franklin (2018) által azonosított ötféle védőtényező közül feltételezésük szerint már egy faktor fennállása is elegendő ahhoz, hogy hatékonyan meggátolja az önsértés megjelenését. Ugyanakkor ahhoz, hogy valaki önsértésbe kezdjen, le kell győznie mind az öt akadályt. A szerzők éppen ezért hangsúlyozzák, hogy önsértés kapcsán veszélyeztetett csoportok körében az NSSI kockázatát hatékonyan csökkentheti, ha ezeket az akadályokat egy prevenciós vagy intervenciós programban kiépítik, illetve utóbbi esetben helyreállítják.

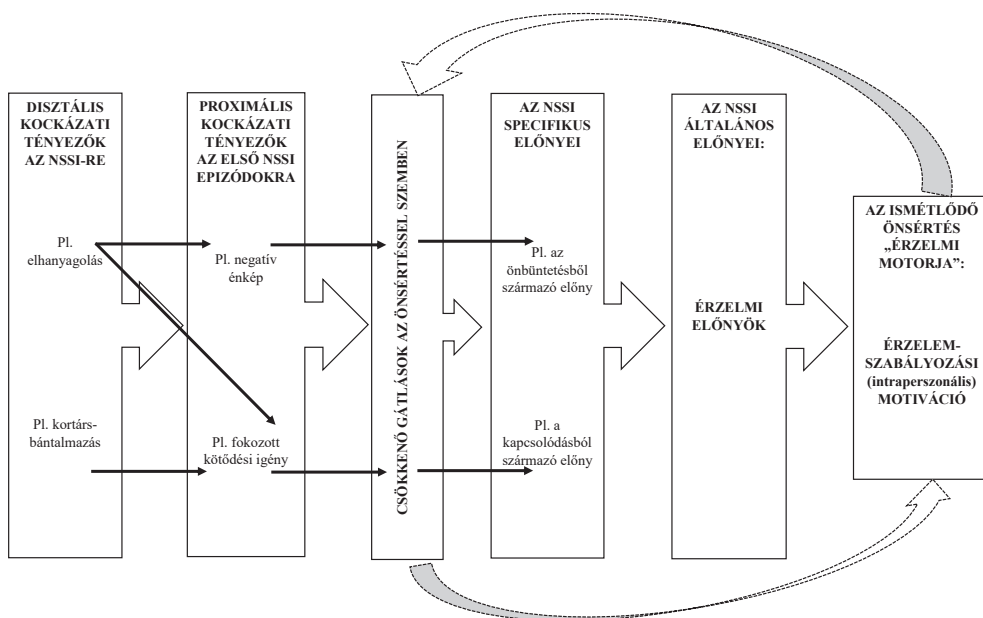
Az egyik védőfaktor az (1) *NSSI-vel kapcsolatos tudatosság (tudás) hiánya*. A szerzők szerint, aki még sohasem hallott az önsértésről, nem fog belekezdeni. Manapság – részben a médiának és a világhálónak köszönhetően – azonban szinte lehetetlen, hogy valaki ne hallott volna a jelenségről. Hírességek is esetenként nyíltan beszélnek önsértő magatartásformáikról, de dalokban, filmekben, az irodalomban, s főként a közösségi médiában is jelenlévő topik, azaz az NSSI mint jelenség nyilvánosságot kap. Lényeges a kortársak hatása is: nem csupán abban, hogy a – főként központi, „menő”-nek gondolt – társak önsértő viselkedése megemeli adott közösségben az önsértés valószínűségét (ld. a társas terjedés jelenségét a X.3. fejezetben), hanem abban is, hogy megosztják egymással az internetes önsértő tartalmakat. Egy másik, kiemelt védőfaktor az NSSI-t tekintve a (2) *pozitív önértékelés*. A pozitív énkép és az önszeretet, az önelfogadás erősíti azt, hogy a személy próbálja magát fizikai és mentális tekintetben is védeni – részben a saját test védelmével, ápolásával. A (3) *fizikai fájdalom* az egyik legjelentősebb protektív faktor az NSSI ellen, hiszen a fájdalom elkerülése alapvető túlélési képesség. NSSI csak akkor történhet, ha az illető képes legyőzni a fájdalomtól való félelmét. Bár vegyesek a vizsgálati eredmények, de több tanulmány is azt jelezte, hogy az önsértő személyek általában

magasabb fájdalomküszöbvel és nagyobb fájdalomtűrő képességgel rendelkeznek. Valójában azonban a magasabb fájdalomküszöb önmagában nem kockázat az önsértésre, hanem az önsértő aktus során átélt fájdalom lehetősége a magas önbüntető és önkritikus beállítódással jellemezhető személyeket mintegy vonzza, annak averzív jellegét átértékeli (Fox és mtsai., 2017). (A fájdalom és az NSSI kapcsolatát ld. részletesebben a X.1.3. fejezetben.) Az (4) *önsértéssel kapcsolatos ingerekkel szembeni averzió* is alapvető gátját képezi az önsértésnek. A legtöbb ember természetes módon idegenkedik a sérülésektől, sebektől és a vértől. Önsértő személyeknél azonban ez az ellenérzés kevésbé kifejezett, sőt a feléjük való vonzódás is megjelenhet. A másik útja annak, hogy az önsértők ezt a gátat át tudják lépni, hogy az önsértést követően pozitív érzéseket, főként megkönnyebbülést élnek át. Végül, fontos megemlítenünk a (5) *társadalmi normák gátlóerejét* is, hiszen a legtöbb kultúrában az NSSI-ben való részvétel nem elfogadható, azt félelemmel, idegenkedéssel és visszautasítással kezelik. Ugyanakkor bizonyos szubkultúrákban – éppen az általános normák elleni lázadás részeként – támogatják és erősítetik az önsértést (Young és mtsai., 2014).

A szerzők egy lehetséges folyamatmodellt is felvázolnak arra, hogyan alakulhat (ki) az önsértés. Az énhez való negatív viszonyulás (pl. önleértékelés, fokozott büntudat, szégyen) azt a (1) vágyat keltheti a személyben, hogy kiszakadjon ebből a kellemetlen önbüntető érzésből, másrészt (2) fokozhatja az a meggyőződést, hogy megérdemli a büntetést, azaz a fájdalmat, illetve (3) erősítheti az önsértéssel való azonosulást, annak elfogadását mint megoldást a pszichés fájdalomra. Ezek a tényezők együttesen megágyaznak annak, hogy a személy motivált legyen arra, hogy elviselje az önsértés során keletkező fájdalmat. S mindez az önsértő viselkedés különböző formáihoz vezet. A negatív énreprezentáció feloldja a pozitív önértékelés és a fizikai fájdalom NSSI-vel szembeni gátjait. Ráadásul megemeli annak a valószínűségét, hogy valaki az önsértést „válassza” más önkárosító magatartásformák (pl. nagyívás, mértéktelen túlevés) helyett. A nemszuicidális önsértés kialakulásának és fennmaradásának folyamatát Hooley és Franklin (2018, 443.) koncepciója alapján vizuálisan a 3. ábra foglalja össze. Az ábrán azt láthatjuk, hogyan indul az első önsértési epizód. A szerzők szerint ez a folyamat a legtöbb, bár nem mindegyik első önsértési epizódra igaz. Az önsértés aktuális indulását tehát valamilyen távoli (disztális) tényező, valamilyen régen történt vagy régebb óta fennálló probléma (pl. elhanyagoló szülői bánásmód) alapozza meg. Ezek az időben távoli negatív hatások olyan közvetlen, a jelenben ható (proximális) kockázati tényezőt vagy tényezőket (pl. negatív énkép, fokozott kapcsolódási igény) aktiválnak, amelyek megkönnyítik, hogy valaki az önsértéshez forduljon, azaz csökkentik az önsértés „akadályait”, és minden esetben valamilyen „előnyt” (pl. érzelmi megkönnyebbülés, figyelem a környezet felől, kontroll- vagy autonómiaérzet) adnak a személy számára. Továbbá minden önsértési epizód egy általános érzelmi előnyt (pl. érzelmi megnyugvás) is biztosít az önsértésben résztvevő számára. Idővel ez az érzelmi motivációs háttér,

az önsértés révén való érzelmi megkönnyebbülés – mintegy „érzelmi motor” – lesz annak a fő oka, hogy valaki újra és újra az önsértéshez folyamodik, ez pedig tovább csökkenti az önsértés akadályozó tényezőit. Az önsértésen keresztüli érzelmszabályozás válik tehát az önsértés alapvető hajtóerejévé, mert az folyamatosan képes azokat a lelki és fizikai gátakat (akadályokat) csökkenteni, amelyek korábban még visszatartották a személyt. Ez azt is jelenti, hogy az ismétlődő önsértés kezelése során különösen fontos az önsértéssel szembeni akadályokat – egyfajta egészséges ellenőrzést az önsértéssel szemben – visszaépíteni. Az akadályok hiánya ugyanis a viselkedés fennmaradását erősíti (Hooley és Franklin, 2018).

3. ábra. Az NSSI Előnyei és Akadályai Modell folyamatábrája



Forrás: Hooley és Franklin, 2018, 443. alapján.

A beavatkozási fókuszokat – azaz a modellek alkalmazhatóságát – tekintve az Előnyök és Akadályok Modell a korábban tárgyalt NSSI-modellektől alapvetően abban különbözik, hogy míg az előzőek arra fókuszálnak, hogy abban támogassák az önsértő személyt, hogy jobb érzelmregulációs technikákat találjon, addig Hooley és Franklin (2018) elméleti kerete ahhoz is támpontokat ad, hogyan lehetséges az NSSI kialakulását vagy ismételt megjelenését gátolni. Természetesen a gyakorlatban dolgozó pszichológusok többsége ezt a szempontot intuitíven is beemeli praxisába, amikor önkárosító viselkedések csökkentéséről van szó. Önsértőkkel dolgozó kollégák gyakran arra kérik az önsértőt és a környezetét, hogy tekintsék át együtt és pakolják el, dobják ki az önsértésre alkalmas eszközöket.

Az Előnyök és Akadályok Modell további praktikus szempontokat is ajánl az NSSI kezeléséhez. Mivel az önsértés lehetséges előnyei csökkenthetik az NSSI akadályozó tényezőit és maguk az önsértési epizódok érzelmi előnyökkel járva tovább csökkentik az NSSI gátló faktorait, ezért az NSSI-epizódok leggyakoribb motiváló tényezőjét, az énnel kapcsolatos negatív megélést szükséges elsősorban csökkenteni. Emellett hasonlóan fontos beavatkozási pont az önsértéssel kapcsolatos ingerekkel szembeni természetes averzió megerősítése, visszaállítása is (Hooley és Franklin, 2018).

A teljes Előnyök és Akadályok Modellt közvetlenül alig tesztelte kutatás. Egy kvalitatív – tartalomelemzéssel dolgozó – vizsgálatot találtunk, amely eredményei értelmezésében a modell koncepciójára alapozott. Ebben a vizsgálatban 26 olyan fiatal nőt kérdeztek a nemszuicidális önsértéssel kapcsolatos megéléseikről, akik már felhagytak az önsértő viselkedéssel (Andersson és mtsai., 2024). Kimutatták, hogy az NSSI-vel való felhagyás olyan kulcs tényezőkhöz kapcsolódott, mint a közeli, intim kapcsolatok javulása, az azokból érkező több támogatás, a közérzet javulása és/vagy egy másfajta, pozitívabb jövőkép kialakítása. A legtöbb esetben az NSSI-vel való felhagyás úgy sikerülhetett, hogy az önsértést folytató nők egy olyan új társas közeget találtak, amely segítette a korábbi negatív környezet elhagyását, ezzel a személyes jóllét és a fejlődés lehetőségét adta. A kutatás eredményei megerősítették, hogy az önsértés abbahagyása egy rendkívül összetett és többtényezős folyamat. Az NSSI-ből való felépülésben kulcsfontosságú volt a javuló érzelmszabályozás és az ezt támogató környezet. Ezek hiánya az NSSI-ből való kilábalásban komoly akadályt képezett (Andersson és mtsai., 2024).

X.2.3.5. A Négy Funkció Modell

Nock és Prinstein (2004) *Négy Funkció Modellje* (*Four Function Model; FFM*) négy meghatározó motivációs háttérre vezeti vissza az NSSI megjelenését. A négy fő ok két tengely mentén helyezkedik el: (1) az egyik tengely azt írja le, hogy az önsértés oka intrapszichés (más néven affektív vagy automatikus) vagy interpszichés (társas, szociális) tényezőkben kereshető-e, míg a másik tengely azt összegzi, hogy (2) az önsértő viselkedés pozitív vagy negatív megerősítő értékkel bír-e a személy számára. Ezek kombinációjából egy 2x2-es modell, az önsértés négy nagyobb funkciója körvonalazódik. A négy fő funkcióterületet saját kutatásunkból – klinikai serdülőpopuláció önsértéséről szóló narratívaelemzéséből – származó példákkal szemléltetjük (Reinhardt és mtsai., 2023b). (1) Intrapszichés negatív megerősítésről akkor beszélhetünk, ha az NSSI által a személy célja, hogy negatív érzelmeit/gondolatait/ emlékeit csökkentse vagy azoktól megszabaduljon (pl. „*Hát, nekem legfőképpen stresszlevezetés. A szorongást, ami bennem van, így tudom, tudtam a legjobban levezetni.*”) (2) Intrapszichés pozitív megerősítés során az önsértés valamilyen vágyott érzelmi/kognitív állapot (pl. nyugalom, kontrollérzet, autonómia) megélése miatt

történik (pl. „*Amikor végre csend van és lenyugodtál és már nincs baj. Belső lecsendesülés.*”). (3) Amennyiben az NSSI háttérben interperszonális negatív megerősítő hatásokról van szó, az a társas elvárások, a kellemetlen szociális helyzetek elkerülését segíti elő a személy számára: az NSSI által például valaki büntetést, konfliktust, feladatot, a környezet negatív megítélését vagy a felelősséget kerülheti el („*Nem tud senki megbántani, [...] hogy jó-e, amit csinálok, ömm... hogy elfogadnak-e?*”). Végül (4) az NSSI interperszonális pozitív megerősítő funkciója a társaktól érkező, a személy számára kellemes válaszok (pl. gondoskodás, segítség, figyelem) elérését takarja (pl. „*Anyu teljesen hozzám pozitívan állt, szóval, hogy segíteni akart, amit én elfogadtam, azt ő megcsinálta.*”). Bár a Négy Funkció Modell nem emeli ki, érdemes megjegyezni, hogy az NSSI interperszonális pozitív megerősítő funkciója a legtöbb esetben másodlagos betegségelőnyként (Barsky és Klerman, 1983) is értelmezhető. Amennyiben ugyanis a személy az NSSI-vel tudatosan vagy tudattalanul több törődést, gondoskodást, támogatást vagy figyelmet – azaz számára pozitív válaszokat, interperszonális jutalmat – vált ki a környezetéből, az nem más, mint a társas kapcsolatok önsértés általi rejtett szabályozása. Az ilyen módon szerzett kapcsolati előnyök azonban azt a veszélyt rejtik magukban, hogy – jellemzően kevésbé tudatosan – megerősítik a „betegszerepet”, azaz jelen esetben az önsértő viselkedést.

Az önsértés mögött meghúzódó leggyakoribb háttérként a kutatások egyöntetűen az NSSI intrapszichés motivációit mutatják ki (Brackman és Andover, 2017), azon belül is az intrapszichés negatív megerősítő funkciót, tehát azt, hogy az önsértés az azt végző számára annak averzív érzelmi állapotát képes csökkenteni. Az empirikus adatok rámutattak arra is, hogy az egyes funkciók egyszerre is jelen lehetnek egy önsértési epizód során (Klonsky, 2011). Egy naplómódszeren alapuló hosszmetzeti vizsgálat pedig azt hangsúlyozta, hogy az NSSI-t végzők kevesebb pozitív érzelmi állapotot élnek meg, ezek ráadásul rövidebbek is, illetve negatív érzéseik gyakorta erősen hullámzó intenzitásúak (Bresin, 2014). Ez azt implikálja, hogy a stresszhelyzetekre adott reakciók fluktuálók és változatosak lehetnek, egyfajta érzelmi hullámvasutat képezve. Amennyiben a személy nem vagy kevés adaptív érzelmszabályozási stratégiát alkalmaz, a megterhelő emocionális helyzeteket a nap folyamán többször vagy a nap végén egyetlen, súlyosabb önsértési epizódban vezetheti le.

X.2.3.6. Klonsky és Glenn (2009) duális modellje

A fenti Négy Funkció Modellel (Nock és Prinstein, 2004) szállt vitába Klonsky és Glenn (2009), amikor megjelentették az *NSSI-motívumok duális modelljét*. A legtöbb vizsgálat ugyanis nem tudta alátámasztani a négyfunkciós megoldást (pl. Klonsky és mtsai., 2015; Young és mtsai., 2014). Klonsky és Glenn (2009) vizsgálataik alapján két főfaktort határoztak meg az önsértés háttérében: az intraperszonális és az interperszonális motivációköröket, míg a pozitív – negatív megerősítés dimenziót nem találták relevánsnak. Mind az intraperszonális, azaz az érzelmekkel való megküzdés

céljából, mind az interperszonális, azaz a társas tapasztalatok kezelése miatt végzett önsértési motivációkörök további funkciófaktorokat összegeznek.

Az intraperszonális felsőbbrendű faktor 5 motívumot foglal össze: (1) az NSSI *affektusszabályozó funkciója* a negatív érzelmi állapotok (pl. düh, szomorúság) csökkentését jelenti az önsértés révén. Az (2) *önbüntetés* mint NSSI-funkció a személy önmagával szembeni dühének vagy a magával kapcsolatos undor önsértésen keresztüli levezetését szolgálja. A (3) *distressz jelzése* funkció segítségével a pszichés fájdalom fizikai sérülésen – a testen – keresztül válik kifejezhetővé. A (4) *disszociáció megszüntetése* faktor olyan érzések generálására utal az önsértő aktussal, amelyek az átélt üresség és deperszonalizációs, derealizációs élmények helyébe léphetnek. És végül az NSSI (5) *öngyilkossági gondolatokat megszüntető* funkciója – ahogy az elnevezés is jelzi – a betörő öngyilkossági gondolatokat és/vagy az öngyilkossági kísérletre irányuló késztetést képes csökkenteni. Egy, számos vonatkozó kutatást összegző metaanalízis a disszociáció megszüntetése funkciót jelezte a leggyakoribb NSSI-motivációnak (Taylor és mtsai., 2018). Más áttekintések (pl. Klonsky, 2007) az NSSI háttérében álló két leggyakoribb funkciónak az affektusszabályozó és az önbüntető okot találták. Ráadásul ez a két NSSI-motiváció szorosan összekapcsolódik, gyakran együtt jelennek meg az önsértés háttérében, hiszen az NSSI-cselekedetek az erős önkritikus gondolatok keltette önbüntető negatív érzelmeket csökkenthetik (Chester és mtsai., 2015). Klonsky és Glenn (2009) eredményei szerint az intraperszonális NSSI-motivációk erősebb kapcsolatban vannak a depresszív és a borderline személyiségzavar tünetekkel, illetve az öngyilkossági gondolatokkal, mint az interperszonális motivációk. Hazai, pszichiátriai kezelésben részesülő kamaszmintán végzett egyik kutatásunk pedig rámutatott, hogy az önsértés olyan súlyossági mutatóival, mint az aktuális és ismétlődően végzett NSSI, valamint a többféle önsértési mód használata, csak az intraperszonális NSSI-motivációk kapcsolódtak össze, az interperszonális motivációk nem. Továbbá számos pszichopatológiai jellemző (pl. komorbid diagnózisok, hangulatzavar megléte, több internalizáló mentális betegség tünet, kifejezettebb önkritikus rágódás) szintén az intraperszonális okokkal asszociálódott (Reinhardt és mtsai., 2022a).

Az önsértés háttérében jóval kevésbé jellemző interperszonális funkciókör a duális modellben (Klonsky és Glenn, 2009) 8 faktorra bomlik. Ezek révén bizonyos társas élmények csillapíthatók vagy éppen kiválthatók. Az önsértés lehetőséget adhat (1) a *személyközi határok szabályozására*, azaz az én és az énen kívüli világ erősebb vagy éppen gyengébb határainak kijelölésére. Az (2) *önmagáról való gondoskodás* motivációja azt fejezi ki, hogy az NSSI révén – gyakran a környezet felől hiányzó – odafigyelést, törődést pótolhatja a személy például az önsértés során keletkezett sebek ápolásával. A (3) *szenzoros élménykeresés* funkció az NSSI során keletkezett extrém élmények pozitív érzelmi hatását írja le. Klinikai tapasztalatok szerint előfordul, hogy az önsértők az önsértésben való részvételüket olyan rendkívüli szenzoros

élményként azonosítják, mint a bungee jumping vagy az ejtőernyőzés keltette izgalom. Az NSSI (4) *kortársakhoz való kötődés* funkciója azt a hatást jelzi, amikor az önsértés – vagy mert közösen végzik, vagy megosztják annak megbeszélésével az élményt – az egymáshoz való kapcsolódás, a közösségi élmény szerepét tölti be. Az (5) *interperszonális figyelem kiváltása* mint önsértési motiváció a másoktól való figyelem és segítségkérés NSSI által való kivívását fedi le. Az önsértés szolgálhat továbbá a környezettel szembeni (6) *szívósság kifejezése*ként is, ezáltal mutatja meg valaki, hogy mennyi mindent bír ki, mennyire kemény. Az önsértés háttérében az is állhat, ha valaki ezen keresztül szeretné (7) *bosszúját kifejezni* a környezete felé. Végül, az (8) *autonómia kifejezése* is lehetséges NSSI-motiváció, amikor valaki az önsértő cselekedet révén a saját önállóságát demonstrálja a társas közeg felé. Több tanulmány összegzését követően Taylor és munkatársai (2018) legjellemzőbb interperszonális motivációként az interperszonális figyelem kiváltását azonosították, azt az önsértési okot, amikor az önsértéssel a személyek negatív állapotukat, szorongásukat kívánták kommunikálni. Ezzel szemben alig előforduló motivációként jelent meg a kutatásokban az autonómia és a keménység környezet felé való demonstrálása, a társas kötődés önsértéssel keresztül történő kifejezése és az önsértés általi szenzoros élménykeresés (Klonsky, 2007).

Az itt ismertetett 5 intraperszonális és 8 interperszonális NSSI-motivációstruktúrát a későbbi kutatások vegyes eredménnyel mutatták ki. Bár a kétfaktoros struktúrát minden későbbi vizsgálat igazolta, azonban az a kép, hogy a két robosztus főfaktor (intra- és interperszonális) mely motivációkat rendeli maga alá, már diverzebb. Például, már a koncepciót bevezető tanulmányukban Klonsky és Glenn (2009) maguk vetették fel, hogy az NSSI öngondoskodási funkciójának logikailag inkább az intraperszonális funkcióhoz kellene tartoznia és nem az eredmények szerinti interperszonálishoz. Később bizonyos kutatások az öngondoskodást az intraperszonális faktor részeként azonosították (pl. Kortge, Meade és Tennant, 2013; Pérez és mtsai., 2020), mások az interperszonális faktor összetevőjeként (pl. Bildik és mtsai., 2013; Reinhardt és mtsai., 2021b), ismét mások mindkét faktorra töltődő funkcióként írták le (pl. Klonsky és mtsai., 2015). Ez a példa is rámutat arra, hogy az elméleti koncepció az empirikus tesztelés során árnyalódhat.

X.2.3.7. Az NSSI mint addikció

Végül, a pszichológiai magyarázómodellekhez illeszthető az *NSSI addikciós modellje*. Már a korai önsértés kutatásokban felmerült, hogy az NSSI-nek a függőségekkel párhuzamba vonható attribútumai vannak. Faye (1995) például az NSSI olyan jellemzőit állította párhuzamba a szerhasználók megvonási tüneteivel, mint az önsértés előtt felerősödő szorongás, nyugtalanság és feszültség. Később számos kutató kiemelte az ismételt önsértők önsértés utáni sóvárgása és a szerhasználati zavarban jelenlévő szer utáni sóvárgás közötti párhuzamot. Egy kutatás például

a DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) Pszichoaktív szer dependencia zavar tüneteivel vetette össze serdülő repetitív önsértők önsértéssel kapcsolatos megéléseit (Nixon, Cloutier és Aggarwal, 2002). Az eredmények szerint a kamaszok 81%-a ötnél is több függőségi tünetet tartott magára jellemzőnek ismételt önsértése kapcsán. A két jelenség közötti párhuzam annál kifejezettebb volt, minél erőteljesebb önmagára irányuló harag és minél gyakoribb és súlyosabb önsértés volt jelen valakinél. További vizsgálatok arra is felhívták a figyelmet, hogy az NSSI függőségi komponensei pozitív kapcsolatban vannak az NSSI-hez kötődő negatív érzelmekkel (pl. distressz) (Guerin-Marion és mtsai., 2018), valamint az NSSI mellett jelen lévő szuicid ideációval (Csorba és mtsai., 2009).

Ugyanakkor ki kell emelni, hogy az NSSI addiktív természetével kapcsolatban máig tartó vita alakult ki a vonatkozó szakirodalomban. Míg egyes kutatók az NSSI addiktív tulajdonságait hangsúlyozzák (ld. Blasco-Fontecilla és mtsai. (2018) áttekintését), addig más szakemberek (pl. Victor, Glenn és Klonsky, 2012) szerint az NSSI hatékonyabban magyarázható érzelmszabályozási folyamatokkal annak addiktív természetével szemben. Victor és munkatársai (2012) például azt találták, hogy az NSSI ismétlődését egyedül a negatív érzelmi állapot elkerülése és csökkentése alapozta meg (negatív megerősítés), míg a szerhasználatot a negatív megerősítők (pl. megvonási tünetek megelőzése) mellett pozitív megerősítők (pl. a szer kiváltotta kellemes állapotot elérése) is motiválták. Továbbá a sóvárgás átlagpontszáma NSSI esetén szignifikánsan alacsonyabb volt a drogra való sóvárgással összehasonlítva. Ráadásul az önsértéssel kapcsolatos sóvárgás jellemzően negatív érzelmek kontextusában jelent meg, míg a szer iránti sóvárgás sokféle érzelmi helyzetben előfordult. Ezeket az összefüggéseket a szerhasználó és egyben önsértő almintán is megerősítették. Meg kell azonban jegyeznünk, hogy az NSSI addiktív természetét kiemelő elgondolások ez idáig azt nem vetették fel, hogy az önsértést viselkedéses addikcióként és ne szerhasználati függőségként fogják fel.

X.3. Az NSSI pszichoszociális nézőpontból – társas hatások az NSSI kialakulásában, fennmaradásában és átadásában

A szociális hatások szerepének megértése az NSSI-viselkedések megjelenésében, fenntartásában és terjedésében olyan szempont, amely – az előző fejezetekben részletezett pszichológiai folyamatokat kiegészítve – produktívan képes segíteni az önsértésprevenció- és intervenció területét. Prinstein és munkatársai (2009) az NSSI olyan összetett társas modelljét dolgozták ki, amely átfogja az NSSI-vel asszociálódó társas deficiteket, az NSSI szociális motivációit és az NSSI társas átadódásának folyamát. Ennek bemutatása építi fel a fejezetet.

1. *Szociális készségdeficit az önsértőknél:* Egyirányba mutató kutatási adatok szerint az önsértő személyek a társas készségek terén hiányokkal bírnak. Mindezt olyan területeken mutatták ki, mint a rosszabb szociális problémamegoldó képesség (Howat és Davidson, 2002), a stresszes szociális hatások maladaptív oktatáson alapuló kezelése (Guerry és Prinstein, 2010), valamint az önsértők általában úgy érzékelik, hogy társas közegüktől elidegenedettek, elszigeteltek (Castille és mtsai., 2017). Ezek a társas deficitiek kétféle módon is fokozhatják az NSSI kialakulásának kockázatát: egyrészt (1) emelhetik a negatív érzelmek gyakoriságát és intenzitását, az így keletkezett elárasztó emocionális állapotot pedig – érzelemregulációs eszközként – önsértéssel próbálhatja szabályozni a személy. Másrészt (2) akiknek problémás a társas kapcsolatok és helyzetek adaptív kezelése, az önsértéssel mint a társas befolyás eszközével élhetnek (Klonsky és mtsai., 2011).
2. *Az önsértés társas motivációs bázisa:* A fentiekkel szoros összefüggésben, bár az NSSI hátterében jóval gyakoribbak az intraperszonális okok, arra is van számos bizonyíték, hogy azok mellett vagy helyett interperszonális NSSI-motivációk működnek (Klonsky, 2007). (A szociális meghatározottság miatt végzett önsértési funkciókat részletesen a X.2.3.5. és a X.2.3.6. fejezetekben tekintettük át.) Másrészt arra is számos kutatási adat van, hogy az NSSI sok esetben megterhelő interperszonális eseményeket (pl. veszteségek, családi konfliktusok) követően aktivizálódik (Jones és mtsai., 1979).
3. *Az önsértésre/önsértőkre gyakorolt társas hatások:* Már az önsértéskutatások kezdetén is kitüntetett figyelmet fordítottak arra a társas kontextusra, amely hatással lehet az önsértő viselkedésre. Walsh és Rosen (1985) például gyermekkorházakban arra figyeltek fel, hogy a serdülők önsértő viselkedése összefüggést mutatott: egy kamasz önsértő epizódja megnövelte annak a valószínűségét, hogy az osztályon más kamaszok is önsértő viselkedésbe kezdjenek. Ez annak a lehetőségét vetette fel, hogy – hasonlóképpen, mint a szuicidológiai terminológiából ismert *társas fertőzés (social contagion;* Durkheim, 1951) jelensége – az önsértés szociális hatásra is teret hódíthat. Az NSSI társas fertőzés jellegét a későbbiekben számos más, intézményi közegben végzett vizsgálat azonosította (Taiminen és mtsai., 1998). Különösen a serdülők igazodnak kortársaik viselkedéséhez. Hogy ezt a társas szocializációra való fogékonyságot, illetve éppen a kortársbefolyással szembeni ellenállást milyen tényezők határozzák meg (pl. hasonlóság, konformitás, társas tanulás, versengés) és milyen teoretikus modellekkel magyarázható, Heilbron és Prinstein (2008) tekintik át részletesen.

Az internet terjedésével, majd világméretben általánossá válásával pedig a szociális fertőzés egy új közege jelent meg az NSSI-vel kapcsolatban. Több kutatás is azt erősítette meg, hogy fiatalok körében az NSSI-vel kapcsolatos

információk (pl. mire „való”, milyen módjai vannak) magas hatásfokkal – a prevenció szempontjából azonban igen kontraproduktív módon – terjednek a világhálón (Whitlock, Powers és Eckenrode, 2006). Ez ahhoz is vezethet, hogy bizonyos szubkultúrák (pl. „borderline” csoportok, emo⁹) normalizálják az önsértő viselkedésformákat. Érdekességgéppen jegyezzük meg, hogy az interneten már az önsértést és a háttérben álló érzelmi szenvedést szimbolizáló plüssfigura is kapható.

Mivel az internet egyre meghatározóbb szerepet játszik az NSSI kapcsán, ezért kapcsolatuk áttekintésének külön fejezetet szenteltünk (ld. IX.2.4. fejezet).

Az NSSI társas terjedésének alaposabb feltárásban más egészségkárosító viselkedésformák kutatási eredményei is segíthetnek. Arra markáns, vizsgálatokból származó bizonyítékok vannak, hogy serdülők különböző rizikóviselkedéseiben (pl. alkoholfogyasztás) hangsúlyos előrejelző szereppel bír, ha a kamasz azt tapasztalja, hogy barátai és/vagy elismert kortársai adott egészségkárosító viselkedésben vesznek részt (Prinstein és mtsai., 2009). Két folyamat alapozhatja meg a megfigyelés ilyen erős hatását. Az egyik a (1) szelekciós hatás: a fiatalok ugyanis szívesebben kapcsolódnak azokhoz a kortársaikhoz, akik hasonló attitűdökkel bírnak, mint ők maguk és hasonló viselkedésformákat preferálnak. A másik a társas elfogadottság igénye és a társas csoport megerősítő hatása által megalapozott (2) szocializációs effektus: a kamaszok azokat az attitűdöket és magatartásokat fogadják el valószínűbben, amelyeket kortársaik képviselnek (Prinstein és Dodge, 2008). Az NSSI-ben mutatkozó szocializációs hatásokra, a társas terjedés jelenségére egy longitudinális kutatás szemléletesen mutatott rá. A fiatalokat másfél évig követő vizsgálat, amelynek indulásakor a serdülők legjobb barátjukról és esetleges önsértő viselkedésformákról is beszámoltak, legfőbb eredménye szerint az NSSI időben hozzákapcsolódott a legjobb barát önsértő epizódjaihoz (Prinstein és mtsai., 2010).

X.3.1. Az NSSI pszichoszociális nézőpontból – rendszerszemlélet és NSSI

Egy önsértésről szóló komplex magyarázómodell az egyéni tényezők számbavételén túl nem hanyagolhatja el azokat a közvetlen (pl. családi, kortárs) és tágabb környezeti hatásokat (pl. kulturális-társadalmi-politikai érték- és hitrendszer) sem, amelyben az önsértés „megvalósul”. Csak egy holisztikus perspektíva segíthet az NSSI mélyebb,

9 Az emo egy olyan stílus vagy szubkultúra, amely a fekete színű ruházatot és sminket, fekete vagy éppen élénk hajszínt és a szomorú, melankolikus, fájdalmas hangulat nyílt kifejezését preferálja.

összetettebb megértésében (Wester és Trepal, 2017). Fontos például, hogy észleli-e bármely családtag az önsértést, ha észleli, tesz-e valamit, hogyan kommunikálja azt kifelé, fontos az is, hogy hogyan viszonyulnak a mezorendszerek (pl. pedagógusok, kortársak, munkatársak; Bronfenbrenner, 1979), az exorendszerek (pl. média) és a makrorendszerek (pl. olyan kulturális nyomás, mint az irreális testkép-elvárások vagy az én tárgyiasítása, törvények, a pszichológiai segítségkérés útjai, esetleges akadályai az egészségügyi vagy az oktatási rendszerben) az önsértéshez. Sőt, a szisztéma része a kronorendszer is, azaz az, hogy – a történelmi – időben hogyan alakul az önsértés felfogása, az ahhoz való hozzáállás (vö. maga az önsértés kutatása a 20. század terméke). A következőkben az NSSI rendszerszemléleti szempontokat is beemelő magyarázókereteit mutatjuk be.

X.3.1.1. Az NSSI Családi Distressz Kaszkád Modellje

Mivel az önsértés jellemzően a kiskamaszkor kezdetén indul és kamaszkorban a legmagasabb az előfordulási gyakorisága (ld. VII.3. fejezet), ezért kifejezetten a serdülőkori önsértés magyarázatára állított fel egy modellt, az *NSSI Családi Distressz Kaszkád Modellt* (*NSSI Family Distress Cascade Theory*) Lisa Waals (2018). A modell összeköti az NSSI kialakulását és fennmaradását a kamaszkor egyik legfőbb pszichoszociális feladatával: az egyéni autonómia kimunkálása és a szülőkhöz való kötődés közötti normatív konfliktus rendezésével. Párhuzamosan ezzel a család életciklusát is figyelembe veszi. Waals (2018) elgondolása szerint, ha egy serdülő maladaptív megküzdésként önsértő viselkedést folytat, amelyet eltitkol családjá elől, végeredményben autonómiaérzetét növeli, így eltávolodik a családi közegétől. A szülők azonban a leggyakrabban érzékelik, hogy valami probléma lehet a kamasszal, aggódni kezdenek és szeretnének közelebb kerülni gyermekükhöz, ez azonban ahhoz vezet, hogy a kamasz autonómiaérzete csökkenni fog. Ez pedig azt eredményezi, hogy a fiatal fokozza autonómiatörekvéseit és még nagyobb titokban folytatja az önsértést. Megjegyezzük, hogy kamaszokkal foglalkozó pszichológusok szupervíziós keretben gyakran számolnak be arról, hogy milyen leleményesek tudnak lenni az önsértő kamaszok, amikor szüleik elől próbálják titkolni az önsértés tényét, illetve rejtgetni annak eszközeit (pl. karkötők viselése; sálak csuklóra kötése; comb belső részének erős radirozása, mert az kevésbé észrevehető testtáj; a karmolás nyomát allergiás reakcióként értékelik; törött DVD-darab kaspó alá rejtése). Visszatérve a modellben felvázolt folyamathoz: amennyiben kiderül, hogy a fiatal önsértést végez, a közvetlen környezet sokszor összezavarodik, hogyan kezelje a helyzetet, intenzív érzelmek aktivizálódhatnak. A szülők részéről megjelenhet például bűntudat és bűnösségérzés („észre kellett volna vennem”), erős aggodalom („nagy baj van, nagy baj történt”) vagy szégyen („csak az iskolában észre ne vegyék”). Ezek a kavargó negatív érzelmek és a szülők önmaguk okolása a történetekért azt eredményezheti, hogy még nagyobb kontrollt próbálnak gyakorolni gyermekük felett, miközben hipervigilensen

követik a kamasz minden lépését („*ki tudja, mi lesz, ha egyedül marad a szobájában*”). Ezzel azonban a serdülő vágyott autonómiaérzete még inkább csökken: a szülői növekvő kontrollt a saját személyes terébe való behatolásként érzékelheti, így fokozza autonómia- és kontrolltörekvéseit. A tapasztalatok szerint a legjellemzőbb út ilyenkor, hogy a serdülő az NSSI súlyosságát fokozza – például annak gyakoriságát (az NSSI könnyen repetitív válnak) vagy többféle önsértési módot kezd el „használni”, esetleg az NSSI súlyosabb, a testet erősebben megsebző formáira válthat. Ez azonban azt vonja maga után, hogy a szülőben megjelenik vagy megerősödik az a félelem, hogy a nemszucidális önsértés szucidális formába válthat át, ami tovább fokozza a szülői kontrollt és a családi stresszt, ugyanakkor még jelentősebben csökkenti a serdülő autonómiaérzetét, de a szülőkhöz való kötődését is. A familiáris distressz továbbá a kamasz distresszét, negatív érzéseit is növeli, különösképpen az önleértékelő attitűdöt, így a bűnösségérzést, az önkritikát vagy az önutálatot. Ezek az érzések és kogníciók pedig az (ismételt) NSSI erős rizikófaktorai (vö. IX.1.2. fejezet). A családot mint rendszert és a családi életciklusok normatív kihívásait figyelembe vevő modell szerint addig folytatódik a fenti autonómiatörekvés/szülőkről való leválás – szülőkhöz való kötődés kaszkád, és helyre nem áll a családi homeosztázis, amíg a serdülőkorú gyermeket nevelő család meg nem találja valahogyan az autonómia és a kapcsolódás közötti egyensúlyt (Waal és mtsai., 2018).

X.3.2. Kapcsolati-kulturális elmélet

A *Kapcsolati-kulturális elmélet (Relational-Cultural Theory)* alapvetése, hogy az életünk kapcsolatok hálózata. A pszichológiai jelenségek értelmezésében azokat a relációkat és azt a társadalmi-szociális meghatározottságot tekinti kulcsfontosságú keretnek, amelybe az egyéni fejlődés beágyazódik. Mind a kapcsolatok kialakításának és fenntartásának igényét, mind a kapcsolatoktól való leválás, eltávolodás motivációját a múltbeli kapcsolatok tapasztalatai alapozzák meg – előbbi a biztonságot adó, utóbbit a negatív kötődési élmények (Jordan, 2010). Egy másik fontos szempont a modellben, hogy bizonyos – főként kisebbségi, sérülékeny – csoportokat vagy az egyéni identitás bizonyos aspektusait (pl. túlsúlyosság) az egyes társadalmak stigmatizálhatják és marginalizálhatják, ami eltávolít, izolál a közösség egészétől. A Kapcsolati-kulturális elmélet keretében az NSSI mint kommunikációs aktus jelenik meg: egyfajta segélykiáltás, sikertelen kísérlet a kapcsolódásra, a szenvedés néma, testen keresztül történő kifejezése. Az önsértés azonban éppen eltávolít az érzelmektől, a saját testtől, illetve elhatárol másoktól és tágabban, a társadalomtól. Az NSSI ebben a gondolkodási keretben éppen egyfajta leválási stratégiává válik (*strategy of disconnection*), hiszen az önsértést végzőt eltávolítja másoktól. Mindez azt implicálja, hogy az önsértésprevencióban és annak intervenciók stratégiáiban hangsúlyos szerepet kell kapnia a szűkebb és tágabb szociális szféra azon hatásai leépítésének, amelyek elválasztják az egyént saját magától és másoktól (pl. érzelmi

bizonytalanság, empátiahiány; Trepal, 2010). Példa lehet erre, ha egy serdülő induló önsértő magatartását iskolai környezete ugyan észleli, de kortársai és/vagy a felnőttek annak érzékeny kezelése, a valódi segítségnyújtás helyett ahhoz meg nem értéssel viszonyulnak, címkézni kezdik a kamaszt. Ezek a tapasztalatok ahhoz vezethetnek, hogy a serdülő azt a kapcsolati élményt raktározza el, hogy sem a közeli kötődésében, sem tágabb szociális közegében nincs érzelmi biztonságban. Ennek nyomán még inkább eltávolodik az őt magába foglaló rendszertől, párhuzamosan pedig azt élheti meg, hogy ő maga, érzelmi problémái, nehézségei nem vállalhatók.

Az elmélet szerint tehát a kapcsolati sérülések (pl. elidegenedett kapcsolatok, elhanyagolás, bántalmazás) belső ürességet, mély fájdalmat és önértékelési problémákat eredményeznek. Az NSSI pedig ennek a fájdalomnak, a kapcsolati „éhségnek” a megnyilvánulása lenne. A terápiás folyamat sarkalatos pontja ezért az elfogadó, hiteles kapcsolat felépítése, ami segíthet az önsértés mögötti negatív kapcsolati élmények feldolgozásában és alternatív megküzdési módok kialakításában (Trepal, 2010).

A fejezet összegzéseként elmondható, hogy a pszichoszociális rendszerszemlélet rávilágít arra, hogy az NSSI nem pusztán egyéni szinten értelmezhető, hanem a családi, a kortárs, az iskolai és a társadalmi közeg kölcsönhatásaiban gyökerezik. A Családi Distressz Kaszkád Modell és a Kapcsolati-kulturális elmélet egyaránt hangsúlyozzák, hogy a serdülő autonómiatörekvései, a szülői reakciók, valamint a kulturális és társadalmi hatások dinamikusán járulnak hozzá az önsértés kialakulásához és fennmaradásához. Ez a perspektíva így kiemeli a prevenció és az intervenció komplex, többszintű megközelítésének szükségességét.

XI. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS FELMÉRÉSE

XI.1. Az önsértés felmérését nehezítő tényezők

Az eddigi fejezetek rávilágítottak arra, hogy a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés összetett jelenség – mind megnyilvánulási formáit, mind súlyosságát, mind motivációs hátterét, mind kialakulási folyamatát és háttértényezőit tekintve. Ennek a komplexitásnak az NSSI felmérésében is érvényesülnie kell. Azon az egyszerű, dichotóm formájú szűrőkérdésen kívül, hogy valaki végzett-e önsértést vagy sem, érdemes az önsértő cselekedeteket részletesebben feltárni.

Ezen túl ki kell emelnünk azt is, hogy az önsértés nemcsak az azt végző személy és közvetlen környezete számára telített érzelmekkel, hanem a kezelő személyzetben is intenzív érzéseket, így például zavartságot, félelmet, tehetetlenséget, undort, türelmetlenséget aktiválhat, ami könnyen elutasító kommunikációhoz és magatartáshoz vezethet. Még tapasztalt klinikusok számára is kihívást jelentő területről van szó, nemcsak a kezelés nehézségeit, hanem az önsértés felkavaró, nehezen (meg)érthető, szociálisan nem elfogadott jellegét tekintve egyaránt. Ugyanakkor önsértést végző felnőttek ellátásukkal kapcsolatban kiemelték, hogy abban meghatározó volt a professzionális segítő kapcsolat pozitív minősége és a személyre szabott ellátás. Serdülők esetében pedig különösen fontos annak megtapasztalása, hogy az egészségügyi ellátás során támogatást kapjanak a felnőtt környezettől (Lindgren, Svedin és Werkö, 2018). Érdemes azonban arra a tényre is rámutatni, hogy az önsértő viselkedés nemklinikai fiatal felnőtt populációkban megjelenő növekvő előfordulása (pl. Wester, Trepal és King, 2018) ellenére, csupán az önsértést végző személyek kb. 20%-a keres fel problémájával szakembert, így pszichológust vagy pszichiátert (Wester és Trepal, 2015). Az adatok szerint ráadásul ennek a 20%-nak csak a fele tárja fel klinikusának önsértő viselkedését (Wester, Downs és Trepal, 2016). Mindez nem hozható összefüggésbe serdülőknél például azzal, hogy a terápiába küldték (pl. szülei, tanára) vagy oda önként érkezett (Wester és Trepal, 2017).

Mindennek háttere lehet az is, hogy az önsértést a legtöbben titokban, egyedül végzik, azt szégyellik és büntudatuk van miatta. A feltárulkozás gátja lehet az is, hogy az NSSI-ben részt vevők tarthatnak attól, hogy önkárosító magatartásukat az öngyilkossággal és/vagy a borderline személyiségzavarral hozzák összefüggésbe az ellátórendszerben. Félthetnek attól is, hogy viselkedésüket figyelemfelkeltő, illetve manipulatív jellegűnek véli a professzionális környezet (is), így a stigmatizáció lehetőségét elkerülve inkább testi sebeik – ezzel pedig a lelki háttér folyamatok – elrejtését

választják. A feltárulkozással kapcsolatos korábbi rossz tapasztalatok – így az előítéletesség, a meg nem értés és más negatív reakciók (pl. undor, félelem, zavar, rémület, szemrehányás, érthetlenség kifejezése) a környezet, különösen a családtagok és a barátok részéről – szintén aláássák a szakemberek felé való jelzés igényét. Éppen ezért a mentális egészséggel foglalkozó szakembereknek érzékenynek és nyitottnak kell lenniük az esetlegesen önsértő személyek felé, ez az ítélkezésmentes légkör teremtheti meg azt a bizalmas környezetet, ami növeli az önkárosító magatartás feltárásának igényét (Wester és McKibben, 2016). A brit nemzeti egészségfejlesztési intézet, a British National Institute for Health and Care Excellence (NICE) annak érdekében, hogy az önsértést végző személyek megfelelő, gondos ellátásban részesüljenek 2013-ban átfogó iránymutatást adott ki, amelyben a következő szempontokra hívta fel a figyelmet:

1. Az önsértő személyek ellátása során fokozott hangsúlyt kell helyezni az együttérző, tiszteletteljes bánásmódra. Az ellátó személyzet elítélő vagy büntető hozzáállása (pl. amennyiben az osztályos ellátás során önsértést tapasztalnak, az önsértőt – mintegy büntetésként – nem engedik valamilyen számára kedvelt szabadidős tevékenységben részt venni) könnyen a további egészségügyi ellátás elkerüléséhez és/vagy újabb önsértéshez vezethet.
2. Mivel az önsértés ellentmond a biomedikális szemléletnek – annak, hogy a betegség olyasmi, ami a beteg ember befolyásán kívül esik – szem előtt kell tartani azt a kutatási adatokkal alátámasztott tény, hogy azok a személyek, akik önsértést végeznek, nem a „hagyományos” értelemben vett módon irányítják ezt a fajta viselkedésüket, hanem egy belső kényszer talaján, s az adott pillanatban az önsértés – hasonlóan mint például az alkohol vagy a nyugtatók – valamiféle „megoldást” jelenthet, bár hosszú távú hatása egyértelműen káros.

Az önsértés tehát gyakran az egészségügyi személyzet számára is érthetetlen, ellentmondásos viselkedésforma, így kihívást jelent az önsértő személyekkel való bánásmód vagy eleve már a kapcsolatba lépés. Amennyiben a fenti tudást – az önsértés kutatási adatokkal kimutatott pszichodinamikai hátterét – a szakemberek birtokolják, csökkenhetnek a viselkedésformával kapcsolatos előítéletek, így a téma elnyomása. A hallgatás, a figyelmen kívül hagyás a szakemberek részéről is veszélyforrást képvisel, hiszen a feltáratlan tünetek és háttérmechanizmusok jelen vannak és további láthatatlan károkat okoznak. Kutatások mutatták ki, hogy azok a szakemberek, akik úgy tekintenek az önsértésre, mint ami a tudatos kontrollon kívül eső magatartás, megértőbbek az önsértő páciensekkel (Taylor és mtsai., 2009).

Még egy alapvető pontot ki kell emelnünk. Különösen az önsértő páciensek kezelésében kevés tapasztalattal bíró klinikusok tévesen öngyilkossági kísérletként értelmezhetik az NSSI-t. A kétféle viselkedésforma – öngyilkossági szándékú és

nem öngyilkossági szándékú önsértés – gondos elkülönítése az állapotfelmérésben ennek alapján kimondottan fontos. A tapasztalatok szerint továbbá egyes klinikusok „nem hisznek” az NSSI létjogosultságában, s azt mondják, minden önsértő viselkedés hátterében öngyilkossági szándék áll. Megint más – káros – hozzáállás lehet, ha a szakember figyelmen kívül hagyja az önsértést: nem kérdez arról akkor sem, ha arra utal a páciens vagy feltárulkozik. Az egészségügyi személyzet tagjai akként is vélekedhetnek, hogy a páciens „ha akarná, abbahagyhatná az önsértést”. Mindegyik felsorolt hozzáállás a meg nem értettség érzése miatt fokozhatja a páciens elszigetelődését. S végül azt a problémás hozzáállást is érintenünk kell, amikor a szakember túlzott figyelmet fordít az NSSI-viselkedésre, például minden találkozás elején részletesen kikérdezi a személyt az elmúlt alkalom óta esetlegesen folytatott önsértéséről. Ennek az a veszélye, hogy az önsértő viselkedést megerősíti, mert a páciens akkor érzi „jutalmazva” magát – akkor érezheti azt, hogy a szakember intenzívebben figyel rá – amikor az önsértéséről beszél.

XI.2. Az önsértés felmérésében és ellátásában elvárható professzionális hozzáállás alapelvei

Caroline Kettlewell *Skin Game* című (magyarra *A test játszmájaként* vagy *A bőr játszmájaként* fordítható) önéletrajzi könyvében, amelyben őszinte önreflexióval tárta fel azt az összetett lelkiállapotot, amely kamasz- és fiatal felnőtt korában önsértéshez vezette, használja azt a kifejezést, a „*tiszteletteljes kíváncsiság*”-ot, amely az ellátó személyzet felől a legfontosabb attitűd kellene, hogy legyen az önsértés pszichiátriai, pszichológiai ellátásában (Kettlewell, 1999). Nemcsak az állapotfelmérésben és az önsértés felmérésben, hanem a későbbi terápiás ellátásban is fontos, hogy a szakember milyen hozzáállással viszonyul az önsértésről beszámoló pácienshez. Az alábbi jellemzők különösen meghatározóak az „elég jó” kapcsolat kialakításában (Möhl, 2020):

1. *Előítélet-mentesség*: mivel az ítélkező és Szemrehányó attitűd egyértelműen fokozza a „rosszaság” érzését, ezzel a szégyenérzetet és a bűntudatot, ami növeli az NSSI kockázatát, az előítélet-mentes hozzáállás az ellátó személyzet részéről a legfontosabb az önsértéssel kapcsolatban.
2. *Tárgyilagos, nyugodt hozzáállás*: mivel az önsértő viselkedéssel kapcsolatos túlzott figyelem akaratlanul is megerősítheti magát a káros viselkedést, kerülni érdemes az intenzív és szüntelen érdeklődést a személy önsértő viselkedése iránt. A leghatékonyabb a tárgyilagos nyelvezet és a higgadt kérdezői stílus.

3. *Megértő, együttérző attitűd*: fontos annak kifejezése, hogy megértjük a páciens önsértés iránti késztetését és a késztettség mögött meghúzódó motiváció(ka)t az adott helyzetben. Mindez természetesen nem azt jelenti, hogy jóváhagyjuk vagy elfogadjuk az önkárosító magatartást! Azt közvetítjük, hogy a helyzetét, az önsértés okait, a megélt érzéseket értjük meg. A közös célunk pedig, hogy az önsértés helyett adaptívabb szabályozófolyamatokkal tudjon a jövőben élni. A páciens érzéseinek, megéléseinek validálása – elismerése – alapvető abban, hogy a kényes és stigmatizált témában további feltárulkozásra legyen képes a személy. Mindez megkönnyíti az önsértés dinamikájának további feltárását, így a sikeres kezelést.
4. *A páciens autonómiájának tiszteletben tartása* azt jelenti, hogy nem szabad ultimátumokat adni (természetesen ez alól az életveszélyes, sürgősségi állapotok kivételt képeznek). Például azt kérni, hogy azonnal álljon le az önsértéssel. Ennek azért nincs értelme, mert ha azonnal abba tudná hagyni valaki az önsértést, nem is keresne szakembert. Számos kutatás vonatkozik arra, hogy az önsértő személyek döntő többsége abba szeretné hagyni az önsértést – csak egyedül nem képes arra. Magyar kamaszok körében végzett felmérésünkben például az önsértő középiskolások 82%-a jelezte azt, hogy fel szeretne hagyni az önsértéssel (Reinhardt és mtsai., 2021b). Nagyon fontos, hogy a terapeuta ne a saját elképzelését helyezze az előtérbe, hanem a páciens egyedi jellemzőire reagáljon az önsértést feltáró folyamatban. Álljon itt egy megtörtént elrettentő példa: a szerző egy kamasz páciense arról számolt be az önsértésről szóló feltáró beszélgetés kapcsán, hogy az előző szakember, akihez járt, amikor meglátta a kamasz kezén a vágásokat, odament a fiókhoz, elővett egy nagy, papírvágó ollót és azt mondta a kamasznak, hogy mutassa meg, hogyan vágta meg magát vagy hagyja abba örökre. A serdülő teljesen megdöbbsent, és szakembert váltott: „És akkor így nem értettem. [...] Én már nem bírok benne.”
5. *Megtartó attitűd*: Mindez egyfajta alázatos kíváncsiságot, érdeklődést, nyitottságot jelent az önsértésről beszámoló személy felé. Megtartó erővel bír, ha a személy azt érzi, hogy érzéseit, tapasztalatait a terapeuta jól mentalizálja, azaz megérti vagy legalábbis próbálja megérteni és feltárni, ezzel tartalmazni a személy önsértéssel kapcsolatos megélését¹⁰. A bioni konténerfunkció (Bion, 1962) – a másik érzéseit, feldolgozhatatlan élményeit befogadó, tartalmazó és így értelmessé tevő képesség – működtetése az önsértés kapcsán is fontos képessége a terapeutának. Például, ha a páciens a saját szavaival átható érzelmi ürességről számol be, a terapeuta felvetheti, hogy amikor

10 A mentalizáló attitűd azt jelenti, hogy a terapeuta a páciens belső állapotaira, megéléseire fokozottan figyel és ezeket visszatükrözi.

a személy bántja magát, azzal ezt az elviselhetetlen ürességet próbálja megszüntetni. Egy másik példa, amikor egy páciens azt fogalmazta meg, hogy ha nem vágja meg magát, ha „nem sikerül megvágnia” magát, „akkor utána egész végig büntudatom volt, hogy nem sikerült”. A kötet szerzője ezt úgy fogalmazta meg a páciens számára – mintegy próbaértelmezésként – hogy ez olyan, mintha az önsértés egy teljesítmény lenne. A páciens ezt azonnal megerősítette: „Igen, sőt! Hát igen. Eléggé durván. Ja! Mindig bennem volt, hogy csináltam és ügyes vagyok. És akkor így nem éreztem a fájdalmat.” (Reinhardt és mtsai., 2023b). A terapeuta az érzések, megélések követése és megértése segítségével megpróbálja megszövegezni az átélteket, kimondhatóvá teszi az addig kimond(hat)atlant, ezzel tartalmazva a páciens élményeit.

6. *Pszichoedukáció és motiválás:* Mivel a páciensnek a lehető legtöbb ismerettel kell rendelkeznie a saját problémájáról, ezért, ha önsértő magatartás felmerül, a terapeutának vonatkozó ismeretekkel is el kell látnia páciensét. Fontos beszélnie például arról, hogy az interneten az önsértéssel kapcsolatosan elérhető információ vegyes lehet, lehet segítő és nem segítő, helyes és hamis. Az olyan weboldalak, amelyek legitimálják, pozitívnak tüntetik fel az önsértést, így arra bátorítanak, egyértelműen káros tartalmak. A pszichoedukáció része lehet továbbá hiteles és szakmailag helytálló tájékoztató anyagok ajánlása is.

Mivel számos páciens számára az önsértés aktuálisan nélkülözhetetlen megküzdési stratégia, ijesztőnek tűnhet ezzel az azonnali megkönnyebbülést hozó aktussal való felhagyás. Így már a kezelés kezdetekor érdemes a páciensnek elmondani, hogy sokan sikeresen fel tudtak azzal hagyni és elsajátítani olyan érett probléma- és stresszkezelési módokat, amelyek az önsértést helyettesíteni képesek. A folyamat azonban együttes kemény munkát és időt igényel. Ez az üzenet nemcsak reményt és motivációt ad az önsértéssel való felhagyásra, hanem elindítja azt is, hogy a páciens aktív résztvevőként vonódjon be a saját terápiájába. A páciensnek ugyanis fontos tudnia, hogy a terápiás párbeszédhez nemcsak a terapeuta szaktudása szükséges, hanem a páciens is fontos szempontokat és erőforrásokat hozhat be a közös munkába, abból a terapeuta ugyanúgy tanulhat. Erre lehet példa a szerző önsértő kamaszokkal felvett interjúiból származó azon tapasztalata, hogy mennyire fontos az önsértés kontrollvesztett élményétől a kontrollig való eljutásban valamilyen – gyakran áttételesen megjelenő – segítő szerepe. Például egy állat, akiről gondoskodni lehet vagy valamilyen hobbiiba való bevonódás. Egy olyan külső vagy belső segítő, aki vagy ami a negatív állapotokon való túljutás alternatív lehetőségét adja (Reinhardt és mtsai., 2023b).

Amennyiben a terapeuta a fenti viszonyulási módokkal reagál az önsértés témájára, a terápiás szövetség kellően megalapozottá válhat ahhoz, hogy az önsértés számos aspektusát, különösen azt, hogy milyen helyzetre, élményre adott reakcióról van szó, feltárjuk.

Lili egy felső tagozatos általános iskolás kiskamaszlány, aki gyakran vágta, karmolta és ütötte magát, az önsértő viselkedésről való beszélgetés közben elmondta, hogy az elmúlt két évben – önsértő viselkedése indulása óta – milyen hatásoknak volt kitéve, mit élt át. Kiemelte, hogy nagypapája, akihez nagyon közel állt, sokat beszélgettek, váratlanul elhunyt, majd egy fiú hagyta indok nélkül ott, akivel járni kezdtek, aztán egy kisebb csínytevés miatt ki akarták tenni az iskolából, közben édesapja, aki kisgyermekkorában elhagyta a családot, megígért egy számára fontos dolgot, de nem tartotta be az ígéretét, a nyári szünetben barátai pedig eltűntek mellőle (*„nem is kerestek, nem is érdekelte őket, hogy mi van velem, és kicsit kihasználva éreztem magam”*). A serdülő ezeket a tapasztalatokat úgy összegezte, hogy *„folyamatosan jött a sok rossz”*. Kiemelte azt is, hogy az iskolában, még ha barátaival is volt, magányosnak érezte magát és otthon is, pedig édesanyja, nagymamája ott voltak vele: *„Szóval sose voltam egyedül. De mégis egyedül éreztem magam.”* A terapeuta összegezte a kamasz feltételezhető alapélményét, ami megteremthette azt a lelkiállapotot, amire az önsértésben keresett levezetést: a váratlan és érthetetlen veszteséget. A serdülő által az életéből elmondott legtöbb epizód valamilyen számára megmagyarázhatatlan, indok nélküli elhagyás, magára maradás tapasztalata volt – kezdve egészen kiskorától, amikor az apa „kiszállt” az életéből. Az egymásra halmozódó hasonló tematikájú megélések magányérzetét növelték, amit önsértéssel vezetett le. Később ezt maga is összegezni tudta: *„Ha fontos embereket elveszítettem, és akkor emiatt dühös lettem. Még ha akkor a szituációban nem lettem dühös, de később, mikor visszagondoltam rá, dühös lettem, akkor emiatt is [önsértést végzett].”* A fejezetben összegzett terápiás hozzáállás segített abban, hogy az önsértésről való beszélgetés ne kikérdezés, hanem párbeszéd legyen, s ebben a légkörben nyerhetett rálátást a kamasz arra az érzés- és élményháttérre, ami az önsértésre való késztetését aktiválhatta. Különösen hasznos volt Lilinek, amikor nyilvánvalóvá vált a számára, hogy a terapeuta megérti az önsértés iránti szükségletét, átlátja annak hátterét, s megérti az azzal kapcsolatos érzéseit. Ez a megerősítés egyértelműen hozzájárult ahhoz, hogy pozitív terápiás kapcsolat alakulhasson ki.

Összességében, az önsértés – mint különösen szenzitív kérdés – ellátása során döntő fontosságú a páciens és a szakember közötti kapcsolat javítása, így az egészségügyi személyzet hozzáállásának érzékenyítése, egyben a területtel kapcsolatos tudás bővítése. Utóbbiba beletartozik az önkárosító magatartásformák minél árnyaltabb felmérése is. A következő fejezet ebben próbál támogatást nyújtani hatékonyan alkalmazható módszerek megismertetésével.

Mivel az NSSI önmagában nem diagnosztikai kategória és nem ír le egy jól körülhatárolható személyiségstruktúrát, azaz nem beszélhetünk „önsértő személyiségről”, ráadásul mind gyakoriságában, mind módszereiben, mind funkciójában és egyéb jellemzőiben eltérhet az egyes önsértő személyeknél, így felmérésekor a legcélravezetőbb egy nyitott hozzáállás, a Kettlewell (1999) által „tiszteletteljes kíváncsiság”-nak elnevezett kérdezői attitűd. Ez segít leginkább megtámogatni, hogy a páciens az önsértéssel kapcsolatos saját történetét feltárhassa, elmondhassa hogyan él együtt az önsértéssel (Møhl, 2020).

Az NSSI feltárása az adott ellátási szinttől, az ellátórendszer körülményeitől is erősen függ. Nem mindegy, kihez és hová érkezik a páciens: iskolapszichológushoz, háziorvoshoz, sürgősségi osztályra, ambuláns vagy osztályos pszichiátriára, magán pszichológiai ellátásba stb. A kontextuális tényezők meghatározzák például, hogy mennyi idő jut a kikérdezésre, hogyan alakul a kapcsolat a felmérés során. Jelentősséggel bír már a kikérdezésnél is, hogy például egy iskolaorvosi vizsgálaton veszi-e észre a védőnő az új keletű, önsértésre utaló sebet a tanulón vagy egy pszichoterápia megtervezésének fázisában történik az NSSI részletes körbejárása.

Az NSSI felmérése történhet szűrőkérdésekkel, különböző összetettségű és részletezettségű kérdőívekkel, meghatározott protokollok alapján, valamint félig strukturált interjúkérdésekkel. Nézzük meg részletesebben ezeket!

XI.3. NSSI-re vonatkozó szűrőkérdések

Amikor felmerül – például a személy utal rá vagy az önsértés tekintetében fokozottabban veszélyeztetett populációról van szó – hogy önsértéssel is számolnunk kell, a kikérdezés még informálisabb szintű. Jellemzően az általános, az NSSI viselkedéssel kapcsolatos szűrőkérdéseken keresztül történik, amit a szokásos pszichológiai anamnéziszfelvételbe is beépíthetünk. A legtöbbször ezekre a szűrőkérdésekre igen/nem választ tud adni a személy.

Az anamnéziszfelvétel vonatkozó részénél az egyik legalapvetőbb szempont, hogy elkülönítsük a nem öngyilkossági szándékú önsértést (NSSI) az öngyilkossági szándékú önsértéstől (SSI). Ez azért is fontos, mert a páciens számára is világossá válik, hogy a szakember figyel erre: különbséget tesz a kétféle viselkedés között. Sokan ugyanis attól tartanak, hogy NSSI viselkedésüket öngyilkossági szándékú önsértés-ként értelmezik, utóbbi pedig jellemzően súlyosabb kezelési beavatkozáshoz – fekvőbeteg-ellátásába vételhez – vezet, ráadásul gyakran negatívabb a megítélése. Emiatt előfordulhat, hogy nem merik megemlíteni az NSSI-t. Ezért különösen fontos, hogy kerüljük az olyan kérdéseket, amelyek nem különítik el egyértelműen az NSSI és az SSI viselkedést (pl. kerülendő a „Gondolt már arra, hogy megölje vagy bántsa

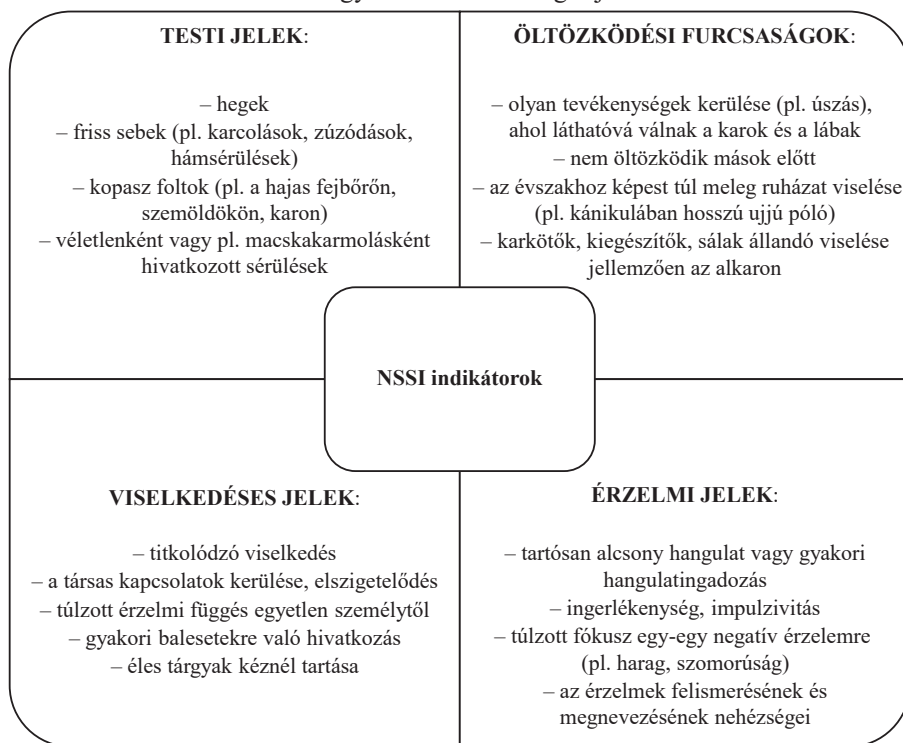
magát?”). Célravezető például az alábbi formában és sorrendben feltárni az önsértő viselkedésformákat (Wester és Trepal, 2017):

1. *Megpróbálta már valaha megölni magát?*
2. *Megpróbálta már valaha bántani magát úgy, hogy nem állt szándékában meghalni ennek következtében? Például szándékosan megütötte vagy megkarmolta, vagy megvágta, vagy megharapta magát, vagy valamilyen más módon bántotta magát, de nem azért, hogy meghaljon?*

Nem szabad figyelmen kívül hagyni azonban azt sem, hogy a személy egyidejűleg is részt vehet öngyilkossági és nem öngyilkossági háttérű önsértő viselkedésben. Emiatt már itt, a kikérdezés során is fontos, hogy a két viselkedéskört megkülönböztessük.

Visszatérve a fejezet elejére: mikor gondolhatjuk azt, hogy NSSI-viselkedést folytat valaki, ha arról nem számol be? Az NSSI lehetséges jelei sokfélék lehetnek és figyelembe kell vennünk, hogy más viselkedésformákra is utalhatnak (pl. öngyilkossági készítésre, depresszióra, szerhasználatra, valamely evészavarra). Érdekes azonban az 4. ábrán felsorolt jelekre fokozott figyelmet fordítani, különösen, ha azokból egyszerre több is tapasztalható, majd nyitottan, a „tiszteletteljes kíváncsiság” erejével megközelíteni az érintettet.

4. ábra. A nemszuicidális önsértésre figyelmeztető lehetséges jelek



Forrás: Wester és Trepal, 2017, 63. alapján.

XI.4. Önkitöltős kérdőíves lehetőségek az NSSI felmérésében

Az önkitöltős kérdőívek – amelyeket az adott személy tölt ki önmagára vonatkozóan – az NSSI formálisabb és szisztematikus feltárását célozzák. Leginkább akkor alkalmazzuk ezeket, amikor már kiderült, hogy a személy önsértő viselkedést folytat. A kérdőívek segítségével történő részletes felmérés segít meghatározni az NSSI viselkedés súlyosságát, rögzültségét, egyes kérdőívek pedig a háttérben álló motivációkat is feltérképezik. Az elmúlt évtizedekben több mérőeszközt is kifejlesztettek az NSSI-viselkedés mérésére (ld. Klonsky és Weinberg, 2009, valamint Sansone és Sansone [2010] összefoglalóját). Vannak olyan kérdőívek, amelyek csak az NSSI viselkedésekre fókuszálnak, mások az öngyilkossági szándékú önsértésre is rákérdeznek az NSSI mellett. Fel kell hívni a figyelmet arra is, hogy számos önsértésre vonatkozó kérdőív az önsértést a teljes élet vonatkozásában méri fel. Ez fontos szempont, mert segíthet rálátni a viselkedés kialakulására, idői lefolyására, alakulására. Ugyanakkor az egy évnél korábbi önsértés a jelen szempontjából kevésbé releváns. A következőkben áttekintjük a világszerte használt legfontosabb NSSI-vel kapcsolatos kérdőíveket. A lista közel sem teljes, Emelianchik-Key és La Guardia (2020, 93–97.) például 22 NSSI-vel kapcsolatos kérdőívet vesznek számba monográfiájukban. Jelen munka 8 mérőeszközt mutat be, amelyek közül néhány magyarul is elérhető, ezt minden esetben jelezzük.

XI.4.1. Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (Inventory of Statements About Self-Injury)

Az NSSI összetettségét egyik legjobban megragadó, magyar nyelven is elérhető kérdőív az *Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (Inventory of Statements About Self-Injury; ISAS)*, amelyet az amerikai E. David Klonsky és Catherine R. Glenn dolgoztak ki 2009-ben. A magyar változat kiértékelésével együtt teljes terjedelmében megtalálható a hivatkozott irodalomban (Reinhardt és mtsai., 2021a). A mérőeszköz két nagyobb egységre osztható: az első rész az NSSI viselkedéses vonatkozásaira, míg a második rész az NSSI háttérében rejlő lehetséges okokra kérdez rá. A kérdőív a legelső mondatában tisztán definiálja, hogy mit ért nemszuicidális önsértő viselkedés alatt: kiemeli annak saját testre irányuló voltát, kiemeli a szándékosságát és azt, hogy a háttérben nem áll öngyilkossági készlet.

A kérdőív első része először 12-féle önsértési formát sorol fel, nevezetesen: valaki megvágta magát; megharapta magát; megégette magát; valamit belevésett a bőrébe; erősen belecsípett magába; kitépte a saját haját; erősen/mélyen megkarmolta magát; beütötte vagy megütötte önmagát; megakadályozta a sebei gyógyulását; durva

felületnek dörzsölte a bőrét; tüvel megszúrta magát; veszélyes anyagot nyelt le. Arra is lehetőség van, hogy a személy a 12 mód után felsoroljon egy olyan, 13. önsértési módot, ami előfordult nála, de a 12 felsorolt mód nem írja azt le. A kitöltőnek minden egyes önsértési mód esetében meg kell becsülnie, hogy élete során körülbelül hány-szor végzett önsértést az adott módon. Ez az instrukció szerint nagyjából becslést jelent, például 0-szor, 50-szer, 100-szor, 500-szor stb. Ha valaki sohasem sértette meg magát az adott módon, akkor 0-t ír be.

A kérdőív kitöltését az folytatja, aki legalább az egyik önsértési mód esetében 0-nál nagyobb értéket jelölt be, azaz legalább egy önsértési epizódról beszámolt az élete során. Ezt követően a kitöltő (a) bejelöli a rá legjellemző önsértési módo(ka)t a fenti listából (amennyiben van rá jellemző mód), majd (b) megadja, hogy körülbelül hány évesen végzett először önsértést és mikor sértette meg magát utoljára. Az ezutáni kérdések arra vonatkoznak, hogy a kitöltő (c) érzett-e fizikai fájdalmat önsértés közben, (d) jellemzően egyedül volt-e önsértés közben, (e) általában mennyi idő telt el az önsértési készítés és az önsértő tett között és (f) szerette-e volna/szeretné-e abbahagyni az önsértő viselkedést. Láthatjuk, hogy a kérdőív alapján elkülöníthetjük az aktuálisan és az életük korábbi időszakában önsértést végzőket. A mérőeszköz a megadott információk alapján képes az egyes NSSI-viselkedések és összességében az NSSI-viselkedés nagyjából gyakoriságát meghatározni a személy által becsült epizódsszámmal. Másrészt egy további súlyossági mutatót is kinyerhetünk abból: az alkalmazott önsértési módok számát, azaz azt, hogy hányféle módszerrel végez önsértést valaki.

Az ISAS második nagy egysége az eredeti hosszú változatban 39 tétellel, a rövid változatban (Washburn és mtsai., 2012a) 26 tétellel az önsértés hátterét, azaz lehetséges okait térképezi fel. A mérőeszköz 13 motivációt képes azonosítani, amelyek két nagyobb – intraperszonális és interperszonális – faktorba sorolhatók be. Ezek az okok részletesen az önsértés Klonsky és Glenn-féle duális modelljét leíró (X.2.3.6.) fejezetben olvashatók. A kérdőív két opcionálisan megválaszolható nyitott kérdéssel zárul. Az egyik arra kérdez rá, hogy van-e olyan ok a személy önsértése hátterében, ami nem szerepelt a kérdőívben. A másik pedig azt feszegeti, mit gondol a kitöltő, van-e olyan motiváció az önsértés hátterében, amit a kérdőív nem sorolt fel, de jellemző lehet vagy előfordulhat.

Az ISAS kérdőív pár perc alatt kitölthető, mégis összetetten és szisztematikusan képes felmérni az NSSI-viselkedést, valamint kiváló mérési mutatókkal (érvényességgel és megbízhatósággal) rendelkezik. Mindezek miatt számos nyelvre lefordították, széleskörűen felhasználják a pszichológiai gyakorlatban és az utóbbi másfél évtizedben rohamtempóban terjedt el a nemszuicidális önsértés-kutatásokban is. A kérdőívet az 1. mellékletben közöljük.

XI.4.2. Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív (Self-Injury Questionnaire – Treatment Related)

Egy másik, az NSSI-t részletesen felmérő kérdőív, amely magyarul is elérhető, a *Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív (Self-Injury Questionnaire – Treatment Related; SIQ-TR)*. Ahogy az elnevezése is utal rá, a kérdőívet főként a klinikai gyakorlat számára alakították ki belga gyakorló szakemberek és kutatók, Laurence Claes és Walter Vandereycken. A SIQ-TR kifejlesztésének bevallott célja volt, hogy az egyes NSSI-módok gyakorisága mellett átfogóan lássanak rá a páciens NSSI-viselkedéseire. A kérdőív így például felméri az önsértő epizód előtt és után megjelenő érzéseket, azok alakulását, valamint az NSSI-cselekedet okait is (Claes és Vandereycken, 2007).

A SIQ-TR egymást követő egységekben ötféle önsértési mód (karmolás, ütés, vágás, égetés és harapás) kapcsán kérdez rá az NSSI pszichológiai ellátása során fontos tényezőkre. Egy utolsó egységben a kitöltő egy hatodik önsértési módot is megnevezhet, ami az előző ötben nem szerepelt, de a személy él azzal. Ebben a hatodik részben is ugyanazok a kérdések szerepelnek, mint az előző öt esetében, így az egyes módok összehasonlíthatók a felmértek szerint. Ha valaki többféle önsértési módot használ(t), akkor minden egyes alkalmazott önsértési módra vonatkozóan kitölti ugyanazokat a kérdéseket. Fontos, hogy csak azokra az önsértési módokra tölti ki a kérdéseket, amelyeket az elmúlt egy hónapban alkalmazott. A mérőeszköz így csak az aktuális/közel múltbeli önsértést méri fel részletességgel. Ugyanakkor egyéni felmérés, kezelés keretében – információszerzési céllal – a pszichológusnak arra is lehetősége van, hogy megkérje a páciens, akkor is töltsse ki az adott önsértési módra vonatkozó kérdéseket, ha ugyan azt az elmúlt egy hónapban nem, de valaha – akár egy alkalommal is – alkalmazta. Ezzel a részletes kikérdezéssel a korábbi önsértő tettek pszichodinamikájáról – bár retrospektíven, de – számos információt nyerhet a kezelő.

A kérdőív (I) első egysége azt járja körbe, hogy az adott NSSI-viselkedést (a) mikor végezte utoljára a személy; (b) melyik testrészét/testrészeit sértette meg a leggyakrabban; (c) az elmúlt hónapban hány napon történt adott módon önsértés; (d) egy napon átlagosan hányszor fordult elő adott módú NSSI-viselkedés; (e) milyen gyakran és (f) milyen mértékben érzett az önsértés közben fájdalmat. Minden kérdésnél előre adott válaszlehetőségek közül választhat a kitöltő.

A SIQ-TR (II) második egysége az NSSI-cselekedet eltervezettségére, a cselekvés tudatosságára, a sebek ellátására és az önsértés eltitkolására kérdez rá.

A (III) harmadik részben közvetlenül az önsértés előtt és után megjelenő érzéseket (pl. megkönnyebbülés, harag önmaga felé, harag mások felé, szorongás, bűntudat, öröm, szomorúság) és azok intenzitását ítéli meg a kitöltő. Mind az önsértés előtt, mind utána megjelenhetnek pozitív és negatív érzések is.

Az utolsó nagy egység (IV) az adott önsértő viselkedési mód alkalmazásához vezető motivációt tárja fel (pl. „*Miért szokta megharapni magát?*”, amelyre tizennégy lehetséges okot sorol fel a kérdőív: pl. „*Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a fájdalmas gondolatokat vagy emlékeket.*”). A kitöltő minden ok esetében bejelöli, hogy az milyen mértékben jellemző rá. Lehetősége van továbbá arra, hogy beírjon egy olyan okot is, ami az előzőekben nem szerepelt, de nála hangsúlyos az önsértő viselkedés végrehajtásakor. A motivációk csoportosítása a Nock és Prinstein-féle (2004) Négy Funkció Modellen alapul, amelyet a X.2.3.5. fejezet foglal össze. A SIQ-TR ezek közül három funkciót mér fel: az automatikus pozitív, az automatikus negatív és a szociális pozitív megerősítő funkciót (Claes és Vandereycken, 2007).

Amennyiben valaki többféle módon is végez önsértést, a kérdőív kitöltési ideje megnyúlik, így kutatásokban használata körülményes, a SIQ-TR-t emiatt egyre kevésbé alkalmazzák nagymintás felmérésekben. A klinikumban az NSSI egyéni jellemzőinek feltérképezéséhez, így a kezelési terv megalapozásához azonban kiválóan hozzájárul, megbízható mérőeszköz. A SIQ-TR magyar változata teljes terjedelmében, kiértékelésével együtt megtalálható a hivatkozott irodalomban (Reinhardt és mtsai., 2020), valamint a 2. mellékletben is közöljük.

XI.4.3. Deliberate Self-Harm Inventory

A *Deliberate Self-Harm Inventory* (DSHI; *Szándékos Önsértés Kérdőív*) Kim L. Gratz fejlesztette ki 2001-ben. Magyar nyelven egyelőre nem elérhető. A klinikai gyakorlatban és a kutatásban egyaránt alkalmazott DSHI csak a nem öngyilkossági szándékú önsértésre fókuszál, 17 NSSI-viselkedésmódot lefedve. Minden mód esetében a kérdőív adatot kér az indulás időpontjáról; arról, hogy kb. hány epizód fordult elő az élettartam során; a legutóbbi önsértésről; illetve arról, hogy a válaszadó abbahagyta-e az adott módú önsértést és történt-e amiatt orvosi beavatkozás.

XI.4.4. Self-Injurious Thoughts and Behaviours Inventory

A *Self-Injurious Thoughts and Behaviours Inventory* (SITBI; *Önsértő Gondolatok és Viselkedések Kérdőív*) szintén nem rendelkezik magyar változattal. Ezt a kérdőívet a hasonló elnevezésű klinikai interjúból, a *Self-Injurious Thoughts and Behaviours Interview*-ből (Nock és mtsai., 2007; *Önsértő Gondolatok és Viselkedések Interjú*) fejlesztették ki kutatási és klinikai célokra. Ahogyan az interjú, úgy az azon alapuló kérdőív is az önsértő viselkedés teljes spektrumát felméri, így az öngyilkossági gondolatokat, terveket, gesztusokat, kísérleteket és a nem öngyilkossági szándékú önsértést. Az utóbbi kapcsán például kitér az NSSI indulási életkorára, gyakoriságára,

motivációira, súlyosságára, a társas hatásokra. Mivel egy átfogó kérdőívről van szó, felvétele időigényes, azonban annál értékeesebb információt nyújt az önsértő viselkedés széles skálájáról.

XI.4.5. Ottawa Self-Injury Inventory

Az *Ottawa Self-Injury Inventory* (OSI; *Ottawa Önsértési Kérdőív*) hasonlóképpen, mint a SITBI mind a szuicid (öngyilkossági gondolatok és viselkedés), mind a nem szuicid (NSSI) spektrumot lefedi. A kanadai Mary K. Nixon munkatársaival együtt (2015) fejlesztette ki, s az utóbbi években egyre gyakrabban alkalmazzák a klinikumban és a kutatásokban, különösen azért, mert rákérdez az NSSI addiktív jellemzőire is. Az OSI NSSI része – ahogyan pl. a DSHI – 17 különféle NSSI-módszerről gyűjt információt. Lekérdezi az NSSI-viselkedés múltbeli és jelenbeli jellemzőit, funkcióit, rákérdez az NSSI-vel kapcsolatos késztetésre, az NSSI addikciós vonatkozásaira és a változtatás igényére. Az NSSI funkcióit az alábbi nagyobb területekbe rendezi: az önsértés történhet belső érzelemszabályozás (pl. „*Hogy eltereljem a figyelmem a negatív emlékekről.*”), külső érzelemszabályozás („*A frusztráció levezetésére.*”), társas befolyás (pl. „*Azért, hogy megváltoztassam a testképem és/vagy a külső megjelenésem.*”) és szenzoros élménykeresés („*Azért, hogy izgalmat és euforikus élményt élhessek át.*”) céljából. Az NSSI addiktív vonatkozásait 7 kérdéssel teszteli (pl. „*Annak ellenére, hogy szeretné csökkenteni vagy kontrollálni ezt a viselkedést, mégis képtelen rá?*”), ami hiánypótló az önsértést felmérő kérdőívek sorában. Magyar változata eddig nem készült a mérőeszköznek.

XI.4.6. Functional Assessment of Self-Mutilation

A *Functional Assessment of Self-Mutilation* (FASM; *Önsértés Funkcionális Értékelése*) kérdőívet Nock és Prinstein (2004) kifejezetten a közelmúltbeli NSSI-viselkedések (pl. vágás, égetés, ütés, hajtépés) motivációs hátterének feltárására alakították ki. Információt ad az NSSI-viselkedések gyakoriságáról, kezdési idejéről és kórtörténetéről is, azonban a fókusz az önsértés funkcióin van: 22 lehetséges indokra kérdez rá (pl. „*Hogy megbüntesd magad.*”, „*Hogy megnyugodj.*”), s lehetőség van további, fel nem sorolt indokokat is megadni. A motivációk csoportosítása ennél a kérdőívénél is a Nock és Prinstein-féle (2004) Négy Funkció Modell alapján lehetséges, amelyet a X.2.3.5. fejezet foglal össze: automatikus pozitív, automatikus negatív, szociális pozitív és szociális negatív megerősítő funkciókörök.

XI.4.7. Nemszuicidális Önsértési Zavar Skála (Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale)

Végül egy olyan, magyar nyelvre is adaptált kérdőívet mutatunk be, amely nem pusztán az NSSI-viselkedést, hanem annak kifejezetten súlyos formáját méri, így azt elsősorban a klinikumban alkalmazzák. A *Nemszuicidális Önsértési Zavar Skálát* (*Non-Suicidal Self-Injury Disorder Scale; NSSIDS*) Sarah E. Victor és munkatársai alakították ki 2017-ben. A II. fejezetben már szó volt a Nemszuicidális önsértés zavaráról (*Non-suicidal self-injury disorder; NSSID*), mint olyan tesztelés alatt álló lehetséges pszichiátriai diagnosztikai kategóriáról, amelyet az amerikai betegség-osztályozási rendszer, a DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; APA, 2013, 803.*) vezetett be annak *További tanulmányozást igénylő állapotok* fejezetében. A Nemszuicidális Önsértési Zavar Skála kérdőívet a kutatók úgy alakították ki, hogy azok a lehető legjobban és legerőteljesebben leképezzék a DSM-5 NSSID-kritériumait. A kérdőív kiértékelése is az NSSID egyes kritériumainak való megfelelés versus nem megfelelés mentén szerveződik. Ennek alapján, az egyes válaszok összegzésével megállapítható, hogy a kitöltő eléri-e vagy a múltban elérte-e a nemszuicidális önsértés mint szindróma mintázatát. Akkor mondható, hogy valaki eléri a nemszuicidális önsértés pszichiátriai súlyos formáját, ha az alábbi kritériumok együttesen teljesülnek:

- A) Az elmúlt egy évben legalább 5 alkalommal végzett valamilyen formájú NSSI-t.
- B) NSSI-viselkedést vagy azért folytat, hogy valamilyen negatív érzéstől vagy mentális állapottól megszabaduljon (az ezzel járó megkönnyebbülést az önsértés alatt vagy röviddel azt követően átélve), és/vagy azért, hogy valamilyen kapcsolati nehézségével ezáltal megbirkózzon, és/vagy azért, hogy valamilyen pozitív érzelmi állapotot idézzon elő magánál.
- C) Az NSSI-cselekedet az alábbiak közül legalább az egyikkel jellemezhető: (1) a személy közvetlenül az önsértési epizód előtt negatív érzelmeket vagy gondolatokat él át (pl. szorongás, harag, depresszió, önkritika), (2) közvetlenül az önsértés előtt nehezen kontrollálható módon maga az önsértés foglalkoztatja és (3) gyakran gondol az önsértésre, még akkor is, ha azt nem teszi meg.
- D) Az NSSI társadalmilag nem elfogadott (azaz nem pl. piercing, tetoválás, vallási vagy kulturális rituálé része), és nem korlátozódik var lekaparására vagy körömrágásra.
- E) Az NSSI-viselkedés vagy annak következményei klinikailag jelentős feszültséget, distresszt eredményeznek a személy mindennapi életében vagy a társas, a tanulmányi vagy más fontos életterületek jelentős károsodását okozzák.
- F) Az NSSI-epizód nem pszichotikus epizód, delírium, pszichoaktív szerhasználat vagy megvonás kapcsán jelenik meg, illetve nem magyarázható más

mentális zavarral vagy egészségi állapottal (Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve 5. kiadásának átdolgozott verziója, 2022, 915–917).

A Nemszuicidális Önsértési Zavar Skála magyar változata teljes terjedelmében közzölt a hivatkozott irodalomban (Reinhardt, Girasek és Gazdag, 2025), valamint megtalálható a kötet 3. mellékletében is.

XI.4.8. Alexian Brothers Assessment of Self-Injury

Megjegyezzük, hogy a DSM-5 (APA, 2013) Nemszuicidális önsértés zavar diagnosztikai kategóriáját egy másik kérdőív, az *Alexian Brothers Assessment of Self-Injury (ABASI)* is felméri, azonban ennek nem készült magyar változata. Az Alexian Brothers Assessment of Self-Injury-t Jason J. Washburn és munkatársai (2015) alakították ki, hogy az NSSI klinikai szintjét felmérjék. A kérdőívet így kifejezetten a klinikumban használják, s rendkívül összetett. Amellett, hogy elkülöníti a Nemszuicidális önsértés zavar szintjét elérő és nem elérő pácienseket, számos NSSI-jellemzőt lekérdez. Így 21-féle NSSI-viselkedés előzményeit, gyakoriságát, testi lokalizációját, majd az NSSI-vel kapcsolatos elvárásokat, leggyakoribb gondolatokat, társas nehézségeket, negatív érzelmeket, illetve az NSSI-vel való elárasztottság élményét közvetlenül az NSSI viselkedés előtt. Továbbá rákérdez a fizikai, az érzelmi és a szexuális bántalmazottságra és az öngyilkossági kísérletekre. Érdeemes azt is kiemelni, hogy az ABASI olyan önsértő viselkedésformákat is magában foglal, amelyek nem feltétlen járnak együtt a testszövet károsításával. Ezek a (1) tetoválás fájdalom vagy önkárosítás céljából; a (2) szex fájdalom vagy önkárosítás céljából és az (3) egészségi állapot szándékos rontása fájdalom vagy önkárosítás céljából. Az ilyen viselkedésformákról, amelyek kapcsán vita van a szakirodalomban, hogy azok az NSSI viselkedések közé sorolhatók-e, a IV.1. fejezetben írtunk részletesen.

XI.5. Az NSSI kérdőíves felmérésén túl

Bár az önkitöltős NSSI-kérdőívek számos információval szolgálnak a pszichológus számára az önsértő viselkedésről, egy kérdőív azonban nem helyettesítheti a klinikai interjút. A klinikai interjú, amelyet a pszichológus végez, sokkal mélyebb tájékoztatást ad a páciens személyiségéről és viselkedéséről. A személyes interjú lehetővé teszi, hogy a szakember a pácienshez alkalmazkodjon és a beszélgetésben aktuálisan felmerülő releváns területekre fókuszáljon. Mivel valós időben kapunk információt, így megfigyelhető a páciens nemverbális viselkedése – gesztusai, mimikája,

a beszéd szupraszegmentális elemei (pl. hangsúly, hanglejtés, beszédtempó, szünetek a beszédben) – is, ami segít képet alkotni arról, hogyan éli meg a páciens az NSSI témájának átbeszélését. A legtöbb fent felsorolt NSSI-ről szóló önkítöltős kérdőív annyira részletes, hogy kérdéseiket interjúkérdésekként is használhatjuk vagy azokká átalakíthatjuk.

Az is igaz, hogy a nagy betegterhelés mellett a klinikusoknak rendszerint korlátozott ideje jut egy-egy páciens vizsgálatára, azon belül is az NSSI felmérésére. Emiatt egy olyan keretrendszer, amely irányt mutat az NSSI-viselkedések kikérdezésében, elősegítheti az NSSI tekintetében kritikus pontok hatékony értékelését. Alább két ilyen jól működő kérdező keretrendszert mutatunk be, mindkettő olyan betűszó, amely segít fejben tartani a legfőbb pontokat a kikérdezés során.

XI.5.1. A HIRE-modell

A **HIRE** egy angol betűszó, amely magyar megfelelője az *EVOK* lesz. Minden betű az NSSI értékelésének egy-egy területére utal. **H** (History) = *E* (Előzmények) – **I** (Interest in change) = *V* (Változás iránti motiváció) – **R** (Reasons behind the behaviour) = *O* (Okok a viselkedés hátterében) – **E** (Exposure to risk) = *K* (Kockázati tényezők). A modell célja, hogy átfogó és rendszerezett képet kapjunk a páciens önsértő viselkedéséről, valamint a II. fejezetben ismertetett Nemszuicidális önsértés zavar hipotetikus diagnózisának felállításához is segítséget ad (Möhl, 2020).

Előzmények (History): az „E” a páciens korábbi önsértő viselkedésére utal, azaz a jelenlegi önsértést megelőző önsértő cselekedetekre. Feltárja a korábbi önsértés gyakoriságát, intenzitását, súlyosságát és időtartamát. Javasolt kérdései a következők:

Körülbelül milyen gyakran sértette meg szándékosan fizikailag önmagát az elmúlt évben?

Milyen önsértési módokat használt?

Melyik módot használta a leggyakrabban?

Hogyan (pl. mivel) sértette meg önmagát?

Mely testrészeit sértette meg a leggyakrabban?

Mi váltotta ki a legutolsó önsértő cselekedetét?

Mi lett a legutolsó önsértő cselekedetének a következménye?

Milyen körülmények között fordult elő a legutóbbi önsértő cselekedete?

Volt-e már szüksége orvosi ellátásra az önsértése miatt?

Változás iránti motiváció (Interest of change): a „V” a páciens arra való motivációját jelzi, hogy szeretné-e csökkenteni vagy abbahagyni az önsértő viselkedést. A változás iránti vágy – amely elengedhetetlen kiindulópont az önsértés kezelésében (ld. XII.1. fejezet) – a leggyakrabban a viselkedés negatív következményeinek (pl. hegek, szégyenérzet, mások negatív reakciói) tudatosulásából ered. Az idetartozó kérdések példái az alábbiak lehetnek:

Milyen negatív hatásai vannak az Ön számára az önsértésnek?

Szeretne-e valamit másképpen az önsértéssel kapcsolatban? Mi az, amit másképpen szeretne?

Próbálta-e már abbahagyni az önsértést? Ha igen, mit történt akkor? Mesélne erről?

Egy 0-tól 100-ig terjedő skálán mennyire tartja fontosnak az önsértést az életében? Indokolná, kérem, miért ezt a számot mondta?

Okok a viselkedés hátterében (Reasons behind the behaviour): az „O” az önsértés hátterében álló okokat járja körbe. Az önsértés adott személy számára fontos funkciói segítenek megérteni azt, hogy mit szeretne – tudatosan, kevésbé tudatosan – elérni a páciens az önsértéssel. Ez azért egy sarkalatos pont, mert feltárhatja azt, hogy ennek a célnak az elérésére valamilyen más, jobb alkalmazkodási módot tudjon elsajátítani a személy. Rendszerint ez a páciensek számára nehéz pont az interjúban, mert esetenként nem tudják (világosan) megfogalmazni az önsértés okait, elsősorban annak kevésbé tudatosult jellege és/vagy az érzelmek megfogalmazásának nehézségei miatt. Az is lehet, hogy egyszerre többféle motiváció hajtja az önsértő viselkedést, amit szintén nehéz kommunikálni. Ennél a témánál ilyen vagy ehhez hasonló kérdéseket tehetünk fel az interjúban, ahol a kérdőívek motivációs részeit is segítségül hívhatjuk:

Mit gondol, miért bántja önmagát? Miért sebzi meg önmagát? Hogy csökkentse a negatív érzéseit? Mert büntetni akarja önmagát? Figyelmet szeretne másokból kiváltani? Másokat szeretne valahogyan befolyásolni? Izgalmat keres?

Kockázati tényezők (Exposure to risk): a „K” a komolyabb sérülés kockázatának felmérésére utal. Idetartozik az (1) önsértés súlyosságának felmérése mellett, hogy (2) mennyire érzi a személy úgy, hogy irányítja a viselkedését; (3) van-e az önsértésnek addiktív jellege és vonatkozása, valamint (4) jelen van-e az önsértés mellett öngyilkossági gondolat, szándék vagy terv. Az önsértés kényszeres jelleget is ölthet: a személy visszatérő sóvárgást élhet át az önsértés iránt, ami jelentősen csökkenti a kontroll érzetét. Vizsgálatok mutattak rá, hogy az alacsony viselkedés

feletti kontrollérzet (Whitlock és mtsai., 2008), illetve az önsértés melletti alkohol- és drogfogyasztás (Møhl, 2020) növelik a szándéktalanul súlyos sérülések kockázatát. Másrészt – bár sok esetben az NSSI éppen az aktuális öngyilkossági készletés elkerülésére szolgál, mégis – az ismétlődő NSSI a későbbi öngyilkossági kockázat egyik legerőteljesebb rizikófaktora (Andover és Gibb, 2010). A kockázati tényezők pontnál így hasznosak lehetnek az alábbi kérdések:

Sebezte-e már meg magát jobban, mint azt eredetileg tervezte? Mesélne erről az alkalomról kicsit részletesebben?

Gondolt-e mostanában az öngyilkosságra?

Tervezte-e mostanában, hogy öngyilkosságot követ el?

Jelen van-e Önnél öngyilkossági szándék?

XI.5.2. A STOPS FIRE-modell

Egy másik modell, amely betűszó formájában emlékeztet az önsértő viselkedés felmérésekor fontos szempontokra, a STOPS FIRE (Kerr és mtsai., 2010). A betűszó igen elmés, mert önmagában is van jelentése, mégpedig a „Tűzet szüntess!” kifejezéssel írhatjuk le magyarul a legjobban. Ez utalhat például az önsértő viselkedéssel való felhagyás igényére is. A kérdezős keretrendszert kifejezetten az alapellátásban dolgozó szakemberek (pl. iskolapszichológusok, szociális munkások, háziorvosok) számára tervezték, akik ún. kapuőrként gyakran találkoznak önsébzési esetekkel. Az angol STOPS FIRE rövidítés a következőket takarja:

S = *Suicidal ideations* = Jelen vannak-e **öngyilkossági gondolatok** a nem-szuicidális önsértés mellett?

Magas kockázat: intenzív öngyilkossági gondolatok önsértés előtt és/vagy alatt, és/vagy után.

T = *Types* = Milyen **önsértési módokat** alkalmaz a személy?

Magas kockázat: három vagy több különféle önsértési módszer alkalmazása.

O = *Onset* = **Mikor indult** az önsértés a személy életében?

Magas kockázat: korai kezdet (kiskamasz korban vagy előbb) és tartós fennállás (több mint hat hónapja).

P = *Place* = **Milyen testrészeit** sérti meg leginkább a személy?

Magas kockázat: arc és nemi szervek, mellék önsértése.

S = *Severity* = **Mennyire súlyos** az önsértés által okozott **károsodás** (pl. a bőrsérülés mélysége, kiterjedése)?

Magas kockázat: sebvarrás vagy kórházi ellátás szükségessége, sebek újranyitása vagy szándékos elhanyagolása.

F = Functions = Milyen okból végzi a személy az önsértést? Mi az önsértés funkciója a személy számára?

Magas kockázat: intenzív öngyilkossági gondolatok önsértés előtt, az önsértés az öngyilkossági gondolatok megelőzését vagy szabályozását szolgálja.

I = Intensity = Mennyire intenzív vagy gyakori az önsértésre való **készítetés?**

Magas kockázat: az önsértési készítés erős, nehezen kontrollálható.

R = Repetition = Milyen gyakran ismétlődik az önsértés?

Magas kockázat: 10–50 alkalom (mérsékelt kockázat), 50-nél több alkalom (magas kockázat).

E = Episodic frequency = Mennyire gyakoriak az önsértési **epizódok?**

Magas kockázat: hetente több önsértési epizód és epizódonként 5 vagy több seb ejtése.

XI.5.3. Az önsértés szakaszmodellje

Ebben a fejezetben egy további szempontrendszert kínálunk, amelyet igen hasznos figyelembe venni az önsértés értékelése során. Az NSSI szakaszmodelljét Williams és munkatársai (2010) dolgozták ki, s az önsértés súlyosságát hosszmetzeti képen értékeli. Különösen abban nyújt támogatást, hogy a szakember a páciens aktuális helyzetéhez igazítsa a kezelést. Az NSSI szakaszmodelljét táblázatos formában foglalkozunk össze (4. táblázat):

4. táblázat. Az NSSI szakaszmodellje

Szakasz	Angol elnevezés	A szakasz jellemzői
1. Kipróbáló önsértés	Experimental NSSI	Az első önsértési cselekedet megkísérlése. A személy még nem döntötte el, hogy folytatja-e az önsértő viselkedést.
2. Felfedező önsértés	Exploration	Ebben a szakaszban a személy különböző önsértési módszerekkel próbálkozik , hogy megfigyelje azok milyen testi-lelki hatásokat váltanak ki belőle. Jellemző lehet, hogy olyan támogató közösségeket (pl. kortárscsoportokat vagy vonatkozó online fórumokat) keres fel, melyek az önsértést valamilyen módon elfogadják vagy normalizálják.

Szakasz	Angol elnevezés	A szakasz jellemzői
3. Beragadás az önsértésbe	Encapsulation	Az önsértés ekkor már az elsődleges megküzdési stratégiává , a személy számára megkerülhetetlen érzelmszabályozási eszközzé válik . A viselkedés egyre nehezebben rejthető el a környezet elől, és egyre inkább beépül a személy mindennapi életébe.
4. Átható önsértés	Pervasive dysfunction	Az önsértés itt már különösen súlyos formában van jelen: teljesen kicsúszik a személy irányítása alól , az érzelmszabályozás egyedüli módjaként szolgál. Az önsértés gyakoribbá és az egyes alkalmakkor intenzívebbé válik . Ebben a szakaszban megnő az öngyilkossági gondolatok gyakorisága is.

Forrás: Williams és mtsai., 2010 alapján.

XII. A NEMSZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

XII.1. A kezelési motiváció felmérése az NSSI ellátása kapcsán

Az önsértéssel kapcsolatban gyakori tapasztalat a klinikumban, hogy az önsértők személyek nem tekintik tünetnek vagy nem gondolják problémának az önsértő viselkedésüket. A szorongást, a lehangoltságot, a motiválatlanságot, a kényszer-cselekvéseket, a kiüresedettségerzést, az alvásproblémákat – s sorolhatnánk tovább – egyértelműen pszichés tünetként értékeli a laikusok, olyan folyamatokként, amelyek jelentősen rontják a közérzetet, a mentális állapotot, így az életminőséget. Nem ritka azonban, hogy az önsértést az azt végző nem tarja fontosnak megemlíteni a problémák feltárása során, s csak később – véletlenül vagy célzott rákérdezés nyomán – derül arra fény. Természetesen lehetséges az is, hogy valaki az önsértés stigmatizáltsága, az ilyen cselekedetek miatti szégyen megélése vagy bizonyos következmények (pl. a gyermekjóléti rendszer bevonásának) elkerülése okán hallgatja el önsértő múltját vagy jelenét. Ugyanakkor a hallgatás hátterében a titkolózás mellett jelen lehet az is, hogy valaki valóban nem tartja gondnak, hogy ilyen cselekedeteket folytat vagy valamiért ahhoz ragaszkodik. Magyar kamaszok körében végzett kutatásunkban például az önsértést valaha vagy aktuálisan végző serdülők közel ötöde azt jelezte, hogy nem szeretne volna vagy nem szeretné abbahagyni önmaga bántalmazását, azaz ragaszkodik az önsértő viselkedéshez (Reinhardt és mtsai., 2021a). Jellemző az is, hogy az önsértést végzők ambivalensek azzal kapcsolatban, hogy az (egészségügyi) ellátórendszer kezelni tudja-e, s ha igen milyen hatékonysággal az önsértésüket, illetve az annak hátterében álló folyamatokat. Ez a fajta bizonytalanság is hozzájárulhat ahhoz, hogy az önsértés abbahagyására irányuló motiváció sok esetben hullámzik (Möhl, 2020).

Mindezek arra hívják fel a figyelmet, hogy az NSSI hatékony kezelésében elengedhetetlen tekintettel lennünk a kezelési motiváció felmérésére, monitorozására, valamint felkeltésére és fenntartására. Fontos, hogy komolyan vegyük a kezeléssel kapcsolatos lehetséges motivációs nehézségeket, és elismerjük azt, hogy az önsértés a személy számára egyfajta megküzdési stratégiaként szolgál, amelyről nem könnyű lemondania annak diszfunkcionális, megterhelő volta mellett sem.

Az önsértés abbahagyására érkező nyomás a terapeuta felől előfordulhat, hogy a páciensből éppen ismételt önsértő viselkedést vált ki, mert azzal a személy

megpróbálja – mint korábban „bevált” módszerrel – fenntartani vagy visszaszerezni a saját maga, illetve az élete feletti kontrollt. Azaz a változás akarásának az önsértő személyből kell kiindulnia. Ebben a terapeuta facilitátor, majd empatikus kísérő tud lenni azzal, hogy támogatja a személy változásba vetett hitét, erősíti önbizalmát ebben a folyamatban, és segíti kliensét abban, hogy reálsan tekintszen a jelenlegi helyzete és a végcél közötti távolságra és arra a lelki munkára, amely a kettő közötti távolságot áthidalja.

XII.1.1. Motivációs interjú az önsértés kezelésében

Az NSSI-ből való kilábalás kiindulópontja tehát az, ha maga az önsértő személy is problémának, elhagyandó viselkedésnek tekinti saját maga bántását. Ez a felismerés a záloga annak, hogy a személy motiváltnak érezze magát az önsértés meghaladására a terápiás térben.

Az egyik lehetőség a változással – az NSSI-ből való kilábalással – kapcsolatos motiváltság felmérésére a motivációs interjú. A motivációs interjútechnikát a kezdetekben alkoholbetegek számára dolgozta ki William R. Miller és Stephen Rollnick (Miller, 1983), azonban hamarosan más függőségekben és a pszichológia egyéb területein is alkalmazni kezdték a változás előmozdítása érdekében. A motivációs interjú egy „direktív, kliensközpontú tanácsadói stílus, amely azzal mozdítja elő a viselkedés megváltozását, hogy a személyt az ellentmondások vizsgálatában és feloldásában segíti” (Rollnick és Miller, 1995, 326.). Ehhez a motivációs interjú (magyarul összefoglalja: Urbán, 2009) során a terapeuta a pácienssel együtt azon dolgozik, hogy áttekinthetők az adott problémás viselkedés rövid és hosszú távú előnyeit, illetve hátrányait. A változásra való készenlét, az arra való vágy és képesség fokozása egy biztonságos és empatikus légkörben zajlik (Miller és Rollnick, 2013).

A motivációs interjú jól összeegyeztethető a *viselkedésváltozás transzteoretikus modelljével*, amely nem egyszeri történésnek, hanem egy többlépcsős fejlődési folyamatmodellben képzel el a változást (Prochaska és DiClemente, 1983). A továbbiakban a viselkedésváltozás egyes szakaszait NSSI-specifikusan mutatjuk be:

1. *A töprengés előtti fázisban az önsértést a személy (még) nem érzékeli problémaként, ezért nem is tervezi azt, hogy felhagyjon azzal. Ekkor még a személy arra sincs készen, hogy megfontolja a változás lehetőségét, így nem is vágyik változásra és/vagy nincs meg a kellő önbizalma ahhoz, hogy változni tudjon. Ebben az időszakban az önsértő számára az önsértés hátrányai csekélyek és a háttérbe szorúlnak (pl. „Ezek az apró sebek hamar begyógyulnak.”), ugyanakkor annak előnyei kiemelkednek a megélésben (pl. „Ha megharapom a szám, csak arra figyelek, és nem kell az idegességemmel foglalkoznom.”). Az is lehetséges, hogy a személy nem is tudja elképzelni,*

mivel helyettesíthetné az önsértés számára pozitív hatásait (csekély önbizalom a változásra). Emiatt ebben a szakaszban nincs értelme arról győzködni az önsértőt vagy érveket felsorakoztatni amelle, hogy hagyjon fel ezzel a viselkedéssel, de az sem hatásos ekkor, ha viselkedése káros hatásait soroljuk. A legfontosabb az empátiás odafordulás, valamint a személy élményeinek és érzéseinek elismerése, azaz a biztonságos kapcsolati tér megteremtése. Ilyenkor a motivációs interjú alapelvei (pl. együttműködés, autonómia biztosítása) mentén haladhatunk, ami utat nyithat afelé, hogy az önsértő más szempontokra is felfigyeljen a sajátján kívül.

2. A *töprengés szakaszában* az önsértést végző személy már problémának tekint az önsértést, de nem köteleződött el amelle, hogy felhagyjon azzal. Az el nem köteleződésnek két oka lehet: előfordulhat, hogy az önsértő valamiért nem tartja lehetségesnek, hogy kilábaljon az önsértés spiráljából, de az is lehetséges, hogy a személy számára az önsértés előnyei (pl. azonnali megnyugvást ad) meghaladják annak hátrányait (pl. fájdalmas seb vagy az attól való félelem, hogy valaki meglátja a sebet). Az előtérben ekkor az ambivalencia áll. A leghatékonyabb megközelítés a terapeuta részéről ebben a fázisban, ha ítélezésmentesen elismeri ezeket az ellentmondásos érzéseket és gondolatokat. A segítő részéről kifejezetten károsak, a viselkedés megváltozásának beindulását gátolják az olyan mondatok, mint *„Nem értem, hogy nem látja be, hogy milyen következményei lehetnek annak, ha elfertőződik a sebe.”* vagy *„Maga erős, már rég felhagyhatott volna ezzel.”* Ezzel szemben a személy élményeinek és megélésének tiszteletben tartása megalapozza a változás iránti elköteleződést (pl. *„Tudom, hogy nehéz belegondolnia, hogy felhagyjon ezzel a viselkedéssel, mert ha megvágja magát, ahogy mondta is, mérhetetlen nyugalmat érez. Ez egyáltalán nem könnyű helyzet, nagy dilemma, hiszen másrészt meg Ön is érzi, hogy utána fáj a karja és mindig igyekszik elrejtetni a sebeket.”*).
3. Az ún. *előkészület* során az önsértő már belátja a változás szükségességét és el is kötelezi magát amelle, hogy abbahagyja ezt a káros viselkedésformát, de ilyenkor még nehéz elképzelnie és átlátnia, hogyan is tehetné meg mindezt. Ebben a fázisban a változással kapcsolatos ambivalens érzések az előtérbe kerülnek, s attól függően változhat az elköteleződés, hogy a személy hogyan érzi magát. Az egyes stresszorok (pl. kapcsolati csatlódás, kudarcélmény) könnyen olyan szintre emelik a szorongást, amiből a személy úgy érzi, az önsebzés lehet csak kimenet. Amennyiben az önsértő páciens ebben a szakaszban van, hasznos lehet számára a változással kapcsolatos motiváció erősítésében, ha információt kap az önsértés hátterében álló különböző motivációkról és az önsértés lehetséges fizikai és mentális következményeiről. Jól alkalmazhatóak ekkor a motivációs interjú motiválásra, aktiválásra irányuló

technikái. Az önsértő személlyel például elképzeltethetjük, hogy öt év múlva milyen lesz az élete, ha abbahagyja az önsértést és vajon milyen lenne, ha nem hagyna azzal fel. Pro és kontra érveket is felsorakoztathat a személy az önsértéssel kapcsolatban. Használhatjuk az extremitások módszerét is, amikor a személy átgondolja, hogy mi a legrosszabb, ami történhet, ha folytatja az önsértést, és mi a leginkább remélt előnye annak, ha abbahagyja azt. Komplexebb megoldás, ha az önsértő személy az önsértés abbahagyására vonatkozó részletes tervet dolgoz ki a terapeuta támogatásával. Az alábbi keretes szövegben egy ilyen, változásra vonatkozó terv szerepel.

Példa a változásra vonatkozó tervre:

- Ebben a még önsértő személy számba veszi, hogy milyen változásokat akar elérni (pl. *„Az olyan önsértéseket, amik sebet okoznak a nyári szünet előttig abbahagyom.”*).
- Áttekinti, hogy miért akarja ezt a változást elérni (pl. *„Szeretném, ha nyáron rövidnadrágban járhatnék, különben meg fogok sülni.”*).
- Megtervezi, hogy milyen lépésekkel juthat el a változásig (pl. *„Először is, kidobom az összes kis éles dolgot a szobámból, még a virágcserepbe rejtett törött DVD-darabot is. Ha nagyon rosszul érzem magam, bedugom a fülembe a fülhallgatót és folyamatos lejátszásra állítva meghallgatom a kedvenc dalom. Veszek egy új csini rövidnadrágot.”*).
- Átgondolja, hogy mások ebben hogyan tudnak a segítségére lenni (pl. *„Megkérem anyut, hogy vigye le a szemetet, amit kipakoltam egy zacskóba a szobámból, aztán elhívom a barátnőmet, hogy menjünk el nyári cucokot nézni.”*).
- A személynek számba kell vennie azokat a körülményeket, amelyek között a terv sikerülni fog (pl. *„Jó lenne, ha mindennap rendszeresen tanulnék, hogy a vizsgaidőszak ne borítson ki annyira, hogy csupa stressz legyen, amikor rájövök, hogy két napom sincs már tanulni.”*).
- Ugyanilyen fontos azoknak a körülményeknek, tényezőknek a számba vétele, amelyek a terv elérését megakadályozhatják (pl. *„Ahogy ismerem magam, valami dugihelyen otthagytam egy éles tárgyat, de az is lehet, hogy nem leszek elég kitartó a vizsgákra való készüléskor, aztán meg előt a kétségbeesés”).*
- Védőtényező a „B-terv” állítás, azaz annak a számba vétele, hogy mit fog tenni a személy, ha a terv valamiért nem működik (pl. *„Lehet, hogy nem álom meg, hogy megkarmoljam magam, de legalább igyekszem azt minél kevesebbszer tenni.”*).

Nagyon fontos ebben a szakaszban, hogy a terapeuta ne öltse magára „a Szakértő” szerepét, aki különféle, „már jól bevált” módokat sorol, amelyek segítenek az önsértésből való kilábalásban, hiszen a kliens az, aki a legjobban ismeri saját magát, a határait, a preferenciáit, az életkörülményeit.

A legjobb stratégia a motivációs interjú szemlélete szerint, ha a terapeuta a kliensét a saját élete szakértőjeként tekinti és együttműködően támogatja abban, hogy olyan változási stratégiákat találjon és vigyen végig, amelyek a számára alkalmazhatóak: illenek a saját tapasztalataihoz, képességeihez és körülményeihez.

4. A *cselekvés* szakaszában a személy már aktívan részt vesz abban, hogy önkárosító viselkedését megszüntesse. Kifejezett erőfeszítést tesz alternatív – a maladaptív önsértő epizódokat helyettesítő adaptív – érzelmszabályozási stratégiák működtetésére. A legjobb, ha ezeket, a stressz egészséges(ebb) levezetését segítő technikákat a személy saját, már meglévő eszköztárára alapozza. Fontos, hogy mit tart a maga számára kivitelezhetőnek. Például, ha valaki azt mondja, hogy a zene megnyugtatja, elkészíthet egy olyan válogatást, amelyben kedvenc számai szerepelnek, s ez könnyen elindítható telefonjáról, ha olyan frusztráció éri, amelyben korábban csak az önsértést látta megoldásnak. Másik példa lehet a kutyájáért rajongó személy, aki az önsértésre irányuló késztetés megjelenésekor elmegy az állattal futni vagy játszani kezd vele. Lehet, hogy valakinek az ad támogatást, ha az önsértési késztetés indulásakor felhívja legjobb barátját és beszélgetni kezdenek, ami eltereli a figyelmét érzelmi zaklatottságáról. A sor az egyedi megoldások miatt végeláthatatlanul folytatható.

Fel kell hívni azonban a páciens figyelmét arra, hogy ez a szakasz különösen nehéz lehet, mert az önsértési késztetés az absztinenciára irányuló törekvésekkor felerősödhet. A terapeutának a legfőbb feladata ekkor, hogy aktívan támogassa páciense önmagába vetett hitét és erőfeszítéseit az önsértő cselekvések megakasztására. Fontos eszköz ebben a folyamatban a mentalizációs készség javítása (erről részletesen a XII.2.3. fejezet szól).

5. A *fenntartás* időszakára a személy már felhagyott az önkárosító magatartással, azonban alkalmi visszaesések még előfordulhatnak. Lényeges, hogy a korábban önsértő a viselkedésváltozás effajta sajátosságával tisztában legyen, ahogyan azzal a ténnyel is, hogy hosszabb időbe telhet, hogy az önsértésre irányuló késztetés, illetve sóvárgás teljesen megszűnjön. Ehhez a terapeutának edukálnia szükséges kliensét arról, hogy a változás nem egy egyenesvonalú folyamat: nem ritka, hogy két lépést előre egy visszalépés követ, de az sem, hogy akár két vagy három visszalépés, s ismét meg kell erősödnie a kliensnek a változás iránti elköteleződésében. A terapeutának tehát azzal kell normalizálnia a kliens számára az esetleges megtorpanásokat, illetve visszaeséseket, hogy jelzi, ezek a jelenségek éppen hogy a változási folyamat természetes, így elvárt velejárói, és nem a páciens vagy a terapeuta hibázásának bizonyítékai. Fontos, hogy a terapeuta elismerje azokat a nehézségeket, amelyek ezt a szakaszt jellemzik, ne bagatellizálja vagy éppen

ellenkezőleg, katasztrofizálja azokat. Az érzések elfogadása és annak a támogatása, hogy a nehézségek (pl. visszaesések) ellenére a személy optimista maradjon, elengedhetetlen. Amennyiben ismételt önsértési epizód fordul elő ebben a szakaszban, lényeges abban is segíteni a visszaesőt, hogy ne ragadjon bele a vagy-vagy típusú depresszív gondolkodásba. Azaz ne úgy tekintse a visszaesést, mint végleges, változtathatatlan kudarcot. Érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy a visszaesés pozitív hatással is bírhat, amennyiben lehetőséget kínál az önsértést helyettesítő alternatív stresszcsökkentő készségek és technikák felfrissítésére.

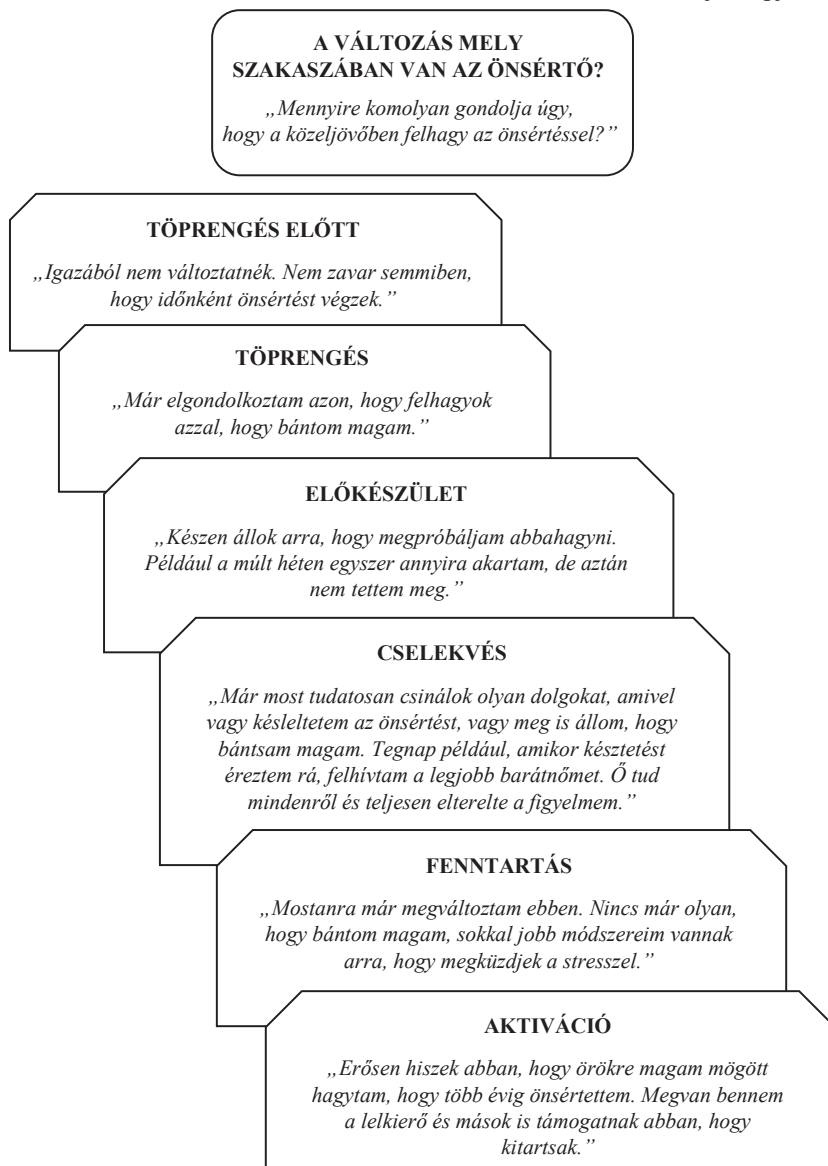
Összefoglalva, a viselkedésváltozás fenntartásának szakaszában bár előtérben van a változást előmozdító stratégiák és a problémákat valóban megoldó megküzdési módok alkalmazása, mind a terapeutának, mind a kliensnek fel kell készülniük a változással kapcsolatos ellenállásra és az ambivalencia mélypontjainak felerősödésére. Amennyiben az utóbbiak megjelennek, a terapeuta a korábbi szakaszok technikáihoz tér vissza, amelyek a változási folyamatot optimálisabban tudják energetizálni.

6. S végül az ún. *aktiváció szakaszában* a személy már nem érez késztetést az önsértésre, sőt nem, vagy alig gondol arra. Úgy érzi, hogy ezt a fajta problémamegoldást teljesen maga mögött hagyta. Nem ritka azonban, hogy valaki még ekkor is tart attól, hogy későbbi válsághelyzetben visszaeshet. A nyílt kommunikáció ilyenkor is segít abban, hogy jelezzük: a visszaesés kockázata természetes, s ha az előfordul, nem a kudarc bizonyítéka. Ez arra ösztönzi a személyt, hogy a már elsajátított készségeket ismét aktívan alkalmazni kezdje vagy új adaptív módo(ka)t találjon ki, amely(ek) segítheti(k) az önsértéstől való tartós elfordulást. Azt is lényeges hangsúlyozni, hogy amennyiben az önsértésre vonatkozó késztetés visszatér, az nem jelenti azt, hogy az önsértésben fut ki. Rendszeres terápiás tapasztalat az, hogy a már ebben a szakaszban lévő korábbi önsértők büszkén beszélnek arról, hogy egy-egy nehéz helyzetben bár késztetést éreztek az önsértésre, azt azonban meg tudták állni, hogy valóban bántanak magukat. Ez egy kifejezetten konstruktív tapasztalat a tartós tünetmentesség megerősödésére. A fentiek miatt azok számára, akik már elérték ezt a változási szakaszt javasolt annak lehetővé tétele, hogy a személy szükség esetén – pl. későbbi válsághelyzetben, amikor attól tart, hogy visszaesik – ismét kapcsolatba léphessen egy-egy megerősítő ülés erejéig a szakemberrel.

A viselkedésváltozás transzteoretikus modelljének érvényességét több, interjúk tartalomelemzésén alapuló kutatás is megerősítette. Kruzan és Whitlock (2019) például korábban és a jelenben önsértő viselkedést folytatók interjúinak elemzésekor alkalmazta a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljét azért, hogy az NSSI-viselkedés

megváltoztatását elsősegítő leglényegesebb folyamatokat azonosítsa. Négy változást serkentő tényezőt állapítottak meg a szövegelemzés alapján: (1) támogató, nem ítélkező kapcsolatok; (2) alternatív megküzdési stratégiák kialakítása; (3) az érzelmek megértése, az impulzusok felismerése és (4) az intrapszichés akadályok (pl. alacsony énhatékonyság-érzés) leküzdése. A viselkedésváltozás transzteoretikus modelljének (Prochaska és DiClemente, 1983) önsértésre alkalmazott változatát az 5. ábra szemlélteti példákkal.

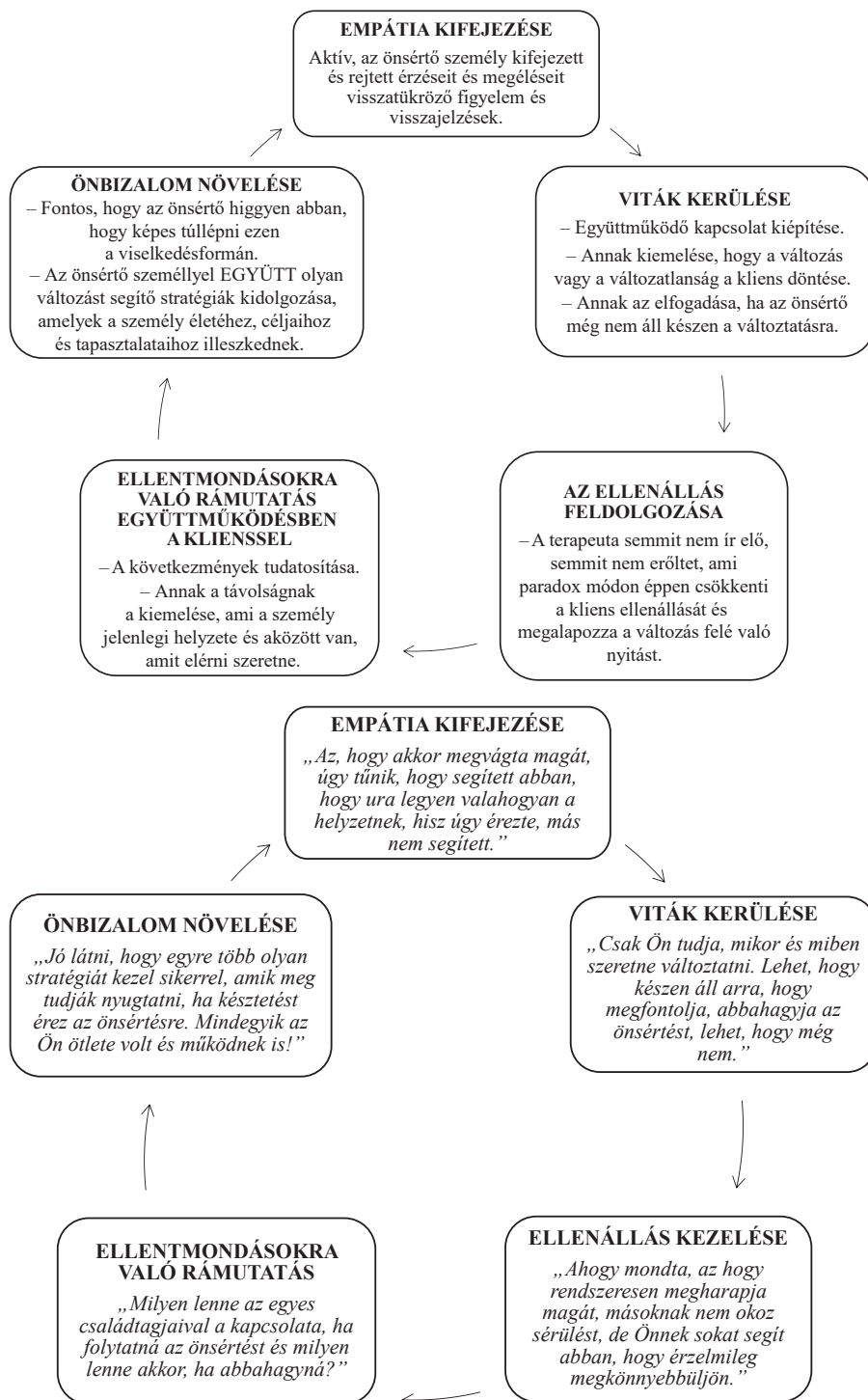
5. ábra. Motivációfelmérés a viselkedésváltozás transzteoretikus modellje alapján



Több kutatás is arra mutatott rá, hogy az önsértő személyek elsöprő többsége – Klonksy és Glenn (2008) felmérésében több mint 90%-a – megpróbálta abba hagyni az önsértést. Ezek az arányok megerősítik azt, hogy a legtöbb önsértést végző motivált – vagy legalábbis valamilyen mértékben motivált – az önsértésből való kilábalásra. Annak beazonosítása, hogy az önsértő személy aktuálisan mely viselkedésváltozási szakaszban van, valamint a motivációs interjú szemléletmódjának és technikáinak alkalmazása eredményesen támogatja a változásra irányuló motiváció kialakítását és fenntartását.

Bár a motivációs interjút mint az önsértés egy lehetséges kezelési módját kontrollált klinikai hatékonyságvizsgálatokban még nem tesztelték, mégis több érv szól amellett, hogy alkalmazása az önsértés esetében is célravezető lehet. Esettanulmányok (pl. Kress és Hoffman, 2008) támasztják alá, hogy az önsértő személyek önsértésük többféle eredőjét és számtalan pozitív és negatív következményét azonosítani tudják, s jórészüket erőfeszítést is tesz azért, hogy ne végezzen több önsértést. Egy kutatásban például az önsértő személyek közel 50 olyan módszerről számoltak be, amelyekkel képesek voltak megakasztani az önsértésre irányuló késztetésüket. Az önsértési késztetés csillapítására leggyakrabban alkalmazott technikák közé tartozott a barátok felkeresése, ezzel együtt az érzések megosztása bizalmas, megértő emberekkel, valamilyen elfoglaltság keresése, testmozgásban való részvétel vagy az önsértésre alkalmas eszközök eltávolítása a személy közvetlen környezetéből (Klonsky és Glenn, 2008). Mindez azt erősíti, hogy az önsértő személyek jelentős ambivalenciát élnek át önsértésükkel kapcsolatban. Az önsértés folytatása mellett és ellen, valamint az önsértés abbahagyása mellett és ellen szóló érvek célzott feltárásával a motivációs interjú kiválóan alkalmazható technika a kínzó ambivalenciából való elmozdulás támogatására. Mindezt pedig a személy érzéseit és igényeit elismerő, támogató és megértő, bizalmas terápiás közegbe helyezi, amely kellő autonómiát és mozgásteret biztosít ahhoz, hogy a kliens megtalálja a változás legalkalmasabb útját a saját maga számára. Ez az empatis, a vitát kerülő, a kliens ellenállásával egyaránt dolgozó, a következményeket tudatosító, mindezzel az önbizalmat erősítő szemléletmód felülírja azt a megbélyegzettséget és sok szempontból félreértettséget, amit az önsértők környezetükben tapasztal(hat)nak. A motivációs interjú szemléletét formáló öt alapvetést (Miller és Rollnick, 2013) és azok alkalmazását az önsértés pszichológiai kezelésében a 6. ábra jeleníti meg.

6. ábra. A motivációs interjú alapelvei és alkalmazásuk önsértők kezelése során



A motivációs interjú azoknak az önsértőknek lehet a leghasznosabb, akik a változási folyamat első három fázisának valamelyikében (*tőprengés előtti szakasz, a tőprengés szakasza, az előkészület szakasza*) vannak (Kress és Hoffman, 2008). Azok számára, akik már a cselekvés és a fenntartás időszakába tudtak lépni, produktívabb, ha a motivációs interjú technikái az önsértő magatartás bizonyítékokon alapuló kezelési eljárásait egészítik ki (Burke, Arkowitz és Menchola, 2003). A következő fejezetekben ezeket a hatékonyságvizsgálatokkal alátámasztott kezelési formákat tekintjük át.

XII.2. Bizonyítékokon alapuló ellátási formák az NSSI kezelésében

Történeti perspektívából tekintve az NSSI kezelését alapvetően kórházi körülmények között végezték, azonban ez nem csak hosszú és költséges, de sok esetben kevésbé hatékony beavatkozási formának bizonyult (Linehan, 1997). A hospitalizáció előnyben részesítésének háttere feltehetően abban a szemléletben rejlik, hogy az NSSI az öngyilkos viselkedés egyik megjelenési formája lenne (Wester és Trepal, 2017). Azonban ahogyan a VIII.1. fejezetben részletesen szó volt róla, bár az öngyilkossági szándékú önsértés és a nem öngyilkossági szándékú önsértés több szempontból is összefüggő jelenségek, mégis elkülönülő viselkedésekként tartjuk azokat számon. A legalapvetőbb különbség éppen eltérő céljukban rejlik: az NSSI-vel ugyanis az azt végző valamiképpen mindennapi működését, ezzel életben maradását kívánja támogatni.

Az NSSI klinikai kezelésével kapcsolatos irányelvei – például a brit egészségügyi intézet, a National Institute for Health and Care Excellence által kiadott alapelvek (NICE, 2022) – és szakirodalmi összefoglalók (pl. Turner, Austin és Chapman, 2014) az NSSI elsődleges kezelési módjaként a pszichoterápiát ajánlják. Ezt gyógyszeres kezelés egészítheti ki, amennyiben a társuló mentális problémák (pl. depresszió, szorongás) azt indokolják. Ugyanakkor abban nincsen konszenzus, hogy mely pszichoterápiás technika legyen elsődleges az NSSI ellátásában. Az azonban bizonyos, hogy a vizsgált strukturált pszichoterápiás megközelítések leginkább amiatt hatékonyak az NSSI kezelésében, mert olyan terápiás elemeket tartalmaznak az önsértő viselkedésformák közvetlen csökkentése mellett, mint a változásra irányuló motiváció erősítése, illetve a pácienssel együttműködő szemléletmód (Turner, Austin és Chapman, 2014). Másrészt ezeknek az eljárásoknak a strukturáltsága is alapvető az NSSI kezelésében, hiszen az önsértést végzők a legtöbb esetben jelentős impulzuskontroll problémával küzdenek. Ennek a strukturáltságnak kulcsfontosságú eleme az is, hogy a kezelési fókusz – azaz az önsértő viselkedés csökkentése, majd megszüntetése – a terápiás szerződésben meghatározásra kerüljön, és a teljes kezelés

alatt a fókuszban maradjon. Ugyanakkor azt sem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy párhuzamosan az NSSI kiváltó okait – pl. depresszió, bántalmazottság, gyenge problémamegoldó képesség – is kezelni kell. Ennek hiányában a tünetváltás kockázata erősödne fel: az önsértő magatartást könnyen felválthatja egy másik, hosszú távon önsértő viselkedés, például táplálkozási zavar, szerfüggőség vagy valamilyen viselkedéses addikció (pl. közösségimédia-függőség). Végül azt sem hagyhatjuk figyelmen kívül a pszichoterápiás forma megválasztásakor, hogy mennyire súlyos az önsértő viselkedés, mennyire erős a páciens motivációja a változtatásra, illetve milyen személyes és társas erőforrásokkal rendelkezik (Møhl, 2020). Az önsértés kezelésével foglalkozó irodalomáttekintésükben Hawton és munkatársai (2016) például azt emelték ki, hogy azok esetében, akik súlyos repetitív önsértéssel, valamint személyiségzavarral küzdöttek, a dialektikus viselkedésterápia különösen hatékonynak bizonyult.

Egyelőre igen kevés vizsgálat irányult az NSSI hatékony kezelési lehetőségeinek tesztelésére. Ráadásul ezeknek a hatékonyságvizsgálatoknak a legtöbbje az NSSI alakulását nem önmagában követte, hanem valamilyen más mentális betegség – elsősorban a borderline személyiségzavar – részjelenségeként, tüneteként. Ugyanakkor ezekből a szigorú kezelési protokollt követő terápiás eljárásokból számos olyan elemet azonosíthatunk, amelyek az NSSI ellátásában is célravezetőek lehetnek. A következő alfejezetekben olyan bizonyítékokon alapuló terápiás technikákat mutatunk be, amelyek a nemszuicidális önsértő viselkedést igazoltan képesek csökkenteni. A kognitív viselkedésterápia és a dialektikus viselkedésterápia a páciensek problémamegoldó képességeinek erősítését, az áttételfókuszú pszichoterápia és a mentalizációalapú terápia az egészséges érzelmszabályozás fejlesztését helyezik az előtérbe, ezzel a gondolkodást és a viselkedést a hatékony alkalmazkodás irányába formálják át. Mivel mind a problémamegoldás, mind az érzelmek kezelése nehezített az önsértéssel küzdők esetében, így ezek a kutatási bizonyítékokkal érvényesített terápiás technikák reményteljesek az NSSI leküzdésében.

Ennél a pontnál szükséges megjegyeznünk, hogy az önsértés csökkentését célzó terápiás formák hatékonyságát nagyon nehéz vizsgálni. Ennek hátterében több tényező áll: (1) sok esetben nehéz elkülöníteni a nemszuicidális önsértést a szuicid spektrumtól, másrészt (2) gyakran a borderline személyiségzavarral kapcsolatban vizsgálják, holott az önsértést végzők többsége nem érintett ebben a fajta személyiségzavarban, harmadrészt (3) az önsértő magatartás számos más mentális problémával, pszichológiai tünettől és folyamattal kapcsolódhat össze, így például veszteség-élménnyel, traumával, szorongással, lehangoltsággal, perfekcionizmussal, túlzott önkritikával, étkezési zavarral, szerhasználattal, s a sort folytathatnánk.

XII.2.1. Az NSSI kognitív viselkedésterápiája

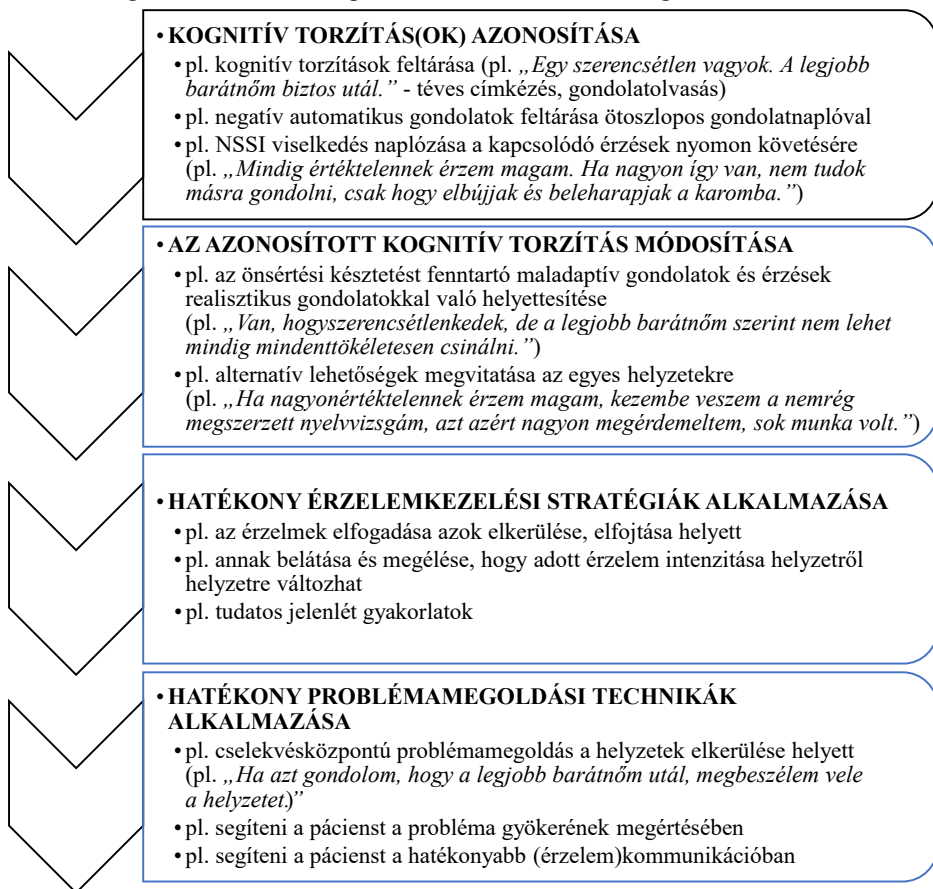
A *kognitív viselkedésterápia* (*Cognitive Behavioral Therapy, CBT*) kognitív (gondolati) torzítások azonosításával, majd csökkentésével és a problémamegoldó kapacitás erősítésével segíti a hatékonyabb alkalmazkodást. Kutatási bizonyítékok alapján önmagában nem enyhíti hatékonyabban az önsértő viselkedést, mint a hagyományos pszichoterápiás kezelések, azonban azokkal kombinálva mind a szuicidális, mind a nemszuicidális önsértés esetében hosszabb távon is eredményesebbnek bizonyult (Slee és mtsai., 2008). NSSI-specifikusan a kognitív viselkedésterápia legfontosabb lépése az önsértésre irányuló vágyat fenntartó kogníciók és érzelmek azonosítása, azt követően pedig módosítása. A kognitív viselkedésterápia számos gyakorlata arra irányul, hogy feltárja, mit jelentenek az egyes helyzetek a kliens számára: a páciens és a terapeuta áttekintik a helyzetre adott reakció előzményeit, elemzik a reakciót és annak következményeit. Például egy munkalapon a kliens felsorol bizonyos konkrét alkalmakat, amikor önsértést végzett vagy arra nagyon erős vágyat érzett. Ezt követően minden egyes epizód esetében átgondolja, mi vezetett el az önsértéshez vagy ahhoz a késztetéshez, hogy önsértést végezzen: milyen esemény(ek) előzték meg, arra/azokra hogyan – milyen érzelmekkel, gondolatokkal, testi állapotokkal – reagált. Majd azt is leírja, hogy milyen hatása volt az önsértő epizódnak: milyen egyéni és társas következményekkel járt, mi történt közvetlenül az önsértést követően, illetve azzal összefüggésben a későbbiekben. Az ennek a folyamatnak a során beazonosított kognitív torzítások (pl. katasztrofizálás, a pozitívumok figyelmen kívül hagyása, túláltalánosítás, minden vagy semmi típusú gondolkodás) leépítése, majd reálisabb gondolatokká történő újrastukturálása a kognitív viselkedésterápiás gyakorlat következő lépése. Például lényeges azt körbejárni, hogy az adott helyzetben automatikusan feltörő negatív gondolatot a kliens szerint milyen tényezők támasztják alá, és milyen dolgok mondanak annak ellent vagy milyen más lehetséges magyarázatok merülhetnek fel. Az alternatív perspektíva beemelése a kognitív viselkedésterápia egyik legnagyobb fegyvere. Erre egy példát a 7. ábra mutat. A kognitív viselkedésterápia továbbá nagy hangsúlyt helyez arra is, hogy a kliens új, hatékony problémamegoldó készségeket és érzelmszabályozó technikákat sajátítson el, amelyeket a kezelést követően egyedül is alkalmazni tud.

7. ábra. Példa a hétoszlopos gondolatnaplóra az önsértés kognitív viselkedésterápiás kezelésében

HELYZET (pl. hol, mikor, kik, milyen esemény)	HANGULAT, ÉRZÉS A HELYZETBEN (Mit éretem és en- nek intenzitása?)	AUTOMATIKUS GONDOLATOK (Mi futott át a fe- jemben, amikor kezdtem rosszul érezni magam? Mennyire voltam meggyőződve erről?)	BIZONYÍTÉK, HOGY AZ AU- TOMATIKUS GONDOLAT IGAZ	BIZONYÍTÉK, HOGY AZ AU- TOMATIKUS GONDOLAT NEM TELJE- SEN IGAZ	REÁLISABB GONDOLAT AZ AUTOMATI- KUS NEGATÍV GONDOLAT HELYETT	AZ ÉRZÉS ÚJRAÉRTÉ- KELÉSE (Most hogyan érzek az áttekin- tett helyzettel kapcsolatban?)
pl. „Ki kellett állnom az osztály elő. A színház- teremben voltunk az iskolában. Ott álltam a többiek között a színpa- don. Bementem a függöny mögé és jól beleharaptam az óklömbe.”	pl. „Azt hittem elájulok, remetem és féltem. Gyo- morgórcsóm volt, mert nagyon szégy- eltem magam.”	pl. „Tudtam, hogy fel fogok sülni. Hiába tanultam meg a szöveget, nekem soha semmi sem sikerül.” „100%-ig így gondoltam.”	pl. „Már ezerszer volt olyan, hogy hiába tanultam, úgy éreztem, semmi sem jut az eszembe, ha a két nagyemenő osztály- táram néz engem.”	pl. „Eddig bioló- giából mindig ötösrre feleltem. Még akkor is, ha azok ketten ott voltak.”	pl. „Van, hogy nem jut eszembe az anyag, ha néznek, de ez nincs mindig így. Végül is a jó tanu- lók közül való vagyok.”	pl. „Nem kellett volna annyira szégyellnem magam. Otthon is el tudtam mon- dani a szöveget és még jól is hangsúlyozok.”

Slee és munkatársai (2008) egy speciális, kognitív terápia alapú eljárást dolgoztak ki az önsértő viselkedés csökkentésére. Első lépésben a páciens legutóbbi önsértési epizódját azonosították, majd kikérdezték annak részleteit, azért, hogy mélységében feltárják az önsértéshez kapcsolódó kognitív, érzelmi és viselkedéses tényezőket. Ezt követően vált lehetővé a diszfunkcionális gondolatok módosítása, az egészségesebb érzelmszabályozó stratégiák megtanulása és a problémamegoldás fejlesztése. Az egyes lépéseket az 8. ábra szemlélteti.

8. ábra. Kognitív viselkedésterápiás szemlélet az önsértő magatartás kezelésében



Forrás: Slee és mtsai., 2018 alapján.

A fentiekhez hasonló lépésekből álló, időhatáros (általában 6–12 alkalmas) kognitív viselkedésterápiás programot más szakemberek is kidolgoztak az önsértési vágy és az önsértő viselkedés csökkentésére (pl. Evans és mtsai., 1999; Taylor és mtsai.,

2015¹¹). Bár ezeket a programokat eddig kevés empirikus adattal támasztották alá és a kutatásokba bevontak száma sem jelentős, az elvégzett hatékonyságvizsgálatok arra mutattak rá, hogy a kognitív viselkedésterápiás elemek csökkenteni tudták az önsértő magatartást. Ráadásul az utánkövetéses vizsgálatok a pozitív változás tartós – hónapokkal később is fennálló – jelenlétét erősítették meg.

Összefoglalva, a kognitív viselkedésterápia az önsértés leküzdését elsősorban:

- az önsértő cselekedeteket megelőző helyzetek minél mélyebb megértésével,
- a merev negatív gondolatokkal való szembenézés és azok megkérdőjelezésének serkentésével, valamint
- hatékony problémamegoldó készségek tanításával segíti.

XII.2.2. Dialektikus viselkedésterápia az NSSI ellátásában

A hazánkban is egyre népszerűbb *dialektikus viselkedésterápiát* (*Dialectical Behavior Therapy, DBT*; Linehan, 1993) elsődlegesen a magas szuicid rizikójú, impulzív módon önsértő, gyakran borderline személyiségzavarral küzdő hospitalizált nőpáciensek kezelésére dolgozták ki, így az NSSI terápiájában kifejezetten magas hatásfokkal alkalmazható. Később ambuláns ellátás keretében és a serdülő korosztály esetében is bevezették. Bár mind az ellátó személyzet, mind a páciensek részéről jelentős energiabefektetést igényel annak összetett jellege és kb. egy éves időtartama miatt, metaelemzések a dialektikus viselkedésterápiát találták az egyik leghatékonyabbnak a különböző önsértő viselkedésformák csökkentésében mind felnőttek (Chen és mtsai., 2021), mind kamaszok körében (Kothgassner és mtsai., 2021). Ráadásul rövidebb időkeretben folytatott változtatával is hasonló terápiás sikert tudtak kimutatni (pl. Tørmoen és mtsai., 2014).

A dialektikus viselkedésterápia többféle, egymást kiegészítő terápiás eljárást és technikát kombinál: kognitív alapokról indulva ahhoz pszichodinamikus, humanisztikus-egzisztencialista, mindfulness és tapasztalati terápiás (pl. művészetterápia, zeneterápia, játékterápia) elemeket ad. A dialektikus jelző pedig az ellentétek szembeállítására, a különböző érvek mérlegelésére utal. Egy olyan komplex szemléletre, amely adott kérdést vagy jelenséget több nézőpontból is elemezni próbál, hangsúlyozva az eltérő „igazságokra” való nyitottságot, majd a szintézis fontosságát. Ez az alapszemlélet azért is különösen fontos az önsértés kezelésében, mert az érzelemszabályozási zavarral küzdők fokozottan hajlanak a polarizált – fekete-fehér,

11 Lucy Taylor és munkatársai a szuicidális és nemszucidális önsértés kognitív viselkedésterápiás kezelésére kidolgozott programjukat egy munkafüzet formájában adták közre, amelynek 2015 után 2022-ben újrakiadása jelent meg az USA-ban. Taylor, L., Simic, M., & Schmidt, U. (2015/2022). *Cutting down: A CBT workbook for treating young people who self-harm*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315817972>

vagy-vagy – gondolkodásra. A dialektikus megközelítés éppen ezt a kognitív viszonyulást kérdőjelezi meg, rámutatva arra, hogy valami egyszerre lehet boldog és szomorú, szép és csúnya, jó és rossz. Ebből a perspektívából tekintve a nemszucidális önsértés egyszerre lehet fájdalmas és örömteli, nyomasztó és megnyugtató. Az öngyilkos szándék mögött sem a pusztá halálvágy áll, hanem az élet utáni vágy, de a dialektikus viselkedésterápia szemlélete szerint egy olyan élet vágya, amiben jelenleg nincs része a személynek. A dialektikus viselkedésterápia célja úgy elérni a változást, hogy párbeszédet vagy vitát generáljon: milyen jobb élet lehet az önsértő viselkedés alternatívája, hogyan tudja valaki a jelenlegi életmódját elhagyni egy másik, számára élhetőbb életforma javára (Möhl, 2020).

Önsértő személyek esetében a legfőbb dialektikus ellentét, amelyet mind a páciensnek, mind a terapeutának fel kell oldaniuk, az elfogadás (érzések elismerése) vs. változtatás (konfrontáció). Az NSSI ellátásában a terapeuta részéről alapvető, hogy elfogadja a páciens és érvényesnek tartsa az állapotát, az érzéseit, a megéléseit. Mit is jelent ez utóbbi? A terapeutának például meg kell értenie, hogy van olyan helyzet, amikor kliensét annyira elárasztja az önvád érzése, hogy azt önsértéssel tudja csak csillapítani. Vagy a terapeutának el kell fogadnia azt, amikor a páciense azt mondja, hogy olyan érzelmi örvénybe került, hogy visszatért régi feszültségcsökkentő módszeréhez, a falcoláshoz. Az csak elzárkózáshoz vezet, ha a terapeuta ekkor például a következőket jelzi vissza: „*Nem szabad ilyen módon megbüntetnie magát, hiszen Ön egy értékes ember.*” vagy „*A negatív érzések bár előntötték, de tudja, nem szabad hagyni, hogy ezek eláraszszák.*” Ezzel ugyanis azt kommunikálja a páciens felé, hogy valójában nem értette meg, hogy a személynél milyen lelkiállapot vezetett el az önsértéshez. Az érzések érvényesítése – validálása – kulcsfontosságú az empátiás megértésben, a páciensre való ráhangolódásban. Az előző példánál maradva a „*Látom, hogy annyira előntötte a bűntudat, hogy nem látott más kiutat, mint hogy megbüntesse magát. Nagyon nehéz lehetett ennyi rossz érzést megélni önmagával szemben.*” vagy a „*Megértem, hogy abban az érzelmi állapotban akkor nem tudott máshogy cselekedni.*” mondatok közvetíthetik ezt a fajta viszonyulást. A terapeuta mind viselkedéses, mind verbális szinten érvényesítheti a páciens megéléseit. Lehet, hogy egy bátorító és megértő mosoly az, ami a személy számára a benne zajló élmények elfogadását és megértését közvetíti. Lehet, hogy a páciens által elmondottak alapján az erősíti meg ezt az elfogadást, ha biztosítjuk, hogy amit tett, a jelen körülmények között megérthető volt (pl. „*Nem csoda, hogy annyira kétségbeesettnek és reményvesztettnek érezte magát ezután a heves vita után, amiben ennyire leértékeltek. Ez sokszerű és nagyon sebezhetővé tesz.*”).

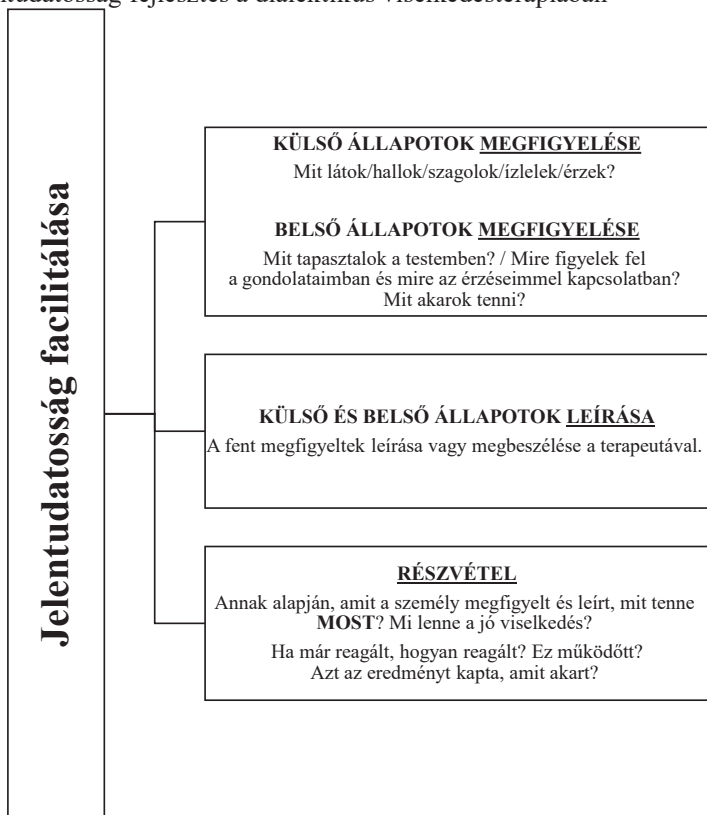
Az elfogadással párhuzamosan a terapeutának azonban arra is törekednie kell, hogy a páciens változtatni tudjon a viselkedésén. A dialektikus viselkedésterápia az elfogadás és a változás stratégiáit próbálja konstruktív módon egyensúlyba hozni. A megélések elfogadása, ezzel érvényesítése egy olyan attitűd, amely – mint egy

biztonsági háló – áthatja a terápiás teret, míg a változás serkentése aktívabb, specifikusabb terápiás eszközöket igényel, hiszen készségfejlesztés történik. Változásra való facilitálás nélkül az elfogadás csak stagnálást hoz, míg, ha a terapeuta nagyobb léptékű változásokat követel a kienstől, mint amekkorákat az kezelni tud, a terápia elkerülhetetlenül megreked.

A dialektikus viselkedésterápia több, egymással összefüggő terület fejlesztését, változását célozza: támogatja (1) az érzelmek jobb szabályozását, így (2) a hatékonyabb stressztűrő képességet, valamint (3) a társas kapcsolatok és a (4) kommunikációs mintázatok érettebbé válását (Møhl, 2020). Ezen keresztül képes csökkenteni az olyan elkerülésalapú, káros megküzdési és kommunikációs stratégiákat, mint az NSSI, az étkezési zavarok, a szerhasználat vagy más rizikóviselkedések (pl. iskolakerülés). Nagy előnye, hogy a fenti készségek fejlesztésével egyben a terápiából való kilépés esélyét is mérsékelni tudja.

A hatékonyabb érzelmszabályozást és ezzel az érettebb stressztűrő képességet alapvetően (1) az érzelmek elfogadásán, (2) a negatív érzelmekkel szembeni tolerancia kialakításán, (3) bármely érzelem esetében a viselkedésválasztások dialektikus természetének megértésén és (4) a jelenre való ráhangolódáson keresztül próbálja elősegíteni. Legelőször a DBT abban támogatja meg a kienst, hogy megtanuljon a pillanatban létezni. Ez részben annak begyakorlását jelenti, hogy a személy tudatosítsa belső állapotait, érzéseit és azt, mi veszi őt körül. Másrészt annak facilitálását, hogy ítéletmentesen viszonyuljon saját érzelmeihez, megéléseihez. A jelentudatosság fejlesztésének sémája a megfigyelés – leírás – részvétel lánc (Linehan, 2015), amit vagy a terapeutával együtt vagy munkalap formájában gondol át a kliens (9. ábra). Mind az öt érzékszervére támaszkodva megfigyeli, mi történik körülötte és figyelmet fordít arra is, hogy mi zajlik a belső világában: megfigyeli testi folyamatait, gondolatait, érzéseit, késztetéseit és vágyait. Majd a megfigyelése alapján szavakba önti tapasztalatait. Ez önsértőknél azért lehet különösen nehéz és kényelmetlen, mert általában éppen az önsértés által kerülnek el, hogy külső és belső megéléseiket tudatosítsák. A jelentudatos fókusz gyakorlása részeként annak a felismer(tet)ése is lényeges, hogy a személy ne magára aggasson címkéket (pl. *„Értéktelen vagyok.”*), hanem az érzéseit, gondolatait fejezze ki tényszerűen (pl. *„Azt érzem, hogy értéktelen vagyok.”*). A lánc vége, hogy a megfigyelt és leírt élményeket a személy felhasználja a helyzetre adott reakcióiban. Ez azért kulcsfontosságú lépés, mert az önsértők zöme a megéléseit figyelmen kívül hagyva, sürgetve, mintegy kontrollvesztetten végez önsértést, így valójában nem tudják megérteni, mi történik belső világukban és környezetükben. A jelenfókusz egy olyan helyzetelemzésre ad lehetőséget, ami segíthet megérteni, így uralni a saját reakciókat. Erre a technikára, sőt szemléletmódra fontos ismételten visszatérni, mert hosszabb folyamatot vehet igénybe a beépülése.

9. ábra. Jelentudatosság-fejlesztés a dialektikus viselkedésterápiában

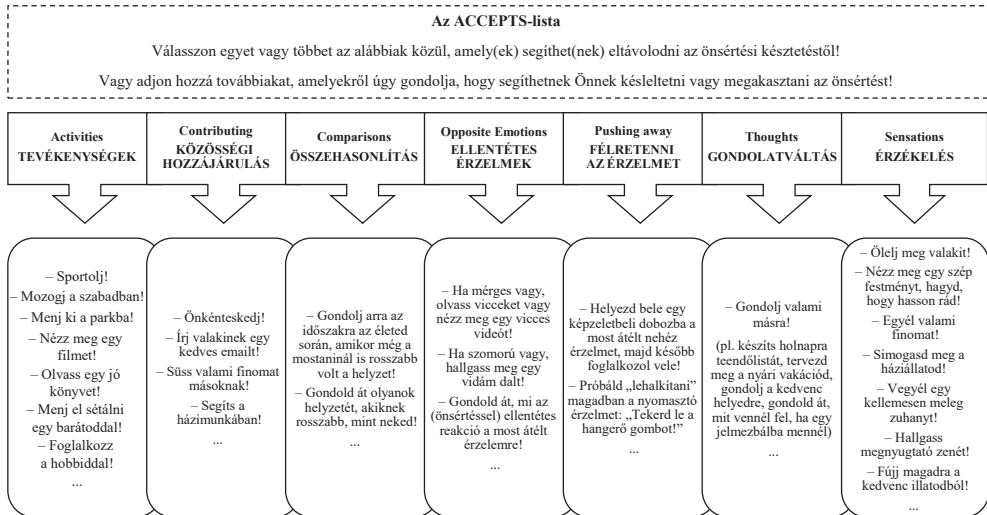


Forrás: Wester és Trepal, 2017 alapján.

A jelentudatosság erősítése mellett a DBT meghatározó módszere annak facilitálása, hogy az önsértő megtanulja késleltetni önbántalmazó késztetését: megtanulja, hogyan tudja egyre inkább kitolni az önsértésre való késztetés és az önsértő aktus közötti időintervallumot. A cél nem az önsértést kiváltó fájdalmas érzelmi állapot azonnali elkerülése – hiszen ez elkerülésalapú stratégiaként csak elodázná a problémát s átmenetileg maga az önsértés is ezt teszi – hanem annak elsajátítása, hogy ezt az érzelmi állapotot tolerálni, illetve csökkenteni tudja a személy. Az érzések kezelhető szintre hozásával a páciensnek esélye lesz arra, hogy megfelelő megküzdési stratégiákat mozgósíthasson. Bár az önsértés azonnali, de rövid ideig tartó megkönnyebbülést hozhat, mégis az elkerülés által éppen fokozhatja az elnyomott érzést, hiszen az önsértés azt valójában nem segít feloldani, s így szabályozni (Wester és Trepal, 2017). Az önsértés nem más, mint az érzelmi átélést blokkoló viselkedéses stratégia. Ennek megfelelően a dialektikus viselkedésterápiában az egyik első lépés annak elősegítése, hogy az önsértő személy el tudjon távolodni, meg tudja akasztani az önsértésre irányuló késztetését. Ehhez egy jól átlátható vezérfonalat kínál az ACCEPTS-lista („elfogadás”-lista). A betűszó angol rövidítés és azokra a területekre

utal, amelyek segíthetnek abban, hogy a fókusz elterelődjék az önsértésről. A spektrum széles: a másféle tevékenységek választásától a másoknak történő segítesen át az önsértéssel kapcsolatos gondolatok eltereléséig terjed. Ha valaki képessé válik elterelni a figyelmét az önsértésről, akkor megnöveli az önsértésre irányuló késztetése és az annak tetteges bekövetkezése közötti időt. Ez a hosszabbodó időtáv pedig lehetőséget teremt az önsértés helyett adaptívabb önmegnyugtató és valódi problémamegoldó stratégiák alkalmazására (Wester és Trepal, 2017). A változatos lehetőségeket a 10. ábra összegzi.

10. ábra. Figyelemelterelő stratégiák: az önsértéstől való eltávolodást támogató technikák a dialektikus viselkedésterápiában



Forrás: Wester és Trepal, 2017, valamint Møhl, 2020 alapján.

A figyelemelterelő technikák alkalmazásához kapcsolódik a *kríziskártya készítése* és használata is. Ez egy személyre szabott lista, amelyet a páciens akkor vesz elő, amikor úgy érzi, nem tud az önsértésre való késztetéstől szabadulni, az előtti, és így nem tudja tisztán átgondolni a helyzetét. A kríziskártyát a páciens maga készíti el a terapeutával együtt, s azokat a konkrét ötleteket, tanácsokat tartalmazza, amelyek akkor jelenthetnek számára segítséget, ha kontrollálhatatlan helyzetbe kerül. Például: „Amikor nagyon rosszul vagyok, megpróbálom jobban érezni magam, azáltal, hogy: elmegyek futni; megsétáltatom a kutyám, Zsömit; felhívom Julit, a legbensőségesebb barátomat; megnézem a kedvenc filmemből a kedvenc jelenetemet; elkezdek relaxálni.” A változások fényében a páciens és a terapeuta időről időre áttekintik és frissítik a listát (Møhl, 2020).

A dialektikus viselkedésterápia abban is összetett terápiás rendszer, hogy (1) az egyéni terápia mellett (2) csoportos készségfejlesztést, valamint (3) telefonos/online

megsegítést is magában foglal (Möhl, 2020). Az ellátási szintek egymást kiegészítik, folyamatosan reflektálnak egymásra. Mindezt a terapeuta számára esetmegbeszélő csoportok egészítik ki. Főként serdülőknél továbbá szükség szerint családterápiás ülések támogatják a kezelés sikerét (Tørmoen és mtsai., 2014).

Az egyéni terápiás ülések középpontjába mindig a páciens számára legégetőbb probléma kerül. Így minden alkalom azzal indul, hogy a kliens egy listát készít arról, milyen nehézségekkel küzd aktuálisan. A hangsúly az egyéni terápiás üléseken azoknak a helyzeteknek a beazonosításán és elemzésén van, amelyekkel nehezen – például önsértéssel – küzd meg a páciens. S minden esetben annak átbeszélése is megtörténik, hogy ezeket hogyan, milyen magatartásformákkal, készségekkel, problémamegoldó stratégiákkal lehetne adaptívabban – például önsértés nélkül – kezelni. Az egyéni ülések között pedig házi feladatok segítik a változás beindítását, illetve fenntartását. Például azt figyelni meg és naplózni a kliens, hogy mi segített leginkább leállítani az önsértésre való késztetést. Gyakran alkalmazott technika a napló kártya. Ez egy olyan táblázat, amelyet a páciens a két egyéni ülés között a problémaként azonosított viselkedése (pl. falcolás) kapcsán vezet. A hét minden napján kitölti például azt, hogy milyen erősségű késztetést érzett az önsértő viselkedésre, megtette-e azt, milyen mértékű fájdalmat élt át, milyen mértékben élt át különböző érzelmeket (például szomorúságot, szégyent, haragot, félelmet, örömet), s azt is értékelnie kell, hogy az egyéni terápiás üléseken elsajátított készségeket alkalmazta-e a probléma-viselkedés csökkentésére (pl. nem alkalmazta, nem is jutott eszébe / eszébe jutott, de nem alkalmazta, mert nem akarta / eszébe jutott, de nem alkalmazta, bár szeretne volna / próbálta alkalmazni, de nem tudta / alkalmazta, de nem segítettek / alkalmazta és segítettek).

A dialektikus viselkedésterápia csoportterápiás alkalmainak fókuszába a viselkedéses készségek – így például a distressztűrő képesség, az érzelmszabályozás stratégiák, az önegyüttérzés, a jelentudatosság vagy a társas hatékonyság és proszocialitás, azaz a mások javát szolgáló személyközi aktivitás – támogatása kerül (11. ábra).

11. ábra. Céletterületek és készségfejlesztés a dialektikus viselkedésterápiás csoportokban

AZ ÉN SZABÁLYOZÁSI ZAVARA	A SZEMÉLYKÖZI KAPCSOLATOK SZABÁLYOZÁSI ZAVARA	A VISELKEDÉS SZABÁLYOZÁSI ZAVARA	AZ ÉRZELMEK SZABÁLYOZÁSI ZAVARA	KOGNITÍV SZABÁLYOZÁSI ZAVAR
KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK A DIALEKTIKUS VISELKEDÉSTERÁPIA ESZKÖZTÁRA SZERINT – példák				
JELEN-TUDATOSSÁGOT FEJLESZTŐ STRATÉGIÁK – az éppen megtapasztaltak leírásának gyakorlása – az érzelmek ítélkezésmentes megfigyelése – az érzelmek elfogadásának megtanulása – a jelen (pillanat) fontosságának tudatosítása	KAPCSOLATI HATÉKONYSÁGOT FEJLESZTŐ STRATÉGIÁK – kapcsolati konfliktusok hatékony megoldási technikái – tisztelni másokat és önmagunkat – hatékony kommunikációs stratégiák alkalmazása – önmagunk és mások közötti egészséges határok szabályozása (pl. nemet mondás, ha szükséges)	STRESSZTŰRŐ KÉPESSÉG FEJLESZTÉSE – a fájdalmas érzelmekkel és tapasztalatokkal szembeni tolerancia növelése – a hirtelen, meggondolatlan cselekedetek megakasztása: „állj meg egy pillanatra és gondolkodj mielőtt cselekszel!” – a figyelem hatékony elterelése – adaptív önmegnyugtató formák azonosítása és gyakorlása	ADAPTÍV ÉRZELM-SZABÁLYOZÓ – az átélt érzelmek megfelelő címkézése („mi az, amit most megélek?”) – az átélt érzelmek megértése és elfogadása – problémamegoldó, proaktív helyzetkezelés	„AZ ARANY KÖZÉPÚTON MARADNI” – annak megértése, hogy érzelmeink erőssége változhat – annak belátása, hogy minden magatartásformánk helyett választhatunk egy másikat (pl. az önsértés helyett a sportolást) – képesség arra, hogy önmagunk érzéseit és élményeit érvényes reakciónak tartsuk

Lényeges szempont, hogy csoportterápiás szinten a problémaviselkedések személyes aspektusait sohasem emelik be, annak veszélyét szem előtt tartva, hogy a csoporttagok a káros viselkedésformákat könnyen átvehetik egymástól (pl. önsértési módokat osztanak meg és utánoznak). Az egyéni helyzetek és a csoportterápián elsajátított új, hatékony problémamegoldó készségek alkalmazása, illetve a kipróbálás sikereinek és esetleges kudarcainak elemzése az egyéni terápiás ülések témája. A készségfejlesztés, az edukációs szemlélet az egyéni terápiát megalapozó csoportterápiás alkalmak sajátja. Példaként: a jelentudatosság szemléletét és technikáit a résztvevők a csoportterápiás üléseken sajátítják el, a megtanultakat pedig az egyéni terápián kamatoztatják saját életükre, tapasztalataikra vonatkoztatva. Utóbbi esetben példának okáért a személy már azt veszi részletesen számba terapeutája segítségével, hogy konkrét stresszhelyzetben mit élt át (mit látott, hallott, érzett, mit tapasztalt a testében, mit gondolt, milyen érzelmeket élt át, mit akart tenni stb.). Majd azt gondolja át, a leírt élmények alapján mi lenne a számára legmegfelelőbb cselekvési forma. Ha pedig már cselekedett (pl. önsértést végzett abban a lelkiállapotban, amelyről beszámolt), átgondolja, hogy az működött-e, miben segített, miben nem és valóban ez volt az a válasz, amelyet a személy a helyzetre szeretett volna adni (Wester és Trepal, 2017).

Hasonló változástechnika a dialektikus viselkedésterápiában a *láncelemzés* (*chain analysis technique*), amely az önsértő viselkedés alternatívájának megtalálásában segít (Miller és Smith, 2008). Ennek során – hasonlóan a kognitív viselkedésterápia viselkedésfolyamat-elemzéséhez – a páciens a terapeuta vezetésével lépésről lépésre átgondolja az önsértési folyamatot:

1. Elmondja, mi történt, s abban reflektál saját szerepére (ezt jól megalapozza, ha a terapeuta arra kéri páciensét, hogy jegyezze le két ülés között – például naplószerűen – hogy milyen, számára fontos események történtek vele a héten, beleértve az önsértési epizódokat is). Alapvető, hogy részletes leírást kérjünk az átélt érzésekről, gondolatokról, testi érzetekről és a viselkedésről – különösen az önsértést megelőző, az az alatti és közvetlenül az azt követő helyzetek kapcsán. (pl. *„Folyamatosan beszélgettünk nekem, meg mivel én rosszul éreztem magam, ezért én is bántottam másokat. És ezért is nyilván lelkiismeret-furdalásom volt, mert tudtam, hogy nem kéne, mert ki tudja, hogy ők mit éreznek. Hazamentem, senki nem volt otthon. Hívásozni [hanghívást kezdeményezni az interneten keresztül] akartam a legjobb barát-nőmmel, de edzésen volt, nem vette fel, csalódott voltam. Elővettem a törött CD-darabot a virágcserep alól, sokkal könnyebbnek éreztem magam. Úgy éreztem, hogy amikor csinálom, akkor így viszonylag jól érzem magam, hogy így nincs semmi baj, jó minden. Arra a pár percre úgy jól voltam.”*)
2. A második lépés az önkárosítás következményeinek részletes feltérképezése. (pl. *„Pulóverben kellett lennem vagy hosszú ujjúban, májusban is pulóverben, szóval mindig melegem volt. És akkor mondjuk kérdezték, hogy nincs melegem. Nem, nincs, jól vagyok, azt közben leizzadtam, meg minden, meg hát otthon is ugye pulóverben kellett lenni.”*)
3. A láncelemzés harmadik szegmensként az önsértést kiváltó okokat és az ahhoz vezető folyamat építőköveit tekintjük át. (pl. *„Nem kezdtem el magam egyből vagdosni, hogy valaki lekurvázott. De mondjuk már így egy héten keresztül, nem tudom, ötször-hatszor megkapom, akkor már így felgyülemlett bennem, és akkor úgy kijött. És a tanulás is mindig közrejátszott. Szerintem elég lusta is vagyok rávenni magam, hogy leüljek tanulni, aztán ami még közrejátszott, az a barátaimmal való összeveszés, ha valakit el kellett engednem, aztán igazából ez volt a lényeges.”*)
4. Fontos szempont a láncelemzés során azoknak a tényezőknek a feltárása, amelyek veszélyeztetik a személy pszichés egyensúlyát, kikezdi pszichológiai immunrendszerét, ezáltal növelik az önsértés kockázatát (pl. fáradtság, alkohol, stressz, gyász) (pl. *„Egyedül éreztem magam, a papa nemrég halt meg”*).
5. A láncelemzés utolsó lépéseiben a páciens a terapeutával együtt megpróbálja meghatározni, mit tehetett volna a személy az önsértés helyett. Ez magában foglalja azoknak a készségeknek (pl. érzelmszabályozási módoknak, társas készségeknek) az azonosítását is, amelyek segíthetnek a rossz viselkedésmintát megváltoztatni, s lehet, hogy a páciens sajátjai, de még nem aknázták ki azt, vagy híján van annak, de kiépítheti magában (pl. *„De a zene egyébként, amióta így az eszemet tudom, nagyon ott van az életemben, és nagyon sok mindenem átsegít. Akár az, hogy zenét hallgatok, például amikor*

pánikrohamom van, vagy volt, akkor volt egy szám, ami mindig így megnyugtató. És most is, hogyha rossz kedvem van, és mondjuk éppen nincs kedvem ahhoz, hogy rossz kedvem legyen, akkor beteszek olyan számot, ami tudom, hogy feldob.” vagy pl. „Hogyha én valamit akarok, akkor azért én megteszek mindent. Jó, hogy igazából lusta vagyok, de néhány dologban, például hogyha valahova el akarok menni, akkor megteszek mindent. Tényleg rájöttem, hogy ezt nem így kell, és hogy akarom, hogy ne így legyen, ne bántsam magam így.”).

A dialektikus viselkedésterápia változatos eszköztárral, a kézzelfogható megjelenítést is előtérbe helyezve dolgozik az önsértés mint diszfunkcionális problémamegoldás folyamatának feltárásán. A láncelemzés során a páciens például a megbeszéléstet lerajzolhatja a folyamatábrában vagy képregényszerű formában, vagy leírhatja az elmondottakat metaforák segítségével is. Fontos, hogy a terapeuta mindvégig ítélezésként vegyen részt a folyamatban, kérdései a személyben zajló dinamikára összpontosítsanak: mi történt vele, abban a helyzetben mit tett, mit érzett, mi zajlott a testében, mit gondolt, s mindez hogyan változott, és mit gondolt arról, hogy a helyzetben számára fontos személy mit gondolt és mit érzett? Lényeges, hogy a folyamatot a változást előmozdító kérdések zárják. Például megkérdezhetjük a személyt, hogy a lánc mely elemének megváltoztatása alakítaná át az események láncolatát és vezetne valami máshoz, mint az önsértés. S mire lenne a személynek szüksége ahhoz, hogy az adott elemet változtatni tudjon. Alapvető szempont a szekvenciaelemzésben, hogy a személy átlássa az önsértés rövid távú pozitív következményei (pl. azonnali érzelmi megkönnyebbülést hoz) és hosszú távú negatív hatásai (pl. hegek maradnak, szégyenérzet, negatív reakciók a környezet felől) közötti ellentétet, ami aktiválhatja motivációját arra, hogy érettebb módon küzdjön meg a problémáival (Wester és Trepal, 2017).

XII.2.3. Mentalizációalapú terápia az NSSI ellátásában

Az ember egyik eleme – egyben az embert emberré tevő – képességét, a mentalizációt és annak fejlesztését helyezi a középpontja a Peter Fonagy és Antony Bateman munkásságán alapuló *mentalizáció alapú terápia* (*Mentalization-based Therapy, MBT*). A mentalizációalapú terápiát több mint három évtizede dolgozták ki az érzelmileg labilis (borderline) személyiségzavar kezelésére (Bateman és Fonagy, 2004). Serdülő változatában pedig havi családterápiás ülések egészítik ki a folyamatot (Rossouw és Fonagy, 2012).

A klinikumban formálódott terápiás irány számos korábbi modellre és elméletre aktívan támaszkodik, így például a pszichodinamikus irányzatokra, a kötődéseméletre,

a fejlődésszichopatológiára és a neuropszichológiára (Fonagy és mtsai., 2002). A mentalizáció révén vagyunk képesek önmagunk és mások mentális állapotaira ráhangolódni és azokat értelmezni, illetve megérteni. Ezzel a mentalizáció a nézőpontváltás, az empátia és a sajátunktól eltérő nézőpontokra való nyitottság, a tolerancia megalapozója is. Egy olyan vérbeli humán potenciál, amelynek jól működése az érzelmszabályozó képességet, az önismeretet és a társas viszonyulások megértését is fejleszti. A mentalizációalapú terápia az érzelmi élményeket – amelyek valamilyen interperszonális helyzethez kapcsolódnak – helyezi a középpontba a mentalizációs hiányosságok, hibák feltárása érdekében. Segít annak megértésében, hogy mindenkinek egyedi, így eltérő elméje van, amely lehet, hogy a sajátunktól eltérő mentális modellekkel dolgozik a világ megismerése során és azok alapján cselekszik.

Hatékonyágát számos kontrollált vizsgálat igazolta borderline személyiségzavarban (Vogt és Norman, 2019) és önsértés esetén is (Malda-Castillo és mtsai., 2018; Hajek Gross és mtsai., 2024). Egy szisztematikus irodalomáttekintés pedig a mentalizációalapú terápia más terápiás eljárásokkal szembeni elsődlegességét emelte ki azoknak az eseteknek a kezelésében, amikor a borderline személyiségzavarhoz önsértő magatartás is társult (Vogt és Norman, 2019). Továbbá tartós hatását is sikerült bizonyítani az önsértő magatartás csökkentésében (Hawton és mtsai., 2016; Malda-Castillo és mtsai., 2018). Egy metaanalízis szerint azonban a mentalizációalapú terápia – bár effektív intervenciónak bizonyult a szuicidális és a nemszuicidális önkárosítás csökkentésében – hatásfoka más terápiás módszerekkel összehasonlítva nem különbözik (Hajek Gross és mtsai., 2024).

Az előzőekben bemutatott dialektikus viselkedésterápiától eltérően a mentalizációalapú terápia nem magára az önsértésre fókuszál, hanem az azt fenntartó mögöttes mentális folyamatokra. Abból indul ki, hogy a jobb mentalizációs képesség érettebb impulzuskontrollhoz és érzelmszabályozáshoz vezet, így áttételesen csökkenti a nemszuicidális önsértésre vagy bármely más önpusztító cselekedetre (pl. alkoholdependencia) való késztetést. A javuló kapcsolatteremtési és interperszonális készségek pedig a konfliktusok előfordulásának mérséklésével stabilizálják a személy kötődéseit, elősegítik a kölcsönös, érettebb viszonyulásokat (Bateman és Fonagy, 2006), ami – áttételesen – szintén mérsékli az érzelmi instabilitás olyan viselkedéses manifesztációját, mint az önsértés.

A mentalizációalapú terápiában az *itt és most helyzeteket* veszik alapul, hogy a páciens a mentalizációs képességét fejleszteni tudja. A saját és mások viselkedésének és érzéseinek megértése kizárólag empátikus, támogató, ítélkezésmentes és biztonságos terápiás térben realizálódhat. A terapeuta látszólag „egyszerű” beavatkozásokat alkalmaz, például párbeszédet vagy az érzelmek, megélések tükrözését, azért, hogy segítsen a személynek érzékelnie és megértenie a saját érzelmeit és gondolatait, s más mentális állapotait. A terápiás folyamat három fő fázisra osztható (Bateman és Fonagy, 2006):

1. A munka a páciens mentalizációs képességének és személyiségfunkcióinak a felmérésével indul. Felmérik, milyen megküzdési stratégiákkal rendelkezik a személy (pl. önsértés, humor), s milyen sérülékeny személyiségjegyei vannak (pl. perfekcionizmus, kényszeresség, impulzivitás), s mindezek milyen „költekekkel”, nehézségekkel járnak a személy számára. Áttekintik továbbá a személy kórtörténetét, beleértve a nemszuicidális és a szuicidális önsértő epizódok előfordulását is, valamint további viselkedéses és társas nehézségeit. A fejlődéstörténet részeként hangsúlyos a fő kötődési személyekkel való kapcsolat és az esetleges traumák áttekintése is.

A szakasz végén a terapeuta és a páciens közösen felállítják a terápiás célok hierarchiáját, valamint válságtervet készítenek arra az esetre, hová fordulhat a páciens, ha nemszuicidális vagy szuicidális önsértő impulzusok uralkodnának el rajta.

2. A középső fázis a mentalizációs kapacitás erősítését helyezi a középpontba, azt, hogyan értheti meg jobban a páciens önmagát és másokat. Így a fókuszban a mentális állapotok megfogalmazása áll: részben az ezzel kapcsolatos tudatosságot, másrészt pedig a lelkiállapotok szavakba öntésének képességét fejlesztik a mentalizációalapú terápia során. Ebben a szakaszban számos specifikus technikát alkalmaz a terapeuta. A változatos mentalizációalapú terápiás eszköztár egyike például az előző fejezetben ismertetett láncelemzés technika.

A páciens fejletlen vagy sérült mentalizációs kapacitásának erősítése az alábbi alapelveket követi: a leggyakrabban valamilyen, a páciens által konfliktusos eseményként, negatív történésként megélt helyzetből, jellemzően interperszonális eseményből indulnak ki (pl. ahol a páciens elárulva érezte magát, meg nem értettséget tapasztalt, elhagyatottnak érezte magát, valamilyen konfliktusba került másokkal). Azonban a szituációban érintett felek viselkedésének értelmezése helyett a terapeuta a mentalizáló működést modellezi páciensének, s arra törekszik, hogy a páciens is ezt a „mentalizáló állapotot” tartsa fenn. Ennek érdekében – amikor a páciens által behozott érzelmileg megterhelő helyzet kapcsán a szereplők érzelmi és mentális állapotait próbálják közösen feltárni – a terapeuta:

- Időt szán arra, hogy a nézőpontjaik esetleges különbségeit feltárják és megbeszéljék.
- Közvetíti azt az megértő hozzáállást, hogy nem (mindig) tudjuk pontosan leképezni és megérteni, hogy mi mehet vége a másokban.
- Kiemeli azt, hogy számos különböző, a sajátunktól eltérő nézőpont lehetséges, s ezek mindegyike legitím, és így elfogadható lehet.
- Aktívan feltárja – részletesen kikérdezi – a páciens tapasztalatait.

- S további elaborációját kéri annak, ha valami nem világos a számára, ezzel is mintát kínálva arra a páciensnek, hogy ha valamit nem értünk a másik reakcióiból, akkor azt próbáljuk tisztázni.
 - A hangsúly a páciens és mások – cselekedetei mögött meghúzódó – mentális állapotaira kerül, nem pedig a viselkedésükre.
 - Másrészt leginkább a tudatos vagy tudatközei élmények feltárása a cél, s kevésbé a tudattalan folyamatoké (Bateman és Fonagy, 2010).
3. A zárófázisban a terapeuta felkészíti a páciens a kezelés lezárására és azoknak az érzéseknek az érett kezelésére, amelyeket a terápia lezárása indukál. Felkészíti továbbá kliensét arra is, hogy a terápiás előrehaladást egyedül is képes legyen fenntartani, s utókezelési tervet készítenek.

A terapeuta ebben a terápiás szemléleti keretben ítélkezésmentes hozzáállásra törekszik, nyitott a különböző és eltérő álláspontokra, s őszintén reflektál félreértéseire, esetleges hibáira. A terápiás tér központi elemei az érzésekről, a szándékokról és a gondolatokról való beszélgetés. Ez fejleszti leginkább azt a képességet, hogy érzelmi állapotainkat megéljük, azokra reflektáljunk, és merjünk azokban benne lenni az érzésekből való kimenekülés – a disszociáció – helyett. A mentalizációalapú terápia így indirekt úton csökkenti a disszociatív állapotokba kerülés lehetőségét, ezzel az olyan elkerülésalapú viselkedéses stratégiák megjelenését, mint a nemszuicidális önsértés.

A mentalizációalapú terápiát eredetileg nappali kórházi ellátás keretei között fejlesztették ki, s mint ilyen, lényege, hogy mind az egyéni, mind a csoportterápia támogatását kihasználja. A csoport kiváló környezetet biztosít a mentalizációs készségek fejlődéséhez: a csoporttagok konstruktív reflexiói ugyanis kiemelkedőek abban, hogy az egyén képessé váljon saját és mások érzelmei azonosítására, s arra, hogy az általa elmondott konfliktus szereplőihöz más, alternatív mentális állapotokat, reakcióikhoz további lehetséges magyarázatokat társítson. Ugyanakkor a „társas fertőzés” jelensége miatt az önveszélyeztető viselkedésformákkal csak az egyéni terápiás ülések keretében foglalkoznak. A mentalizációalapú csoportterápiában tehát a csoport nem azt beszéli meg, hogy például egy önsértő epizód során mi történt, hanem – a mentális folyamatokra összpontosítva – azt próbálja megérteni, hogy miért ehhez a cselekedethez fordult a csoporttag, mi vezetett el addig. A csoport reflexióival és kérdéseivel például rávilágíthat arra, hogy amikor azért keletkezik extrém feszültség, mert a személy elhagyottnak vagy értéktelennek érzi magát, a mentalizálás sokkal nehezebbé válik. A csoportfolyamatok által stimulált mentalizációs kapacitásfejlődés kiválóan integrálható a párhuzamosan zajló egyéni terápiába.

A mentalizációalapú terápia az önsértés kezelésében hosszabb időt igényel, mint például a dialektikus viselkedésterápia. Míg az utóbbi konkrét készségeket tanít meg

a páciensnek, amelyeket az önsértési késztetés megjelenésekor az önsértés alternatívájaként használhat, addig a mentalizációalapú terápiában a fókusz nem az önkárosító viselkedéseken van, hanem az emberi viselkedés mögött meghúzódó mentális állapotok (pl. vágyak, érzések, célok, szükségletek, megélések) értelmezésén. Az érzelem- és az önszabályozás stabilizálásának mentalizációalapú megtámogatása tehát nem közvetlenül a jelenbeli önbántalmazásra hat, hanem hosszabb távon csökkenti az önsértés kockázatát.

XII.2.4. Problémamegoldó terápia az NSSI kezelésében

A problémamegoldás fejlesztésének kitüntetett szerepét már a korai önsértés kutatásokban és kezelési hatékonyságvizsgálatokban is kiemelték (Hawton és mtsai., 1998). A módszer alkalmazásán alapuló szisztematikus vizsgálatok vegyes eredményeket mutattak: bár az önsértő (szucidális és nemszucidális) viselkedések mérséklésében döntően pozitív hatásfokát erősítették meg, azonban nem minden esetben találták hatékonyabbnak más terápiaformáknál (Bannan, 2010; Townsend és mtsai., 2001). A következőket eredmények hiánya vezetett ahhoz a nézethez, hogy önmagában a problémamegoldó készségek és attitűdök fejlesztése kevés a szándékos – szucidális és nem szucidális – önsértés hatékony ellátásában, abba más elemeket is integrálni kell (Muehlenkamp, 2006; Washburn és mtsai. 2012b). Egy ilyen, az önsértés csökkentésére fókuszáló, rövidterápiás kezdeményezés a *kézikönyv által vezetett kognitív viselkedésterápia* (*Manual-Assisted Cognitive-behavioral Therapy; MACT*), amely a problémamegoldó terápiát kognitív technikákkal és a visszaesést megelőző módszerekkel kombinálja (Evans és mtsai., 1999), azonban tesztelése során kiábrándító eredmények születtek (nem volt hatékonyabb és egyes vizsgálatokban költséghatékonyabb sem, mint más típusú kezelések; Tyrer és mtsai., 2003).

Ugyanakkor a problémamegoldó stratégiák fejlesztése mindenképpen fontos szempont az önsértés kezelésében, amennyiben abból az összefüggésből indulunk ki, hogy a nemszucidális önsértés egy, a negatív és pszichésen fájdalmas élmények elkerülésére irányuló stratégia. Ebben a perspektívában az önsértés a hatékony problémakezelés hiányát jelenti. A *problémamegoldó terápia* célja éppen a problémák azonosítása, majd megoldásuk elősegítése általános megküzdési stratégiák elsajátítása révén. A problémamegoldás fejlesztése alapvető módszer a stressz kezelésében és megelőzésében, így szinte minden stresszkezelő csoport alapvető eleme nem klinikai problémák esetében is. A problémamegoldó terápia alapvetése szerint az önsértő személyek a problémamegoldást érintő kognitív és viselkedéses hiányosságaik miatt nem tudják máshogyan megoldani nehézségeiket, mint az önbántalmazás (D’Zurilla és Nezu, 2001). A problémamegoldó terápiás eszköztárból a páciens életét meghatározó nehézségek azonosítása és azok adaptív megoldása érdekében érdemes

elemeket beépíteni egy integratív önsértéskezelési eljárásba, ezért röviden áttekintjük a problémamegoldó terápia lépéseit (Urbán, 2022; Wester és Trepal, 2017):

1. *Problémaorientáció:* Az első lépés annak azonosítása, hogy mi jelent problémát a kliens életében. Majd annak feltárása zajlik, hogy a személy mit gondol a (konkrét) problémáiról, hogyan érez azokkal kapcsolatban, és hogyan vélekedik arról, meg tudja-e oldani és milyen módon ezeket a problémákat. Ebben a nyitó fázisban edukációval segítik a klienst abban, hogy az egyes specifikus problémáit jobban átlássa, ezáltal megértse. Feltárják azt is, hogy a problémamegoldással kapcsolatban milyen attitűdökkel bír és általában milyen problémamegoldó stratégiákat alkalmaz. Negatív problémaorientáció esetén a személy a problémákat elkerülni igyekszik (pl. *„mert rossz szokásom, hogy a problémáimat elteszem magamba”* vagy *„nem tudom a saját problémáimat helyén kezelni”*), ennek eredménye az önsértés (is). Pozitív problémaorientáció esetén pedig hisz abban, hogy megvan a képessége ahhoz, hogy nehézségeit észszerűen és hatékonyan oldja meg.
2. *Problémafelismerés:* A problémák felismerése és azonosítása – főleg az azokat elnyomó attitűd mellett – nem könnyű feladat. Ezért a problémamegoldó tréning központi eleme, hogy tételesen számba veszi, milyen problémák érintik a klienst – például listát készítenek azokról. Majd azt is elemzik, hogy ezek a problémák hogyan változnak időben és az egyes helyzetek mentén. A problémafókusz segít annak azonosításában is, hogy mely nehézségén szeretne a terápiában dolgozni a személy.
3. *Problémadefiniálás:* Ebben a fázisban a kliens a problémalistából választ ki egy problémát és azt minél világosabban leírja, minél tisztábban bemutatja.
4. *Megoldásgenerálás:* A személyt arra kéri meg, hogy az előző lépésben kiválasztott problémájához soroljon fel annyi megoldási módot, amennyit csak tud, anélkül, hogy azok hasznosságán vagy alkalmazhatóságán egyelőre elgondolkodna.
5. *Döntéshozás:* Itt arra kéri a klienst, hogy az előzőekben felsorolt megoldási módok alkalmazhatóságához társítson pro és kontra érveket és mindegyik esetében gondolja át azok lehetséges következményeit is. A fázis végén pedig arra kéri a személyt, hogy válasszon ki néhány megoldást, amelyeket majd ki fog próbálni a probléma megoldása során.
6. *Cselekvési terv létrehozása:* Az ún. SMART szempontok mentén problémamegoldási akciótervet készít a személy. A SMART-rendszer (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) azoknak a szempontoknak a rövidítéséből származik, amelyek segítenek a célmeghatározásban: a célkitűzésnek konkrét, mérhetőnek, reálisnak, fontosnak és időben tervezhetőnek, azaz behatároltnak kell lennie. Például: *„Szeretnék elszakadni attól a csoporttól, ahol sokat iszunk, de úgy érzem, nem törődnek*

velem. Bármit megteszek azért, hogy bárki jól legyen. És ezt nagyon sokan kihasználják itt. És ez nagyon rosszul esik. Sokszor emiatt lettem annyira kutyául, hogy otthon meg megvágtam magam. Nem megyek ki a térre, ahol gyülekeznek. Elkezdek a nővéremmel edzőterembe járni a jövő héttől heti kétszer.” Majd a SMART révén meghatározott problémamegoldási lépéseket a kiválasztott probléma valós megoldásába kell átültetnie a kliensnek.

7. *Felülvizsgálat és értékelés:* A problémamegoldó terápia zárólépése a kipróbált új problémamegoldási mód áttekintése és értékelése (mennyiben segített, elérte-e a kívánt hatást, előnyei, hátrányai, van-e valami, ami megoldatlan maradt, mit kellene annak megoldásához változtatni, mennyiben fejlesztette a személy problémamegoldó repertoárját).

Maga a terápiás forma rapid, 4–8 ülést takar, s kifejezetten a problémamegoldási készségek fejlesztésére fókuszál, így valóban nem önmagában, hanem más terápiás rezsim részeként alkalmazható produktívan (pl. Crowe és Bunclark, 2000).

XII.3. Specifikus gyakorlatok, ellátási fókuszok az NSSI-intervenciókban

Újabban több olyan módszert is kidolgoztak, amelyek nem átfogó pszichoterápiás keretben próbálják az önsértő viselkedést enyhíteni, hanem célzottan és kreatív technikákkal segítik az önsértéshez kapcsolódó érzések, gondolatok, viselkedések és környezeti tényezők változását, illetve változtatását.

Az egyik ilyen megközelítés abból indul ki, hogy az önsértő személyek alacsonyabb stressztűrő képességük és kevésbé hatékony megküzdő viselkedésük miatt fordulnak az önbántalmazáshoz. Ennek alapján kulcstényező, hogy az önsértési késztetést a személy egyre inkább késleltetni tudja. Természetesen az önsértésről való figyelemelterelés önmagában nem jelent megoldást, de hozzájárulhat az önsértés megszűnéséhez. Amennyiben egyre hosszabb ideig, és egyre többször sikerül az önsértésre irányuló vágy és a megvalósuló önbántalmazó tett közötti időintervallumot kitolni, az, aki eddig azt élte meg, hogy nem vagy kevésbé tudja a viselkedését kontroll alatt tartani, megtapasztalhatja ennek az ellenkezőjét. Másrészt olyan többletidőt hoz, ami az intenzív érzelmi élmények enyhítésében más, adaptívabb érzelmkezelési stratégiák kipróbálásának nyithatja meg az utat.

Egy egyszerű és hatékony technika, ha az önsértő személy kidobja azokat az eszközeit, amelyeket az önsértéshez használ. Amennyiben ez nehezebbre esik, javasolhatjuk, hogy hozza el a terapeutának, aki tárolni fogja, vagy a személynél marad, de megkérjük, hogy zárja el (pl. tegye egy zárható dobozba), s a kulcsot rejtse el

a házban vagy legalábbis nehezebben elérhető helyre tegye. Mindez tágítja az önsértésre való késztetés és az aközötti időt, hogy a személy fizikailag is részt tudjon venni az önsértésben. Eközben az önsértésre irányuló vágy csökkenhet vagy meg is szűnhet, illetve lehetőséget teremt a személynek arra is, hogy a következő lépése felett visszaszerezze a kontroll érzetét (Wester és Trepal, 2017).

Ilyen, az önsértéstől „eltérítő” módszer továbbá a rendszeres, napi/heti rutinba beépített könnyed, jóleső testmozgás. Hatékonyságát több esettanulmányban támasztották alá (pl. Wallenstein és Nock, 2007), de vizsgálatok is megerősítették jótékony szerepét az önsértés csökkentésében (pl. Wester és McKibben, 2016). Feltehetően a testmozgás nemcsak az önsértésről való figyelemelterelésben segít, hanem a hangulat javításával is csökkenti az önsértésre irányuló késztetést. A mozgás továbbá felszabadítja azt a felgyülemlett energiát, ami például a szorongásból vagy más intenzív érzelmekből (pl. düh), vagy tépelődő gondolatokból származik.

Érdeemes továbbá személyre szabott alternatívákat is beazonosítani, amelyek „kiválthatják” az önsértő viselkedést. Ehhez elengedhetetlen kiindulópont, hogy az NSSI háttérében álló okokat az adott személynél feltárjuk, valamint beazonosítsuk azt a pontot, ami a személy számára különösen meghatározó az önsértésben, s azt mással elérve, mint az önsértés (pl. gumiszalag viselése a csuklón vagy mély lélegzetvétel) megakasztható az önbántalmazás folyamata. A legtöbb esetben azonban ezek nem tudatosan reflektált tényezők, ezért fontos időt szánunk arra, hogy az NSSI kezelése során, annak első lépéseként az önsértéssel kapcsolatos részletes viselkedéselemzést (motiváló tényezők, az önsértést megakasztó tényezők) végezzünk (erről ld. bővebben a XII.1. és a XII.2.1. fejezeteket). Ehhez tudjuk az önsértést felváltó alternatív magatartásformákat illeszteni. Példaként, ha valakinél az önsértés jellemzően önmaga megvágásában manifesztálódik és a düh általi elöntöttség enyhítésére szolgál, valamint a vér látványa megakasztja az önsértési epizódot, akkor az önsértést olyasvalami válthatja fel, amely az agresszió és a harag érzelmeit hasonló mozgásokkal képes csillapítani, illetve a vér/vérzés vizuális ingere is helyettesíthető. A mozdulat például lehet egy papírlap dühös szétvagdosása vagy széttépése, vagy piros filccel erős vonalak húzgálása a fehér papíron, ezek az önsértéshez részben hasonló mozgásos és hallási élményt, valamint hasonló látványt nyújthatnak (Wester és Trepal, 2017). Az 5. táblázat az önsértés háttérében álló motivációk szerinti helyettesítő lehetőségeket, míg a 6. táblázat az önsértést leállító tényezők szerinti alternatív viselkedéseket foglalja össze Kelly L. Wester és Heather C. Trepal (2017) alapján, akik önsértő személyekkel és családtagjaikkal végzett munkájuk évtizedes tapasztalatai nyomán gyűjtötték csokorba az önsértés helyébe léptethető viselkedéses opciókat.

5. táblázat. Az önsértő cselekedetet funkciója alapján helyettesítő lehetséges viselkedésformák

Amennyiben az önsértés háttérében az érzelmek szabályozási nehézsége vagy negatív hangulat áll	Amennyiben az önsértést düh vagy agresszió motiválja	Amennyiben az önsértés funkciója a szorongás vagy a nyugtalanság csökkentése
AZ ÖNSÉRTÉS HELYÉBE LÉPTETHETŐ ALTERNATÍV VISELKEDESEK		
mély lélegzetvételek	újságpapír széttépése	takarítás, rendrakás
relaxáció, jóga	gyurmából építés, majd annak szétrombolása	séta, futás, sportolás, táncolás
a jelenre fókuszálás és a felmerülő ér- zelmek ítélkezésmentes megtapasztalása	tárgyak dobálása bizton- ságos térben (pl. párna falnak, labda kőfalnak dobálása)	kollázs készítése arról, mi az, amit szeretünk vagy megnyugtat
mechanikus számolás	párnába ütés	videójátékozás
szavak vagy mondatok ismételt leírása	gyümölcs összezúzása	kiabálás, ordítás, ahol nem hallják
szabad asszociáción ala- puló naplóírás	dartsozás	listakészítés önmagunk pozitívumairól
érzések vizualizálása, majd annak vizualizá- lása, hogy ezek az ér- zelmek nyugvópontra jutnak	nagyobb papírlapra he- vesebb mozdulatokkal történő ujjal festés	„foglaljuk le a kezünket!” (pl. gyurmázás, rajzo- lás, gépelés, e-mailezés, labda pattogtatása)

Forrás: Wester és Trepal, 2017, 151. oldal alapján.

6. táblázat. Az önsértő cselekedetet leállító faktorok szerinti viselkedéses alternatívák

Amennyiben az önsértést testi érzetek állítják le	Amennyiben az önsértést vizuális ingerek állítják le	Amennyiben az önsértést a realitáshoz való fokozott kapcsolódás állítja le
AZ ÖNSÉRTÉS HELYÉBE LÉPTETHETŐ ALTERNATÍV VISELKEDÉSEK		
hideg vagy meleg zuhany olyan mértékig, amely nem károsítja a bőrt	valamilyen művészeti tárgyra (festmény, szobor) való fókuszálás	a figyelem tudatos ráirányítása az öt érzékszervre (pl. milyen szagot érzünk, mit látunk, hallunk, milyen ízt érzünk, mit tapintunk)
jégkockák tenyérbe szorítása	vízfestékkel vagy filctollal piros csíkok festése oda, ahol önsértést szokott végezni a személy	mély lélegzet vétele, relaxációs technikák alkalmazása
gumikarkötő viselése a csuklón (vigyázva arra, hogy nem szorítsa el a keringést)	bőrbarát festékkel valamit arra a bőrfelületre festeni, ahol korábban önsértést végzett a személy	a szobában lévő tárgyak megfigyelése (pl. milyen közel vagy távol van valami)
gyapjúruha viselése vagy bőrhöz dörzsölése	matrica vagy lemosható tetoválás ráragasztása arra a bőrfelületre, ahol korábban önsértést végzett a személy	egy dal eléneklése, miközben minden szavára figyelmet fordítunk
mentolos krém bőrbe masszírozása	nem ártalmas piros festék vízben való feloldása (a piros szétáradása a vér szimulálására szolgál)	mezítláb sétálni a szobában miközben arra fókuszálunk mit érzünk a talpunk alatt
erős paprika elrágása	ferde, szaggatott vonalak felrajzolása egy papírlapra	ismétlődő lassú mozdulatokkal testápoló bőrbe masszírozása
tenyérrel az asztalra csapni	a személy számára megnyugtató színű ruhadrabra, anyagra, képre, falra stb. való fókuszálás	egy képre/fotóra való fókuszálás, miközben megragadjuk a részleteket

Forrás: Wester és Trepal, 2017, 152. oldal alapján.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy az önsértést helyettesítő alternatívák önmagukban nem kezelési megoldások, abban azonban segíteni tudnak, hogy megakasszák az önsértés folyamatát és ezzel csökkentse a testfelszín károsodásának mértékét, ezzel az önsértés súlyosságát. Lényeges szempont az is, hogy csak a terapeuta folyamatos kontrolljával – az önsértéstől elterelő alternatívák alkalmazási tapasztalatainak megbeszélésével – gyakorolják a kliensek a helyettesítő viselkedéseket. Azok a páciensek ugyanis, akik valójában még nem motiváltak az önsértés abbahagyására, ezeket az alternatívákat könnyen újabb fajta önsértési módszerekké alakíthatják (pl. meleg vizes zuhany helyett leforrázzák magukat). Ezért is fontos az önsértést helyettesítő módszerek felkínálása előtt az önsértő változással kapcsolatos motivációját feltárni (ennek kapcsán bővebben ld. a XII.1. fejezetet).

Végül kiemeljük a pozitív testkép erősítésének fontosságát. Kutatási eredmények utalnak arra, hogy hasznos lehet az NSSI leépítésében a *test elfogadását és értékelését fejlesztő módszerek* beépítése a beavatkozásokba (Muehlenkamp és mtsai., 2013). Ezt a szempontot erősítik azok az önsértés kezelésében sikert felmutató terápiák, amelyek része, hogy leépítik a negatív én- és testképet. Teszik ezt például olyan, az önsértés alternatíváját nyújtó cselekvések begyakoroltatásával, amelyek a test bántalmazása helyett annak gondozását segítik elő (pl. olyan testpozitív tevékenységekkel, mint a kellemesen meleg fürdő, tudatos légzőgyakorlatok, masszázsról járás; Klonsky et al., 2011) vagy testmozgásra (pl. jóga, tánc) serkentenek, ami egyértelműen javítja a test elfogadását és a testi tudatosságot (Wallenstein és Nock, 2007; Zhou és mtsai., 2024), nem mellesleg hatékony önmegnyugtató technikák is lehetnek, hiszen szinte azonnal csökkenteni képesek az érzelmi feszültséget. Bizonyos terápiák (pl. dialektikus viselkedésterápia) az érzelmi felfokozottság korai testi jeleinek felismerését is segítik elsajátítani, ezzel a testi tudatosságot is növelik, s megakasztják a negatív emocionális állapot eszkalálódását. Hatékonysága feltehetően abban áll, hogy a megtanult, testi tudatosságot fokozó készségek csökkentik a testtel szembeni közönyt. A testre való hatékonyabb figyelem, a testhez való kapcsolódás pedig serkenti a saját test értékelését és gondozását, azaz fokozza a test védelmének természetes igényét (Muehlenkamp, 2012).

Mivel a testkép az énkép része, így azok a kognitív terápiás technikák, amelyek az NSSI ellátásában többek között az önleértékelő, a test iránti elutasítást megalapozó negatív hiedelmek átkeretezésével dolgoznak, közvetve javíthatják a testhez való viszonyt. Ezeknek a terápiáknak az NSSI kapcsán edukatív módszere lehet, hogy kiemelik az önsértés testi következményeit. Például részletes információt adnak át a bőr hegesezési folyamatáról, arról, hogy a szervezet a károsodott (pl. megvágott, megégetett) szövetet erősebb kollagén rostokkal építi újra, ezért ezek az új szövetrészek eltérően néznek ki, mint a felhám. Mivel nem tartalmaznak pigmentet, a hegek kifehérednek, s akár túl is terjedhetnek a sérült bőrterületen, ez az ún. keloidos hegeképződés, s kialakulása független attól, hogy hogyan kezelték a sebet (Möhl,

2020). Az edukáció tehát a kognitív terápiákban a tévhitek leépítésére is alkalmas lehet. Ilyen további hiedelem lehet a saját test ellenségként való észlelése. Ezzel kapcsolatban egyes kognitív terápiák az elfogadásalapú technikákat helyezik a középpontba, amelyek az elfogadóbb testkép kialakításán dolgoznak, ami hozzájárulhat az NSSI megelőzéséhez (Webster, 2011). A kognitív terápiás eljárásokban nemcsak az edukatív elemek fontosak, hanem a (pl. testtel kapcsolatos) torzult, negatív gondolatok (pl. testtel kapcsolatos túlzott kritikusság) felszínre hozása, megkérdőjelezése és csökkentése, ezzel párhuzamosan a pozitív testkép, a testtel kapcsolatos elfogadó gondolatok, türelmesebb viszonyulás megerősítése. Ilyen lehet például, amikor a terapeuta segítségével a páciens a teste felé irányuló indokolatlanul elítélő gondolatait (pl. „*undorító a testem*”) megtanulja testsemleges gondolatokkal (pl. „*a testem segít abban, hogy eljussak egyik helyről a másikra*”) helyettesíteni. Igen hasznos a pozitív, testtel kapcsolatos belső önbeszéd alkalmazása is (pl. „*a testem lehetővé teszi, hogy megőleljek másokat*” vagy „*a testem megérdemli a tiszteletet*”).

Lényeges továbbá abban segíteni a pácienseket, hogy felismerjék a különböző érzelmi élményekhez kapcsolódó testi jelzéseket, testből származó érzeteket. Ez azt a folyamatot támogatja meg, hogy a személy még azelőtt észrevegye kellemetlen izgalmi állapotait, mielőtt azok túlterhelővé válnának számára. Az is segítheti a testtudatosság erősödését és a test örömteli funkcióihoz való kapcsolódást, ha a terapeuta arra bátorítja a páciens, hogy különböző tevékenységei közben (pl. zuhanyzás, séta, főzés) figyelje meg szenzoros (látási, hallási, szaglási, ízlelési és tapintási) élményeit. Egyre több eredmény mutat arra, hogy ha csökken a testtől való elidegenedés és javul a testtel kapcsolatos viszony, az NSSI-viselkedés csökken (Muehlenkamp, 2012).

Egyelőre ezek azonban még sporadikus adatok, a célzott vizsgálat kevés, így mindenképpen további kutatásokra van szükség annak vizsgálatára, hogy közvetlenül a testkép javításának milyen szerepe van az önsértés mérséklésében – különösen azoknál a pácienseknél, ahol a verbális terápia szintjén a javulási folyamat elakadt. A testtel kapcsolatos attitűdök felmérése mindenképpen – terápiás módszertől függetlenül – fontos lehet a terápiás terv kialakítása és a prognózis becslése kapcsán. Feltételezhetjük, hogy egy pozitívabb testképpel, jobb testelfogadással bíró páciens esetében kedvezőbb az NSSI szempontjából a kezelés eredményessége, hiszen a magasabb test felé irányuló tisztelet a test magasabb fokú gondozásával jár, ami éppen az önsértés ellentétéként értékelhető (Walsh, 2008). A testképpel való munka integrálása leginkább olyan terápiás eljárásokba indokolt, amelyek hatékonyságát már bizonyították.

XII.4. A közvetlen hozzátartozók szerepe az NSSI kezelésében és az abból való felépülésben

Az önsértés nemcsak magára a viselkedést végző személyre van hatással, hanem környezetére, elsősorban családtagjaira is (Lewis és Hasking, 2023). Feltehetően részben az önsértéshez kapcsolódó erőteljes társadalmi tabu miatt nagyon kevés információ áll rendelkezésre azok számára, akiknek valamely családtagja önsértést végez. Ráadásul az NSSI nehezen érthető, így rendkívül ijesztő a környezet számára, különösen azért, mert a laikus emberek legtöbbször a nemszuicidális önsértés és a szuicidális önsértés közé egyenlőségjelet tesz. Másrészt nemklinikai serdülő és fiatal felnőtt populációkban láthattuk, hogy az elmúlt évtizedekben megnőtt az önsértés előfordulási gyakorisága (Wester és mtsai., 2018). Ezek a generációs különbségek tanácsalansághoz és feszültséghez vezethetnek. A legtöbb esetben a családtagok gyakran nincsenek tudatában annak, hogy egy családtagjuk önsértő viselkedést folytat. Amikor ez kiderül, az rendszerint sokkoló tapasztalat: a hozzátartozókban az aggodalom, a bűntudat, a tehetetlenség és a szégyen érzései keveredhetnek a felelősség mardosó kételyével. Amennyiben gyermek vagy kamasz önsértőről van szó, a szülők megkérdőjelezzik képességeiket, azon töprengenek, hogy miért nem vették észre, hogy gyermekük ekkora fájdalmat hordoz. Kutatások mutattak arra is, hogy a lelki megterhelés mellett fizikai tünetek (pl. fizikai rosszcselekedetek, alvásproblémák, súlyvesztés, időszakonként heves szívdobogásérzés) is megjelennek önsértő kamaszok szüleinél (Whitlock és mtsai., 2018).

Nem ritka, hogy szélsőséges válaszok jelennek meg a szülők felől gyermekük önsértésével kapcsolatban. Egyes szülők bagatellizálják ezt a fajta viselkedést, azt átmeneti szeszélynek vagy figyelemfelkeltésnek titulálva. Az önsértés lekicsinylése azonban az önsértő által megélt érzéseket érvényteleníti. A kötet szerzője olyan – nyilvánvalóan tehetetlenségben és kétségbeesésben fogant – szülői reakciót is tapasztalt klinikai munkája során, ami azt a nyomást helyezte a gyermekre, „hogya ilyen szörnyű dolgot tett, akkor vágjon még nagyobb magán”. Ez a reakció szintén mélységes döbbenetet és értetlenséget váltott ki a kamaszból, ami magára maradtottság élményét fokozta. Egy másik szélsőséges reakció a bagatellizálás ellentéte, amikor a szülő szinte minden lépését ellenőrizni kezdi a gyermeknek, amikor tudomására jut, hogy az önsértést végez. Például eltiltja gyermekét a közösségi médiától, minden nap átkutatja a szobáját, korlátozza a gyermek társas kapcsolattartását. A túlzott kontroll szintén aláássa a szülő és gyermeke közötti bizalmi kapcsolatot. Ráadásul kutatások alapján a túlkontrolláló szülői magatartás önmagában rizikófaktor a önsértésnek (Baetens és mtsai., 2015).

A család védőfaktor és rizikótényező is lehet az önsértés tekintetében. Több vizsgálat is megerősítette, hogy a támogató családi kapcsolatok csökkentik az önsértés

kockázatát, ha pedig mégis megjelent, csökkentik annak súlyosságát. Egy hosszmet-szeti vizsgálat például kimutatta, hogy serdülőkorban a támogató családi környezet hatással van az NSSI abbahagyására (Tatnell és mtsai., 2014). Egy másik hosszmet-szeti kutatás pedig rávilágított, hogy az olyan pozitív szülői megnyilvánulások, mint a dicséret, védelmet nyújtanak az önsértés kialakulásával szemben (Victor és mtsai., 2019). A családi védelem ráadásul még fiatal felnőttkorban is kiemelt szereppel bír. Egy naplómódszerrel dolgozó tanulmány eredménye szerint azok az egyetemisták, akik gyakoribb kapcsolatban voltak a családjukkal, kisebb valószínűséggel végeztek önsértést (Turner és mtsai., 2017). Szintén egy friss kutatási eredmény szerint, azok a serdülők, akik megosztották önsértő viselkedésüket a családjukkal, később nagyobb bizalommal kértek segítséget, kevesebb öngyilkossági gondolatuk volt és jobban megküzdöttek a nehézségekkel, mint akik nem tárták fel családjuk előtt önsértő magatartásukat (Hasking és mtsai., 2015).

A családi közeg azonban növelheti is az önsértés kockázatát. A gyenge családi támogatás összefüggést mutat az önsértés kialakulásával és fennmaradásával is (Cassels és mtsai., 2018). A stresszes, ellenségességgel, veszekedésekkel, erős szülői kritikával terhelt családi miliő pedig olyan környezetet teremt, amire reakcióként megjelenhet az önsértés. Az önsértés ugyanis gyakran a stresszel, az elutasítottsággal, az önkritikussággal és alacsony önértékeléssel való megküzdés eszköze – ezek a pszichés állapotok egy negatív családi környezetben könnyen kialakulhatnak (James és Gibb, 2019). A problémás családi működés (pl. elhanyagolás, bántalmazás, a szülők mentális problémái, bizonytalan kötődés) tagjaiból fokozott érzelmi reakciókészséget vált ki, s a családtagoknál nem ritkák az érzelemszabályozási nehézségek. Ezek a diszfunkcionális pszichológiai mechanizmusok pedig szorosan összefüggenek az önsértéssel (Dawkins és mtsai., 2019). A kötődés, a család és az NSSI kapcsolatát megalapozó feltételezett mechanizmusokat a IX.2.1. és a X.3.1. fejezetek mutatják be részletesen.

Mivel a legtöbb családtagnak fogalma sincs, hogyan reagáljon a családban előforduló önsértésre, a hangulat gyorsan feszültté válhat. Ebben a légkörben az önsértő személy különösen érzékenyen reagálhat a családtagok megnyilvánulásaira. Ez azonban – ördögi körként – hasonló intenzitású, negatív érzésekkel (pl. szorongással, dühvel, tehetetlenségérzéssel) átitatott reakciókhoz vezethet a család többi tagja felől (Møhl, 2020).

A legfontosabb ezért abban segíteni a szülőket, hogy a legalapvetőbb hozzáállásuk gyermekük felé, amikor az támogatást keres, a meghallgatás legyen. Ez a bizalmi, a problémák és nehéz érzések megbeszélésére nyitott légkör a kiindulópont bármiféle változásra. Ezt az igényt maguk a fiatalok is megerősítik. Egy kutatásban arra a kérdésre, hogy mit tehetnének a szülők, hogy segítsenek önsértést végző gyermeküknek, a legtöbben azt válaszolták, hogy „egyszerűen hallgassák meg a gyermeküket”. Ebben lényeges szempont volt az ítélkezésmertesség. Ezt követte az az igény,

hogy a szülő segítsen professzionális, pszichológiai/pszichiátriai támogatást keresni gyermekének (Berger és mtsai., 2013). A fiataloknak az önsértéssel kapcsolatos stigma és saját alakuló autonómiájuk megőrzésének vágya miatt eleve nehéz beszélnie a felnőttekkel. Erről részletesebben ld. Lisa Waals (2018) NSSI Családi Distressz Kaszkád Modelljét a X.3.1.1. fejezetben.

A szakemberek számára is fontos szempont tehát, hogy valamilyen módon a családot is bevonják az önsértő személlyel végzett munkába. Ráadásul valószínű, hogy a családtagok eltérően látják családtagjuk önsértő viselkedését. Ezért fontos, hogy a szakember ezeket a nézőpontokat összegyűjtse és a családtagok közötti kapcsolatokat és kommunikációs mintákat is feltárja (Wester és Trepal, 2017). Lényeges azt látni, hogy:

Milyen családdinamikai folyamatok járulnak hozzá ahhoz, hogy egy családtag az önsértést válassza, mint megküzdési módot?

Milyen reakciókkal és érzésekkel viszonyulnak a családtagok az önsértő személyhez?

Ezek a reakciók hogyan alakítják az önsértő családtaggal való kapcsolatot?

Milyen támogatásra és információra van szüksége a családnak, ha valamely családtagjuk önsértést végez?

Hogyan vonható be a család a kezelésbe?

Mit közölhetünk a családtagok felé az adatvédelem és a titoktartás szempontjából?

A következőkben néhány fontos szempontot és stratégiát gyűjtöttünk össze a szakembereknek ahhoz, hogy hogyan tudják hatékonyan segíteni a családot, ha a szülőkben felmerül vagy azt észlelik, hogy gyermekük önsértésbe kezdett (Lewis és Hasking, 2023; Möhl, 2020, valamint Wester és Trepal, 2017 alapján):

- Fontos, hogy **óvatosan közelítsenek ehhez a témához**: olyan kérdéseket tegyenek fel, amik azt közvetítik a gyermekük felé, hogy segíteni szeretnének, törődnek vele és odafigyelnek rá (pl. „*Látom, hogy napok óta nagyon rossz a kedved és nem is akarsz iskolába menni, itthon is mindig bemész a szobádba és hosszú ujjukat hordasz ebben a nagy melegben. Nem jól érzed magad? Hogyan segíthetnénk? Kérlek, beszéljünk kicsit. Itt vagyok, szólj, nekem elmondhatod, ha valami nem oké.*”). A büntetés és a vádaskodás (pl. „*Mindened megvan, nem tudom, akkor miért csinálod ezt, ezt a ... nem is mondom ki, mit, vágod magad vagy mi. Már két napja nem alszom emiatt, téged csak az érdekel, hogy te hogy vagy.*”) éppen súlyosbítja a helyzetet és gyakran az önsértő viselkedést is.
- Tagadás helyett a **nehéz helyzet elismerése**, ami nem beletörő elfogadást vagy lemondást jelent. Számos szülő egyfajta védekező mechanizmusként nem reagál

azokra a jelzésekre, amelyek gyermekük önsértő viselkedésére utalnak. Nagyon nehéz azt a tényt szülőként felfogni és elfogadni, hogy gyermekük, akinek életet adtak, a saját testét bántja, ezért a tagadásba menekülés nem ritka reakció. Ugyanakkor tudattalan vagy kevésbé tudatos szinten a témával kapcsolatos belső küzdelem fokozza a tehetetlen fájdalmat, dühöt, kétségbeesést, pszichés kimerülést.

- **A gyerekekkel beszélni kell az önsértésről, de ehhez bizalomteli légkör, nyugodt hangnem és a törődés kimutatása szükséges.** Érdemes a szülőnek ún. „én-üzenetek”-et használnia (pl. *„Nagyon nehéz nekem is erről beszélnem, de úgy gondolom, mindegyikünk érdekében, nagyon fontos, hogy leüljünk és beszélges-sünk erről (is).”*). A fenyegető, hibáztató és ultimátumokat adó kommunikáció (pl. *„Ha még egyszer meglátom, hogy ilyet csinálsz, letöröm a kezed.”*) csak ront a helyzeten.

- Fontos a **figyelmes (meg)hallgatás** is. Kérdések áradata helyett az odafigyelő kommunikáció aranyat ér.

- Mivel az önsértés egyfajta „néma beszéd”, bármilyen furcsa is ez az oximoron, mindenképpen segít megtörni a hallgatást és a néma szenvedést, ha kimondják. Az önsértéshez azért folyamodik valaki, mert aktuálisan nem talál annál jobb kifejezési módot, verbális utat semmiképp. Persze a problémákról való nyílt beszéd egyáltalán nem könnyű, de elkerülhetetlen az állapot javulásához. Az egyik legfontosabb tanács tehát a szülőknél a **gyermekükkel való nyílt beszéd**, de az csak akkor működik hatékonyan, ha a többi alapvető (pl. bizalomteli légkör, ítélkezésmentesség, figyelmes hallgatás) is betartják.

- Természetesen teljesen érthető, ha a szülők előtt nyilvánvalóvá válik, hogy gyermekük önsértést végez, negatív érzések hada kavarog bennük. Ugyanakkor még ebben a kiélezett helyzetben is nagyon fontos, hogy az önsértést végző gyermekükkel ne csak az önsértésről **kommunikáljanak**, hanem a kapcsolatukban „megszokott” és **semleges témákról is**. Olyan témákról, amelyekről gyermekük szívesen beszél, érdekli őt. Legyünk nyitottak érzéseire, gondolataira, a **figyelmes hallgatás és a beszélgetés a szülői segítség egyik leghatékonyabb módja**. A beszélgetés a kapcsolódás egyik alapvető eszköze, ne szűküljön be egy olyan dologra, amelyet a gyermek amúgy is szégyell és negatívan érinti. Ha jórészt csak az önsértésről esik szó, az könnyen azt az érzetet keltheti a gyermekben, hogy ő egyenlő az önsértéssel, ennek alapján ítélik meg, kudarcot vallott, hibás, így önértékelése tovább csökken.

- A fentiekhez kapcsolódik, hogy a szülő a gyermekével való párbeszéd során figyeljen arra, hogy **elismerje gyermeke érzéseit**. Bár magas érzelmi töltetű, stresszes időszakokban különösen nehéz ez, de a szülő tudatosítsa magában, hogy a beszélgetések során időnként **ki kell fejeznie, hogy megérti, mit érezhet gyermeke**. Például: *„Át tudom élni, hogy milyen rossz lehet neked, amikor késő este, fáradtan jövök haza és már alig van idő bármire.”* vagy *„Meg tudom érteni,*

hogy dühös vagy, amiért vízparti hétvégében gondolkodunk, mert nem szeretnéd rövidujjúban és rövidnadrágban lenni.” Amennyiben a gyermek azt érzi, hogy elfogadják megelései, érzései, az ön maga elfogadásában is segíti.

- A szülőnek segítsünk annak átlátásában, hogy az NSSI egy megküzdési mód, amelyen a jelen helyzetben a gyermek egyedül nem tud változtatni. Fontos az is, hogy a **szülő tisztában legyen azzal, hogy az NSSI nem mentális betegség, hanem egy tünet.** Tüneti reakció a nehéz (pl. családi, iskolai, kortárskapcsolati) helyzetre, tünete az érzelemszabályozási problémának, tünete valamely mentális problémának. A szülőnek azt a tényt is figyelembe kell venni, hogy a kamaszok legalább negyede élete során már legalább egy alkalommal végzett önsértést, azaz viszonylag gyakori jelenség. **Komolyan kell tehát venni, de nem szabad pánikba esni.**

- Fontos, hogy a **szülők ne büntessék gyermeküket az önsértés miatt és ne állítsanak fel ezzel kapcsolatos ultimátumokat** (pl. „Ha nem hagyod azonnal abba, elveszem a telefonodat.”). Ez csak fokozza az önsértés gyakoriságát és súlyosságát és még jobban titkolni fogja azt a gyermek a szülő elől.

- **A szülőnek nem szabad elvárnia, hogy gyermeke egyik napról a másikra abbahagyja az önsértést,** mert ez nem reális kívánság.

- Fontos, hogy a **szülő olvasson, tájékozódjon az NSSI-ről.** Amennyiben nincs kapcsolatban szakemberrel (pl. a gyermekét ellátó pszichológussal), informálódhat könyvekből (például a jelen munkából) vagy hiteles internetes oldalakról. Jelenleg az alábbi magyar nyelvű weboldalakat tudjuk ajánlani a témában:

- <https://kek-vonal.hu/tudastar/miert-bantja-magat-gondolatok-az-onsertesrol>
- <https://kek-vonal.hu/gyakori-temak/az-onsertesrol-szuloknek>
- <https://kek-vonal.hu/tudastar/interju-flach-richarddal-a-nem-szuicidalis-onsertesrol>

Fontos például a szülőknek tudnia, hogy az önsértés háttérében számos ok állhat és ez mindenkinél, így gyermekükénél is más és más lehet. Fontos tudniuk, hogy még pszichológiai ellátás mellett is lehetnek visszaesések az önsértésben, így emiatt megsegíteni a gyermeket kifejezetten káros. Fontos azt is tudniuk, hogy az önsértés nem feltétlenül jelez öngyilkossági gondolatokat: a nemszucidális önsértés részben elkülönül a szucidális önsértéstől. Fontos tudniuk, hogy gyermekük lehet, már nem végez önsértést, de előfordulhat, hogy más – alternatív – módon, közvetlen testi sérülés okozása nélkül idéz elő fájdalmat önmagánál (pl. rendszeresen kihagyja a reggelit és az ebédet). A sort még folytathatnák, ezért lényeges a szülők tudatosságának növelése és ismereteinek bővítése.

- Segítő reakció az is, ha a **szülő gyakorlati támogatást nyújt a gyermekének:** például vele megbeszélve pszichológust keres és oda elviszi őt, segít a sebkezelésben és a hegek megelőzésében (pl. aloe vera tartalmú krémet vesz).

- A szülőknek ahhoz, hogy gyermeküknek segítséget tudjanak nyújtani, arra is törekedniük kell, hogy **önmaguknak is segítsenek**. Még a nehéz helyzetben sem szabad, hogy a saját életükről, mindennapi örömeikről, azokról a dolgokról, amik feltöltik őket, lemondjanak. Ezek a **saját szubjektív jóllétüket növelő dolgok** (pl. heti egyszer elmerülni egy hobbiban) adhatnak erőt a gyermek támogatásában, a családi nehézségek kezelésében.
- **A szülő a konfliktusok és az érzelmek kezelésében is példa**. Ha ebben pozitív példát nyújt, az önmagában segíti azt, hogy a gyermek a konfliktusait (pl. szüleivel, testvéreivel, kortársaival, tanáraival) hatékonyabban oldja meg. A példamutatáson túl érdemes a szülőnek erről beszélnie is gyermekével (pl. „*Látom, hogy dühös vagy, mert összevesztél a padtársaddal. Beszélünk róla? Mert az első, heves, haragból született reakciók sosem jók senkinek. Együtt kitalálhatnánk, mik lehetnének a helyzet elég jó megoldásai.*”).
- Mivel egy gyermek önsértő viselkedése az egész családra hatással van, a testvérek sem kivételek ez alól. Amennyiben (együtt élő) testvérek is vannak a családban, nem ritka, hogy az önsértést végző gyermek testvérei irracionális büntudatot éreznek amiatt, hogy testvérük szenved, s nem ők. Ezt a jelenség az ún. „túlélő büntudat” körébe tartozik (Möhl, 2020), s önbüntető gondolatokban és viselkedésekben nyilvánulhat meg. Például az önsértést végző kamasz testvére nem vesz részt olyan tevékenységekben, amiket élvezne, mert aggódik, hogy kiegyensúlyozatlan mentális állapotban lévő testvére amiatt rosszul érezné magát, haragudna, vagy elvonná tőle a figyelmet. Többgyermekes családokban a szülőknek ezért mindig szem előtt kell tartani, hogy az **önsértést végző gyermekük mellett ugyanúgy figyeljenek többi gyermekükre is**. Javasolt például időnként kifejezetten a nem önsértő gyermekkel külön szülő-gyermek programokat szervezni.
- **A gyermek önsértő viselkedése a szülők párkapcsolatát is megterhelheti**, akár régi konfliktusokat is aktiválhat. Ha a szülők kimerülnek, nem nyitottak egymás felé, a gyermek önsértő viselkedése kapcsán könnyen felütheti a fejét a kölcsönös vádaskodás, egymás hibáztatása az önsértés okával („*Azért bántja magát, mert te...*” vs. „*Dehogy, azért bántja magát, mert te...*”) vagy az önsértésre adott reakciókkal kapcsolatban („*Ha nem úgy reagálsz, akkor már rég abbahagyta volna.*” vs. „*Persze, mindig okoskodsz, ha te akkor nem mondd azt neki, hogy..., akkor minden rendben lenne.*”). Ezzel a vagy-vagy típusú gondolkodással a szülők éppen arról feledkeznek el, hogy minden helyzet összetett, több oldala van. Az értelmetlen vita helyett azon érdemes közösen gondolkodni, hogy **hogyan segíthetnék EGYÜTT a gyermeküket kiegyensúlyozottabb, hosszabb távon is fenntartható problémamegoldó módok felé**, amelyek segítenek leállítani az önsértést (Hollander, 2017). A szülők ismerik a legjobban gyermeküket, ebből a ketjük által összetett tapasztalatból kell kiindulniuk, de ehhez beszélniük kell erről egymással. A közös célért pedig tiszteletteljes kommunikációval, konstruktívan

kompromisszumokat szükséges kötniük. Ez az attitűd a gyermeknek is segít az érzelmi nyomás, ezzel pedig az önbántalmazás csökkentésében. A házastársak támogassák egymást abban, hogyan közelítenek az önsértés témájához.

A fenti alapelvek megértése és alkalmazása segíthet abban, hogy a család biztonságos, elfogadó és támogató közeget nyújtson az önsértésből való felépüléshez. Az önsértés kezelése a vizsgálatok szerint akkor a leghatékonyabb, ha a gyermek és a szülő javítani tudják a kötődési biztonságukat egymás felé (Teague-Palmieri és Gutierrez, 2016).

XII.4.1. Családalapú beavatkozások az NSSI kezelésében

Láthattuk, hogy az NSSI kialakulásában, fennmaradásában és megszűnésében a kötődés és a családi kapcsolatok is szerepet játszanak, illetve az NSSI alapját képező negatív pszichés állapot gyakran a családi rendszert is érinti valamilyen módon. Az önsértést tehát befolyásolja a családi rendszer és fordítva, az önsértés az egész családra hatással van, így ellátásában a különféle családalapú beavatkozások és családterápiás módszerek ígéretesek lehetnek. Az önsértés kötődésméleti keretben való értelmezése egy új irányt kínál annak kezelésében, hiszen rendszerszeméletben közelíti meg a problémát és ezzel (családi) rendszerszintű megoldást facilitál, nem pusztán az egyéni tünetekre helyezi a hangsúlyt. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a kötődési kapcsolatok középpontba helyezése nem feltételezi azt, hogy csak és kizárólag a kötődések sérülése áll az önsértés hátterében. Az azonban bizonyos, hogy a kötődési biztonság (elősegítése és megerősítése) a teljes család és az egyes családtagok érzelmszabályozásának fejlesztésén keresztül hozzájárul az önsértő viselkedés csökkenéséhez (Kissil, 2011).

Érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy egyes egyéni terápiás ellátási formákat az NSSI hatékonyabb kezelése érdekében családterápiás ülésekkel is kiegészítettek. Önálló család(terápiás)alapú kezelési módokat azonban leginkább az öngyilkossági gondolatok csökkentésére dolgoztak ki, az NSSI-ellátásában egyelőre kísérleti jellegű újításokat találhatunk. A fejezet ezeket a próbálkozásokat és a korábbi hagyományokat tekinti át.

Egy négyüléssel családalapú beavatkozásban a szülők képzése áll a fókuszban. Ez a *Resourceful Adolescent Parent Program (RAP-P; Pineda és Dadds, 2013)*, magyarul *Találékony problémamegoldó serdülő-szülő program*nak nevezhetnénk. A rövid tréningprogram a szülői készségeket fejleszti, célja, hogy az öngyilkossági viselkedés adaptív kezelésében segítsen a szülőknek, valamint megtámogatja a családi konfliktusok és a stressz kezelését is. Az oktatási program önmagában nem, csak más ellátási formák (pl. az önsértő kamasz egyéni terápiája, családterápia) kiegészítéseként

alkalmazható, hiszen alapvetően ismeretátadáson alapul. Az edukatív program hatékonyságvizsgálata szerint a részt vevő szülők gyermekeinél csökkentek az öngyilkossági gondolatok, és ez a fél éves utánkövetés során is fennmaradt. A módszert érdemes lenne a nemszucidális önsértés irányába is kibővíteni.

A *családalapú kötődésterápiát* (*Family-based Attachment Therapy; FBAT*; Diamond és mtsai., 2010) lényeges még kiemelnünk, mint olyan családterápiás módszert, amely vizsgálatokkal alátámasztottan hatékony formája az öngyilkossági gondolatok csökkentésének. Ennek a terápiás módszernek a célja a családi kapcsolatok megerősítése érzelempontú, kognitív viselkedésterápiás és folyamatorientált terápiás elemek segítségével. A családtagok közötti kötődést három hónapon át tartó heti gyakoriságú családi ülések során próbálja mélyíteni. Hasonlóképpen, mint az előző módszernél, hatékonyságát az NSSI kezelésében még nem vizsgálták.

Egy másik, a családi kötődéseket a fókuszba helyező ellátási forma, amely az önsértés kezelését célozza, a *kötődésalapú családterápia* (*Attachment-based Family Therapy*; Kissil, 2011). A kötődésalapú családterápia a családon belüli kapcsolatok javítására törekszik annak érdekében, hogy az önsértési spektrum tünetei enyhüljenek. Az amerikai pár- és családterapeuta, Karni Kissil praxisa során azzal szembesült, hogy az önsértés kapcsolati és (családi) rendszerszintű vonatkozásaival a rendelkezésre álló kezelések nem foglalkoznak, kizárólag az önsértő személyre fókuszálnak. A családterápia serdülők esetében azonban különösen fontos, hiszen – részben – még családjukra vannak utalva. Ennek érdekében a serdülőkorra vonatkozó kötődésmélet (Allen és Land, 1999) és fejlődéslélektan alapján (pl. a kötődés minősége változik a serdülőkorban) segítségül hívta a serdülőkorúak szucidális önsértésének, valamint depressziós tüneteinek kezelésére hivatott kötődésalapú családterápiát (Diamond és mtsai., 2010). A kötődésalapú családterápia egy rövid, félig strukturált családterápiás módszer, amely a kötődési sérülések helyreállításával dolgozik, s ennek eredményeképpen javítja a pszichés állapotot, amelynek folyamánya az önsértő viselkedésformák visszaesése. Többféle családterápiás alappal bír (pl. Minuchin-féle (1974) strukturális családterápia, multidimenzionális családterápia, Liddle, 1999), de figyelembe veszi például Judith Herman (1992) traumaelméletét vagy a megbocsátás fontos szerepét a terápiás térben.

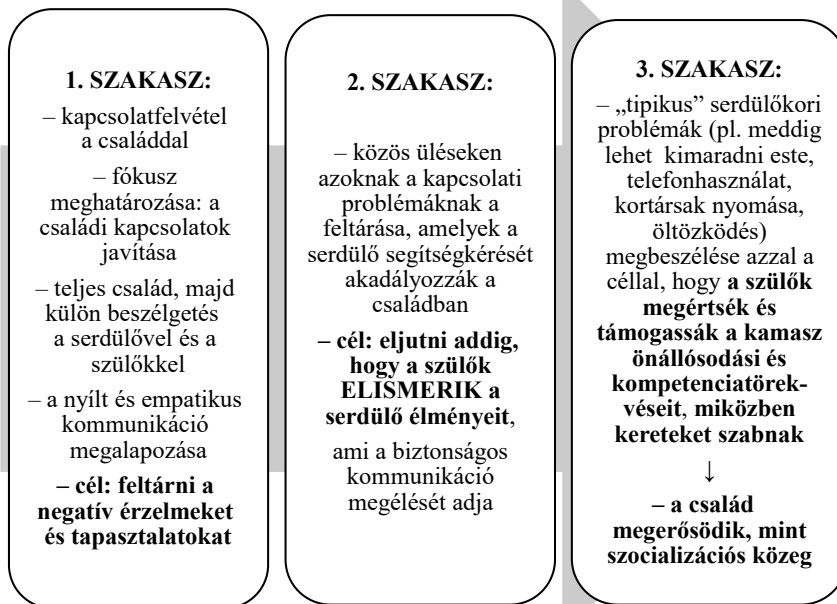
A kötődésalapú családterápia alapvetései:

1. A fizikai és érzelmi elhanyagolás és/vagy bántalmazás, a szülők alacsony érzelmi ráhangolódása, a kíméletlen kritika és a kiélezett családi konfliktusok erodálják a családon belüli kötődési kapcsolatokat. A negatív családi légkör és a talaján kialakult sérült kötődés miatt a gyerekek nem tudják hatékonyan kialakítani belső világuk és a kapcsolatok szabályozásának képességét. A gyengébb megküzdés miatt a stresszhelyzetek kezelése és a lehetséges biológiai sérülékenységek ellenpontosítása kevésbé hatékony. Ez azonban mentális problémák, főként depresszió és szorongás kialakulásához vagy fokozódásához vezet (Diamond és mtsai., 2010).

2. A kötődési sérülések helyreállíthatók, a kötődési elakadások feloldhatók, a családi bizalom újraépíthető, a szülők bevonódása fokozható. Ennek révén erősödik a serdülő biztonságerőzete, önértékelése és csökken a tüneti (pl. az önsértő) viselkedés.

A kötődésalapú családterápia három szakasza a következő (12. ábra Diamond és Siqueland, 1995 alapján):

12. ábra: A kötődésalapú családterápia szakaszai



Forrás: Diamond és Siqueland, 1995 alapján.

Végül nézzük meg azokat az önsértés kezelésében már hatékonynak bizonyult egyéni terápiás beavatkozásokat, amelyeket családterápiás ülésekkel egészítettek ki. A XII.2. fejezetben már ismertetett *dialektikus viselkedésterápiát* családok ellátására is adaptálták. A *családi program* célja az ismeretátadás (a borderline személyiségzavarról, az önsértő magatartásról), az érzelmeket és élményeket elfogadó (megerősítő) családi légkör kialakítása és az érzelmszabályozó és kapcsolati készségek fejlesztése minden családtag esetében (Hoffman és mtsai., 1999). A *mentalizációalapú terápia* központi gondolatát (részletesen ld. XII.2.3. fejezet), a mentalizációs készség tudatos fejlesztését ún. *önreflektív szülői programokba* emelték át. Ezeken a programokon a szülők azt tanulják meg, hogyan erősíthetik saját gyermekeik mentalizációs kapacitását (Asen és Fonagy, 2012). Ugyanakkor arra bizonyítékok még nincsenek, hogy serdülők NSSI-viselkedését ezek a szülői programok valóban csökkenteni képesek.

XII.5. Személyközpontú megközelítés és nyelvhasználat az önsértéssel küzdő személyek ellátásában

Végül, mintegy zárszóként egy szemléleti módra és nem önálló terápiás ellátási formára térünk ki az önsértő személyek kezelésében és támogatásában. Az önsértéssel (is) foglalkozó terapeuták és kutatók részéről az utóbbi pár évben egyre inkább felerősödött az a törekvés, hogy az önsértéssel járó stigmát és tabut csökkentsék, mivel az önsértés stigmatizálása megakadályozza az érintettek segítségkérését és a közvetlen környezet sem tudja, hogyan nyújtson megfelelő támogatást. Ennek a felismerésnek a nyomán egy humánusabb, destigmatizáló nyelvhasználatot szorgalmaznak mind a pszichológiai munkában, mind az önsértést fókuszba helyező kutatásokban. Ezt a fajta nyelvhasználatot és szemléletmódot az önsértésről való beszélgetés és a tudományos diskurzus során *személyközpontú megközelítésnek* nevezték el (Lewis és Hasking, 2023). Olyan irányelveket fektettek le, amely az érintettekkel való kommunikációban (Lewis és mtsai., 2017) és a kutatások megszövegezésében (Lewis és mtsai., 2019) a megértés és az elfogadás légkörét közvetíthetik:

- Annak (ismételt) tudatosítása, hogy *az önsértő személyek a saját megélt tapasztalataik szakértői*. Ne közelítsünk előítéletekkel és/vagy az önsértésről megszerzett tudásunk merev alkalmazásával. Így például az az azonnali tanács, amikor valaki először számol be önsértésről, hogy ha sportolni kezd, hamarosan megszűnik az önsértése, teljesen hatástalan. Azt kell feltárni és megpróbálni megérteni, hogy az önsértést végző személy számára mit jelent ez a viselkedés. Ez közvetíti a meghallgatottság élményét, amelyen tovább lehet haladni és a személy megéléseinek bevonásával például arra keresni a választ, hogy számára milyen, az önsértéstől eltávolító figyelemelterelési stratégiák jöhetnek szóba.
- *Figyelmes odafordulás a személy által kifejezett érzések, tapasztalatok, aggodalmak és igények felé*. Számos önsértést végző személy egyik legnagyobb félelme (de így van ez bármely mentális, pszichés tünettől), hogy környezete kizárólag az önsértés alapján határozza meg, kinek tekinti őt. Fontos szem előtt tartani, hogy az önsértés csak egy rész a teljes személy (én)történetében, nem egyenlő magával az egyénnel.

Az NSSI személyközpontú megközelítésének kulcselemeit tekintsük át egy-egy gyakorlati példával (Lewis és Hasking, 2023 alapján):

1. Ítéletkezésmentes, őszinte érdeklődés, empatikus odafordulás, a „tisztelgetjes kíváncsiság” (Kettlewell, 1999), **valódi megértési szándék közvetítése**, amely a személyt a saját tapasztalatai szakértőjeként ismeri el. **Hagyjuk, hogy a személy a saját szavaival fogalmazza meg tapasztalatait, aggodalmait!**

Pl. „Amikor az emberek nehézségekkel küszködnek, előfordulhat, hogy önsértéshez folyamodnak. Önnel is történt már ilyen?” [igen válasz esetén]
 „Tudna beszélni nekem erről?”

Pl. „Szeretném jobban megérteni, min megy keresztül. Segítené megérteni, hogy az Ön számára mit jelent az önsértés?”

Pl. „Elmondaná, hogy az Ön esetében hogyan működik az önsértés?”

Pl. „Úgy látom, nehéz erről beszélnie. Elmondaná, mi az, ami megnehezíti az Ön számára, hogy erről a témáról beszéljen (velem)?”

Pl. „Amit elmondott, abból számomra úgy tűnik, hogy az önsértés abban segít, hogy egy kicsit jobban érezze magát, amikor különösen túlterhelt és emiatt kimerült. Jól értettem ezt?”

2. Ismerjük el és **mondjuk ki, hogy az önsértésről szóló beszélgetések nehezek lehetnek.** Ez csökkentheti a személy azzal kapcsolatos aggodalmait, hogy hogyan reagálunk (pl. elítélően, bagatellizálón) arra, hogy önsértő viselkedéséről beszámol.

Pl. „Tudom, hogy nem könnyű erről a témáról beszélni, mégis kérem, elmondaná, hogy...”

Pl. „Megértem, hogy ha az önsértésre terelődik a szó, nagyon kényelmetlenül érzi magát és legszívesebben nem is beszélne erről, de itt egy védett közegben van.”

Pl. „Tisztában vagyok vele, hogy nagyon nehéz az önsértésről beszélni. Szeretném azonban jobban megismerni és megérteni a tapasztalatait.”

Pl. „Látom, hogy ez egy nagyon nehéz téma az Ön számára, ezért különösen nagyra értékelem, hogy mégis hajlandó beszélni erről velem.”

Pl. „Látom, hogy nagyon nehéz erről beszélnie, így jelezze majd, ha készen áll erre és én meghallgatom.”

3. Ne az önsértés legyen a kizárólagos fókusz, helyette a **személy általános jóllétére, életének más területeire is figyelmet kell fordítani,** még akkor is, ha a páciens elsődlegesen az önsértő magatartásával kapcsolatosan érkezett a terápiába. A csak az önsértő viselkedésre irányuló fókusz több okból is kontraproduktív lehet. Azt a benyomást keltheti ugyanis, hogy másféle nehézségeit a páciens nem tudja megosztani és/vagy egyéb problémái nem számítanak. Másrészt az NSSI-ről való túlzottan részletes beszélgetés elárasztó és felkavaró lehet az érintett számára. Harmadrészt az NSSI a legtöbbször valamilyen tágabb tünettanba, szélesebb (pl. családdinamikai) perspektívába illeszkedik bele. Fejezzük tehát ki, hogy a személy általános hangulata, jólléte, egyéb problémái is fontosak a számunkra!

Pl. „Beszélne arról, hogy összességében hogy van mostanában / hogyan érzi magát most?”

Pl. „Min gondolkodott idefelé jövet?”

Pl. „*Mi nyomasztja mostanában a leginkább? Mesélne erről részletesebben?*”

Pl. „*Aggódok Önért, elmondaná, milyen érzések kavarnak most Önben?*”

4. Lényeges az is, hogy az önsértésről szóló beszélgetések során a **személy erősségei is hangsúlyt kapjanak**. Gyakran az önsértést végzők fokozott önkritikával küzdenek, így az erősségek számbavétele ellensúlyozhatja extrémén negatív énképüket. Másrészt az önsértés kapcsán a legtöbbször hiányok, problémák merülnek fel (pl. problémák az érzelmek szabályozásában). Az ebből fakadó megbélyegzettség-érzés csökkentésére még az önsértésről szóló beszélgetésekben is teret kell kapnia az erősségalapú szemléletnek. Végül, *A motivációs interjú az önsértés kezelésében* című (XII.1.1.) fejezetben láthattuk, hogy az önsértésből való felépülés nem lineáris, hanem visszacsúszásokkal terhelt. Így még az apró előrelépések is kulcsszerepet játszanak az előrehaladásban. A legkisebb fejlődést is érdemes kihangosítanunk és tudatosítanunk, mert ezek a felismerések támogatják meg a felépülés iránti elköteleződést és az abban való énhatékonyság érzést.

Pl. „*Emlékszik, az elmúlt alkalommal azt mesélte, hogy késztetést érzett az önsértésre, de végül mégsem tette, bár rosszul érezte magát.*”

Pl. „*Az már önmagában értékes, amikor valaki megnyílik a tapasztalatairól.*”

Pl. „*Az különös bátorságra és tudatos erőfeszítésre vall, hogy önsértés helyett felhívta a legjobb barátját és elhívta futni.*”

5. Ahogyan egyre több információ bontakozik ki az adott személy önsértéséről, jelezzük, hogy az önsértés célt szolgál azok számára, akik alkalmazzák. Gyakori ugyanis, hogy az érintettek úgy vélik, mások nem értik meg a viselkedésüket, azt, hogy miért élnek az önsértés eszközével. **A személy önsértő viselkedése mögötti egyedi indokok elismerése** ennek lebontásában segít. Ebben a folyamatban különösen fontos, hogy a **személy ezzel kapcsolatos kifejezéseit használjuk** és ne a saját professzionális szókincsünket, amely utóbbi közel sem biztos, hogy jól leírja a személy saját tapasztalatát, így félreértésekhez, meg nem értettség élményhez vezet. Ne javítsuk ki a páciens, már a viselkedés elnevezésére is azt a szót használjuk például vonatkozó kérdéseinkben, amit az arról beszámoló személy. Ezzel is megerősítjük az élmény érvényességét.

Pl. Ha a személy a „bántottam magam” kifejezést használja, akkor mi se az „önsértő viselkedése során” szófordulatot használjuk, hanem a személy saját szókészletét fogalmazzuk bele a kérdésünkbe: „*Amikor a héten bántotta magát, el tudja mondani, hogy mi történt az azt megelőző időszakban? Mi történt Önnel, milyen hatások érték?*”

6. Amennyiben valaki már régóta végez önsértést és több kudarcot is átélt annak abbahagyásával kapcsolatban, aggódhat amiatt, hogy ismét csak megkérlik, hagyja abba az önsértést. Ilyenkor **fontos elismerni azt, hogy lehetséges,**

még nem áll készen valaki a változásra és az önsértésről való leszokás nagyon is nehéz. Jelezzük, hogy időre van szükség ahhoz, míg valaki más, hatékonyabb eszközöket talál az önsértés funkciójának helyettesítésére.

Pl. *„Annak alapján, amit mondott, hogy nem érzi úgy, hogy más módon is meg tudna küzdeni a nehéz dolgokkal az életében, meg tudom érteni, hogy úgy érzi, még nem áll készen arra, hogy abbahagyja az önsértést. Ez nagyon nehéz folyamat.”*

Pl. *„Sokan mondják azt, hogy bizonytalanok abban, hogy le akarnak-e állni az önsértéssel. Érthető, hogy Ön is hezitál.”*

Pl. *„Amit elmondott, annak alapján annyi minden történik Ön körül, hogy érthető a túlterheltsége. Ez megnehezítheti, hogy abbahagyja az önsértést.”*

7. **Kerüljük az értékítéletet hordozó kifejezéseket az önsértésről való beszéd kapcsán.** Például ne használjuk a „rossz vagy haszontalan, vagy patológiás megküzdési stratégia” kifejezéseket. Másrészt ne azonosítsuk az önsértést a személy egészével (pl. „vagdosó”), hiszen ezek a leegyszerűsítő kifejezések fokozhatják az önleértékelő attitűdöt, ezzel mélyítik a stigmát és a stigmatizáltság érzését.

Pl. „vagdosó” helyett → „önsértést végző” vagy „önsértő személy”

A fenti példák segíthetnek annak érzékenyítésében, hogyan támogathatjuk meg már az önsértésről való kommunikáció során az önsértést végző személyeket. Ez minden ellátási formában érvényesíthető nyelvi keretrendszer: az önsértésről és az önsértő személyről történő kifejezőkészlet humanizálása.

ZÁRSZÓ

Ahogy az egész kötet is tanúbizonyságot tesz róla, a nem öngyilkossági szándékú szándékos önsértés egy meglehetősen zavarba ejtő és igen összetett jelenség. Zavarba ejtő, mert nehéz megválaszolni, hogy valaki szándékosan és tudatosan miért akar fizikai sérülést okozni, így ártani önmagának. Összetett, mert számos módja, motivációja, lefutása és kimenete lehetséges. A könyv szándéka szerint kísérletet tett a nemszuicidális önsértés-kutatás múltjának és jelenének – eddigi eredményeinek, a területen felmerülő kérdéseknek és kétségeknek – az összefoglalására. Áttekintette az NSSI terminológiai kérdéseit, a kapcsolódó jelenségeket – kiemelten az öngyilkossági viselkedéssel való összefüggéseit – differenciáldiagnosztikáját, kultúrtörténetét, epidemiológiai adatait, rizikótényezőit, magyarázó modelljeit, mérési lehetőségeit és ellátási formáit. A nemszuicidális önsértés komplexitása és a téma kapcsán jelen lévő bizonytalanságok miatt esetenként az olvasóban kérdések, kételemek vagy hiányok maradhattak. Megnyugtató lehet azonban, hogy a nemszuicidális önsértés kutatása a pszichológia egyik legélénkebben és legdinamikusabban fejlődő területe. A jövőben például jelentős fellendülés várható a nemszuicidális önsértés biológiai alapjainak, kiemelten a gén–környezet interakcióknak a feltárásában, illetve az eddigi terápiás módszerek hatékonyságvizsgálatában és új kezelési technikák kidolgozásában és tesztelésében.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hosszú listát lehetne írni arról – sok-sok konkrét névvel – hogy ki mindenki járult hozzá ennek a kötetnek a létrejöttéhez. Lista helyett – időközben rájöttem – egy lista: Köszönöm mindazoknak a kollégáimnak – akár a tudomány, akár a praxis terén – akik bármilyen módon együtt gondolkodtak velem erről a témáról vagy bármely más kapcsolódó területről, bátorítottak az elmélyülésben és a megoldási módok keresésében.

Külön köszönettel tartozom azoknak a kutatótársaimnak – sőt, sokkal kifejezőbb a társkutató elnevezés – akikkel együtt dolgozva az önsértéssel kapcsolatos ismereteket – reményeim szerint – hatékonyan bővíteni tudtuk és talán fogjuk is még. Profizmusuk hosszú évek óta lenyűgöz. Nevüket az olvasó könnyedén megtalálja a kötet szakirodalom-jegyzékében. A kutatótársak sorában nem feledkezhetek meg végzett vagy képzésben lévő doktoranduszaimról sem, akik szintén a terület lelkes kutatói és friss szemléletükkel mindig remek ötleteket tudnak behozni.

Nem lehetek elég hálás azoknak a pácienseimnek és hozzátartozóiknak, akik a közös pszichológiai munka során feltárulkoztak és aktívan részt vettek saját gyógyulásuk folyamatában – miközben többek között az önsértés „titkához”, ezzel „legyőzéséhez” is együtt közelebb jutottunk.

A kötet végleges tartalmának és formájának létrejöttében lektoromnak (kérem, keressék ki őt az első oldalakon) óriási szerepe van. De nemcsak ezért vagyok neki hálás, hanem két évtizedes támogató munkájáért, mindig a legmagasabb szintű szakmai jelenlétért, s a mindehhez társuló mélyen humánus hozzáállásáért is.

Az ELTE Eötvös Kiadó vezetőjének és minden munkatársának, aki a könyvvel foglalkozott, kiemelt hálával tartozom. A nevüket ne feledjék el kikeresni az első oldalakon! Nélkülük valóban nem születhetett volna meg ez a monográfia. Hozzáértésük nagy hatással van rám.

Egyáltalán nem feledkezhetek meg továbbá azokról a kutatási pályázati támogatásokról, amelyek a kutatástervezés és kivitelezés, valamint a publikálás gyakorta meglehetősen viszontagságos útját anyagilag támogatták, így köszönettel tartozom a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatalnak és a Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János Kutatási Ösztöndíjprogramjának.

A fentieket családom türelme és folyamatos támogatása foglalja keretbe: enélkül még a könyvírás gondolatáig sem juthattam volna el.

Mindannyiukra hálával és szeretettel gondolok: köszönöm nekik a támogatást!

IRODALOM

- Agnew, R. (2005). *Pressured Into Crime: An Overview of General Strain Theory*. Oxford University Press. ISBN-13: 978-0195330755
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978): *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum. ISBN-13:978-0898594614
- Alexander, H. B. (1953). *The world's rim: Great mysteries of the North American Indians*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Allen, J. P., & Land, D. (1999). Attachment in adolescence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 1st ed.* (pp. 319–335). New York, NY: Guilford. ISBN-13: 978-1572300873
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN-13:978-0890420256
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN-13:978-0890425541
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition, Text revision: DSM-5-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association. ISBN-13:978-0890425763
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2018). The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48, 31–37. <http://doi.org/10.1111/sltb.12330>
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Turner, B. J., Dixon-Gordon, K. L., & McCloskey, M. S. (2020). Quantifying the importance of lifetime frequency versus number of methods in conceptualizing nonsuicidal self-injury severity. *Psychology of Violence*, 10, 442–451. <http://doi.org/10.1037/vio0000263>
- Andersson, H., Korhonen, L., Holmqvist Larsson, K., Gustafsson, B. M., & Zetterqvist M. (2024). Exploring the cessation process from adolescence to young adulthood in individuals with lived experience of nonsuicidal self-injury: A qualitative study. *Journal of Adolescence*, 97(1), 263–277. <http://doi.org/10.1002/jad.12417>
- Ando, A., Reichl, C., Scheu, F., Bykova, A., Parzer, P., Resch, F., Brunner, R., & Kaess, M. (2018). Regional grey matter volume reduction in adolescents engaging in non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research. Neuroimaging*, 280, 48–55. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2018.08.005>

- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Nonsuicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>
- Anestis, M. D., Khazem, L. R., & Law, K. C. (2015). How many times and how many ways: The impact of number of nonsuicidal self-injury methods on the relationship between nonsuicidal self-injury frequency and suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45, 164–177. <http://doi.org/10.1111/sltb.12120>
- Anzieu, D. (2016). *The Skin-Ego: A New Translation by Naomi Segal (The History of Psychoanalysis Series) 1st Edition*. Routledge. ISBN-13:978-1782201007
- Appealbaum, K. L., Savageau, J. A., Trestman, R. L., Metzner, J. L., & Baillargeon, J. B. (2011). A national survey of self-injurious behavior in American prisons. *Psychiatric Services*, 62, 285–290. https://doi.org/10.1176/ps.62.3.pss6203_0285
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: ‘Much ado about nothing’?. *Psychological Medicine*, 40(5), 717–729. <https://doi.org/10.1017/S0033291709991383>
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Vitiello, B., Keller, M., Birmaher, B., McCracken, J., Mayes, T., Berk, M., & Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772–781. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>
- Asberg, M., Bertilsson, L., Martensson, B., Scalia-Tomba, G. P., Thoren, P., & Traskanman Bendz, L. (1984). CSF monoamines metabolites in melancholia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 201–219. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1984.tb02488.x>
- Asen, E., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 347–370. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00552.x>
- Attias, R., & Goodwin, J. (1999). Body-image distortion and childhood sexual abuse. In J. Goodwin, & R. Attias (Eds.), *Splintered Reflections: Images of the Body in Trauma* (pp. 155–182). New York: Basic Books. ISBN-13:978-0465095445
- Baer, R. A., & Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 142–150. <https://doi.org/10.1037/a0019478>
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 753–759. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.11.001>

- Baetens, I., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R., & Griffith, J. W. (2015). The effects of nonsuicidal self-injury on parenting behaviors: A longitudinal analyses of the perspective of the parent. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9:24. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0059-2>
- Baetens, I., Claes, L., Martin, G., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R., & Griffith, J. W. (2014). Is nonsuicidal self-injury associated with parenting and family factors? *The Journal of Early Adolescence*, 34(3), 387–405. <https://doi.org/10.1177/0272431613494006>
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bakken, N. W., & Gunter, W. D. (2012). Self-cutting and suicidal ideation among adolescents: Gender differences in the causes and correlates of self-injury. *Deviant Behavior*, 33(5), 339–356. <https://doi.org/10.1080/01639625.2011.584054>
- Bannan, N. (2010). Group-based problem-solving therapy in self-poisoning females: A pilot study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(3), 201–213. <https://doi.org/10.1080/14733140903337292>
- Barker, E. D., Arseneault, L., Brendgen, M., Fontaine, N., & Maughan, B. (2008). Joint development of bullying and victimization in adolescence: Relations to delinquency and self-harm. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(9), 1030–1038. <https://doi.org/10.1097/CHI.ObO13e31817ec98>
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130, 39–45. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2094>
- Barrocas, A. L., Giletta, M., Hankin, B. L., Prinstein, M. J., & Abela, J. R. Z. (2015). Nonsuicidal self-injury in adolescence: Longitudinal course, trajectories, and intrapersonal predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43(2), 369–380. <https://doi.org/10.1007/s10802-014-9895-4>
- Barsky, A. J., & Klerman, G. L. (1983). Overview: Hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140(3):273–83. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.3.273>
- Barth, R. P., Lloyd, E. C., Green, R. L., James, S., Leslie, L. K., & Landsverk, J. (2007). Predictors of placement moves among children with and without emotional and behavioral disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15(1), 46–55. <https://doi.org/10.1177/10634266070150010501>

- Bastian, B., Jetten, J., Hornsey, M. J., & Leknes, S. (2014). The positive consequences of pain: A biopsychosocial approach. *Personality and Social Psychology Review*, 18(3), 256–279. <https://doi.org/10.1177/1088868314527831>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*. Oxford: Oxford University Press. ISBN-13:978-0198527664
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36–51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *The Handbook of Mentalization-Based Treatment* (pp. 185–200). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch9>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Batey, H., May, J., & Andrade, J. (2010). Negative intrusive thoughts and dissociation as risk factors for self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40, 35–49. <https://doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.35>
- Bauman, S., Cross, D., & Walker, J. (Eds.). (2012). *Principles of Cyberbullying Research. Definitions, Measures, and Methodology*. Routledge/Taylor & Francis Group. ISBN-13:978-0415897495
- Beghi, M., Butera, E., Cerri, C. G., Cornaggia, C. M., Febbo, F., Mollica, A., Berardino, G., Piscitelli, D., Resta, E., Logroscino, G., Daniele, A., Altamura, M., Bellomo, A., Panza, F., & Lozupone, M. (2021). Suicidal behaviour in older age: A systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 127, 193–211. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.04.011>
- Bekrater-Bodmann, R., Chung, B. Y., Richter, I., Wicking, M., Foell, J., Mancke, F., Schmahl, C., & Flor, H. (2015). Deficits in pain perception in borderline personality disorder: Results from the thermal grill illusion. *Pain*, 156(10), 2084–2092. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000275>
- Bennett, G. H., Shiels, W. E. 2nd, Young, A. S., Lofthouse, N., & Mihalov L. (2011). Self-embedding behavior: A new primary care challenge. *Pediatrics*. 127(6):e1386–91. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2877>
- Bennum, I. (1984). Psychological models of self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14, 166–186. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1984.tb00447.x>

- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72–88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.006>
- Berger, E., Hasking, P., & Martin, G. (2013). 'Listen to them': Adolescents' views on helping young people who self-injure. *Journal of Adolescence*, 36(5), 935–945. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.07.011>
- Bernegger, A., Kienesberger, K., Carlberg, L., Swoboda, P., Ludwig, B., Koller, R., Inaner, M., Zotter, M., Kapusta, N., Aigner, M., Haslacher, H., Kasper, S., & Schosser, A. (2018). The impact of COMT and childhood maltreatment on suicidal behaviour in affective disorders. *Scientific Reports*, 8(1), 692. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-19040-z>
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735. <https://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>
- Bildik, T., Somer, O., Kabukcu Basay, B., Basay, O., & Ozbaran, B. (2013). The validity and reliability of the Turkish version of the Inventory of Statements About Self-injury. *Turkish Journal of Psychiatry*, 24, 49–57. <http://dx.doi.org/10.5080/u6901>
- Bion, W. R. (1962). *Learning from Experience*. London: Karnac Books. ISBN-13: 978-0946439058
- Bjärehed, J., & Lundh, L. G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 26–37. <https://doi.org/10.1080/16506070701778951>
- Blasco-Fontecilla, H., Fernández-Fernández, R., Colino, L., Fajardo, R., Perteguer-Barrio, L., & de Leon, J. (2018). The addictive model of self-harming (non-suicidal and suicidal) behavior. *Frontiers in Psychiatry*, 7:8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00008>
- BNO-10 zsebkönyv (1998). Budapest: Animula. ISBN:9634080472
- Borroto-Escuelu, D. O., Ambrogini, P., Chruscicka, B., Lindskog, M., Crespo-Ramirez, M., Hernández-Mondragón, J. C., Perez de la Mora, M., Schellekens, H., & Fuxe, K. (2021). The role of central serotonin neurons and 5-HT heteroreceptor complexes in the pathophysiology of depression: A historical perspective and future prospects. *International Journal of Molecular Sciences*, 22, 1927. <https://doi.org/10.3390/ijms22041927>
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss, Vol. I.: Attachment*. New York: Basic Books. ISBN-13:978-0465005390

- Brackman, E. H., & Andover, A. S. (2017). Non-suicidal self-injury. In D. McKay, D. S. Abramowitz, & E. A. Storch (Eds.). *Treatments for Psychological Problems and Syndromes* (1st ed., 328–344). Hoboken, NJ: Wiley. ISBN-13:978-1118877005
- Brager-Larsen, A., Zeiner, P., & Mehlum, L. (2024). DSM-5 non-suicidal self-injury disorder in a clinical sample of adolescents with recurrent self-harm behavior. *Archives of Suicide Research*, 28(2), 523–536. <https://doi.org/10.1080/13811118.2023.2192767>
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 233–242. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>
- Breen, A. V., Lewis, S. P., & Sutherland, O. (2013). Brief report: Non-suicidal self-injury in the context of self and identity development. *Journal of Adult Development*, 20(1), 57–62. <https://doi.org/10.1007/s10804-013-9156-8>
- Brereton, A., & McGlinchey, E. (2020). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 24(sup1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1563575>
- Bresin, K. (2014). Five indices of emotion regulation in participants with a history of non-suicidal self-injury: A daily diary study. *Behavior Therapy*, 45, 56–66. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.005>
- Bresin, K., & Gordon, K. H. (2013). Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: A mechanism of affect regulation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(3), 374–383. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.01.020>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Bresin, K., Carter, D. L., & Gordon, K. H. (2013). The relationship between trait impulsivity, negative affective states, and urge for nonsuicidal self-injury: A daily diary study. *Psychiatry Research*, 205(3), 227–231. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.033>
- Brickman, L. J., Ammerman, B. A., Look, A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1:14. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-14>
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609–620. <https://doi.org/10.1037/h0080369>
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1205–1222. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press. ISBN-13:978-0674224575
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19:20. <http://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Brown, R. C., Fischer, T., Goldwich, A. D., Keller, F., Young, R., & Plener, P. L. (2018). #cutting: Non-suicidal self-injury (NSSI) on Instagram. *Psychological Medicine*, 48(2), 337–346. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001751>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., & Hoven, C. W., et al. (2014). Lifetime prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55, 337–348. <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Buelens, T., Luyckx, K., & Gandhi, A. (2019). Non-suicidal self-injury in adolescence: Longitudinal associations with psychological distress and rumination. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47, 1569–1581. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00531-8>
- Buelens, T., Costantini, G., Luyckx, K., & Claes, L. (2020). Comorbidity between non-suicidal self-injury disorder and borderline personality disorder in adolescents: A graphical network approach. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 580922. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.580922>
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–861. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.5.843>
- Burke, T. A., Piccirillo, M. L., Moore-Berg, S. L., Alloy, L. B., & Heimberg, R. G. (2019). The stigmatization of nonsuicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 481–498. <http://doi.org/10.1002/jclp.22713>
- Butler, R. K., & Finn, D. P. (2009). Stress-induced analgesia. *Progress in Neurobiology*, 88(3), 184–202. <https://doi.org/10.1016/j.pneurobio.2009.04.003>
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psychotema* 27, 223–228. <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.262>
- Camerini, A., Marciano, L., Carrara, A., & Schulz, P. (2020). Cyberbullying perpetration and victimization among children and adolescents: A systematic review of longitudinal studies. *Telematics Informatics*, 49, 101362. <https://doi.org/10.1016/j.tele.2020.101362>
- Cameron, K., Ogrodniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in alexithymia following psychological intervention: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 162–178. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000036>

- Campos, A. I., Verweij, K. J. H., Statham, D. J., Madden, P. A. F., Maciejewski, D. F., Davis, K. A. S., John, A., Hotopf, M., Heath, A. C., Martin, N. G., & Rentería, M. E. (2020). Genetic aetiology of self-harm ideation and behaviour. *Scientific Reports*, 10(1), 9713. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-66737-9>
- Carosella, K. A., Wigglesworth, A., Silamongkol, T., Tavares, N., Falke, C. A., Fiecas, M. B., Cullen, K. R., & Klimes-Dougan, B. (2021). Non-suicidal self-injury in the context of COVID-19: The importance of psychosocial factors for female adolescents. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, 100137 <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100137>
- Carosella, K. A., Mirza, S., Başgöze, Z., Cullen, K. R., & Klimes-Dougan, B. (2023). Adolescent non-suicidal self-injury during the COVID-19 pandemic: A prospective longitudinal study of biological predictors of maladaptive emotion regulation. *Psychoneuroendocrinology*, 151, 106056. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106056>
- Carvalho, S., Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., & Estanqueiro, C. (2015). Memories of shame experiences with others and depression symptoms: The mediating role of experiential avoidance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 22, 32–44. <https://doi.org/10.1002/cpp.1862>
- Cassels, M., van Harmelen, A.-L., Neufeld, S., Goodyer, I., Jones, P. B., & Wilkinson, P. (2018). Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 881–887. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12866>
- Castille, K., Prout, M., Marcyk, G., Schmidheiser, M., Yoder, S., & Howlett, B., (2007). The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21, 58–71. <https://doi.org/10.1891/088983907780493340>
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K. L. (2011). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 337–347. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2010.04.004>
- Chaney, S. (2017). *Psyche on the skin*. London, England: Reaktion Books. ISBN-13:978-1780237503
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371–394. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Chapman, A. L., Derbidge, C. M., Cooney, E., Hong, P. Y., & Linehan, M. M. (2009). Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 122–140. <http://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.2.122>

- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 871–890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Chen, S. Y., Cheng, Y., Zhao, W. W., & Zhang, Y. H. (2021). Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 1128–1139. <https://doi.org/10.1111/jpm.12797>
- Chester, D. S., Merwin, L. M., & DeWall, C. N. (2015). Maladaptive perfectionism's link to aggression and self-harm: Emotion regulation as a mechanism. *Aggressive Behavior*, 41, 443–454. <http://doi.org/10.1002/ab.21578>
- Cheung, J. C., Sorgi-Wilson, K. M., Ciesinski, N. K., & McCloskey, M. S. (2024). Examining the relationship between subtypes of rumination and non-suicidal self-injury: A meta-analytic review. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 54(3), 528–555. <https://doi.org/10.1111/sltb.13051>
- Chu, J., O'Neill, S. E., Ng, J. F., & Khoury, O. (2022). The cultural theory and model of suicide for youth. In J. P. Ackerman & L. M. Horowitz (Eds.), *Youth suicide prevention and intervention: Best practices and policy implications* (pp. 99–106). Springer Nature Switzerland AG. ISBN-13: 978-3031061264
- Cicchetti, D. (2003). Neuroendocrine functioning in maltreated children. In D. Cicchetti, & E. F. Walker (Eds.), *Neurodevelopmental Mechanisms in Psychopathology* (pp. 345–365). New York: Cambridge University Press. ISBN-13:978-0521002622
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average exceptable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (2nd ed., Vol. 1, pp. 129–201). Hoboken, NJ: Wiley. ISBN:978-0470939383
- Cicchetti, D., & Walker, E. F. (Eds.), (2003). *Neurodevelopmental Mechanisms in Psychopathology*. New York: Cambridge University Press. ISBN-13: 978-0521002622
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P.M. Goldfarb (Ed.), *Psychological Tests and Testing Research Trends* (pp. 111–139). New York: Nova Science Publishers ISBN-13:978-1600215698

- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2005). Impulsivity-related traits in eating disorder patients. *Personality and Individual Differences*, 39, 739–749. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.022>
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 611–621. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.07.021>
- Claes, L., Houben, A., Vandereycken, W., Bijttebier, P., & Muehlenkamp, J. (2010). Brief report: The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self-injurious peers in a sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 33(5), 775–778. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.10.012>
- Claes, L., Luyckx, K., Baetens, I., Van de Ven, M., & Witteman, C. (2015). Bullying and victimization, depressive mood, and non-suicidal self-injury in adolescents: The moderating role of parental support. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3363–3371. <https://doi.org/10.1007/s10826-015-0138-2>
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., Fernandez-Aranda, F., & Arcelus, J. (2015). Non-suicidal self-injury in trans people: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168–179. <https://doi.org/10.1111/jsm.12711>
- Claes, L., Jiménez-Murcia, S., Agüera, Z., Castro, R., Sánchez, I., Menchón, J. M., & Fernández-Aranda, F. (2012). Male eating disorder patients with and without non-suicidal self-injury: A comparison of psychopathological and personality features. *European Eating Disorders Review*, 20(4), 335–338. <https://doi.org/10.1002/erv.1161>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. Hoboken, NJ: Wiley. ISBN-13:978-0471170426
- Coccaro, E. F., & Kavoussi, R. J. (1991). Biological and pharmacological aspects of borderline personality disorder, *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1029–1033. <https://doi.org/10.1176/ps.42.10.1029>
- Cohen, B. M., & Mills, A. (1999). Skin/paper/bark: Body image, trauma and the Diagnostic Drawing Series. In J. Goodwin, & R. Attias (Eds.). *Splintered Reflections: Images of the Body in Trauma* (pp. 203–321). New York: Basic Books. ISBN-13:978-0465095445
- Coid, J., Allolio, B., & Rees, L. H. (1983). Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *The Lancet*, 2, 545–546. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(83\)90572-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(83)90572-x)
- Coleman, S. E., Dunlop, B. J., Hartley, S., & Taylor, P. J. (2022). The relationship between rumination and NSSI: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 61, 405–443. <https://doi.org/10.1111/bjc.12350>

- Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: Preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health*, 21(2), 81–89. <https://doi.org/10.1111/camh.12112>
- Cooper, J., Husain, N., Webb, R., Waheed, W., Kapur, N., Guthrie, E., & Appleby, L. (2006). Self-harm in the UK: Differences between South Asians and Whites in rates, characteristics, provision of service and repetition. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 782–788. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0099-2>
- Costa, R. M. (2020). Dissociation (Defense Mechanism). In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T. K. (Eds.). *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (pp. 1165–1167). Springer, Cham. ISBN-13:978-3319246109
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. ISBN-10:9997924452
- Craig A. D. (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews. Neuroscience*, 3(8), 655–666. <https://doi.org/10.1038/nrn894>
- Crapanzano, V. (1973). *The Hamadsha: A Study in Moroccan Ethnopsychiatry*. Berkeley: University of California Press. ISBN-13:9780520045101
- Crowe, M. & Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 48–53. <https://doi.org/10.1080/09540260074120>
- Cucchi, A., Ryan, D., Konstantakopoulos, G., Stroumpa, S., Kaçar, A., Renshaw, S., & Kravariti, E. (2016). Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury in patients with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46 (7), 1345–1358. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000027>
- Cyders, M. A., & Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: Positive and negative urgency. *Psychological Bulletin*, 134, 807–828. <http://dx.doi.org/10.1037/a0013341>
- Czajkowski, N., Kendler, K. S., Tambs, K., Røysamb, E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). The structure of genetic and environmental risk factors for phobias in women. *Psychological Medicine*, 41, 1987–1995. <http://doi.org/10.1017/S0033291710002436>
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E., & Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 309–320. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0733-5>
- Daigle, M.-P., Lafontaine, M. F., Levesque, C., Bureau, J. F., Wehbe, H. W., & Caron, A. M. (2018). The relationship between perfectionism and non-suicidal

- self-injury in a student sample of young adults. *Journal of Interpersonal Relations, Intergroup Relations and Identity*, 11, 53–64.
- Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric Hospital*, 21(1), 31–35.
- Davis, G. C. (1983). Endorphins and pain. *Psychiatric Clinics of North America*, 6(3), 473–487. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30819-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30819-0)
- Dawkins, J., Hasking, P., & Boyes, M. (2021). Knowledge of parental nonsuicidal self-injury in young people who self-injure: The mediating role of outcome expectancies. *Journal of Family Studies*, 27(4), 479–490. <https://doi.org/10.1080/13229400.2019.1633385>
- Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2008). An exploratory study of correlates, onset, and offset of non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 219–231. <https://doi.org/10.1080/13811110802101096>
- Dell’Osso, L., Mandelli, L., Carlini, M., Bouanani, S., Rotondo, A., Conversano, C., Serretti, A., & Marazziti, D. (2013). Temperamental and genetic predictors of suicide attempt and self-mutilation. *Neuropsychobiology*, 68(4), 250–257. <https://doi.org/10.1159/000356228>
- De Riu, P. L., Petruzzzi, V., Caria, M. A., Mameli, O., Casu, A. R., Nuvoli, S., Spanu, A., & Madeddu, G. (1997). Beta-endorphin and cortisol levels in plasma and CSF following acute experimental spinal traumas. *Physiology & Behavior*, 62(1), 1–5. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(97\)00099-1](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(97)00099-1)
- de Young, M. (1982). Self-injurious behavior in incest victims: A research note. *Child Welfare*, 61, 577–584.
- Diamond, G. S., & Siqueland, L. (1995). Family therapy for the treatment of depressed adolescents. *Psychotherapy*, 32, 77–90. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.32.1.77>
- Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K., & Levy, S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2009.11.002>
- Dick, D. M., Smith, G., Olausson, P., Mitchell, S. H., Leeman, R. F., O’Malley, S. S., & Sher, K. (2010). Understanding the construct of impulsivity and its relationship to alcohol use disorders. *Addiction Biology*, 15(2), 217–226. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2009.00190.x>
- DiClemente, R. J., Ponton, L. E., & Hartley, D. (1991). Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 735–739. [https://doi.org/10.1016/S0890-8567\(10\)80007-3](https://doi.org/10.1016/S0890-8567(10)80007-3)

- Dickson, G. (1989). The flagellants of 1260 and the crusades, *Journal of Medieval History*, 15(3), 227–267. [https://doi.org/10.1016/0304-4181\(89\)90021-3](https://doi.org/10.1016/0304-4181(89)90021-3)
- Diefenbach, G.J., Tolin, D.F., Meunier, S., & Worhunsky, P. (2008). Emotion regulation and trichotillomania: a comparison of clinical and nonclinical hair pulling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 32–41. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.09.002>
- Dixon-Gordon, K., Harrison, N., & Roesch, R. (2012). Non-suicidal self-injury within offender populations: A systematic review. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(1), 33–50. <https://doi.org/10.1080/14999013.2012.667513>
- Doctors, S. (1981). The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: A developmental view. *Adolescent Psychiatry*, 9, 443–460.
- Doctors S. R. (1999). Further thoughts on „self-cutting”: the intersubjective context of self-experience and the vulnerability to self-loss. *Psychoanalytic Review*, 86(5), 733–744.
- Dodd, D. R., Smith, A. R., Forrest, L. N., Witte, T. K., Bodell, L., Bartlett, M., Siegfried, N., & Goodwin, N. (2018). Interoceptive deficits, nonsuicidal self-injury, and suicide attempts among women with eating disorders. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 48(4), 438–448. <https://doi.org/10.1111/sltb.12383>
- Dolan, S. C., Khindri, R., Franko, D. L., Thomas, J. J., Reilly, E. E., & Eddy, K. T. (2021). Anhedonia in eating disorders: A meta-analysis and systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 55, 161–175. <https://doi.org/10.1002/eat.23645>
- Dong, X., Zou, Y., Zou, Q., Zhao, N., Li, S., Liu, G., Hu, M., & Sun, W. (2023). Non-suicidal self-injury: A bibliometrics study and visualization analysis from 2002 to 2022. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1019225. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1019225>
- Dougherty, D. M., Marsh, D. M., & Mathias, C. W. (2002). Immediate and delayed memory tasks: A computerized behavioral measure of memory, attention, and impulsivity. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 34(3), 391–398. <https://doi.org/10.3758/bf03195467>
- Dougherty, D. M., Mathias, C. W., Marsh-Richard, D. M., Prevette, K. N., Dawes, M. A., Hatzis, E. S., Palmes, G., & Novion, S. O. (2009). Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Research*, 169(1), 22–27. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.011>
- Drubina B., Kökönyi Gy., Reinhardt M. (2022). A nem-szuicidális önsértés és az öngyilkos magatartás kapcsolata: független vagy összefüggő jelenségek? *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(1), 99–123. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00005>

- Drubina, B., Kökönyei, Gy., Várnai D., & Reinhardt, M. (2023). Online and school bullying roles: Are bully-victims more vulnerable in nonsuicidal self-injury and in psychological symptoms than bullies and victims? *BMC Psychiatry*, 23, (1), 945. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05341-3>
- Drubina, B., Alexandrov, A., Kökönyei, Gy., & Reinhardt, M. (2025). A qualitative analysis of nonsuicidal self-injury lived experience and its functions in adolescent girls living in state-care. *International Journal of Adolescence and Youth*, 30(1). <https://doi.org/10.1080/02673843.2025.2590922>
- Dubé, J. P., Smith, M. M., Sherry, S. B., Hewitt, P. L., & Stewart, S. H. (2021). Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Research*, 301, 113998. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>
- Duggan, J. M., Heath, N. L., Lewis, S. P., & Baxter, A. L. (2012). An examination of the scope and nature of non-suicidal self-injury online activities: Implications for school mental health professionals. *School Mental Health: A Multidisciplinary Research and Practice Journal*, 4(1), 56–67. <https://doi.org/10.1007/s12310-011-9065-6>
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713–730. <https://doi.org/10.1023/A:1005543529245>
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 234–252. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.1.234>
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A Study in Sociology*. New York: Free Press. ISBN:978-0029086605
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2001). Problem-solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive–Behavioral Therapies* (2nd ed., pp. 211–245). Guilford Press.
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, 191, 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043>
- Eliade, M. (1973). *Rites and Symbols of Initiation*. New York: Harper & Row.
- Emerson, L. E. (1913). The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalytic study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review*, 1, 41–54.
- Enea, V., Dafinou, I., Bogdan, G., & Matei, C. (2017). Death anxiety and pain catastrophizing among male inmates with non-suicidal self-injury behavior: A comparative study. *American Journal of Men’s Health*, 11, 1174–1181. <https://doi.org/10.1177/1557988315595859>

- Englander, E. (2012). *Digital self-harm: Frequency, type, motivations, and outcomes*. MARC Research Reports. Paper 5. https://vc.bridgew.edu/marc_reports/5
- Evans, R., & Hurrell, C. (2016). The role of schools in children and young people's self-harm and suicide: Systematic review and meta-ethnography of qualitative research. *BMC Public Health*, 16, 401. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3065-2>
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: A systematic review of population-based studies. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239–250. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.3.239>
- Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Dent, J., Tata, P., Thornton, S., Barber, J., & Thompson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29(1), 19–25. <https://doi.org/10.1017/s003329179800765x>
- Evren, C., Cinar, O., Evren, B., & Celik, S. (2012). Relationship of self-mutilative behaviours with severity of borderline personality, childhood trauma and impulsivity in male substance-dependent inpatients. *Psychiatry Research*, 200(1), 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.017>
- Eysenck, S. B., & Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 16, 57–68. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1977.tb01003.x>
- Farfel, Z., Bourne, H. R., & Iiri, T. (1999). The expanding spectrum of G protein diseases. *The New England Journal of Medicine*, 340, 1012–1020. <https://doi.org/10.1056/NEJM199904013401306>
- Faura-Garcia, J., Orue, I., & Calvete, E. (2021). Cyberbullying victimization and nonsuicidal self-injury in adolescents: The role of maladaptive schemas and dispositional mindfulness. *Child Abuse & Neglect*, 118, 105135. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105135>
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259–268. <https://doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>
- Favazza, A. R. (2009). A cultural understanding of non-suicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 19–35). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN-13:978-1433804366
- Favazza, A. R. (2011). *Bodies under siege: self-mutilation, nonsuicidal self-injury, and body modification in culture and psychiatry*. 3rd edition. Johns Hopkins University Press. ISBN-13:978-0801899669

- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health*, 24, 22–30. <https://doi.org/10.1007/BF00755050>
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1989). Female habitual self-mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(3), 283–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1989.tb10259.x>
- Favazza, A., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic issues in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44(2), 134–140. <https://doi.org/10.1176/ps.44.2.134>
- Fawley-King, K., & Snowden, L. R. (2012). Relationship between placement change during foster care and utilization of emergency mental health services. *Children and Youth Services Review*, 34 (2), 348–353. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.11.002>
- Faye, P. (1995). Addictive characteristics of the behavior of self-mutilation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33, 36–39. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-19950601-08>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871–881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Feldman, M. D. (1988). The challenge of self-mutilation: A review. *Comprehensive Psychiatry*, 29(3), 252–269. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(88\)90048-X](https://doi.org/10.1016/0010-440X(88)90048-X)
- Ferentzi E., Tihanyi B. T., Szemerszky R., Dömötör Zs., Bárdos Gy., & Köteles F. (2018). Interocepció. Narratív összefoglaló. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 19 (4), 297–334. <https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.014>
- Flett, G. L., Goldstein, A. L., Hewitt, P. L., & Wekerle, C. (2012). Predictors of deliberate self-harm behavior among emerging adolescents: An initial test of a self-punitiveness model. *Current Psychology*, 31, 49–64. <https://doi.org/10.1007/s12144-012-9130-9>
- Fonagy, P., & Target, M. (1995). Understanding the violent patient: The use of the body and the role of the father. *The International Journal of Psychoanalysis*, 76, 487–501.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press. ISBN:978-1855753563
- Forrester, R. L., Slater, H., Jomar, K., Mitzman, S., & Taylor, P. J. (2017). Self-esteem and non-suicidal self-injury in adulthood: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 221, 172–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.027>
- Fox, K. R., Toole, K. E., Franklin, J. C., & Hooley, J. M. (2017). Why does self-injury improve mood? A preliminary test of three hypotheses. *Clinical Psychological Science*, 5(1), 111–121. <https://doi.org/10.1177/2167702616662270>

- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156–167. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.09.002>
- Franklin, J. C., Hessel, E. T., & Prinstein, M. J. (2011). Clarifying the role of pain tolerance in suicidal capability. *Psychiatry Research*, 189(3), 362–367. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.08.001>
- Frawley, W., & Smith, R. N. (2001). A processing theory of alexithymia. *Cognitive Systems Research*, 2(3), 189–206. [https://doi.org/10.1016/S1389-0417\(01\)00029-8](https://doi.org/10.1016/S1389-0417(01)00029-8)
- Fredlund, C., Wadsby, M., & Jonsson, L. S. (2020). Motives and manifestations of sex as self-injury. *Journal of Sex Research*, 57(7), 897–905. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1689377>
- Füstös, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2013). On the embodiment of emotion regulation: Interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(8), 911–917. <https://doi.org/10.1093/scan/nss089>
- Gabrielli, J., Hambrick, E. P., Tunno, A. M., Jackson, Y., Spangler, A., & Kanine, R. M. (2015). Longitudinal assessment of self-harm statements of youth in foster care: Rates, reporters, and related factors. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(6), 893–902. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0529-4>
- Gao, Y., Wang, H., Liu, X., Xiong, Y., & Wei, M. (2020). Associations between stressful life events, non-suicidal self-injury, and depressive symptoms among Chinese rural-to-urban children: A three-wave longitudinal study. *Stress and Health*, 36(4), 522–532. <https://doi.org/10.1002/smi.2954>
- Gao, Y., Xiong, Y., Liu, X., & Wang, H. (2021). The effects of childhood maltreatment on non-suicidal self-injury in male adolescents: The moderating roles of the monoamine oxidase A (MAOA) gene and the catechol-O-methyltransferase (COMT) gene. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2598. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052598>
- Gard, M., & Meyenn, R. (2000). Boys, bodies, pleasure and pain: Interrogating contact sports in schools. *Sport, Education and Society*, 5(1), 19–34. <https://doi.org/10.1080/135733200114415>
- Garisch, J. A., & Wilson, M. S. (2015). Prevalence, correlates, and prospective predictors of non-suicidal self-injury among New Zealand adolescents: Cross-sectional and longitudinal survey data. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 28. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0055-6>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Global Burden of Disease Study 2017 Causes of Death Collaborators (2018). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392(10159), 1736–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32203-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7)
- Ghinea, D., Edinger, A., Parzer, P., Koenig, J., Resch, F., & Kaess, M. (2020). Non-suicidal self-injury disorder as a stand-alone diagnosis in a consecutive help-seeking sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 274, 1122–1125. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.009>
- Gilman, S. L. (2013). From psychiatric symptom to diagnostic category: Self-harm from the Victorians to DSM-5. *History of Psychiatry*, 24(2), 148–65. <https://doi.org/10.1177/0957154X13478082>
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483–2490. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.04.002>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 67–75. <http://doi.org/10.1037/a0017427>
- Glenn, C. R., Lanzillo, E. C., & Esposito, E. C. (2017). Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45, 971–983. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0214-0>
- Glenn, J. J., Michel, B. D., Franklin, J. C., Hooley, J. M., & Nock, M. K. (2014). Pain analgesia among adolescent self-injurers. *Psychiatry Research*, 220(3), 921–926. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.016>
- Goldsmith Turow, R. (2017). *Mindfulness Skills for Trauma and PTSD*. New York: W. W. Norton & Company. ISBN-13:978-0393711264
- Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 157–163. <http://doi.org/10.1002/pmh.1375>
- Gould, M., Jamieson, P., & Romer, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1269–1284. <https://doi.org/10.1177/0002764202250670>

- Graff, H., & Mallin, R. (1967). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, 36–42. <https://doi.org/10.1176/ajp.124.1.36>
- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2009). Obsessive–compulsive spectrum and disorders of the skin. *Expert Review of Dermatology*, 4(5), 523–532. <https://doi.org/10.1586/edm.09.40>
- Grant, J. E., & Stein, D. J., 2014. Body-focused repetitive behavior disorders in ICD-11. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 36(1), 59–64. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1228>
- Grant, J. E., Dougherty, D. D., & Chamberlain, S. R. (2020). Prevalence, gender correlates, and co-morbidity of trichotillomania. *Psychiatry Research*, 288:112948. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112948>
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253–263. <https://doi.org/10.1023/A:1012779403943>
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Tull, M. T. (2015). Diagnosis and characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Assessment*, 22, 527–539. <https://doi.org/10.1177/1073191114565878>
- Green, A. H., (1967). Self-mutilation in schizophrenic children. *Archives of General Psychiatry*, 17, 234–244. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1967.01730260106015>
- Greene, D., Boyes, M., & Hasking, P. (2020). The association between alexithymia and both non-suicidal self-injury and risky drinking: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 140–166. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.088>
- Griesinger, W. (1864). German Psychiatrie; an Introductory Lecture, read at the opening of the Psychiatric Clinique, in Zürich (Summer Session, 1863). *Journal of Mental Science*, 9(48), 531–547. <https://doi.org/10.1192/bjp.9.48.531>
- Griffiths, K. M., Christensen, H., & Jorm, A. F. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*, 8, 25. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-8-25>
- Groschwitz, R. C., Plener, P. L., Kaess, M., Schumacher, T., Stoeck, R., & Boege, I. (2015). The situation of former adolescent self-injurers as young adults: A follow-up study. *BMC Psychiatry*, 15, 160. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0555-1>
- Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 77–89. <https://doi.org/10.1080/15374410903401195>
- Guertin, T., Lloyd-Richardson, E., Spirito, A., Donaldson, D., & Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal*

- of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1062–1069. <https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00015>
- Guérin-Marion, C., Martin, J., Deneault, A. A., Lafontaine, M. F., & Bureau, J. F. (2018). The functions and addictive features of non-suicidal self-injury: A confirmatory factor analysis of the Ottawa Self-Injury Inventory in a university sample. *Psychiatry Research* 264, 316–321. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.019>
- Gupta, M., & Sharma, A. (2021). Fear of missing out: A brief overview of origin, theoretical underpinnings and relationship with mental health. *World Journal of Clinical Cases*, 9(19), 4881–4889. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i19.4881>
- Gyori, D., & Balazs J. (2021a). Nonsuicidal self-injury and perfectionism: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12:691147. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.691147>
- Hagan, C. R., Rogers, M. L., Brausch, A. M., Muehlenkamp, J. J., & Joiner, T. E. (2019). Interoceptive deficits, non-suicidal self-injury, and suicide risk: A multi-sample study of indirect effects. *Psychological Medicine*, 49(16), 2789–2800. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003872>
- Hajek Gross, C., Oehlke, S. M., Prillinger, K., Goreis, A., Plener, P. L., & Kothgassner, O. D. (2024). Efficacy of mentalization-based therapy in treating self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Suicide & Life-Threatening behavior*, 54(2), 317–337. <https://doi.org/10.1111/sltb.13044>
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482–495. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hamza, C. A., Willoughby, T., & Heffer, T. (2015). Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 13–24. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.010>
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773–796. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.773>
- Hankin, B. L., Barrocas, A. L., Young, J. F., Haberstick, B., & Smolen, A. (2015). 5-HTTLPR×interpersonal stress interaction and nonsuicidal self-injury in general community sample of youth. *Psychiatry Research*, 225(3), 609–612. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.037>
- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2011). Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being. *The Journal of Psychology*, 145(1), 39–57. <https://doi.org/10.1080/00223980.2010.528072>

- Hasking, P., Rees, C., Martin, G. & Quigley, J. (2015). What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health*, 15:1039. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2383-0>
- Hauber, K., Boon, A., & Vermeiren, R. (2019). Non-suicidal self-injury in clinical practice. *Frontiers in Psychology*, 10:502. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00502>
- Hawton, K., Arensman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofsky, I., & Träskman-Bendz, L. (1998). Deliberate self harm: Systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *British Medical Journal*, 317, 441–447. <https://doi.org/10.1136/bmj.317.7156.441>
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. L. T., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions following self-harm in adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3(8), 740–750. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30070-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30070-0)
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.64.6.1152>
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A., & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 821–830. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.020>
- Heilbron, N., & Prinstein, M. J. (2008). Peer influence and adolescent nonsuicidal self-injury: A theoretical review of mechanisms and moderators. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 169–177. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.004>
- Hendricks, M. L., & Testa, R. J. (2012). A conceptual framework for clinical work with transgender and gender nonconforming clients: An adaptation of the Minority Stress Model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(5), 460–467. <https://doi.org/10.1037/a0029597>
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence – From domestic abuse to political terror*. New York, NY: Basic Books.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., & Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents: Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455–469. <https://doi.org/10.1177/0272431608316604>
- Hoff, E. R., & Muehlenkamp, J. J. (2009). Nonsuicidal self-injury in college students: The role of perfectionism and rumination. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 39(6), 576–587. <https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.6.576>

- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Swenson, C. R. (1999). Dialectical behavior therapy-family skills training. *Family Process*, 38(4), 399–414. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00399.x>
- Hollander, M. (2017). *Helping teens who cut: Using DBT skills to end self-injury*. New York, NY: Guilford Press. ISBN-13:978-1462527106
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L., Wolfe, M., & Reid, G. (2015). Bullying and suicidal ideation and behaviors: A meta-analysis. *Pediatrics*, 135(2):e496–509. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-1864>
- Hooley, J. M., & Franklin, J. C. (2018). Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychological Science*, 6(3), 428–451. <https://doi.org/10.1177/2167702617745641>
- Hooley, J. M., & St. Germain, S. A. (2014). Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury. *Clinical Psychological Science*, 2, 297–305. <https://doi.org/10.1177/2167702613509372>
- Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and non-suicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 170–179. <https://doi.org/10.1037/a0020106>
- Horváth, L. O., Györi, D., Komáromy, D., Mészáros, G., Szentiványi, D., & Balázs, J. (2020). Nonsuicidal self-injury and suicide: The role of life events in clinical and non-clinical populations of adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11:370. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00370>
- Houghton, D. C., Alexander, J. R., Bauer, C. C., & Woods, D. W. (2018). Abnormal perceptual sensitivity in body-focused repetitive behaviors. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.12.005>
- Houston, M. N. (2017). *Treating suicidal clients and self-harm behaviors*. PESI Publishing and Media. ISBN-13:978-1683730842
- Howat, S. & Davidson, K. (2002). Parasuicidal behavior and interpersonal problem solving performance in older adults. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 375–386. <https://doi.org/10.1348/014466502760387498>
- Huang, H., Ding, Y., Wan, X., Liang, Y., Zhang, Y., Lu, G., & Chen, C. (2022). A meta-analysis of the relationship between bullying and non-suicidal self-injury among children and adolescents. *Scientific Reports*, 12(1), 17285. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-22122-2>

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hurley, K. D., Trout, A., Chmelka, M. B., Burns, B. J., Epstein, M. H., Thompson, R. W., & Daly, D. L. (2009). The changing mental health needs of youth admitted to residential group home care: Comparing mental health status at admission in 1995 and 2004. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 17(3), 164–176. <https://doi.org/10.1177/1063426608330791>
- In-Albon, T., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Proposed diagnostic criteria for the DSM-5 of nonsuicidal self-injury in female adolescents: Diagnostic and clinical correlates. *Psychiatry Journal*, 159208. <https://doi.org/10.1155/2013/159208>
- Jackman, K. B., Dolezal, C., Levin, B., Honig, J. C., & Bockting, W. O. (2018). Stigma, gender dysphoria, and nonsuicidal self-injury in a community sample of transgender individuals. *Psychiatry Research*, 269, 602–609. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.092>
- Jackman, K. B., Bockting, W. O., Divsalar, S., Luhur, W., Leonard, S. I., Lin, A., & Meyer, I. H. (2025). Prevalence and correlates of nonsuicidal self-injury among transgender people: Results from a U.S. probability sample. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/sgd0000794>
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11, 129–147. <https://doi.org/10.1080/13811110701247602>
- Jacobson, C. M., & Shaffer, D. (2009). *Proposal to the DSM-V Childhood Disorder and Mood Disorder Work Groups to Include Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) as a DSM-V Disorder. Proposed Revisions: Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood or Adolescence. DSM-5 Development*. American Psychiatric Association, Arlington, VA. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:149130412>
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 37, 363–375. <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>
- James, K. M., & Gibb, B. E. (2019). Maternal criticism and non-suicidal self-injury in school-aged children. *Psychiatry Research*, 273, 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.019>

- Jarvi, S., Jackson, B., Swenson, L., & Crawford, H. (2013). The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: A review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 1–19. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748404>
- Jarvi, S. M., Swenson, L. P., & Batejan, K. L. (2017). Motivation for and use of social networking sites: Comparisons among college students with and without histories of non-suicidal self-injury. *Journal of American College Health*, 65(5), 306–312. <https://doi.org/10.1080/07448481.2017.1312410>
- Jiang, Z., Wang, Z., Diao, Q., Chen, J., Tian, G., Cheng, X., Zhao, M., He, L., He, Q., Sun, J., & Liu, J. (2022). The relationship between negative life events and non-suicidal self-injury (NSSI) among Chinese junior high school students: The mediating role of emotions. *Annals of General Psychiatry*, 21(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00423-0>
- Johns Hopkins University and Medicine Coronavirus Resource Centre (2023). *COVID-19 Dashboard*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> Letöltés ideje: 2024. 08. 17.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press. ISBN-13:978-0674025493
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 634–646. <http://doi.org/10.1037/a0016500>
- Jones, I. H., Congiu, L., Stevenson, J., Strauss, N., & Frei, D. Z. (1979). A biological approach to two forms of self-injury. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 167, 74–78. <https://doi.org/10.1097/00005053-197902000-00002>
- Jonsson, L. S., Svedin, C. G., Priebe, G., Fredlund, C., Wadsby, M., & Zetterqvist, M. (2019). Similarities and differences in the functions of nonsuicidal self-injury (NSSI) and sex as self-injury (SASI). *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 49(1), 120–136. <https://doi.org/10.1111/sltb.12417>
- Jordan, J. V. (2010). *Relational–cultural therapy*. Washington, DC: American Psychological Association. ISBN-13:978-1433828263
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Mulder, R. T., Luty, S. E., Sullivan, P. F., Miller, A. L., & Kennedy, M. A. (2006). Genetic, developmental and personality correlates of self-mutilation in depressed patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 225–229. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01778.x>
- Kaess, M., Hille, M., Parzer, P., Maser-Gluth, C., Resch, F., & Brunner, R. (2012). Alterations in the neuroendocrinological stress response to acute psychosocial stress in adolescents engaging in nonsuicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*, 37(1), 157–61. <http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2011.05.009>

- Kaess, M., Hooley, J. M., Klimes-Dougan, B., Koenig, J., Plener, P. L., Reichl, C., Robinson, K., Schmahl, C., Sicorello, M., Westlund Schreiner, M., & Cullen, K. R. (2021). Advancing a temporal framework for understanding the biology of nonsuicidal self-injury: An expert review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 130, 228–239. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.022>
- Kafka, J. S. (1969). The body as transitional object: A psychoanalytic study of a self-mutilating patient. *British Journal of Medical Psychology*, 42(3), 207–212. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1969.tb02072.x>
- Kalsched, D. (1996). *The Inner World of Trauma: Archetypal Defenses of the Personal Spirit*. New York: Routledge. ISBN-13:978-0415123297
- Källmén, H., & Hallgren, M. (2021). Bullying at school and mental health problems among adolescents: A repeated cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00425-y>
- Kenny, D. T., Lennings, C. J., & Munn, O. A. (2008). Risk factors for self-harm and suicide in incarcerated young offenders: implications for policy and practice. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 8(4), 358–382. <https://doi.org/10.1080/15228930802199317>
- Kerekes Zs. (2016). Fájdalomélmény és fájdalomemlék. In V. Csernus, J. Kállai, & S. Komoly (Szerk.). *Emberi folyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig* (pp. 651–671). Budapest/Pécs: Dialóg Campus/Pécsi Tudományegyetem. ISBN: 9789636426316
- Kerr, P. L., Muehlenkamp, J. J., & Turner, J. M. (2010). Nonsuicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23(2), 240–259. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2010.02.090110>
- Kettlewell, C. (1999). *Skin Game: A Cutter's Memoir*. New York, NY: St. Martin's Press.
- Khasawneh, A., Madathil, K. C., Zinzow, H., Wisniewski, P., Ponathil, A., Rogers, H., Agnisarman, S., Roth, R., & Narasimhan, M. (2021). An investigation of the portrayal of social media challenges on YouTube and Twitter. *ACM Transactions on Social Computing*, 4 (1). <https://doi.org/10.1145/3444961>
- Kim, B., & Royle, M. (2024). Domestic violence in the context of the COVID-19 pandemic: A synthesis of systematic reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), 476–493. <https://doi.org/10.1177/15248380231155530>
- Kindler, J., Koenig, J., Lerch, S., van der Venne, P., Resch, F., & Kaess, M. (2022). Increased immunological markers in female adolescents with non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 318, 191–195. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.125>

- Kirchner, T., Forns, M., & Mohino, S. (2008). Identifying the risk of deliberate self-harm among young prisoners by means of coping typologies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 442–448. <https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.4.442>
- Kissil, K. (2011). Attachment-based family therapy for adolescent self-injury. *Journal of Family Psychotherapy*, 22(4), 313–327. <https://doi.org/10.1080/08975353.2011.627801>
- Klimes-Dougan, B., Begnel, E., Almy, B., Thai, M., Schreiner, M. W., & Cullen, K. R. (2019). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis dysregulation in depressed adolescents with non-suicidal self-injury. *Psychoneuroendocrinology*, 102, 216–224. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.11.004>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166, 260–268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.008>
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981–1986. <http://doi.org/10.1017/S0033291710002497>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2008). Resisting urges to self-injure. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 211–220. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004128>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Klonsky, E. D., & Weinberg, A. (2009). Assessment of non-suicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 183–199). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN-13:978-1433804366
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1–5. <https://doi.org/10.1111/sltb.12068>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 192(3), 166–170. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>

- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1045–1056. <http://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 231–237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Tukurheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 565–568. <http://dx.doi.org/10.1177/070674371405901101>
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal Self-Injury*. Massachusetts: Hogrefe Publishing. ISBN 978-1-61676-337-4
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: Converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9:44 <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-015-0073-4>
- Knight, B., Coid, J., & Ullrich, S. (2017). Non-suicidal self-injury in UK prisoners. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16, 172–182. <https://doi.org/10.1080/14999013.2017.1287139>
- Koenig, J., Thayer, J. F., & Kaess, M. (2016). A meta-analysis on pain sensitivity in self-injury. *Psychological Medicine*, 46(8), 1597–1612. <https://doi.org/10.1017/S0033291716000301>
- Koenig, J., Rinnewitz, L., Niederbäumer, M., Strozyk, T., Parzer, P., Resch, F., & Kaess, M. (2017a). Longitudinal development of pain sensitivity in adolescent non-suicidal self-injury. *Journal of Psychiatric Research*, 89, 81–84. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.02.001>
- Koenig, J., Rinnewitz, L., Parzer, P., Resch, F., Thayer, J. F., & Kaess, M. (2017b). Resting cardiac function in adolescent non-suicidal self-injury: The impact of borderline personality disorder symptoms and psychosocial functioning. *Psychiatry Research*, 248, 117–120. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.024>
- Kortge, R., Meade, T., & Tennant, A. (2013). Interpersonal and intrapersonal functions of deliberate self-harm (DSH): a psychometric examination of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) scale. *Behaviour Change*, 30, 24–35. <http://dx.doi.org/10.1017/bec.2013.3>

- Kostić, J., Žikić, O., Stankovic, M., & Nikolić, G. (2019). Nonsuicidal self-injury among adolescents in South Eastern Serbia. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 6, 131–134. <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2019.06.002>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Kramer, A. C., Neubauer, A. B., Stoffel, M., Voss, A., & Ditzen, B. (2019). Tomorrow's gonna suck: Today's stress anticipation predicts tomorrow's post-awakening cortisol increase. *Psychoneuroendocrinology*, 106, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.03.024>
- Kress, V. E., & Hoffman, R. M. (2008). Non-suicidal self-injury and motivational interviewing: Enhancing readiness for change. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(4), 311–329. <https://doi.org/10.17744/mehc.30.4.n2136170r5732u6h>
- Krueger, D. W. (1989). *Body Self and Psychological Self: A Developmental and Clinical Integration of Disorders of the Self*. New York: Brunner/Mazel. ISBN-13:978-0876305430
- Kruzan, K. P., & Whitlock, J. (2019). Processes of change and nonsuicidal self-injury: A qualitative interview study with individuals at various stages of change. *Global Qualitative Nursing Research*, 6:2333393619852935. <https://doi.org/10.1177/2333393619852935>
- Kuritárné Szabó I. (2008). *Boderline személyiségzavar*. Budapest: Medicina. ISBN: 978-9632261218
- Lane, R. C. (2002). Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: The spider mother. *Psychoanalytic Review*, 89, 101–123. <https://doi.org/10.1521/prev.89.1.101.23405>
- Lang, J., & Yao, Y. (2018). Prevalence of nonsuicidal self-injury in chinese middle school and high school students: A meta-analysis. *Medicine*, 97(42), e12916. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000012916>
- Lasky, J. (2024). *Flagellation*. Letöltve: <https://www.ebsco.com/research-starters/religion-and-philosophy/flagellation>
- Law, K. C., & Chapman, A. L. (2015). Borderline personality features as a potential moderator of the effect of anger and depressive rumination on shame, self-blame, and self-forgiveness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.07.008>
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447–457. <http://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>

- Levy, K. N., Yeomans, F. E., & Diamond, D. (2007). Psychodynamic treatments of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1105–1120. <https://doi.org/10.1002/jclp.20418>
- Lewis, S. P., & Baker, T. G. (2011). The possible risks of self-injury web sites: A content analysis. *Archives of Suicide Research*, 15(4), 390–396. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.616154>
- Lewis, S. P., & Hasking P. (2019). Putting the “self” in self-injury research: Inclusion of people with lived experience in the research process. *Psychiatric Services*, 70(11), 1058–1060. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800488>
- Lewis, S. P., & Hasking, P. A. (2023). *Undestarring Self-Injury. A Person-Centered Approach*. Oxford University Press. ISBN-13: 978-0197545089 <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780197545065.001.0001>
- Lewis, S. P., Rosenrot, S. A., & Messner, M. A. (2012). Seeking validation in unlikely places: The nature of online questions about non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 16(3), 263–272. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.695274>
- Lewis, S. P., Bryant, L. A., Schaefer, B. M., & Grunberg, P. H. (2017). In their own words: Perspectives on nonsuicidal self-injury disorder among those with lived experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(10), 771–779. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000733>
- Lewis, S. P., Mahdy, J. C., Michal, N. J., & Arbuthnott, A. E. (2014). Googling self-injury: The state of health information obtained through online searches for self-injury. *JAMA Pediatrics*, 168(5), 443–449. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2014.187>
- Liddle, H. A. (1999). Theory development in a family-based therapy for adolescents’ drug abuse. *Journal of Clinical and Child Psychology*, 28, 521–533. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2804_12
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453–461. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1301–1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Lin, L. Y., Sidani, J. E., Shensa, A., Radovic, A., Miller, E., Colditz, J. B., Hoffman, B. L., Giles, L. M., & Primack, B. A. (2016). Association between social media use and depression among U.S. young adults. *Depression and Anxiety*, 33(4), 323–331. <https://doi.org/10.1002/da.22466>
- Lindgren, B.-M., Svedin, C. G., & Werkö, S. (2018). A systematic literature review of experiences of professional care and support among people who self-harm. *Archives of Suicide Research*, 22(2), 173–192. <https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1319309>

- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. ISBN-13:978-0898621839
- Linehan M. M. (1997). Behavioral treatments of suicidal behaviors. Definitional obfuscation and treatment outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 836, 302–328. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb52367.x>
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press. ISBN-13:978-1462516995
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon, & C. George (Eds.), *Attachment Disorganization* (pp. 39–70). New York: Guilford Press. ISBN-13:978-1609181284
- Liu, R. T. (2023). The epidemiology of non-suicidal self-injury: lifetime prevalence, sociodemographic and clinical correlates, and treatment use in a nationally representative sample of adults in England. *Psychological Medicine*, 53(1), 274–282. <http://doi.org/10.1017/S003329172100146X>
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 5(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)
- Liu, R. T., Frazier, E. A., Cataldo, A. M., Simon, V. A., Spirito, A., & Prinstein, M. J. (2014). Negative life events and non-suicidal self-injury in an adolescent inpatient sample. *Archives of Suicide Research*, 18(3), 251–258. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824835>
- Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F. L., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., & Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 74, 101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>
- Lloyd, E. E., Kelley, M. L. & Hope, T. (1997). Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster session at the *Annual Meeting of the Society for Behavioral Medicine*, New Orleans, LA.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183–1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Lu, Y., Tang, C., Liow, C. S., Ng, W. W. N., Ho, C. S. H., & Ho, R. C. M. (2014). A regression analysis of maladaptive rumination, illness perception and negative emotional outcomes in Asian patients suffering from depressive disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 12, 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.014>

- Lundh, L.-G., Karim, J., & Quilisch, E. (2007). Deliberate self-harm in 15-year-old adolescents: A pilot study with a modified version of the Deliberate Self-Harm Inventory. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 33–41. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00567.x>
- Mahtani, S., Melvin, G. A., & Hasking, P. (2018). Shame proneness, shame coping, and functions of nonsuicidal self-injury (NSSI) among emerging adults: A developmental analysis. *Emerging Adulthood*, 6(3), 159–171. <https://doi.org/10.1177/2167696817711350>
- Malda-Castillo, J., Browne, C., & Perez-Algorta, G. (2019). Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy*, 92(4), 465–498. <http://doi.org/10.1111/papt.12195>
- Malejko, K., Neff, D., Brown, R. C., Plener, P. L., Bonenberger, M., Abler, B., & Graf, H. (2019). Neural signatures of social inclusion in borderline personality disorder versus non-suicidal self-injury. *Brain Topography*, 32(5), 753–761. <https://doi.org/10.1007/s10548-019-00712-0>
- Maneiro, L., Llerena, N., & López-Romero, L. (2023). Adverse childhood experiences and residential care environment: The mediating role of trauma-related symptoms and psychological maladjustment in adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 146, 106528. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106528>
- Mann, A. J. D., Van Voorhees, E. E., Patel, T. A., Wilson, S. M., Gratz, K. L., Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Kimbrel, N. A. (2020). Nail-biting, scab-picking, and tattooing as nonsuicidal self-injury (NSSI): A deviant case series analysis of the proposed NSSI disorder diagnostic criteria. *Journal of Clinical Psychology*, 76(12), 2296–2313. <https://doi.org/10.1002/jclp.23008>
- Mann, A. J. D., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2022). Hiding in the open: Consideration of nonsuicidal self-injury by proxy as a clinically meaningful construct. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 52(5), 1024–1036. <https://doi.org/10.1111/sltb.12899>
- Mann, J. J. (2013). The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of The Royal Society B*, 368:20120537. <http://doi.org/10.1098/rstb.2012.0537>
- Mannarino, V. S., Pereira, D. C. S., Gurgel, W. S., Costa, C. B. F., Valença, A. M., Fontenelle, L. F., & Mendlowicz, M. V. (2017). Self-embedding behavior in adults: A report of two cases and a systematic review. *Journal of Forensic Sciences*, 62(4), 953–961. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.13359>
- Mannekote Thippaiah, S., Shankarapura Nanjappa, M., & Gude, J. G. (2021). Nonsuicidal self-injury in developing countries: A review. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5):472–482. <https://doi.org/10.1177/0020764020943627>
- Marchant, A., Hawton, K., Stewart, A., Montgomery, P., Singaravelu, V., Lloyd, K., Purdy, N., Daine, K., & John, A. (2017). A systematic review of the relationship

- between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown. *PloS One*, 12(8), e0181722. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181722>
- Marshall, E., Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2016). Non suicidal self-injury and suicidality in trans people: A systematic review of the literature. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 58–69. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1073143>
- Martin, G., & Swannell, S. (2016). Non-suicidal self-injury in the over 40s: Results from a large national epidemiological survey. *Epidemiology (Sunnyvale)*, 6(5), 266. <https://doi.org/10.4172/2161-1165.1000266>
- Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Salazar, J., Vega, D., Andión, O., Sanchez-Mora, C., Arranz, M. J., Ribases, M., Feliu-Soler, A., Pérez, V., & Pascual, J. C. (2014). Association between methylation of the glucocorticoid receptor gene, childhood maltreatment, and clinical severity in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 57, 34–40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.06.011>
- Mathew, A. S., Davine, T. P., Snorrason, I., Houghton, D. C., Woods, D. W., & Lee, H. J. (2020). Body-focused repetitive behaviors and non-suicidal self-injury: A comparison of clinical characteristics and symptom features. *Journal of Psychiatric Research*, 124, 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.02.020>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345–361. <https://doi.org/10.1017/S095457941200003X>
- McEvoy, D., Brannigan, R., Walsh, C., Arensman, E., & Clarke, M. (2024). Identifying high-risk subgroups for self-harm in adolescents and young adults: A longitudinal latent class analysis of risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 351, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.230>
- McKay, D., & Andover, M. (2012). Should nonsuicidal self-injury be a putative obsessive-compulsive-related condition? A critical appraisal. *Behavior Modification*, 36(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/0145445511417707>
- McKenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). Nonsuicidal self-injury: an emotion regulation perspective. *Psychopathology*, 47(4), 207–219. <https://doi.org/10.1159/000358097>
- McLaughlin, K. A., & Hatzenbuehler, M. L. (2009). Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 659–669. <https://doi.org/10.1037/a0016499>

- McReynolds, L. S., Wasserman, G., & Ozbardakci, E. (2017). Contributors to nonsuicidal self-injury in incarcerated youth. *Health and Justice*, 5:13. <https://doi.org/10.1186/s40352-017-0058-x>
- Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve 5. kiadásának átdolgozott verziója* (2022). Budapest: Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft.
- Mereish, E. H., Peters, J. R., Brick, L. A. D., Killam, M. A., & Yen, S. (2023). A daily diary study of minority stressors, suicidal ideation, nonsuicidal self-injury ideation, and affective mechanisms among sexual and gender minority youth. *Journal of Psychopathology and Clinical Science*, 132(4), 372–384. <https://doi.org/10.1037/abn0000813>
- Merza, K., Papp, G., Molnár, J., & Kuritárné Szabó, I. (2017). Characteristics and development of nonsuicidal self-injury among borderline inpatients. *Psychiatria Danubia*, 29, 480–489. <https://doi.org/10.24869/psyd.2017.480>
- Miao, R., Liu, C., Zhang, J., & Jin, H. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of children and adolescents: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders*, 340, 914–922. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.070>
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147–172. <https://doi.org/10.1017/S0141347300006583>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change (3rd edition)*. New York, NY: Guilford Press. ISBN-13:978-1609182274
- Miller, A. L., & Smith, H. L. (2008). Adolescent non-suicidal self-injurious behavior: The latest epidemic to assess and treat. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 178–188. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.003>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674041127>
- Mitchell, K. J., & Ybarra, M. L. (2007). Online behavior of youth who engage in self-harm provides clues for preventive intervention. *Preventive Medicine*, 45(5), 392–396. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.05.008>
- Modecki, K. L., Minchin, J., Harbaugh, A. G., Guerra, N. G., & Runions, K. C. (2014). Bullying prevalence across contexts: A meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *The Journal of Adolescent Health*, 55(5), 602–611. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.06.007>
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G., & Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine*, 40, 899–909. <http://doi.org/10.1017/S0033291709991036>

- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1995). Motivational and affective correlates of dependency and self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 18, 347–354. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)00139-J](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)00139-J)
- Monroe, S. M., & Slavich, G. M. (2020). Major life events: A review of conceptual, definitional, measurement issues, and practices. In K. L. Harkness & E. P. Hayden (Eds.). *The Oxford Handbook of Stress and Mental Health* (pp. 7–26). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190681777.013.1>
- Moore, S. E., Norman, R. E., Suetani, S., Thomas, H. J., Sly, P. D., & Scott, J. G. (2017). Consequences of bullying victimization in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Psychiatry*, 7(1), 60–76. <https://doi.org/10.5498/wjp.v7.i1.60>
- Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. (2018). Self-harm in a primary care cohort of older people: incidence, clinical management, and risk of suicide and other causes of death. *The Lancet Psychiatry*, 5(11), 905–912. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30348-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30348-1)
- Møhl, B. (2020). *Assessment and treatment of non-suicidal self-injury. A clinical perspective*. New York: Routledge. ISBN-13:978-1138349803 <https://doi.org/10.4324/9780429296352-1>
- Møhl, B., Cour, P. L., & Skandsen, A. (2014). Non-suicidal self-injury and indirect self-harm among Danish high school students. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 2(1), 11–18. <https://tidsskrift.dk/sjcapp/article/view/15839> <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2014-003>
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324–333. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Muehlenkamp, J. J. (2006). Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 28(2), 166–185. <https://doi.org/10.17744/mehc.28.2.6w61cut2lxjdg3m7>
- Muehlenkamp, J. J. (2012). Body regard in nonsuicidal self-injury: Theoretical explanations and treatment directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(4), 331–347. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.26.4.331>
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2012). Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.010>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 34, 12–23. <https://doi.org/10.1521/suli.34.1.12.27769>

- Muehlenkamp, J. J., Hilt, L. M., & Ehlinger, P. P. (2015). Nonsuicidal self-injury in sexual minority college students: A test of theoretical integration. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 16. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0050-y>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6:10 <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muehlenkamp, J. J., Bagge, C. L., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2013). Body regard as a moderator of the relation between emotion dysregulation and nonsuicidal self-injury. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 43(5), 479–493. <https://doi.org/10.1111/sltb.12032>
- Munson, J., Amati, V., Collard, M., & Macri, M. J. (2014). Classic Maya bloodletting and the cultural evolution of religious rituals: Quantifying patterns of variation in hieroglyphic texts. *PLoS One*, 9(9):e107982. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107982>
- Müller, A., Rein, K., Kollei, I., Jacobi, A., Rotter, A., Schütz, P., Hillemacher, T., & de Zwaan, M. (2011). Impulse control disorders in psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 188(3), 434–438. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.04.006>
- Nagy, L. M., Shanahan, M. L., & Seaford, S. P. (2023). Nonsuicidal self-injury and rumination: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 79(1), 7–27. <https://doi.org/10.1002/jclp.23394>
- Nakar, O., Brunner, R., Schilling, O., Chanen, A., Fischer, G., Parzer, P., Carli, V., Wasserman, D., Sarchiapone, M., Wasserman, C., Hoven, C. W., Resch, F., & Kaess, M. (2016). Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *Journal of Affective Disorders*, 197, 231–238. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.029>
- Navarro-Haro, M., Wessman, I., Botella, C., & García-Palacios, A. (2015). The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 63, 123–130. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.09.001>
- Nelson, A., & Muehlenkamp, J. J. (2012). Body attitudes and objectification in non-suicidal self-injury: Comparing males and females. *Archives of Suicide Research*, 16(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/13811118.2012.640578>
- Nester, M. S., Pierorazio, N. A., Shandler, G., & Brand, B. L. (2023). Characteristics, methods, and functions of non-suicidal self-injury among highly dissociative individuals. *Journal of Trauma and Dissociation*, 24(3), 333–347. <https://doi.org/10.1080/15299732.2023.2181475>

- New, A. S., Trestman, R. L., Mitropoulou, V., Benishay, D. S., Coccaro, E., Silverman, J., & Siever, L. J. (1997). Serotonergic function and self-injurious behavior in personality disorder patients. *Psychiatry Research*, 69, 17–26. [https://doi.org/10.1016/s0165-1781\(96\)02784-9](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(96)02784-9)
- NICE guideline. (2022). *Self-harm: assessment, management and preventing recurrence*. National Institute of Health and Care Excellence. Letöltve: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- Niedenthal P. M. (2007). Embodying emotion. *Science*, 316(5827), 1002–1005. <https://doi.org/10.1126/science.1136930>
- Nielsen, E., Sayal, K., & Townsend, E. (2017). Functional coping dynamics and experiential avoidance in a community sample with no self-injury vs. non-suicidal self-injury only vs. those with both non-suicidal self-injury and suicidal behaviour. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(6), 575. <https://doi.org/10.3390/ijerph14060575>
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 1333–1341. <https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00015>
- Nixon, M. K., Levesque, C., Preyde, M., Vanderkooy, J., & Cloutier, P. F. (2015). The Ottawa Self-Injury Inventory: Evaluation of an assessment measure of nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8, 9:26. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0056-5>
- Nock, M. K. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied & preventive psychology : journal of the American Association of Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 159–168. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.002>
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78–83. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., & Favazza, A. R. (2009). Non-suicidal self-injury: Definition and classification. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 9–18). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN-13:978-1433804366 <https://doi.org/10.1037/11875-001>
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal*

- of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.28>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816–827. <https://doi.org/10.1037/a0016948>
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19(3), 309–317. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65–72. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Noma, S., Uwatoko, T., Ono, M., Miyagi, T., & Murai, T. (2015). Differences between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in patients with eating disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(3), 198–207. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000067>
- Norman, H., & Borrill, J. (2015). The relationship between self-harm and alexithymia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(4), 405–419. <https://doi.org/10.1111/sjop.12217>
- Norman, H., Oskis, A., Marzano, L., & Coulson, M. (2020). The relationship between self-harm and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(6), 855–876. <https://doi.org/10.1111/sjop.12668>
- Novak, M. A. (2003). Self-injurious behavior in rhesus monkeys: New insights into its etiology, physiology, and treatment. *American Journal of Primatology*, 59, 3–19. <https://doi.org/10.1002/ajp.10063>

- Novick, K. K., & Novick, J. (1987). The essence of masochism. *Psychoanalytic Study of the Child*, 42, 353–384. <https://doi.org/10.1080/00797308.1987.11823496>
- Nürnberg, J., Opazo Saez, A., Mitchell, A., Bührmann, S., Wenzel, R. R., Siffert, W., Philipp, T., & Schäfers, R. F. (2004). The T-allele of the C825T polymorphism is associated with higher arterial stiffness in young healthy males. *Journal of Human Hypertension*, 18(4), 267–271. <https://doi.org/10.1038/sj.jhh.1001665>
- Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school based intervention program. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The Development and Treatment of Childhood Aggression* (pp. 411–448). Lawrence Erlbaum Associates, Inc. ISBN-13:978-0805803709
- Olweus, D. (2012). Cyberbullying: An overrated phenomenon? *European Journal of Developmental Psychology*, 9(5), 520–538. <https://doi.org/10.1080/17405629.2012.682358>
- Olweus, D. (2013). School bullying: Development and some important challenges. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 751–780. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185516>
- Olweus, D., & Limber, S. P. (2018). Some problems with cyberbullying research. *Current Opinion in Psychology*, 19, 139–143. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.012>
- Orsolini, L., Reina, S., Longo, G., & Volpe, U. (2024). „Swipe & slice”: Decoding digital struggles with non-suicidal self-injuries among youngsters. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1403445. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1403445>
- Ose, S. O., Tveit, T., & Mehlum, L. (2021). Non-suicidal self-injury (NSSI) in adult psychiatric outpatients – A nationwide study. *Journal of Psychiatric Research*, 133, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.031>
- Patchin, J. W., & Hinduja, S. (2017). Digital self-harm among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 61(6), 761–766. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.06.012>
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867–872. <http://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>
- Patton, G. C., Hemphill, S. A., Beyers, J. M., Bond, L., Toumbourou, N. W., McMorris, B. J., & Catalano, R. F. (2007). Pubertal stage and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 508–514. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803065c7>
- Paykel E. (2003). Life events: effects and genesis. *Psychological Medicine*, 33(7), 1145–1148. <https://doi.org/10.1017/s0033291703008638>
- Peat, C. M., & Muehlenkamp, J. J. (2011). Self-objectification, disordered eating, and depression: A test of mediational pathways. *Psychology of Women Quarterly*, 35(3), 441–450. <https://doi.org/10.1177/0361684311400389>

- Penner-Goeke, S., & Binder, E. B. (2019). Epigenetics and depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 21(4), 397–405. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2019.21.4/ebinder>
- Peterson, C. M., & Fischer, S. (2012). A prospective study of the influence of the UPPS model of impulsivity on the co-occurrence of bulimic symptoms and non-suicidal self-injury. *Eating Behaviors*, 13(4), 335–341. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.05.007>
- Pérez, S., García-Alandete, J., Cañabate, M., & Marco, J. H. (2020). Confirmatory factor analysis of the Inventory of Statement About Self-injury in a Spanish clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 102–117. <https://doi.org/10.1002/jclp.22844>
- Pérez, S., García-Alandete, J., Gallego, B., & Marco, J. H. (2021). Characteristics and unidimensionality of non-suicidal self-injury in a community sample of Spanish adolescents. *Psicothema*, 33(2), 251–258. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.249>
- Pilowsky, D. J., & Wu, L. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.06.014>
- Phillips, M. L., Drevets, W. C., Rauch, S. L., & Lane, R. (2003). Neurobiology of emotion perception II: Implications for major psychiatric disorders. *Biological Psychiatry*, 54(5), 515–528. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00171-9](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00171-9)
- Pineda, J., & Dadds, M. R. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behavior: A randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 851–862. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.015>
- Plener, P. L., Bubalo, N., Fladung, A. K., Ludolph, A. G., & Lule, D. (2012). Prone to excitement: Adolescent females with non-suicidal self-injury (NSSI) show altered cortical pattern to emotional and NSS-related material. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 203(2-3), 146–52. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2011.12.012>
- Plener, P. L., Zohsel, K., Hohm, E., Buchmann, A. F., Banaschewski, T., Zimmermann, U. S., & Laucht, M. (2017). Lower cortisol level in response to a psychosocial stressor in young females with self-harm. *Psychoneuroendocrinology*, 76, 84–87. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2016.11.009>
- Power, J., Smith, H. P., & Beaudette, J. N. (2016). Examining Nock and Prinstein's Four-Function Model with offenders who self-injure. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7, 309–314. <https://doi.org/10.1037/per0000177>

- Prasher, V. P., Roberts, E., Norman, A., Butler, A. C., Krishnan, V. H., & McMullan, D. J. (1995). Partial trisomy 22 (q11.2-q13.1) as a result of duplication and pericentric inversion. *Journal of Medical Genetics*, 32, 306–308. <https://doi.org/10.1136/jmg.32.4.306>
- Prinstein, M. J. (2008). Introduction to the Special Section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1–8. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.1>
- Prinstein, M. J., & Dodge, K. A. (2008). *Understanding Peer Influence in Children and Adolescents*. New York, NY: Guilford Press. ISBN-13:978-1593853976
- Prinstein, M. J., Guerry, J. D., Browne, C. B., & Rancourt, D. (2009). Interpersonal models of non-suicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding Non-Suicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 79–98). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN-13:978-1433804366 <https://doi.org/10.1037/11875-005>
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., & Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal self-injury: Longitudinal results in community and clinically-referred adolescent samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 669–682. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9423-0>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.3.390>
- Przybylski, A. K., Murayama, K., DeHaan, C. R., & Gladwell, V. (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1841–1848. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.02.014>
- Qin, Q., Yang, G., Li, Y., Wu, W., Wang, J., Chen, Z., Kong, X., Zhang, W., & Zou, H. (2024). The relationship between major life events and non-suicidal self-injury among college students: The effect of rumination and body image. *Frontiers in Public Health*, 11, 1308186. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1308186>
- Rapoport, J. L. (1988). The neurobiology of obsessive-compulsive disorder. *JAMA*, 260(19), 2888–2890. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410190136037>
- Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 139–144. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.007>
- Reichl, C., Brunner, R., Bender, N., Parzer, P., Koenig, J., Resch, F., & Kaess, M. (2019). Adolescent nonsuicidal self-injury and cortisol response to the retrieval of adversity: A sibling study. *Psychoneuroendocrinology*, 110, 104460. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104460>

- Reinhardt M., Drubina B., Horváth Zs., & Kökönyi Gy. (2020). A nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés komplex felmérése – a Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív (SIQ-TR) magyar adaptációja. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 21(2), 121–175. <https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.007>
- Reinhardt M., Kökönyi Gy., Drubina B., & Urbán R. (2021a). A nem szuicidális önsértés és motivációjának mérése serdülőknél: Az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (ISAS-HU) magyar adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76(3-4), 515–548. <https://doi.org/10.1556/0016.2021.00030>
- Reinhardt, M., Kökönyi, Gy., Rice, K. G., Drubina, B., & Urbán, R. (2021b). Functions of nonsuicidal self-injury in a Hungarian community adolescent sample: A psychometric investigation. *BMC Psychiatry*, 21, 618. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03613-4>
- Reinhardt, M., Rice, K. G., Horváth, Zs. (2022a). Non-suicidal self-injury motivations in the light of self-harm severity indicators and psychopathology in a clinical adolescent sample. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1046576. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1046576>
- Reinhardt, M., Horváth, Zs., Urbán, R., Rice, K. G., Drubina, B., & Kökönyi, Gy. (2022b). Dissociative tendencies aggregate the impact of negative life events on non-suicidal self-injury among male juvenile delinquents. *Archives of Suicide Research*, 26(1), 226–244. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1784335>
- Reinhardt, M., Rice, K. G., Durán, B. S., & Kökönyi, Gy. (2022c). A person-centered approach to adolescent nonsuicidal self-injury: Predictors and correlates in a community sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 51(9), 1760–1773. <https://doi.org/10.1007/s10964-022-01628-y>
- Reinhardt, M., Drubina, B., Kökönyi, Gy. (2023a). Az önkritikus perfekcionizmus mint mentális betegségtünet és nem szuicidális önsértés prediktor kamaszok körében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 78(2), 161–185. <https://doi.org/10.1556/0016.2023.00032>
- Reinhardt, M., Kökönyi, Gy., Drubina, B. (2023b). Önsértés (én)történetek klinikai serdülőmintában. In: Kulcsár G. (Szerk.). *Találkozás a változásban – Változások a találkozásban. A Magyar Pszichológiai Társaság XXX. Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkiötet*. Budapest: Magyar Pszichológiai Társaság, 132–133. ISBN 978-615-82346-0-3
- Reinhardt, M., & Kökönyi, G. (2025). Motivational complexity of nonsuicidal self-injury associated with its severity in emerging adult university students. *Journal of Youth and Adolescence*, Published online 31 October 2025 <https://doi.org/10.1007/s10964-025-02278-6>

- Reinhardt, M., Girasek, H., & Gazdag, G. (2025). A nem szuicidális önsértési zavar mint lehetséges mentális betegségkategória és a mérésére kialakított kérdőív magyar adaptációja. *Orvosi Hetilap*, 166(3), 98–108.
- Reinhardt, M., Rice, K. G., Cho, H., & Horváth, Zs. (2025). Interconnectivity among different nonsuicidal self-injurious methods – a network analysis. *BMC Psychiatry*, 25, 601. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07045-2>
- Renshaw, T. L. (2017). Screening for psychological inflexibility: Initial validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth as a school mental health screener. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(5), 482–493. <https://doi.org/10.1177/0734282916644096>
- Richardson, J. S., & Zaleski, W. A. (1986). Endogenous opiates and self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867–872. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.7.938b>
- Richman Czégel, M. J., Unoka, Z., Dudas, R. B., & Demetrovics, Z. (2022). Rumination in Borderline Personality Disorder: A meta-analytic review. *Journal of Personality Disorders*, 36(4), 399–412. <https://doi.org/10.1521/pedi.2022.36.4.399>
- Rihmer Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 17–22. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3280106868>
- Roberts, A., Rogers, J., Mason, R., Siriwardena, A. N., Hogue, T., Whitley, G. A., & Law, G. R. (2021). Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 229(Pt A), 109150. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109150>
- Robillard, C. L., Turner, B. J., Ames, M. E., & Craig, S. G. (2021). Deliberate self-harm in adolescents during COVID-19: The roles of pandemic-related stress, emotion regulation difficulties, and social distancing. *Psychiatry Research*, 304, 114152. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114152>
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37–62). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN-13:978-1433804366 <https://doi.org/10.1037/11875-003>
- Rogers, M. L., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. (2018). Examination of interoception along the suicidality continuum. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 1004–1016. <https://doi.org/10.1002/jclp.22564>
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334. <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>

- Rosenthal, R. J., Rinzler, C., Walsh, R., & Klausner, E. (1972). The wrist-cutting syndrome: The meaning of a gesture. *American Journal of Psychiatry*, 128, 1363–1368. <https://doi.org/10.1176/ajp.128.11.1363>
- Ross, S., Heath, N. L., & Toste, J. R. (2009). Non-suicidal self-injury and eating pathology in high school students. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 83–92. <https://doi.org/10.1037/a0014826>
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Russ, M. J., Clark, W. C., Cross, L. W., Kemperman, I., Kakuma, T., & Harrison, K. (1996). Pain and self-injury in borderline patients: sensory decision theory, coping strategies, and locus of control. *Psychiatry Research*, 63(1), 57–65. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(96\)02808-9](https://doi.org/10.1016/0165-1781(96)02808-9)
- Russ, M. J., Roth, S. D., Kakuma, T., Harrison, K., & Hull, J. W. (1994). Pain perception in self-injurious borderline patients: Naloxone effects. *Biological Psychiatry*, 35, 207–209. [https://doi.org/10.1016/0006-3223\(94\)91154-1](https://doi.org/10.1016/0006-3223(94)91154-1)
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Measuring self-harm behavior with the Self-Harm Inventory. *Psychiatry*, 7(4), 16–20.
- Sansone, R. A., Levitt, J. L., & Sansone, L. A. (2004). The prevalence of personality disorders among those with eating disorders. *Eating Disorders*, 13(1), 7–21. <https://doi.org/10.1080/10640260590893593>
- Schär, S., Mürner-Lavanchy, I., Slavova, N., Lerch, S., Reichl, C., Brunner, R., Koenig, J., & Kaess, M. (2022). Pituitary volume in adolescents with non-suicidal self-injury: Preliminary evidence for alterations in pituitary maturation. *Psychoneuroendocrinology*, 138, 105662. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2022.105662>
- Schoenleber, M., Berenbaum, H., & Motl, R. (2014). Shame-related functions of and motivations for self-injurious behavior. *Personality Disorders*, 5(2), 204–211. <https://doi.org/10.1037/per0000035>
- Schreiber, L. R., Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2012). Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, 46(5), 651–658. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.02.005>
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodríguez, O., Jin, C. J., Wang, S., & Blanco, C. (2015). Probability and predictors of the cannabis gateway effect: A national study. *The International Journal on Drug Policy*, 26(2), 135–142. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.07.011>

- Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13(3), 219–229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour Research and Therapy*, 46(5), 593–611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
- Selby, E. A., Connell, L. D., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The pernicious blend of rumination and fearlessness in non-suicidal self-injury. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 421–428. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9260-z>
- Selby, E. A., Franklin, J., Carson-Wong, A., & Rizvi, S. L. (2013). Emotional cascades and self-injury: Investigating instability of rumination and negative emotion. *Journal of Clinical Psychology*, 69(12), 1213–1227. <https://doi.org/10.1002/jclp.21966>
- Selby, E. A., Kranzler, A., Panza, E., & Fehling, K. B. (2016). Bidirectional-compounding effects of rumination and negative emotion in predicting impulsive behavior: Implications for emotional cascades. *Journal of Personality*, 84(2), 139–153. <https://doi.org/10.1111/jopy.12147>
- Selby, E. A., Kranzler, A., Lindqvist, J., Fehling, K. B., Brillante, J., Yuan, F., Gao, X., & Miller, A. L. (2019). The dynamics of pain during nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychological Science*, 7(2), 302–320. <https://doi.org/10.1177/2167702618807147>
- Serafini, G., Aguglia, A., Amerio, A., Canepa, G., Adavastro, G., Conigliaro, C., Nebbia, J., Franchi, L., Flouri, E., & Amore, M. (2023). The relationship between bullying victimization and perpetration and non-suicidal self-injury: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 54(1), 154–175. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01231-5>
- Shaman, J., Kandula, S., Pei, S., Galanti, M., Olfson, M., Gould, M., & Keyes, K. (2024). Quantifying suicide contagion at population scale. *Science Advances*, 10(31):eadq4074. <https://doi.org/10.1126/sciadv.adq4074>
- Shensa, A., Escobar-Viera, C. G., Sidani, J. E., Bowman, N. D., Marshal, M. P., & Primack, B. A. (2017). Problematic social media use and depressive symptoms among U.S. young adults: A nationally-representative study. *Social Science & Medicine* (1982), 182, 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.03.061>
- Sher, L., & Stanley, B. (2009). Biological models of non-suicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.). *Understanding Non-Suicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 99–116). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN-13:978-1433804366 <https://doi.org/10.1037/11875-006>

- Sifneos P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255–262. <https://doi.org/10.1159/000286529>
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich, W.N. (2009). Adolescent deliberate self-harm: Linkages to emotion regulation and family emotional climate. *Journal of Research on Adolescence*, 19, 75–91. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00582.x>
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R., & Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149, 221–226. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.2.221>
- Simons, J. S., Gaher, R. M., Correia, C. J., Hansen, C. L., & Christopher, M. S. (2005). An affective-motivational model of marijuana and alcohol problems among college students. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19(3), 326–334. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.19.3.326>
- Slee, N., Spinhoven, P., Garnefski, N., & Arensman, E. (2008). Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(4), 205–216. <https://doi.org/10.1002/cpp.577>
- Slesinger, N. C., Hayes, N. A., & Washburn, J. J. (2019). Nonsuicidal self-injury. The basics. In J. J. Washburn (Ed.). *Nonsuicidal Self-Injury. Advances in Research and Practice* (pp. 1–18). New York: Routledge. ISBN-13:978-1138039087 <https://doi.org/10.4324/9781315164182-1>
- Sleuwaegen, E., Houben, M., Claes, L., Berens, A., & Sabbe, B. (2017). The relationship between non-suicidal self-injury and alexithymia in borderline personality disorder: „Actions instead of words”. *Comprehensive Psychiatry*, 77, 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.06.006>
- Smith, A., Forrest, L., & Velkoff, E. (2018). Out of touch: Interoceptive deficits are elevated in suicide attempters with eating disorders. *Eating Disorders*, 26(1), 52–65. <https://doi.org/10.1080/10640266.2018.1418243>
- Smith, A. R., Ribeiro, J., Mikolajewski, A., Taylor, J., Joiner, T., & Iacono, W. G. (2012). An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. *Psychiatry Research*, 197, 60–65. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.01.010>
- Smith, H. P., & Kaminski, R. J. (2010). Inmate self-injurious behaviors: Distinguishing characteristics within a retrospective study. *Criminal Justice and Behavior*, 37, 81–96. <https://doi.org/10.1177/0093854809348474>
- Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 61, 9–23. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>

- Smith, P. K., López-Castro, L., Robinson, S., & Görzig, A. (2019). Consistency of gender differences in bullying in cross-cultural surveys. *Aggression and Violent Behavior*, 45, 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.04.006>
- Soengkoeng, R., Moustafa, A. A. (2022). Digital self-harm: An examination of the current literature with recommendations for future research. *Discover Psychology*, 2, 19. <https://doi.org/10.1007/s44202-022-00032-8>
- Solberg, M. E., Olweus, D., & Endresen, I. M. (2007). Bullies and victims at school: Are they the same pupils?. *The British Journal of Educational Psychology*, 77(Pt 2), 441–464. <https://doi.org/10.1348/000709906X105689>
- Solis-Bravo, M. A., Flores-Rodríguez, Y., Tapia-Guillen, L. G., Gatica-Hernández, A., Guzmán-Reséndiz, M., Salinas-Torres, L. A., Vargas-Rizo, T. L., & Albores-Gallo, L. (2019). Are tattoos an indicator of severity of non-suicidal self-injury behavior in adolescents? *Psychiatry Investigation*, 16(7), 504–512. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.03.06>
- Soloff, P., Lis, J., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 257–267. <https://doi.org/10.1521/pedi.1994.8.4.257>
- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 42, 266–278. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x>
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York: Cambridge University Press. ISBN-13:978-0521474863
- Stack, S. (2000). Media impacts on suicide: A quantitative review of 293 findings. *Social Science Quarterly*, 81(4), 957–971.
- Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, Y. Y., & Mann, J. J. (2010). Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *Journal of Affective Disorders*, 124(1-2), 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.10.028>
- Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Gudleski, G. D., Coffey, S. F., Schlauch, R. C., Bailey, S. T., Bole, C. W., & Gulliver, S. B. (2012). The relationship of alexithymia to emotional dysregulation within an alcohol dependent treatment sample. *Addictive Behaviors*, 37(4), 469–476. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.12.011>
- Stanley, B., Winchel, R., Molcho, A., Simeon, D., & Stanley, M. (1992). Suicide and the self-harm continuum: Phenomenological and biochemical evidence. *International Review of Psychiatry*, 4(2), 149–155. <https://doi.org/10.3109/09540269209066312>

- Stead, V. E., Boylan, K. B., & Schmidt, L. A. (2019). Longitudinal associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder in adolescents: A literature review. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*, 6(3) <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0100-9>
- Steiger, H., Fichter, M., Bruce, K. R., Jooper, R., Badawi, G., Richardson, J., Groleau, P., Ramos, C., Israel, M., Bondy, B., Quadflieg, N., & Bachetzky, N. (2011). Molecular-genetic correlates of self-harming behaviors in eating-disordered women: Findings from a combined Canadian-German sample. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 35(1), 102–106. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2010.09.012>
- Stein, D. J., Hollander, E., & Liebowitz, M. R. (1993). Neurobiology of impulsivity and the impulse control disorders. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 5, 9–17. <https://doi.org/10.1176/jnp.5.1.9>
- Steinhoff, A., Bechtiger, L., Ribeaud, D., Murray, A. L., Hepp, U., Eisner, M., & Shanahan, L. (2021). Self-injury and domestic violence in young adults during the COVID-19 pandemic: Trajectories, precursors, and correlates. *Journal of Research on Adolescence*, 31(3), 560–575. <https://doi.org/10.1111/jora.12659>
- Stern, D. N. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books. ISBN-13:978-0465034031
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.050>
- Störkel, L. M., Karabatsiakakis, A., Hepp, J., Kolassa, I. T., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2021). Salivary beta-endorphin in nonsuicidal self-injury: An ambulatory assessment study. *Neuropsychopharmacology*, 46(7), 1357–1363. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-00914-2>
- Strawbridge, R. J., Ward, J., Ferguson, A., Graham, N., Shaw, R. J., Cullen, B., Pearsall, R., Lyall, L. M., Johnston, K. J. A., Niedzwiedz, C. L., Pell, J. P., Mackay, D., Martin, J. L., Lyall, D. M., Bailey, M. E. S., & Smith, D. J. (2019). Identification of novel genome-wide associations for suicidality in UK Biobank, genetic correlation with psychiatric disorders and polygenic association with completed suicide. *EBioMedicine*, 41, 517–525. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2019.02.005>
- Sun, F., Li, H., Song, W., Bao, J., & Zhen, Z. (2022). Patterns of psychological pain and self-harm behaviors in adolescents. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 52(5), 1012–1023. <https://doi.org/10.1111/sltb.12898>
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531–554. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00105-0)

- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44, 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Taiminen, T. J., Kallio-Soukainen, K., Nokvo-Koivisto, H., Kaljonen, A., & Helenius, H. (1998). Contagion of deliberate self-harm among adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 211–217. <https://doi.org/10.1097/00004583-199802000-00014>
- Tang, W. C., Lin, M. P., You, J., Wu, J. Y., & Chen, K. C. (2023). Prevalence and psychosocial risk factors of nonsuicidal self-injury among adolescents during the COVID-19 outbreak. *Current Psychology*, 42, 17270–17279. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01931-0>
- Tanner, A. K., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Effects of rumination and optimism on the relationship between psychological distress and non-suicidal self-injury. *Prevention Science*, 15(6), 860–868. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0444-0>
- Tatnell R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885–896. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6>
- Tatnell, R., Hasking, P., Lipp, O. V., Boyes, M., & Dawkins, J. (2018). Emotional responding in NSSI: Examinations of appraisals of positive and negative emotional stimuli, with and without acute stress. *Cognition & Emotion*, 32(6), 1304–1316. <https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1411785>
- Taylor, L., Simic, M., & Schmidt, U. (2015). *Cutting down: A CBT workbook for treating young people who self-harm*. New York: Routledge. ISBN:978-1315817972 <https://doi.org/10.4324/9781315817972>
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., Shahmalak, U., & Dickson, J.M. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759–769. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.073>
- Taylor, P. J., McDonald, J., Smith, M., Nicholson, H., & Forrester, R. (2019). Distinguishing people with current, past, and no history of non-suicidal self-injury: Shame, social comparison, and self-concept integration, *Journal of Affective Disorders*, 246, 182–188. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.033>
- Taylor, T. L., Hawton, K., Fortune, S., & Kapur, N. (2009). Attitudes towards clinical services among people who self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 194(2), 104–110. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.046425>

- Teague-Palmieri, E. B., & Gutierrez, D. (2016). Healing together: Family therapy resources and strategies for increasing attachment security in individuals engaging in nonsuicidal self-injury. *Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24(2), 157–163. <https://doi.org/10.1177/1066480716628629>
- Tice, D. M., Bratslavsky, E., & Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53–67. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.1.53>
- Tiefenbacher, L., Novak, M. A., Lutz, C. K., & Meyer, J. S. (2005). The physiology and neurochemistry of self-injurious behavior: A nonhuman primate model. *Frontiers of Bioscience*, 10, 1–11. <https://doi.org/10.2741/1500>
- Tørmoen, A. J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., Stanley, B., & Mehlum, L. (2014). Feasibility of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: Training, adherence, and retention. *Archives of Suicide Research*, 18(4), 432–444. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.826156>
- Toth, S. L., Cicchetti, D., Macfie, J., & Emde, R. N. (1997) Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Development and Psychopathology*, 9, 781–796. <https://doi.org/10.1017/s0954579497001430>
- Townsend, E., Hawton, K., Altman, D. G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., & Van Heeringen, K. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: Meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychological Medicine*, 31(6), 979–988. <https://doi.org/10.1017/s0033291701004238>
- Traskman-Bendz, L., Asberg, M., Nordstrom, P., & Stanley, M. (1989). Biochemical aspects of suicidal behavior. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13 Suppl, S35–S44. [https://doi.org/10.1016/0278-5846\(89\)90108-5](https://doi.org/10.1016/0278-5846(89)90108-5)
- Trepal, H. C. (2010). Exploring self-injury through a relational cultural lens. *Journal of Counseling & Development*, 88(4), 492–499. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2010.tb00051.x>
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247–259. <https://doi.org/10.1023/A:1023910315561>
- Trickett, P. K., Noll, J. G., Reiffman, A., & Putnam, F. W. (2001). Variants of intrafamilial sexual abuse experience: Implications for short- and long-term development. *Development and Psychopathology*, 13, 1001–1019. <https://doi.org/10.1017/S0954579401004138>

- Tsiachristas, A., Geulayov, G., Casey, D., Ness, J., Waters, K., & Clements, C. (2020). Incidence and general hospital costs of self-harm across England: Estimates based on the multicentre study of self-harm. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, <https://doi.org/10.1017/S2045796020000189>
- Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: A systematic review of psychological and pharmacological interventions. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576–585. <https://doi.org/10.1177/070674371405901103>
- Turner, B. J., Cobb, R. J., Gratz, K., & Chapman, A. L. (2016). The role of interpersonal conflict and perceived social support in non-suicidal self-injury in daily life. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(4), 588–598. <https://doi.org/10.1037/abn0000141>
- Turner, B. J., Layden, B. K., Butler, S. M., & Chapman, A. L. (2013). How often, or how many ways: Clarifying the relationship between non-suicidal self-injury and suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(4), 397–415. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.802660>
- Turner, B. J., Wakefield, M. A., Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2017). Characterizing interpersonal difficulties among young adults who engage in nonsuicidal self-injury using a daily diary. *Behavior Therapy*, 48(3), 366–379. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.001>
- Turner, C. A., & Lewis, M. H. (2002). Dopaminergic mechanisms in self-injurious behavior and related disorders. In S. R. Schroeder, M. L. Oster-Granite, & T. Thompson (Eds.). *Self-Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships* (pp. 165–179). American Psychological Association. ISBN-13:978-1557988850 <https://doi.org/10.1037/10457-011>
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among U.S. adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 3–17. <https://doi.org/10.1177/2167702617723376>
- Tyrer, P., Thompson, S., Schmidt, U., Jones, V., Knapp, M., Davidson, K., Catalan, J., Airlie, J., Baxter, S., Byford, S., Byrne, G., Cameron, S., Caplan, R., Cooper, S., Ferguson, B., Freeman, C., Frost, S., Godley, J., Greenshields, J., Henderson, J., ... Wessely, S. (2003). Randomized controlled trial of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: The POPMACT study. *Psychological Medicine*, 33(6), 969–976. <https://doi.org/10.1017/s0033291703008171>
- Ugueto, A. M., & Lucassen, M. F. G. (2022). Differences in suicidality and psychological symptoms between sexual and gender minority youth compared to heterosexual and cisgender youth in a psychiatric hospital. *Children and Youth Services Review*, 138, 106504. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106504>

- Urbán R. (2009). A motivációs interjú. In Demetrovics Zs. (Szerk.). *Az addiktológia alapjai III. Az addikciók terápiájának alapkérdései*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó, 277–293. ISBN:978-963-284-062-8
- Urbán R. (2022). *Az egészségpszichológia alapjai* (Második, bővített kiadás). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. ISBN:978-9634894896
- Ünsal, B. C., Demetrovics, Zs., Reinhardt, M. (2025). Characteristics of non-suicidal self-injury and its associations with gender minority stressors among Hungarian transgender and gender diverse adults. *BMC Psychiatry*, 25, 360. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06738-y>
- van der Kolk, B. A. (1987). The separation cry and the trauma response: Developmental issues in the psychobiology of attachment and separation. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological Trauma* (pp. 31–62). Washington, DC: American Psychiatric Press. ISBN-13:978-0880482332
- van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *The American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1676. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7 Supplement), 83–93. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.7.83>
- van der Venne, P., Balint, A., Drews, E., Parzer, P., Resch, F., Koenig, J., & Kaess, M. (2021). Pain sensitivity and plasma beta-endorphin in adolescent non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 278, 199–208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.036>
- van Geel, M., Goemans, A., & Vedder, P. (2015). A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 230(2), 364–368. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.017>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E., Jr. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 72–83. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72>
- Vasquez, D. M. (1998). Stress and the developing limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 663–700. [https://doi.org/10.1016/s0306-4530\(98\)00029-8](https://doi.org/10.1016/s0306-4530(98)00029-8)
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 282–297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Victor, S. E., Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal

- self-injury. *Psychiatry Research*, 197, 73–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.011>
- Victor, S. E., Styer, D., & Washburn, J. J. (2015). Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9:20 <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0053-8>
- Victor, S. E., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Scott, L. N. (2019). Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13:1. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0261-0>
- Victor, S. E., Muehlenkamp, J. J., Hayes, N. A., Lengel, G. J., Styer, D. M., & Washburn, J. J. (2018). Characterizing gender differences in nonsuicidal self-injury: Evidence from a large clinical sample of adolescents and adults. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.009>
- Vogt, K. S., & Norman, P. (2019). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. *Psychology and Psychotherapy*, 92(4), 441–464. <https://doi.org/10.1111/papt.12194>
- Waals, L., Baetens, I., Rober, P., Lewis, S., Van Parys, H., Goethals, E. R., & Whitlock, J. (2018). The NSSI Family Distress Cascade Theory. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 52. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0259-7>
- Wallenstein, M. B., & Nock, M. K. (2007). Physical exercise as a treatment for non-suicidal self-injury: Evidence from a single case study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(2), 350–351. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.2.350-a>
- Walsh, B. (2008). *Treating self-injury: A practical guide*. New York, NY: Guilford Press. ISBN-13:978-1593859817
- Walsh, B., & Rosen, P. (1985). Self-mutilation and contagion: An empirical test. *American Journal of Psychiatry*, 142, 119–120. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.1.119>
- Wan, L-P., Yang, X. F., Liu, Z. Z., Liu, B. P., Zhang, Y. Y., & Liu, C. R. (2023). Longitudinal associations of stressful life events with non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: The mediating effect of depressive symptoms. *Depression and Anxiety*, 1377714: 1–8. <https://doi.org/10.1155/2023/1377714>
- Wang, Y.m Li, X., Ng, C. H., Xu, D., Hu, S., & Yuan, T. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 46: 101350 <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>
- Wang, L., Zha, G., Chen, F., Zhang, J., Li, X., Wang, Z., Luo, J., & Song, C. (2025). The impact of childhood emotional abuse on non-suicidal self-injury in adolescents with mood disorders: A moderated mediation model. *Frontiers in Psychiatry*, 16:1553437. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1553437>

- Wångby-Lundh, M., Lundh, L. G., Claréus, B. (2023). Developmental pathways of repetitive non-suicidal self-injury: Predictors in adolescence and psychological outcomes in young adulthood. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17: 116. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00660-5>
- Washburn, J. J., Potthoff, L. M., Juzwin, K. R., & Styer, D. M. (2015). Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychological Assessment*, 27(1), 31–41. <https://doi.org/10.1037/pas0000021>
- Washburn, J. J., Klonsky, E. D., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., & Aldridge, D. (2012a). Short form of the Inventory of Statements About Self-Injury. Poster presentation at the 7th annual meeting of the International Society for the Study of Self-Injury. Chapel Hill, NC.
- Washburn, J. J., Richardt, S. L., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., Yourek, A., & Aldridge, D. (2012b). Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-14>
- Webster, M. (2011). Introduction to acceptance and commitment therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 17(4), 309–316. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005256>
- Wedig, M. M., & Nock, M. K. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1171–1178. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf>
- Wei, C., Li, Z., Ma, T., Jiang, X., Yu, C., & Xu, Q. (2022). Stressful life events and non-suicidal self-injury among Chinese adolescents: A moderated mediation model of depression and resilience. *Frontiers in Public Health*, 10, 944726. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.944726>
- Wessel, A., & Kasten, E. (2014). Body piercing and self-mutilation: A multifaceted relationship. *American Journal of Applied Psychology*, 3(4), 104–109. <https://doi.org/10.11648/j.ajap.20140304.14>
- Wester, K. L., & McKibben, W. B. (2016). Participants' experiences of non-suicidal self-injury: Supporting existing theory and emerging conceptual pathways. *Journal of Mental Health Counseling*, 38(1), 12–27. <https://doi.org/10.17744/mehc.38.1.02>
- Wester, K. L., & Trepal, H. C. (2015). Nonsuicidal self-injury: Exploring the connection among race, ethnic identity, and ethnic belonging. *Journal of College Student Development*, 56(2), 127–139. <https://doi.org/10.1353/csd.2015.0013>
- Wester, K. L., & Trepal, H. C. (2017). *Non-suicidal self-injury. Wellness perspectives on behaviors, symptoms, and diagnosis*. New York: Routledge. ISBN-13:978-1138780354 <https://doi.org/10.4324/9781315770819>
- Wester, K. L., Downs, H. A., & Trepal, H. C. (2016). Factors linked with increases in nonsuicidal self-injury: A case study. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7(1), 3–20. <https://doi.org/10.1177/2150137816632849>

- Wester, K., Trepal, H., & King, K. (2018). Nonsuicidal self-injury: Increased prevalence in engagement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48, 690–698. <http://dx.doi.org/10.1111/sltb.12389>
- Westlund Schreiner, M., Klimes-Dougan, B., Mueller, B. A., Eberly, L. E., Reigstad, K. M., Carstedt, P. A., Thomas, K. M., Hunt, R. H., Lim, K. O., & Cullen, K. R. (2017). Multi-modal neuroimaging of adolescents with non-suicidal self-injury: Amygdala functional connectivity. *Journal of Affective Disorders*, 221, 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.004>
- Westlund Schreiner, M., Mueller, B. A., Klimes-Dougan, B., Begnel, E. D., Fiecas, M., Hill, D., Lim, K. O., & Cullen, K. R. (2020). White matter microstructure in adolescents and young adults with non-suicidal self-injury. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1019. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.01019>
- Wetterneck, C. T., Woods, D. W., Norberg, M. M., & Begotka, A. M. (2006). The social and economic impact of trichotillomania: Results from two nonreferred samples. *Behavioral Interventions*, 21(2), 97–109. <https://doi.org/10.1002/bin.211>
- Whiteside, S.P., & Lynam, D.R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669–689. [http://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](http://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, 634–640. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.634>
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42, 407–417. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.42.3.407>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in non-suicidal self-injury: Identification of latent classes in a community population of young adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(4), 725–735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
- Whitlock, J., Purington, A., & Gershkovich, M. (2009). Media and the Internet and nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 139–155). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN-13:978-1433804366 <https://doi.org/10.1037/11875-008>

- Whitlock, J., Lloyd-Richardson, E., Fisseha, F., & Bates, T. (2018). Parental secondary stress: The often hidden consequences of nonsuicidal self-injury in youth. *Journal of Clinical Psychology*, 74(1), 178–196. <https://doi.org/10.1002/jclp.22488>
- Wiederman, M. W., Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (1999). Bodily self-harm and its relationship to childhood abuse among women in a primary care setting. *Violence Against Women*, 5, 155–163. <https://doi.org/10.1177/107780129952004>
- Williams, E., Daley, A., & Iennaco, J. (2010). Assessing non-suicidal self-injurious behaviours in adolescents. *American Journal of Nurse Practitioners*, 14(5), 18–20.
- Willoughby, T., & Fortner, A. (2015). At-risk depressive symptoms and alcohol use trajectories in adolescence: A person-centred analysis of co-occurrence. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(4), 793–805. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0106-y>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press. ISBN-13:978-0823632008
- Winnicott, D. W. (2000). *Kisgyermek, család, külvilág*. Budapest: Animula Kiadó. ISBN:9789634081845
- Wolff, J. C., Thompson, E., Thomas, S. A., Nesi, J., Bettis, A. H., Ransford, B., Scopelliti, K., Frazier, E. A., & Liu, R. T., (2019). Emotion dysregulation and non-suicidal self-injury: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 59, 25–36. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.004>
- Wu, H., Zhou, X., Chen, D., Zheng, Y., & You, J. (2024). Longitudinal association between social media exposure and nonsuicidal self-injury among adolescents: Investigating the directionality by within-person effects. *Current Psychology*, 43, 9744–9754. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05128-5>
- Xavier, A., Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J. (2018). Daily peer hassles and non-suicidal self-injury in adolescence: Gender differences in avoidance-focused emotion regulation processes. *Journal of Child and Family Studies*, 27, 59–68. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0871-9>
- Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D., & Huang, X. (2022) Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontier in Psychiatry*, 13:912441. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.912441>
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35–74. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.001>
- Yates, T. M. (2007). The developmental consequences of child emotional abuse: A neurodevelopmental perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 9–34. https://doi.org/10.1300/J135v07n02_02

- Yates, T. M. (2009). Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.). *Understanding Non-Suicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment* (pp. 117–137). Washington, DC: American Psychological Association. ISBN-13:978-1433804366 <https://doi.org/10.1037/11875-007>
- Yates, T. M., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20, 651–671. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000321>
- Yates, T. M., Tracy, A. J., & Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among “privileged” youth: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 52–62. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.52>
- Young, A. S., Shiels, W. E. 2nd, Murakami, J. W., Coley, B. D., & Hogan, M. J. (2010). Self-embedding behavior: Radiologic management of self-inserted soft-tissue foreign bodies. *Radiology*, 257(1), 233–239. <https://doi.org/10.1148/radiol.10091566>
- Young, E. E., Lariviere, W. R., & Belfer, I. (2012). Genetic basis of pain variability: Recent advances. *Journal of Medical Genetics*, 49, 1–9. <https://doi.org/10.1136/jmedgenet-2011-100386>
- Young, R., Sproeber, N., Groschwitz, R. C., Preiss, M., Plener, P. L. (2014). Why alternative teenagers self-harm: Exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*, 14:137. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-14-137>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 20(1), 9–15. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.1.9>
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9:31. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 759–773. <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>
- Zetterqvist, M., Svedin, C. G., Fredlund, C., Priebe, G., Wadsby, M., & Jonsson, L. S. (2018). Self-reported nonsuicidal self-injury (NSSI) and sex as self-injury (SASI): Relationship to abuse, risk behaviors, trauma symptoms, self-esteem and attachment. *Psychiatry Research*, 265, 309–316. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.013>

- Zetterqvist, M., Jonsson, L. S., Landberg, Å., & Svedin, C. G. (2021). A potential increase in adolescent nonsuicidal self-injury during covid-19: A comparison of data from three different time points during 2011–2021. *Psychiatry Research*, 305, 114208. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114208>
- Zhao, H., Gong, X., Huebner, E. S., Yang, X., & Zhou, J. (2022). Cyberbullying victimization and nonsuicidal self-injury in adolescents: Testing a moderated mediating model of emotion reactivity and dispositional mindfulness. *Journal of Affective Disorders*, 299, 256–263. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.11.070>
- Zhou, Y., Lin, Y., Geng, S., Niu, B., Wang, Y., Wang, J., Li, G., & Xu, H. (2024). Double-edged effect of physical activity on non-suicidal self-injury among depressed adolescents: An analysis of underlying mechanisms. *Children and Youth Services Review*, 157, 107422. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107422>
- Zubieta, J.-K., Heitzeg, M. M., Smith, Y. R., Bueller, J. A., Xu, K., & Xu, Y. (2003). COMT val158met genotype affects μ -opioid neurotransmitter responses to a pain stressor. *Science*, 299, 1240–1243. <https://doi.org/10.1126/science.1078546>

TÁRGYMUTATÓ

- ACCEPTS-lista 176, 177
- amnézia 77
- amygdala 100, 116
- alexitímia 82, 83, 93, 99
- Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív 147, 273
- ártalmas gyermekkori élmények 54
- áttételfókuszú pszichoterápia 169
- borderline személyiségzavar 17, 18, 44, 65, 67, 69, 72, 73, 77, 86, 87, 108, 109, 111, 113, 114, 120, 124, 131, 139, 169, 173, 181, 182, 201
- bőrkapirgálás (bőrtépkedés) zavar 33
- deperszonalizáció 77, 131
- derealizáció 77, 131
- dialektikus viselkedésterápia 74, 83, 169, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 182, 184, 191, 201
- digitális önsértés (digitális Münchausen-szindróma) 29, 30
- disszociáció 26, 54, 77, 78, 79, 80, 92, 93, 131, 184
- dopamin 108, 110, 111
- elkerülésalapú érzelmszabályozási folyamatok 54, 77, 120
- endogén opioid rendszer 108, 111, 112, 113, 115, 116
- Érzelmi Kaszkád Modell 76, 80, 82, 97, 124, 125
- fájdalomküszöb 113, 114, 115, 123, 127
- fájdalomtolerancia 68, 89, 113, 114
- fájdalomtűrő-képesség 114
- fejlődési pszichopatológia 90, 92
- félelem a kimaradástól (FoMO) 104, 105
- funkcióheterogenitás 15
- gén–környezet interakció 53, 108, 109
- hamis szelf 120
- Harmadik változó elmélet 67, 67, 69
- hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) tengely 53, 93, 100, 113, 117, 118
- HIRE-modell 154
- impulzivitás 31, 67, 71, 72, 73, 74, 75, 86, 87, 88, 99, 146, 183
- impulzív önsértés 13
- Integrált Modell a Nemszuicidális Önsértés Kialakulásáról és Fennmaradásáról 122, 123

interocepció 88, 89, 90
 jelentudatosság 175, 176, 178, 179
 Kapcsolati-kulturális elmélet 137, 138
 Kapuelmélet 66
 katasztrofizáló gondolkodás/katasztrofizáció 124, 164, 170
 kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok 90, 91
 keloidos hegképződés 191
 Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív 149, 277
 kipróbáló (alkalmi) önsértés 13, 22, 157
 kognitív viselkedésterápia 169, 170, 171, 172, 173, 179, 185, 200
 impulzív önsértés 13
 kortársbántalmazás (bullying) 76, 77, 94, 95, 96, 97, 102, 128
 kortizol 113, 117, 118
 közvetett személy általi önsértés = NSSI by proxy 23, 24, 27, 28
 kríziskártya készítése 177
 kulturálisan elfogadott testmódosítás 38, 39
 láncelemzés 179, 180, 181, 183
 mazochizmus 26, 35
 mentalizációalapú terápia 169, 181, 182, 183, 184, 185, 201
 motivációs interjú 160, 161, 163, 166, 167, 168, 204
 nem szándékos önsértés 31
 Nemszuicidális önsértés zavar 13, 17, 18, 61, 73, 152, 153, 154
 Nemszuicidális Önsértési Zavar Skála 152, 153, 294
 nemi kisebbségi stressz modell 59
 Négy Funkció Modell 32, 76, 129, 130, 150, 151
 NSSI addikciós modellje 132
 NSSI by proxy = közvetett személy általi önsértés 23, 24, 27, 28
 NSSI Családi Distressz Kaszkád Modellje 136, 138, 195
 NSSI Előnyei és Akadályai Modell 125, 128
 NSSI szakaszmodellje 157
 NSSI személyközpontú megközelítése 202
 NSSI szociális tanulás hipotézise 123
 NSSI-mítoszok 104
 NSSI-specifikus vulnerabilitási tényezők 75, 123
 online kortársbántalmazás (cyberbullying) 30, 94, 95
 önbeágyazó viselkedés 46
 öngyilkosság háromlépcsős elmélete 70
 öngyilkosság interperszonális-pszichológiai modellje 67
 öngyilkosság kulturális elmélete és modellje 62
 öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés 10, 11, 34

- önkritika/önkritikusság 17, 75, 81, 83, 84, 85, 91, 92, 121, 123, 125, 126, 127, 131, 137, 152, 169, 194, 204
- önkritikus perfekcionizmus 84, 85
- önleértékelés 83, 84, 92, 96, 100, 102, 127
- önsértő viselkedések integrált modellje 66, 69, 70
- ön-cyberbullying (self-cyberbullying) 30
- ötlettől a cselekvésig elgondolás 70
- problémamegoldó terápia 185, 186, 187
- rágódás (rumináció) 80, 81, 82, 97, 124, 131
- rendszer szemlélet 135, 136, 138
- repetitív (ismétlődő) önsértés 13, 14, 17, 52, 58, 60, 65, 73, 89, 90, 92, 103, 111, 115, 117, 122, 133, 137, 169
- reziliencia 96, 97
- SMART-rendszer 186, 187
- STOPS FIRE-modell 156
- szándékos önártalom 19, 20, 51
- szerootonin 53, 110, 111
- szex mint önsértés 26
- tapasztalati elkerülés 77, 78, 79, 122
- Tapasztalati Elkerülés Modell 32, 76, 78, 97, 122
- társas fertőzés 134, 184
- testdiszmorfiás zavar 27
- test leértékelése 75, 88, 89
- testre irányuló repetitív viselkedések 33
- transzdiagnosztikus jelenség 73, 79, 82
- trichotillománia 32, 33, 111
- változásra vonatkozó terv 162
- verzatilitás 14, 15, 65
- viselkedésváltozás transzteoretikus modellje 160, 164, 165

FÜGGELÉK

1. melléklet: Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív

Az önsértő viselkedés a saját test felületének különböző módú, **szándékos**, önmagunk által okozott megsértését jelenti (pl. saját magunk megvágása, megégetése), de mindez **öngyilkossági szándék nélkül** történik (azaz, aki ezt teszi, nem akar meghalni).

Ez a kérdőív különféle szándékos önsértő viselkedésekről kérdez. Kérjük, **csak akkor jelölj be egy viselkedésformát, ha azt szándékosan (azaz tudatosan), de nem öngyilkossági szándékkal tetted (azaz nem akartál meghalni).**

1. Kérjük, becsüld meg, hogy az életed folyamán hányszor sértetted meg önmagad szándékosan (azaz tudatosan) az alább felsorolt önsértési módokkal (pl. 0-szor, 10-szer, 100-szor, 500-szor).

megvágta magad _____ nagyon erősen/mélyen megkarmolta magad _____

megharapta magad _____ beütötte vagy megütötte magad _____

megégette magad _____ megakadályozta a sebeid gyógyulását _____
(pl. azzal, hogy letépte a vart a sebedről)

belevéstél valamit a bőrödbe _____ durva felületnek dörzsöltél a bőrödöt _____

belecsíptél magadba (erősen) _____ tűvel megszúrtad magad _____

kitépte a hajad _____ veszélyes anyagot nyeltél le _____

Más forma (ha volt ilyen, írd ide): _____,
gyakorisága: _____

Fontos: Ha a fent felsorolt viselkedések közül egyet vagy többet csináltál már, kérjük, folytasd a kérdőív kitöltését. Amennyiben nem csináltad a fentiek közül egyiket sem, akkor ezt a kérdőívet nem kell tovább kitöltened.

2. Ha úgy érzed, hogy van az önsértésnek egy olyan formája, amelyik a leginkább jellemző rád (a legtöbbször csinálod/csináltad), kérjük, karikázd be a fentebbi listából azt a viselkedést vagy viselkedéseket.
3. Hány éves voltál, amikor először sértetted meg magad valamilyen módon a fentiek közül?

_____ éves voltam

Mikor sértetted meg magad legutoljára valamilyen módon a fentiek közül?

_____ (ha nem tudod pontosan, akkor írd meg közelítő dátumot: év, hónap, nap)

4. Éreztél-e fizikai (testi) fájdalmat az önsértés közben? Karikázd be válaszd az alábbi lehetőségek közül!

IGEN

NÉHA

NEM

5. Egyedül voltál, amikor az önsértést csináltad? Karikázd be válaszd az alábbi lehetőségek közül!

IGEN

NÉHA

NEM

6. Általában mennyi idő telik el a között, hogy késztetést érzel az önsértésre, és a között, hogy meg is teszed? Karikázd be válaszd az alábbi lehetőségek közül!

kevesebb mint 1 óra

1–3 óra

3–6 óra

6–12 óra

12–24 óra

több mint egy nap

7. Szeretted volna valaha / szeretnéd-e abbahagyni az önsértést? Karikázd be válaszd az alábbi lehetőségek közül!

IGEN

NEM

Ez a mérőeszköz azért készült, hogy jobban megérthessük a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés során tapasztaltakat. Lentebb olyan állításokat találsz, melyek talán jellemzőek az önsértéssel kapcsolatos tapasztalataidra, talán nem. Kérjük, jelöld azokat az állításokat, melyek a leginkább jellemzőek rád:

- Karikázd be a **0-át**, ha az állítás **egyáltalán nem jellemző** rád!
- Karikázd be az **1-est**, ha az állítás **valamennyire jellemző** rád!
- Karikázd be a **2-est**, ha az állítás **nagyon jellemző** rád!

0=nem jellemző 1=valamennyire jellemző 2=nagyon jellemző

<i>Amikor önsértést végzek, akkor azáltal...</i>	Válasz		
... lenyugtatom / megnyugtatom magam.	0	1	2
... határt húzok magam és mások közé.	0	1	2
... megbüntetem magam.	0	1	2
... egyfajta lehetőséget teremtek arra, hogy törődjek magammal (azáltal, hogy a sebeket ápolom).	0	1	2
... fájdalmat okozok magamnak, hogy megszüntessem a tompultság/dermedtség érzését.	0	1	2
... nem érzek késztetést arra, hogy öngyilkosságot kíséreljek meg.	0	1	2
... olyasmit csinállok, ami izgatottságot vagy vidámságot okoz.	0	1	2
... úgy érzem, hogy kapcsolódni tudok a kortársaimhoz.	0	1	2
... tudtára adom másoknak az érzelmi fájdalmam mélységét.	0	1	2
... láthatom, hogy vajon kibírom-e a fájdalmat.	0	1	2
...egy látható (testi) jelet hozok létre, hogy szörnyen érzem magam.	0	1	2
... visszavágok valakinek.	0	1	2
... bizonyítom az önállóságomat.	0	1	2
... csökkentem azt az érzelmi nyomást, ami kialakult bennem.	0	1	2
... bizonyítom, hogy független vagyok másoktól.	0	1	2
... kifejezem a haragomat saját magam felé, amiért értéktelen vagy buta vagyok.	0	1	2
... olyan testi sérülést okozok, amivel könnyebb foglalkozni, mint az érzelmi szenvedéssel.	0	1	2
... megpróbállok érezni valamit (ami más, mint a semmi), még akkor is, ha az testi fájdalom.	0	1	2

<i>Amikor önsértést végzek, akkor azáltal...</i>	Válasz		
... az öngyilkossági gondolataimra reagálok anélkül, hogy valójában öngyilkosságot kísérelnék meg.	0	1	2
... szórakoztatom magam vagy másokat azzal, hogy valami szélsőséges /extrém dolgot csinálok.	0	1	2
... összehangolódom másokkal / hasonlóvá válok a többiekhez.	0	1	2
... gondoskodást vagy segítséget keresek másoktól.	0	1	2
... bebizonyítom, hogy kemény vagy erős vagyok.	0	1	2
... bebizonyítom magamnak, hogy az érzelmi fájdalmam valóságos.	0	1	2
... bosszút állok másokon.	0	1	2
... bebizonyítom, hogy nincs szükségem arra, hogy mások segítségére támaszkodjak.	0	1	2
... csökkentem a szorongást, a csalódottságot, a haragot vagy bármely más nyomasztó érzelmeket.	0	1	2
... akadályt építek magam és mások közé.	0	1	2
... arra reagálok, hogy boldogtalanságot vagy undort érzek önmagammal kapcsolatban.	0	1	2
... lehetőséget teremtek arra, hogy a sérülésem kezelésére koncentráljak, ami örömet vagy kielégülést okoz.	0	1	2
... megbizonyosodom arról, hogy még élek, amikor már úgy érzem, hogy nem is létezek, amikor már semmi sem tűnik valóságosnak.	0	1	2
... leállítom az öngyilkossági gondolataimat.	0	1	2
... feszegetem a határait, úgy mintha ejtőernyőznék vagy más extrém sportot űznék.	0	1	2
... a barátságot vagy az odatartozást jelzem a barátaim vagy a szeretteim felé.	0	1	2
... megakadályozom, hogy egy szerettem elhagyjon vagy magamra hagyjon.	0	1	2
... bebizonyítom, hogy el tudom viselni a fizikai fájdalmat.	0	1	2
... kifejezésre juttatom az érzelmi szenvedésemet.	0	1	2
... megpróbálok megbántani valakit, aki közel áll hozzám.	0	1	2
... megmutatom, hogy önálló/független vagyok.	0	1	2

2. melléklet: Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív

Az önsértő viselkedés a saját test felületének különböző módú, szándékos, önmagunk által okozott megsértését jelenti (pl. saját magunk megvágása, megégetése), de mind-ez öngyilkossági szándék nélkül történik (azaz, aki ezt teszi, nem akar meghalni).

Ebben a kérdőívben **ötféle önsértő viselkedésre kérdezzük rá: amikor valaki megkarmolja, megüti, megvágja, megégeti és/vagy megharapja magát.**

Minden önsértő viselkedésformával kapcsolatban megkérdezzük, hogy tettél-e már olyat, és ha igen, akkor további információkat kérünk arról (pl. gyakorisága, átélt érzéseid, gondolataid stb.).

Ha előfordult, hogy olyan módon sértetted meg magad, amelyet nem soroltunk fel (pl. jelentősebb mennyiségű haj kitépése), akkor azt az utolsó oldalon leírhatod, részletezheted.

Köszönjük az együttműködésed!

A1 Mikor KARMOLTAD MEG magad szándékosan úgy utoljára, hogy az vérzett is?

- kevesebb mint egy hete (→ ugorj az A2 kérdésre)
- egy hete (→ ugorj az A2 kérdésre)
- egy hónapja (→ ugorj az A2 kérdésre)
- néhány hónapja (→ ugorj a B1 kérdésre)
- több mint egy éve (→ ugorj a B1 kérdésre)
- soha (→ ugorj a B1 kérdésre)

A2 Melyik testrészed/testrészeid sértetted meg így (karmolással) a legtöbbször? (Több választás is lehetséges.)

- fej, nyak
- karok, kezek, ujjak, körmök
- törzs, has, fenék
- lábak, lábfej, talp, lábujjak
- mellek, nemi szervek

A3 Az elmúlt egy hónapban hány napon történt ilyen?

- 1-5 nap között
- 6-10 nap között
- 11-15 nap között
- több mint 15 napon

A4 Egy nap alatt átlagban hányszor fordult mindez elő?

- ☐ kevesebb mint egyszer egy nap / egyáltalán nem fordult elő
- ☐ 1-szer vagy 2-szer egy nap
- ☐ 3-szor vagy 4-szer egy nap
- ☐ 5-ször vagy annál többször egy nap

A5 Milyen gyakran éreztél közben fájdalmat?

- ☐ soha
- ☐ néha
- ☐ gyakran
- ☐ mindig

A6 Mennyire (milyen mértékben) éreztél közben fájdalmat?

- ☐ semennyire
- ☐ enyhén
- ☐ közepesen
- ☐ erősen
- ☐ nagyon erősen

A7 Amikor ezt tettem, akkor...				
<i>1=soha; 2=néha; 3=gyakran; 4=mindig</i>				
Azt előre pontosan elterveztem.	1	2	3	4
Tudatában voltam annak, hogy hogyan történt mindez.	1	2	3	4
Elláttam a sebe(i)met.	1	2	3	4
Eltitkoltam mindezt mások elől.	1	2	3	4

1=Egyáltalán nem; 2=Egy kicsit; 3=Közepesen; 4=Nagyon; 5=Nagyon-nagyon

A8 Mit éreztél közvetlenül AZELŐTT, hogy ez megtörtént?					
Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):	1	2	3	4	5

A9 Mit éreztél közvetlenül AZUTÁN, hogy ez megtörtént?					
Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):	1	2	3	4	5

A10 Miért csináltad mindezt? (Miért szoktad megkarmolni/megcsikarni magadat?)					
Hogy némi örömet érezzek.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a negatív érzéseket.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a fájdalmas gondolatokat vagy emlékeket.	1	2	3	4	5
Hogy egy homályos, kábult vagy eltompult állapotba kerüljek.	1	2	3	4	5
Hogy figyelmet kapjak másoktól.	1	2	3	4	5
Hogy kimeneküljek egy homályos, kábult vagy eltompult állapotból.	1	2	3	4	5
Hogy megbüntessem magam.	1	2	3	4	5
Hogy elcsúfítsam magam.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam az öngyilkossági gondolatokat.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam magamnak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam másoknak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem azt, hogy valami olyan kellemetlen dolgot csináljak, amit nem akarok megtenni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen iskolába menni vagy dolgozni, vagy valami mást csinálni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen másokkal együtt lennem.	1	2	3	4	5
Más ok miatt tettem (írd ide, hogy miért):	1	2	3	4	5

B1 Mikor ÜTÖTTED MEG magad szándékosan utoljára?

- ☐ kevesebb mint egy hete (→ ugorj a B2 kérdésre)
- ☐ egy hete (→ ugorj a B2 kérdésre)
- ☐ egy hónapja (→ ugorj a B2 kérdésre)
- ☐ néhány hónapja (→ ugorj a C1 kérdésre)
- ☐ több mint egy éve (→ ugorj a C1 kérdésre)
- ☐ soha (→ ugorj a C1 kérdésre)

B2 Melyik testrészed/testrészeid sértetted meg így (hogyan megütötted) legtöbbször?

(Több választás is lehetséges.)

- ☐ fej, nyak
- ☐ karok, kezek, ujjak, körmök
- ☐ törzs, has, fenék
- ☐ lábak, lábfej, talp, lábujjak
- ☐ mellek, nemi szervek

B3 Az elmúlt egy hónapban hány napon történt ilyen?

- ☐ 1-5 nap között
- ☐ 6-10 nap között
- ☐ 11-15 nap között
- ☐ több mint 15 napon

B4 Egy nap alatt átlagban hányszor fordult mindez elő?

- ☐ kevesebb mint egyszer egy nap / egyáltalán nem fordult elő
- ☐ 1-szer vagy 2-szer egy nap
- ☐ 3-szor vagy 4-szer egy nap
- ☐ 5-ször vagy annál többször egy nap

B5 Milyen gyakran éreztél közben fájdalmat?

- ☐ soha
- ☐ néha
- ☐ gyakran
- ☐ mindig

B6 Mennyire (milyen mértékben) éreztél közben fájdalmat?

- ☐ semennyire
- ☐ enyhén
- ☐ közepesen
- ☐ erősen
- ☐ nagyon erősen

B7 Amikor ezt tettem, akkor...*1=soha; 2=néha; 3=gyakran; 4=mindig*

Azt előre pontosan elterveztem.	1	2	3	4
Tudatában voltam annak, hogy hogyan történt mindez.	1	2	3	4
Elláttam a sebe(i)met.	1	2	3	4
Eltitkoltam mindezt mások elől.	1	2	3	4

*1=Egyáltalán nem; 2=Egy kicsit; 3=Közepesen; 4=Nagyon; 5=Nagyon-nagyon***B8 Mit éreztél közvetlenül AZELŐTT, hogy ez megtörtént?**

Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):	1	2	3	4	5

B9 Mit éreztél közvetlenül AZUTÁN, hogy ez megtörtént?

Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):	1	2	3	4	5

B10 Miért csináltad mindezt? (Miért szoktad megütni magadat?)					
Hogy némi örömet érezzek.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a negatív érzéseket.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a fájdalmas gondolatokat vagy emlékeket.	1	2	3	4	5
Hogy egy homályos, kábult vagy eltompult állapotba kerüljek.	1	2	3	4	5
Hogy figyelmet kapjak másoktól.	1	2	3	4	5
Hogy kimeneküljek egy homályos, kábult vagy eltompult állapotból.	1	2	3	4	5
Hogy megbüntessem magam.	1	2	3	4	5
Hogy elcsúfítsam magam.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam az öngyilkossági gondolatokat.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam magamnak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam másoknak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem azt, hogy valami olyan kellemetlen dolgot csináljak, amit nem akarok megtenni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen iskolába menni vagy dolgozni, vagy valami mást csinálni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen másokkal együtt lennem.	1	2	3	4	5
Más ok miatt tettem (írd ide, hogy miért):	1	2	3	4	5

C1 Mikor VÁGTAD MEG magad szándékosan utoljára?

- kevesebb mint egy hete (→ ugorj a C2 kérdésre)
- egy hete (→ ugorj a C2 kérdésre)
- egy hónapja (→ ugorj a C2 kérdésre)
- néhány hónapja (→ ugorj a D1 kérdésre)
- több mint egy éve (→ ugorj a D1 kérdésre)
- soha (→ ugorj a D1 kérdésre)

C2 Melyik testrészed/testrészeid sértetted meg így (megvágással) a legtöbbször? (Több választás is lehetséges.)

- fej, nyak
- karok, kezek, ujjak, körmök
- törzs, has, fenék
- lábak, lábfej, talp, lábujjak
- mellék, nemi szervek

C3 Az elmúlt egy hónapban hány napon történt ilyen?

- 1-5 nap között
- 6-10 nap között
- 11-15 nap között
- több mint 15 napon

C4 Egy nap alatt átlagban hányszor fordult mindez elő?

- kevesebb mint egyszer egy nap / egyáltalán nem fordult elő
- 1-szer vagy 2-szer egy nap
- 3-szor vagy 4-szer egy nap
- 5-ször vagy annál többször egy nap

C5 Milyen gyakran éreztél közben fájdalmat?

- soha
- néha
- gyakran
- mindig

C6 Mennyire (milyen mértékben) éreztél közben fájdalmat?

- semennyire
- enyhén
- közepesen
- erősen
- nagyon erősen

C7 Amikor ezt tettem, akkor...

1=soha; 2=néha; 3=gyakran; 4=mindig

Azt előre pontosan elterveztem.	1	2	3	4
Tudatában voltam annak, hogy hogyan történt mindez.	1	2	3	4
Elláttam a sebe(i)met.	1	2	3	4
Eltitkoltam mindezt mások elől.	1	2	3	4

1=Egyáltalán nem; 2=Egy kicsit; 3=Közepesen; 4=Nagyon; 5=Nagyon-nagyon

C8 Mit éreztél közvetlenül AZELŐTT, hogy ez megtörtént?					
Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):	1	2	3	4	5

C9 Mit éreztél közvetlenül AZUTÁN, hogy ez megtörtént?					
Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):	1	2	3	4	5

C10 Miért csináltad mindezt? (Miért szoktad megvágni magadat?)					
Hogy némi örömet érezzek.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a negatív érzéseket.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a fájdalmas gondolatokat vagy emlékeket.	1	2	3	4	5
Hogy egy homályos, kábult vagy eltompult állapotba kerüljek.	1	2	3	4	5
Hogy figyelmet kapjak másoktól.	1	2	3	4	5
Hogy kimeneküljek egy homályos, kábult vagy eltompult állapotból.	1	2	3	4	5
Hogy megbüntessem magam.	1	2	3	4	5
Hogy elcsúfítsam magam.	1	2	3	4	5

Hogy elkerüljem vagy elnyomjam az öngyilkossági gondolatokat.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam magamnak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam másoknak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem azt, hogy valami olyan kellemetlen dolgot csináljak, amit nem akarok megtenni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen iskolába menni vagy dolgozni, vagy valami mást csinálni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen másokkal együtt lennem.	1	2	3	4	5
Más ok miatt tettem (írd ide, hogy miért):	1	2	3	4	5

D1 Mikor ÉGETTED MEG magad szándékosan utoljára?

- kevesebb mint egy hete (→ ugorj a D2 kérdésre)
- egy hete (→ ugorj a D2 kérdésre)
- egy hónapja (→ ugorj a D2 kérdésre)
- néhány hónapja (→ ugorj az E1 kérdésre)
- több mint egy éve (→ ugorj az E1 kérdésre)
- soha (→ ugorj az E1 kérdésre)

**D2 Melyik testrészed/testrészeid sértetted meg így (megégetéssel) a legtöbbször?
(Több választás is lehetséges.)**

- fej, nyak
- karok, kezek, ujjak, körmök
- törzs, has, fenék
- lábak, lábfej, talp, lábujjak
- mellek, nemi szervek

D3 Az elmúlt egy hónapban hány napon történt ilyen?

- 1-5 nap között
- 6-10 nap között
- 11-15 nap között
- több mint 15 napon

D4 Egy nap alatt átlagban hányszor fordult mindez elő?

- kevesebb mint egyszer egy nap / egyáltalán nem fordult elő
- 1-szer vagy 2-szer egy nap
- 3-szor vagy 4-szer egy nap
- 5-ször vagy annál többször egy nap

D5 Milyen gyakran éreztél közben fájdalmat?

- ☐ soha
- ☐ néha
- ☐ gyakran
- ☐ mindig

D6 Mennyire (milyen mértékben) éreztél közben fájdalmat?

- ☐ semennyire
- ☐ enyhén
- ☐ közepesen
- ☐ erősen
- ☐ nagyon erősen

D7 Amikor ezt tettem, akkor...				
<i>1=soha; 2=néha; 3=gyakran; 4=mindig</i>				
Azt előre pontosan elterveztem.	1	2	3	4
Tudatában voltam annak, hogy hogyan történt mindez.	1	2	3	4
Elláttam a sebe(i)met.	1	2	3	4
Eltitkoltam mindezt mások elől.	1	2	3	4

<i>1=Egyáltalán nem; 2=Egy kicsit; 3=Közepesen; 4=Nagyon; 5=Nagyon-nagyon</i>

D8 Mit éreztél közvetlenül AZELŐTT, hogy ez megtörtént?					
Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):	1	2	3	4	5

D9 Mit éreztél közvetlenül AZUTÁN, hogy ez megtörtént?					
Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5

Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):	1	2	3	4	5

D10 Miért csináltad mindezt? (Miért szoktad megégetni magadat?)

Hogy némi örömet érezzek.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a negatív érzéseket.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a fájdalmas gondolatokat vagy emlékeket.	1	2	3	4	5
Hogy egy homályos, kábult vagy eltompult állapotba kerüljek.	1	2	3	4	5
Hogy figyelmet kapjak másoktól.	1	2	3	4	5
Hogy kimeneküljek egy homályos, kábult vagy eltompult állapotból.	1	2	3	4	5
Hogy megbüntessem magam.	1	2	3	4	5
Hogy elcsúfítsam magam.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam az öngyilkossági gondolatokat.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam magamnak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam másoknak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem azt, hogy valami olyan kellemetlen dolgot csináljak, amit nem akarok megtenni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen iskolába menni vagy dolgozni, vagy valami mást csinálni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen másokkal együtt lennem.	1	2	3	4	5
Más ok miatt tettem (írd ide, hogy miért):	1	2	3	4	5

E1 Mikor HARAPTAD MEG magad szándékosan utoljára?

- ☐ kevesebb mint egy hete (→ ugorj az E2 kérdésre)
- ☐ egy hete (→ ugorj az E2 kérdésre)
- ☐ egy hónapja (→ ugorj az E2 kérdésre)
- ☐ néhány hónapja (→ ugorj az F1 kérdésre)
- ☐ több mint egy éve (→ ugorj az F1 kérdésre)
- ☐ soha (→ ugorj az F1 kérdésre)

E2 Melyik testrészed/testrészeid sértetted meg így (megharapással) a legtöbbször?

(Több választás is lehetséges.)

- ☐ fej, nyak
- ☐ karok, kezek, ujjak, körmök
- ☐ törzs, has, fenék
- ☐ lábak, lábfej, talp, lábujjak
- ☐ mellek, nemi szervek

E3 Az elmúlt egy hónapban hány napon történt ilyen?

- ☐ 1-5 nap között
- ☐ 6-10 nap között
- ☐ 11-15 nap között
- ☐ több mint 15 napon

E4 Egy nap alatt átlagban hányszor fordult mindez elő?

- ☐ kevesebb mint egyszer egy nap / egyáltalán nem fordult elő
- ☐ 1-szer vagy 2-szer egy nap
- ☐ 3-szor vagy 4-szer egy nap
- ☐ 5-ször vagy annál többször egy nap

E5 Milyen gyakran éreztél közben fájdalmat?

- ☐ soha
- ☐ néha
- ☐ gyakran
- ☐ mindig

E6 Mennyire (milyen mértékben) éreztél közben fájdalmat?

- ☐ semennyire
- ☐ enyhén
- ☐ közepesen
- ☐ erősen
- ☐ nagyon erősen

E7 Amikor ezt tettem, akkor...*1=soha; 2=néha; 3=gyakran; 4=mindig*

Azt előre pontosan elterveztem.	1	2	3	4
Tudatában voltam annak, hogy hogyan történt mindez.	1	2	3	4
Elláttam a sebe(i)met.	1	2	3	4
Eltitkoltam mindezt mások elől.	1	2	3	4

*1=Egyáltalán nem; 2=Egy kicsit; 3=Közepesen; 4=Nagyon; 5=Nagyon-nagyon***E8 Mit éreztél közvetlenül AZELŐTT, hogy ez megtörtént?**

Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):.....	1	2	3	4	5

E9 Mit éreztél közvetlenül AZUTÁN, hogy ez megtörtént?

Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):.....	1	2	3	4	5

E10 Miért csináltad mindezt? (Miért szoktad megharapni magadat?)					
Hogy némi örömet érezzek.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a negatív érzéseket.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a fájdalmas gondolatokat vagy emlékeket.	1	2	3	4	5
Hogy egy homályos, kábult vagy eltompult állapotba kerüljek.	1	2	3	4	5
Hogy figyelmet kapjak másoktól.	1	2	3	4	5
Hogy kimeneküljek egy homályos, kábult vagy eltompult állapotból.	1	2	3	4	5
Hogy megbüntessem magam.	1	2	3	4	5
Hogy elcsúfítsam magam.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam az öngyilkossági gondolatokat.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam magamnak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam másoknak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem azt, hogy valami olyan kellemetlen dolgot csináljak, amit nem akarok megtenni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen iskolába menni vagy dolgozni, vagy valami mást csinálni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen másokkal együtt lennem.	1	2	3	4	5
Más ok miatt tettem (írd ide, hogy miért):	1	2	3	4	5

Okoztál-e MÁS FORMÁBAN magadnak sérülést? Ha igen, írd ide, hogyan:

F1 Mikor csináltál ilyet szándékosan utoljára?

- kevesebb mint egy hete (→ ugorj az F2 kérdésre)
- egy hete (→ ugorj az F2 kérdésre)
- egy hónapja (→ ugorj az F2 kérdésre)
- néhány hónapja (→ vége a kérdőívnek)
- több mint egy éve (→ vége a kérdőívnek)

F2 Melyik testrészed/testrészeid sértetted meg így a legtöbbször?**(Több választás is lehetséges.)**

- ☐ fej, nyak
- ☐ karok, kezek, ujjak, körmök
- ☐ törzs, has, fenék
- ☐ lábak, lábfej, talp, lábujjak
- ☐ mellek, nemi szervek

F3 Az elmúlt egy hónapban hány napon történt ilyen?

- ☐ 1-5 nap között
- ☐ 6-10 nap között
- ☐ 11-15 nap között
- ☐ több mint 15 napon

F4 Egy nap alatt átlagban hányszor fordult mindez elő?

- ☐ kevesebb mint egyszer egy nap / egyáltalán nem fordult elő
- ☐ 1-szer vagy 2-szer egy nap
- ☐ 3-szor vagy 4-szer egy nap
- ☐ 5-ször vagy annál többször egy nap

F5 Milyen gyakran éreztél közben fájdalmat?

- ☐ soha
- ☐ néha
- ☐ gyakran
- ☐ mindig

F6 Mennyire (milyen mértékben) éreztél közben fájdalmat?

- ☐ semennyire
- ☐ enyhén
- ☐ közepesen
- ☐ erősen
- ☐ nagyon erősen

F7 Amikor ezt tettem, akkor...*1=soha; 2=néha; 3=gyakran; 4=mindig*

Azt előre pontosan elterveztem.

1 2 3 4

Tudatában voltam annak, hogy hogyan történt mindez.

1 2 3 4

Elláttam a sebe(i)met.

1 2 3 4

Eltitkoltam mindezt mások elől.

1 2 3 4

1=Egyáltalán nem; 2=Egy kicsit; 3=Közepesen; 4=Nagyon; 5=Nagyon-nagyon

F8 Mit éreztél közvetlenül AZELŐTT, hogy ez megtörtént?					
Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):.....	1	2	3	4	5

F9 Mit éreztél közvetlenül AZUTÁN, hogy ez megtörtént?					
Boldogságot, örömet	1	2	3	4	5
Megkönnyebbülést	1	2	3	4	5
Idegességet	1	2	3	4	5
Unalmat	1	2	3	4	5
Haragudtam magamra	1	2	3	4	5
Haragudtam másokra	1	2	3	4	5
Szorongást, aggodalmat	1	2	3	4	5
Szomorúságot	1	2	3	4	5
Bűntudatot	1	2	3	4	5
Mást is éreztem (ha igen, írd le, mit):.....	1	2	3	4	5

F10 Miért csináltad mindezt?					
Hogy némi örömet érezzek.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a negatív érzéseket.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem vagy elnyomjam a fájdalmas gondolatokat vagy emlékeket.	1	2	3	4	5
Hogy egy homályos, kábult vagy eltompult állapotba kerüljek.	1	2	3	4	5
Hogy figyelmet kapjak másoktól.	1	2	3	4	5
Hogy kimeneküljek egy homályos, kábult vagy eltompult állapotból.	1	2	3	4	5
Hogy megbüntessem magam.	1	2	3	4	5
Hogy elcsúfítsam magam.	1	2	3	4	5

Hogy elkerüljem vagy elnyomjam az öngyilkossági gondolatokat.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam magamnak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy megmutassam másoknak, hogy milyen erős vagyok.	1	2	3	4	5
Hogy elkerüljem azt, hogy valami olyan kellemetlen dolgot csináljak, amit nem akarok megtenni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen iskolába menni vagy dolgozni, vagy valami mást csinálni.	1	2	3	4	5
Hogy ne kelljen másokkal együtt lennem.	1	2	3	4	5
Más ok miatt tettem (írd ide, hogy miért):	1	2	3	4	5

3. melléklet: Nemszuicidális Önsértési Zavar Skála

Az önsértő viselkedés a saját test felületének különböző módú, szándékos, önmagunk által okozott megsértését jelenti (pl. saját magunk megvágása, megégetése, megharapása, megütése), de mindez öngyilkossági szándék nélkül történik (azaz, aki ezt teszi, nem akar meghalni).

Ez a kérdőív különféle önsértő viselkedésekről kérdez. Kérjük, csak akkor jelöljön be egy viselkedésformát, ha azt szándékosan (azaz tudatosan), de nem öngyilkossági szándékkal tette (azaz nem akart meghalni).

Kérjük, becsülje meg, hogy az élete folyamán hányszor sértette meg önmagát szándékosan (azaz tudatosan) az alább felsorolt önsértési módokkal (pl. 0-szor, 10-szer, 100-szor, 500-szor).

megvágta magát _____ nagyon erősen/mélyen megkarmolta magát _____

megharapta magát _____ beütötte vagy megütötte magát _____

megégette magát _____ megakadályozta a sebei gyógyulását _____
(pl. azzal, hogy letépte a vart a sebérol)

belevéselt valamit a bőrébe _____ durva felületnek dörzsölte a bőrét _____

belecsípett magába (erősen) _____ tűvel megszúrta magát _____

kitépte a haját _____ veszélyes anyagot nyelt le _____

Más forma (ha volt ilyen, írja ide): _____,
gyakorisága: _____

Fontos: Ha a fent felsorolt viselkedések közül egyet vagy többet csinált már, kérjük, folytassa a kérdőív kitöltését. Amennyiben nem csinálta a fentiek közül egyiket sem, akkor ezt a kérdőívet nem kell tovább kitöltenie.

Kérjük, válaszoljon az alábbi kiegészítő kérdésekre, melyek az önsértése előzményeire vonatkoznak (arra az önsértésre/önsértésekre gondoljon, amely(ek)ről előzőleg ebben a kérdőívben beszámolt).

1. A **múlt évben** hány különálló napon folytatott bármely önsértő viselkedést a fentiek közül szándékosan (azaz direkt) és öngyilkossági szándék nélkül (azaz nem akart meghalni)? _____ nap
2. A múltban, **az előző évet megelőzően**, folytatta-e valaha bármelyik önsértő viselkedést 5 vagy több különálló napon egy 1 éves időszak alatt? Karikázza be a választ!

Igen

Nem

- 2b. Ha igennel válaszolt a 2. kérdésre, hány különálló napon folytatta bármelyik önsértő viselkedést? Amennyiben több olyan év is volt, amikor adott évben 5 vagy több nap során önsértést végzett, kérjük, írja le (becsülje meg) a napok számát abból az évből, amikor a leggyakrabban végzett önsértést.

Számos oka lehet annak, hogy valaki önsértő viselkedést folytat. Kérjük, jelölje be azokat az okokat, amiért önsértő viselkedést folytat.

3. Azért folytatok önsértést, hogy megszabaduljak a negatív érzésektől vagy gondolatoktól.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Soha Az esetek felében Mindig

4. Azért folytatok önsértést, hogy megküzdjek a másokkal kapcsolatos problémáimmal.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Soha Az esetek felében Mindig

5. Azért folytatok önsértést, hogy egy pozitív érzelmi állapotot idézzek elő.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Soha Az esetek felében Mindig

6. Előfordulnak-e kapcsolati (személyközi) problémák (pl. nézeteltérés egy barátal) közvetlenül az önsértés előtt?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Soha Az esetek felében Mindig

7. Vannak-e negatív érzései vagy gondolatai közvetlenül az önsértés előtt?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Soha Az esetek felében Mindig

8. Mielőtt önsértést végez, van-e olyan szakasz, amikor annyira belefeledkezik az önsértésre való rákészülésbe, hogy azt nehéz kontrollálnia?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Soha Az esetek felében Mindig

9. Akkor is gondol-e az önsértésre, amikor éppen nem csinálja?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Soha Az esetek felében Mindig

10. Okoz-e stresszt Önnek az, hogy önsértést folytat?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Soha Az esetek felében Mindig

11. Okoz-e problémát Önnek a másokkal való kapcsolataiban az, hogy önsértést folytat?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Soha Az esetek felében Mindig

12. Okoz-e tanulmányi vagy munkahelyi nehézségeket az, hogy önsértést folytat?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Soha Az esetek felében Mindig

13. Okoz-e élete más területein nehézségeket az, hogy önsértést folytat?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Soha Az esetek felében Mindig

- 13b. Amennyiben igen, milyen területeken?

14. Milyen gyakran folytat önsértést drog vagy alkohol hatása alatt?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Soha Az esetek felében Mindig

15. Milyen gyakran folytat önsértést válaszként olyan különös vagy furcsa tapasztalásokra, mint például lát vagy hall valamit, amit más emberek nem látnak vagy hallanak (pl. hangok vagy látomások)?

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
 Soha Az esetek felében Mindig

16. Diagnosztizálták-e már valaha Önt valamilyen pszichiátriai betegséggel/ pszichés zavarral?

Igen Nem

- 16b. Amennyiben igen, kérjük, írja le, hogy milyen pszichiátriai betegséggel/ pszichés zavarral diagnosztizálták:

Miért okoz valaki szándékosan fájdalmat önmagának, miközben nem akar meghalni?

Az önsértés az esetek többségében nem az élet kioltásáról, hanem a túlélésről szól: kétségbeesett kísérletekről akkor, amikor a belső feszültség már más módon nem szabályozható – ez a jelen kötet egyik alapvető kiindulópontja.

A nemszucidális önsértés egyszerre megrázó és mélyen félreértett jelenség. Mivel az elmúlt két évtizedben a nemzetközi és a hazai kutatások száma megnőtt, szükség volt egy korszerű, tudományosan megalapozott összefoglaló munkára, amely átfogó módon, mégis közérthetően segíti a jelenség megértését és kezelését. Ez a kötet pont ezt a hiányt pótolja.

A könyv a legfrissebb nemzetközi és hazai kutatási eredményekre támaszkodva tárja fel, mi zajlik a látható vagy éppen rejtett sebek mögött: hogyan válhat a fizikai fájdalom az érzelmi túlélés eszközévé, milyen pszichológiai funkciókat tölt be az önsértés, és milyen kockázati és védőfaktorok alakítják megjelenését. A klasszikus formák mellett bemutatja a modern kor új, gyakran láthatatlan jelenségeit is, mint a digitális vagy a közvetett önsértés.

Ez a könyv egyszerre szól a szakembereknek és mindazoknak, akik szeretnének eligazodni ezen a tabuk, tévhitek és erős stigmával övezett kérdéskörben. A jelenség megértése ugyanis a hatékony segítségnyújtás alapfeltétele. A kötet iránytűt kínál ahhoz, hogy az önsértéshez ne értetlenséggel, hanem tudással, empátiával és felelősséggel közelítsünk, mert „az önsértés csak egy rész a teljes személy (én)történetében, nem egyenlő magával az egyénnel.”

A kötet szerzője Dr. Reinhardt Melinda kutató és gyakorló klinikai szakpszichológus, az ELTE PPK egyetemi adjunktusa. Munkájában a tudományos kutatást és a klinikai tapasztalatot egyaránt fontosnak tartja, célja az önsértés jelenségének árnyalt, emberközpontú és szakmailag megalapozott bemutatása.

Urbán Róbert



ELTE | EÖTVÖS
KIADÓ

Az ELTE bízatos könyvkiadója



ELTE | **PPK**

PEDAGÓGIAI ÉS PSZICHOLÓGIAI KAR

ISBN 978-963-489-921-1



9 789634 899211