

A nem öngyilkossági szándékkal történő önsértő viselkedés magyarázó modelljei

Reinhardt Melinda^{1,2*} 

¹ ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

² Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Gyermek- és Serdülőpszichiátria, Budapest, Magyarország

SZEMLE

Beérkezett: 2021. augusztus 18. • Elfogadva: 2021. november 7.

© 2022 A szerző(k)



A nem öngyilkossági szándékkal történő szándékos önsértés egy ernyőfogalom, amely számos viselkedésformát (pl. vágás, ütés, harapás, karmolás, égetés) foglal magában. Az utóbbi évtizedben élettartam-prevalenciája dinamikusan emelkedést mutat a fiatalok körében. A nem szuicidális önsértés továbbá nemcsak mentális zavarokhoz kapcsolódhat, hanem nem klinikai mintákban is előforduló jelenség. Mindez a nem szuicidális önsértő viselkedés etiológiájának, a háttérben meghúzódó okoknak, magának a folyamatnak és megszűnésének részletes és komplex feltárását sürgeti. Ezt a jelenség eredetének multidimenzionális természetét nehezíti. Maguk a nem szuicidális önsértést magyarázó modellek is igen sokrétűek, az integratív szemlélet kevésbé tűnik fel. A téma-összefoglaló tanulmány bemutatja a nem szuicidális önsértés magyarázó modelljeinek teljes spektrumát. Részletesen áttekinti a biológiai, a pszichológiai, a társas, a fejlődés-pszichopatológiai és a pszichodinamikus modelleket, majd kitekintésként a kulturális és a rendszerszemléleti perspektívát is beemeli a nem szuicidális önsértés magyarázatába. A bemutatott modellek kapcsán empirikus bizonyítékokat is felsorakoztat.

KULCSSZAVAK

nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés, magyarázó modellek, biopszichoszociális aspektusok

* Levelező szerző. E-mail: reinhardt.melinda@ppk.elte.hu

BEVEZETÉS

A nem öngyilkossági szándékkal történő szándékos önsértő viselkedés (nonsuicidal self-injury – NSSI) az önsértés tanulmányozására felállított nemzetközi kutatói társaság (International Society for the Study of Self-Injury – ISSS) definíciója szerint olyan, a testszövet károsodását eredményező szándékos viselkedés, amelyet a személy saját magának okoz, azonban mindezt öngyilkossági szándék nélkül teszi, s a viselkedés bár szociálisan nem tiltott, de nem is elfogadott (ISSS, 2018). A testszövet direkt megsértése mind a lágy (pl. bőrszövet), mind a kemény (pl. csontszövet) szöveti részeket érintheti. Az NSSI definíciójának ez a kitétele segít megkülönböztetni az NSSI-t olyan más önsértő viselkedésformáktól, mint az étkezési zavarok vagy a szerhasználat, ahol azonnali szöveti károsodás nem jelenik meg (St. Germain és Hooley, 2012). Az NSSI továbbá nem foglal magában olyan önkárosító viselkedésformákat, amelyek szépséget (pl. piercing, tetoválás), vallási vagy kulturális okokból történnek (Favazza, 1998). Fontos továbbá megkülönböztetnünk az NSSI-t 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 SSI súlyos, életveszélyes tett, amelynek célja a halál (Slesinger, Hayes és Washburn, 2019).

Az NSSI egy ernyőfogalomnak is tekinthető, ugyanis számos viselkedésformát magában foglal. A leggyakrabban alkalmazott módok a vágás, a bőrbe vésés, a karmolás, a sebgyógyulás megakadályozása és az ütés (Klonsky, 2011), de megjelenhet például égetés, direkt csonttörés, hajkitépés, a bőr tűvel való megszúrása, megcsipése vagy veszélyes anyag lenyelése is önsértési céllal (Klonsky és Glenn, 2009). Az NSSI egyik fontos súlyossági mutatója annak gyakorisága mellett az alkalmazott módszerek száma. A kutatások egyértelműen rámutatnak arra, hogy a többféle önsértési mód alkalmazása gyakoribb önsértési epizódokkal, az NSSI korai megjelenésével, magasabb öngyilkossági kockázattal és az NSSI tartós fennmaradásával kapcsolódik össze (Ammerman, Jacobucci és McCloskey, 2018).

Az NSSI élettartam-prevalenciája (legalább egy NSSI-epizód előfordulása az élet során) igen magas. Az újabb felmérések szerint nem klinikai serdülő és fiatal felnőtt mintákban nem ritka a 42–55%-os élettartam-előfordulás (Calvete, Orue, Aizpuru és Brotherton, 2015; Cerutti, Manca, Presaghi és Gratz, 2011), ugyanakkor felnőtteknél ez az arány jelentősen alacsonyabb (3–10% körüli; McManus és mtsai, 2019; Plener és mtsai, 2016). A 2000 után végzett legtöbb longitudinális kutatás azt jelzi, hogy az NSSI a fiatalok körében növekvő tendenciát mutat (pl. Wester, Trepal és King, 2018). Fontos megjegyezni azt is, hogy a felmérésekben az NSSI egyszeri epizódja sokkal gyakoribb, mint annak ismétlődő formája. Egy több mint 7 ezer középiskolás körében végzett kutatás alapján az NSSI élettartam-prevalenciája 24,5% volt, azonban a repetitív NSSI gyakorisága már csak 5% körül mozgott (Sornberger, Heath, Toste és McLouth, 2012). Speciális populációkban (pl. klinikai mintákban vagy fiatal fogvatartottak körében) az előfordulási arányok mind az élettartam, mind a pontprevalenciát tekintve jóval magasabbak, a 60–80% sem ritka érték (pl. Claes, Vandereycken és Vertommen, 2007; Reinhardt, Horváth, Drubina, Kökönyei és Rice, 2021). Az NSSI-ben mutatkozó nemi arányokat tekintve az irodalom ellentmondásos, számos vizsgálat női túlsúlyt mutatott ki, főként klinikai mintákban (pl. Washburn, Potthoff, Juzwin és Styer, 2015), azonban több kutatás ezt nem tudta megerősíteni (pl. Bresin és Schoenleber, 2015).



Annak ellenére, hogy az NSSI viselkedés az elmúlt tíz évben fokozott kutatói figyelmet kapott, és ennek nyomán számos, abban jelentős szerepet játszó változót tudtak azonosítani, mégsem körvonalazódott egy olyan átfogó és megbízható modell, amely mind az önsértés etiológiáját, mind folyamatát, mind pedig elmaradását integráltan magyarázni és kezelni tudná (Klonsky, Muehlenkamp, Lewis és Walsh, 2011).

Az alábbiakban az emberi működés három alapvető – a biológiai, a pszichológiai és a társas – területe mentén ismertetjük az önsértő viselkedés eddig megfogalmazott elméleteit és modelljeit. Ezt követően az önsértés fejlődési szempontból vizsgáljuk. Végül pedig – a történeti perspektívát is behozva – szót ejtünk az önsértés pszichodinamikus elképzeléseiről, majd kulturális és rendszerszemléleti keretben mutatjuk be.

1. AZ NSSI EDDIG AZONOSÍTOTT BIOLÓGIAI KORRELÁTUMAI

1.1. Az NSSI endogén opioid elmélete

A nem szuicidális szándékú önsértő viselkedés biológiai markereinek azonosítása – bár már a jelenség első leírását követően, az 1980-as évek második felében történtek ennek feltárására próbálkozások – az ezredfordulót követően került a kutatások fókuszába.

Az egyik legkorábbi elképzelés az NSSI-t a belső opiátrendszerrel (endogenous opioid system, EOS), az endorfintermelődéssel hozta összefüggésbe (pl. Favazza és Conterio, 1988; Richardson és Zaleski, 1986). Az endorfinok ugyanis természetes fájdalomcsillapítókként működnek fizikai sérülés esetén, és felszabadulásukkor kellemes érzést idéznek elő (Davis, 1983). Erre alapozva az önsértéskutatók úgy vélték, hogy az önsértés során felszabaduló endorfinok az NSSI két fő jellemzőjét is magyarázni képesek. Egyrészt azt, hogy az önsértők gyakran számolnak be arról, hogy hangulatuk az önsértés révén javul (pl. Klonsky, 2007), másrészt pedig gyakorta jelzik azt is, hogy nem, vagy csak minimális fizikai fájdalmat éreznek önsértés közben (pl. Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson és Prinstein, 2006; Russ és mtsai, 1996). Ugyanakkor az önsértés és a fájdalomélmény közötti kapcsolat nem egyértelmű. Egy, a közelmúltban élmény-mintavételezési eljárással végzett kutatás arra hívta fel a figyelmet, hogy számos önsértő a legtöbb önsértési epizód során jelentős fizikai fájdalomról számolt be, és arról, hogy az önsértés végeztével a fájdalomélmény csak kismértékben csökkent. Ugyanakkor, akik az önsértés kezdetén több negatív érzelmet éltek át, és kevesebb fizikai fájdalomról számoltak be, az adott önsértési epizód során több önsértő cselekedetet követtek el (Selby és mtsai, 2019). Az eredmények rámutatnak arra, hogy az önsértés során az átélt fizikai fájdalom dinamikusan változhat, ami egyéni, de epizódonkénti különbségekben is megnyilvánulhat. Arra is vannak bizonyítékok, hogy az önsértők belső opiátrendszere gyengébben működik (Coid, Allolio és Rees, 1983). Ennek nyomán felvetődik, hogy az önsértők a biológiai és/vagy környezeti faktorok miatt alacsonyabb endogén opiátszintjüket éppen az önsértésben való részvétellel próbálják megemelni, ezáltal egyfajta fiziológiai és érzelmi homeosztázist elérni a maguk számára (Sher és Stanley, 2009). Ugyanakkor több ellentmondás is felmerül ezekkel az összefüggésekkel kapcsolatban. Az egyik, hogy konzisztens kutatási eredmények szerint az önsértő viselkedést jórészt a negatív megerősítés tartja fenn, azaz az, hogy a személy valamilyen negatív állapotot (pl. dühöt, önutálatot) szeretne elkerülni az önsértés segítségével (Klonsky, 2007; Nock és Prinstein, 2004). Az önsértés pozitív megerősítő funkciója jóval ritkábban jelzett NSSI-motiváció (Nock és Prinstein, 2004). Továbbá az önsértés folyamatában átélt érzelmek részletes felmérésekor arra is rámutattak, hogy



az NSSI viselkedés inkább a negatív érzelmeket csökkenti, semmint a pozitív érzéseket növeli (Klonsky, 2009; Reinhardt, Drubina, Horváth és Kökönyei, 2020). A legfontosabb tény pedig az, hogy az önsértés nagyon ritkán fordul elő negatív érzelmi állapotok nélkül. További teoretikus érv az NSSI belső opiátmodellje ellen, hogy ha az önsértést elsődlegesen az endorfinszint emelése és ezáltal a hangulat javítása motiválná, akkor azt várhatnánk, hogy az önsértők arra (is) használnák az önsértést, hogy semleges hangulatukat pozitívvá alakítsák, vagy pozitív érzelmi állapotukat tovább erősítsék. Ugyanakkor a kutatások szerint ez az NSSI cselekedetek háttérében nem vagy alig jelenik meg motivációként (Klonsky és mtsai, 2011). Empirikus érvek is ellentmondanak az NSSI EOS-elméletének. Amennyiben az NSSI valóban emelné a hangulati színezetet a belső opiátrendszer segítségével, akkor logikusnak tünne a feltételezés, hogy az opioid antagonisták (pl. naloxon) semlegesítenék ezt a hatást. Russ, Roth, Kakuma, Harrison és Hull (1994) az NSSI cselekedeteket borderline diagnózissal bíró személyeknél elemezték, de körükben a naloxon nem csökkentette a hangulat emelkedését az önsértő tett után. Az EOS-modellt és annak hipotetikus ellenérveit kevés empirikus kutatás tesztelte, az eredmények így nem általánosíthatók és a leggyakrabban közvetettek. Az NSSI, a fájdalom-élmény és a belső opioidrendszer összefüggéseinek feltárása további szisztematikus vizsgálatokat sürget.

1.2. A szerotonin összefüggése az önsértéssel

Bizonyos kutatók szerint a szerotoninátvitel gyengesége játszik szerepet az NSSI-ben (ld. Sher és Stanley, 2009 összefoglaló tanulmányát). Csökkent szerotonin-transzmissziót erősítettek meg mind auto-, mind heteroagresszió esetén (Stein, Hollander és Leibowitz, 1993), előbbi kapcsán elkövetett öngyilkossági kísérletnél (pl. Asberg, 1986) és NSSI-ben is (Simeon és mtsai, 1992). Továbbá a csökkent szerotoninátviteli képesség az NSSI-hez társuló pszichopatológiai állapotokban is megerősített jelenség, így a depresszióban (Asberg és mtsai, 1984) és az irritabilitásban (Coccaro és Kavoissi, 1991). Az utóbbi években azt is kimutatták, hogy a major depresszió és a szorongás (Borrito-Escuelu és mtsai, 2021), valamint az öngyilkos magatartás (Mann, 2013) patofiziológiájában a központi idegrendszer szerotonin zavara meghatározó szerepet játszik. A hangulatszabályozásban fontos szerepet betöltő hippokampális 5-HT_{1A}¹ heteroreceptorok diszfunkcionális működése csökkent neuronplaszticitást és sejtpusztulást idézhet elő az agykérgi területeken is (Borrito-Escuelu és mtsai, 2021). A szerotoninindiszreguláció következtében előálló szerotoninhiány továbbá az impulzív-agresszív késztetéseket is megalapozhatja, ami mind a hangulatzavarok korai megjelenésével, mind az önsértő viselkedés (SSI és NSSI) magasabb rizikójával összekapcsolódik (Mann, 2013). Arra is vannak bizonyítékok, hogy a szervezet szerotoninszintjét növelő SSRI-ok (szelektív szerotoninviszavétel-gátlók) bizonyos esetekben borderline betegeknek képesek csökkenteni az önsértés szintjét (New és mtsai, 1997). Állatkísérletek is megerősítik, hogy a csökkent szerotoninátvitel olyan önsértő viselkedéssel társult, mint az önharapás, a szerotonintranszmisszió gyógyszeres támogatása azonban képes volt mérsékelni azt (Tiefenbacher, Novak, Lutz és Meyer, 2005).

¹Az emberi agyban a leggyakoribb szerotoninreceptor.



1.3. További lehetséges biológiai faktorok az NSSI-ben

Az endogén opiátok és a szerotonin lehetséges szerepén túl az NSSI biológiai markereiként vetik fel a kutatások a csökkent dopaminszintet vagy a HPA-tengely (hipotalamusz–hipofízis–melékvesekéreg tengely) és vele a stresszválasz problémáit (Sher és Stanley, 2009). Mindezek hátterében pedig a genetikai vulnerabilitás nagy szerepet játszhat (Sher és Stanley, 2009). Ugyanakkor a kutatások e téren rendkívül gyérek, így csak feltételezéseket engednek meg az önsértő viselkedés fiziológiai és genetikai alapjai és összefüggései kapcsán.

1.4. Az NSSI genetikai korrelátumai

Egyre több bizonyíték szól amellett, hogy az önsértés hátterében genetikai faktorok is meghúzódnak. Joyce és munkatársai (2006) kimutatták, hogy a GNB3 (G-protein béta 3) genom T allélja rizikótényező az NSSI megjelenésében, még abban az esetben is, ha a gyermekkori szexuális abúzus és a borderline személyiségzavar jelenlétét kontrollálták. A T allélnak (C825T génváltozat) az adrenerg ingerületátvitel fokozásában van szerepe (Farfel, Bourne és Iiri, 1999), valamint kapcsolatban áll az artériák falának merevségével, a magas vérnyomással és az elhízással is (Nürnberg és mtsai, 2004), azaz nem specifikus az önsértést tekintve.

Más kutatók a 22-es kromoszóma hosszú karjának duplázódása és ugyanennek a kromoszómának a pericentrikus inverziója² esetén mutatták ki – más viselkedéses manifesztációk mellett – a tartósan fennálló önsértés jelenlétét (Prasher és mtsai, 1995). A katekol-O-metiltranszferáz enzim³ genetikai polimorfizmusa szintén a 22-es kromoszómán kódolt (22q11), ami a mu-opioid receptor kötésével és az endogén opioidok felszabadulásával, valamint a fájdalomra adott fokozott érzelmi válasszal kapcsolódik össze (Zubieta és mtsai, 2003). Ki kell emelnünk a gén-környezet interakciók szerepét is az önsértés megjelenése kapcsán. A gyermekkori rossz bánásmóddal összefüggésbe hozott szerotonerg gén genetikai variánsa alacsony szerotoninszintet eredményez, ami depresszív hangulatban és önsértő viselkedésben manifesztálódhat (pl. Meyer és mtsai, 2003).

A fentieket összefoglalva látható, hogy az önsértés genetikai alapjai több génváltozathoz is kötődhetnek, és ezek a génváltozatok többféle viselkedéses manifesztációt eredményezhetnek, amelyeknek csupán egyike az önsértő viselkedés. Másrészt nem veszíthetjük szem elől a gén-környezet interakciók jelentőségét, amely a fejlődépszichológiai és fejlődés-pszichofiziológiai útvonalak longitudinális vizsgálatát sürgeti (bővebben ld. 4. fejezet).

2. AZ NSSI PSZICHOLÓGIAI MODELLJEI

Az önsértés pszichológiai modelljei azokra a lélektani változókra fókuszálnak, melyek ahhoz vezetnek a személyt, hogy kipróbálja, illetve folytassa az önsértő cselekedeteket. A kutatások szerint az érzelemszabályozási deficitek és az önleértékelés különösen fontos szerepet játszanak

²A kromoszómainverzió során a kromoszóma két helyen törik el, az így létrejövő DNS-rész inverz módon, azaz megfordulva illesztődik vissza a kromoszómába. Pericentrikus inverzióknak az olyan megfordulást nevezzük, amikor a kromoszóma befűződési pontja is érintett (<http://ghr.nlm.nih.gov/>).

³A monoamin neurotranszmitter katekolaminok (adrenalin, noradrenalin, dopamin) lebontásában részt vevő enzimek (Craddock, Owen és O'Donovan, 2006).



mindebben. Mindkét jelenség egyaránt értékelhető az önsértők személyiségét tartósan jellemző vonásként vagy működésmódként, ugyanakkor az önsértő viselkedés lehetséges motivációjaként is (Klonksy és mtsai, 2011), így mindkét konstruktum segíthet annak megválaszolásában, hogy kik és miért vesznek részt önsértésben.

2.1. Az NSSI mint az érzelmszabályozási nehézségek lehetséges következménye

A legbiztosabb érvek mellett szólnak, hogy az NSSI szorosan összefügg az érzelmszabályozásban megjelenő deficitekkel, az érzelemreguláció zavarának egyfajta viselkedéses indikátoraként tekinthetünk rá (Klonksy és mtsai, 2011). Számos tanulmány kimutatta, hogy az önsértők gyakrabban és erőteljesebb intenzitással élnek át negatív érzelmeket, mint a nem önsértők. Hasonlóképpen az önsértő személyek a negatív affektivitás (Klonksy, Oltmanns és Turkheimer, 2003), valamint a depresszió és a szorongás skálákon (Andover, Pepper, Ryabchenko, Oricco és Gibb, 2005) is magasabb pontszámot érnek el. Továbbá érzelmszabályozási nehézségekkel küzdenek (Gratz és Roemer, 2004).

Tekintélyes bizonyítékok szólnak amellett, hogy önsértést leggyakrabban azért végeznek az emberek, hogy megküzdjenek a megterhelő negatív érzelmekkel (Klonksy, 2007). Az olyan intenzív érzelmek, mint az erős szorongás, frusztráció vagy harag gyakran előzik meg az önsértő viselkedés megjelenését. Az önsértő személyek pedig arról számolnak be, hogy az önsértés gyors enyhülést hoz ezen érzelmek intenzitásában. Ráadásul, azok jelentősebb csökkenést jeleznek a negatív emóciók szintjében az önsértés által, akik a leggyakrabban végeznek ilyen önkárosító cselekvéseket (Klonksy, 2009). Fordítva is megjelenik az összefüggés: az önsértés növelheti az olyan pozitív érzelmek szintjét, mint a nyugalom és ellazulás (Klonksy, 2009). Klonksy (2009) eredményei szerint a magas arousalt képviselő negatív érzelmek (pl. düh, szorongás, frusztráció) indukálnak legvalószínűbben önsértést, és csökkennek a leginkább önsértést követően – ellentétben az alacsony arousalal jellemezhető negatív érzelmekkel (szomorúság, magányosság, reménytelenség). Az önsértés továbbá a magas arousalú negatív érzelmeket alacsony arousalú pozitív érzelmekkel (nyugalom, megkönnyebbülés) helyettesíti.

A szakirodalomban három olyan önsértő viselkedést magyarázó modell található, amelyek az NSSI-t alapvetően érzelmszabályozási problémaként írják le.

2.1.1. A tapasztalati elkerülés modell. Chapman, Gratz és Brown (2006) a Tapasztalati Elkerülés Modellben (Experiential Avoidance Model – EAM) azt rögzítik, hogy az önsértés – átmenetileg – a személyt előntő érzelmek intenzitását csökkenti, ezáltal ideiglenes megkönnyebbülést eredményez. Azonban ez a folyamat negatív megerősítés révén éppen az önsértés ismételt megjelenését generálja: automatikus megküzdési stratégiává válik az egyén számára. A modell szerint az önsértő személy alacsony distressztűrő képessége és érzelmszabályozási problémái eredményezik az erős intenzitású és pszichés fájdalmat okozó érzelmeket, amit a személy a testi fájdalom generálásával próbál elkerülni (Chapman és mtsai, 2006). Érdemes azonban kiemelni, hogy a modell létjogosultságát eddig kevés – két – empirikus kutatás tesztelte (ld. Brereton és McGlinchey, 2020).

2.1.2. A négy funkció modell. Nock és Prinstein (2004) Négy Funkció Modellje (Four Function Model – FFM) négy fő okra (funkcióra) vezeti vissza az NSSI megjelenését, mindezt egy 2×2 -es modellben képzeli el. Az egyik tengely, hogy milyen megerősítő értékkel (pozitívvá vagy negatívvá) bír az önsértő cselekedet. A másik faktor, hogy intrapszichés (más néven affektív



vagy automatikus) vagy interpszichés (azaz társas) mechanizmusok a motiválóak az önsértő cselekvésben. A fentiek kombinációjából tehát a következő négy funkció rajzolódik ki: (1) intrapszichés pozitív megerősítés, amikor az önsértés célja valamilyen vágyott állapot (pl. kontrolléret, nyugalom, érezni valamit) elérése. Az önsértés történhet (2) intrapszichés negatív megerősítés miatt, amikor a személy célja a negatív érzelmek és/vagy gondolatok, emlékek csökkentése vagy eliminációja. Az NSSI (3) interpszichés pozitív megerősítő funkciója segít elérni valamit a társas térben, például figyelmet, gondoskodást vagy segítséget. Végül az (4) interpszichés negatív megerősítő funkció a társas elvárások elkerülését segíti elő: az önsértés révén a személy például elkerülhet egy teljesítendő feladatot, felelősségvállalást vagy egy számára kellemetlen (pl. büntetés vagy konfliktus) helyzetet. A kutatások egyértelműen az önsértés intrapszichés okokból történő előfordulását jelzik hangsúlyosabbnak (pl. [Brackman és Andover, 2017](#)), azon belül is az intrapszichés negatív megerősítő funkciót ([Klonsky, 2011](#)). Azt is kimutatták, hogy az egyes funkciók (pl. intrapszichés negatív és pozitív megerősítés) egyszerre is jelen lehetnek adott önsértési epizód során. Több kutatás arra is rámutatott, hogy az NSSI szignifikáns prediktorának számítanak az intenzívebb, de rövidebb ideig tartó érzelmek és gondolatok ([Nock, Prinstein és Sterba, 2009](#)), ezek jobban igénybe veszik az érzelmszabályozási kapacitást. Egy longitudinális, naplómódszerre alapozó kutatás ([Bresin, 2014](#)) továbbá kiemelte azt, hogy az önsértő személyek kevés pozitív érzelmet élnek át, ráadásul az átélt pozitív érzelmek rövid életűek, negatív érzéseik pedig gyakran és erősen fluktuálnak. Ez azt is jelenti, hogy a különböző stresszhelyzetekre adott reakcióik igen változatosak lehetnek. Adaptív érzelmszabályozási stratégiák hiányában a személy ezt az érzelmi hullámvastat lehetséges, hogy a nap folyamán többször is NSSI-vel vezeti le, de az is előfordulhat, hogy az a nap végén egyetlen önsértő epizódban kumulálódik ([Wester és Trepal, 2018](#)).

2.1.3. Nock Integrált Modellje az NSSI kialakulásáról és fennmaradásáról. Az NSSI Integrált Modellje (Integrated Model of the Development and Maintenance of Non-Suicidal Self-Injury (ITM; [Nock, 2009](#)) a Chapman-féle Tapasztalati Elkerülés Modellt ([Chapman és mtsai, 2006](#)) gondolja tovább. A modell alapján az önsértés nem csupán az érzelmi átélés elkerülése révén válik érzelmszabályozó stratégiává, hanem mint önbüntető eszköz is. Harmadrészt az önsértés társas jelzőfunkcióval (social signal) is bír. Az önsértést [Nock \(2009\)](#) tulajdonképpen egy folyamatmodellben képzele el: az NSSI-re érzékenyítő disztális faktorok (pl. gyermekkori rossz bánásmód, családi konfliktusok) a megküzdés és a kommunikáció nehézségeit alapozzák meg, ami önsértést eredményezhet. A szegényes kommunikációs készségek miatt mások figyelmének és segítségének elnyerésére lehetséges, hogy valakinek nem marad más eszköze, mint az önsértés. A modellt kiegészíti továbbá a társas hatások – kiemelten a szociális tanulás – szerepével: az önsértést „megtanulhatja” valaki a kortársaitól, a médiából vagy valamely családtagtól is. Az egyén azt is „megtanulhatja”, hogy az önsértés a legegyszerűbb megoldás az érzelmek szabályozására a további lehetőségekhez (pl. problémamegoldás) képest. [Nock \(2009\)](#) ezt összeköti az NSSI-re esetlegesen jellemző fájdalomanalgéziával: az önsértést végzők fájdalomküszöbe magasabb lehet (pl. [Glenn, Michel, Franklin, Hooley és Nock, 2014](#)), ami erősíti az önsértés mint érzelmszabályozási mód fennmaradását. [Nock \(2009\)](#) végül azt is felveti, hogy az önsértés implicit identifikációs forrást jelenthet az önsértő számára. Amennyiben a személy önmagát önsértőként címkézi, az idővel az önmeghatározás elemévé válhat. Összefoglalva, [Nock \(2009\)](#) integratív modellje az NSSI érzelmszabályozási funkcióját az NSSI-re érzékenyítő faktorokkal, valamint intra- és interpszichés mechanizmusokkal egészíti ki.



2.2. Az önértékelés szerepe az önsértésben

Az önértékelés egy másik kulcsjellemző az NSSI viselkedésekben. Egyöntetű kutatási eredmények szerint az önsértő személyek magasabb szintű önértékelésről és a hozzá kapcsolódó működéséről (pl. önkritika és alacsony önértékelés) számolnak be (Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto és Nock, 2007; Lundh, Karim és Quilisch, 2007). Másrészt az önsértők jelentős része azt állítja, azért végez önsértést, hogy „megbüntesse magát”, vagy hogy „kifejezze a haragját önmaga felé” (Klonsky, 2007). Az önértékelés lehet az a változó, amely bizonyos embereket önsértéshez vezet. A kutatások szerint ugyanis azok, akik erős negatív emocionalitással, ugyanakkor átlagos vagy alacsony önértékeléssel bírnak, amikor zaklatottak, nagyobb valószínűséggel hibáztatnak másokat, vagy válnak másokkal szemben agresszívvé. Ellenben, akiknél a kifejezett negatív érzelmek erős önértékeléssel társulnak, nagyobb valószínűséggel válnak önsértővé. Ennek nyomán feltételezhetjük, hogy az ismétlődő NSSI szempontjából a legnagyobb kockázatot a jelentős érzelmi diszreguláció és a magas önértékelés kombinációja jelenti (Klonsky és Muehlenkamp, 2007).

2.3. Az NSSI összefüggése a pszichiátriai betegségekkel és a szuicid spektrummal

Ahogy az előzőekben szó volt róla, az NSSI viselkedéssel gyakran társulnak hangulati, szorongásos és impulzuskontroll tünetek, valamint zavarok. Mi több, az újabb áttekintések szerint az NSSI transzdiagnosztikus jelenségnek tekinthető, azaz a mentális zavarok teljes spektrumában előfordulhat (Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala és Barlow, 2015). A DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition; American Psychiatric Association, 2013) klasszifikációs rendszerben az ismétlődő önsértés és öngyilkos viselkedés a borderline személyiségzavar egyik lehetséges tünetköreként szerepel. Azt is fontos megemlíteni, hogy a DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) diagnosztikai kézikönyv a további kutatásokat igénylő állapotok fejezetben Nem szuicidális önsértés zavar (non-suicidal self-injury disorder – NSSID) elnevezéssel meghatároz egy önálló szindrómát is. Az NSSID egyik fő kritériuma az ismétlődő önsértés, amelyet a DSM-5 az elmúlt év során minimum öt alkalommal előforduló önsértő epizódban definiál. Az egyelőre hipotetikus NSSID az (1) ismétlődő NSSI mellett az alábbi tünetek fennállása esetén lenne megfontolandó mint mentális zavar kategória: (2) nincs jelen öngyilkossági szándék; (3) a személy azért vesz részt az önsértésben, mert valamilyen negatív érzelmi vagy kognitív állapotból szeretne szabadulni, vagy az önsértés révén próbál valamilyen interperszonális problémával megbirkózni, és/vagy valamilyen pozitív érzelmi állapotot szeretne előidézni; (4) az NSSI viselkedés szociokulturálisan nem elfogadott; (5) az NSSI cselekedet vagy annak a következményei jelentős distresszt eredményeznek a személy mindennapi életében; (6) az önsértés nem pszichotikus epizód, delírium, pszichoaktív szerhasználat vagy megvonás során jelentkezik, illetve nem magyarázható más mentális zavarral; (7) az önsértés az alábbiak közül legalább egy jellemzővel kapcsolódik össze: (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 (American Psychiatric Association, 2013, 803). 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 a pszichoszociális funkcióromlás általánosságban súlyosabbnak



bizonyult azokban az esetekben, amikor adott mentális zavar diagnózis(ok)nál NSSID nem volt jelen (pl. Ghinea, Edinger, Parzer, Koenig, Resch és Kaess, 2020).

Lényeges azonban kiemelni, hogy NSSI viselkedés borderline karakterisztikumok és NSSID nélkül is megjelenhet.

Az NSSI gyakoriságát tekintve előfordulhat alkalmi jelleggel (occasional) és ismétlődően (repetitive). A szakirodalomban nincs konszenzus abban, hogy hány epizód megjelenésétől tekinthetjük az önsértést repetitívnek. Egyes kutatások (pl. Zetterqvist, 2015) az NSSID első kritériumát, az 5 önsértési epizódot veszik alapul élettartam-prevalenciára vonatkoztatva azt, míg mások (Gratz, Dixon-Gordon, Chapman és Tull, 2015) 10 vagy afeletti önsértési epizódtól határozzák meg az ismétlődő önsértést. A „kipróbáló” és ismétlődő önsértés között különösen azért fontos különbséget tennünk, mert számos felmérés (pl. Andover és Gibb, 2010) a repetitív NSSI-t az öngyilkossági szándék és viselkedés egyik fő rizikófaktoraként azonosította. Pompili és munkatársai (2015) szakirodalmi összefoglalójuk alapján az ismétlődően előforduló NSSI-t az öngyilkos viselkedés prekursoraként írták le abban az esetben, ha valamilyen jelentős pszichiátriai zavar is párhuzamosan jelen volt. Kiekens és munkatársai (2018) retrospektív önbeszámolóik alapján az idői perspektívát is figyelembe vevő statisztikai eljárással (discrete-time survival models) abban az esetben is kimutatták az NSSI rizikófaktor szerepét mind a későbbi szuicid ideációban, mind a tervekben és kísérletben, amennyiben a mentális zavarok jelenlétét kontrollálták. Az NSSI és annak minél korábbi megjelenése megnövelte annak is a kockázatát, hogy az öngyilkossági gondolatokból öngyilkossági terv, valamint a tervből öngyilkossági kísérlet alakuljon ki.

Klonsky, May és Glenn (2013) négy különböző mintán (serdülő, felnőtt, klinikai, nem klinikai) vizsgálta az NSSI és más, korábban már azonosított öngyilkossági rizikófaktorok (depresszió, szorongás, borderline személyiségzavar, impulzivitás, öngyilkossági gondolatok) szerepét az öngyilkossági kísérletekben. Eredményeik szerint – amikor az összes változót egyetlen modellben tesztelték – az öngyilkossági kísérletet már csupán a repetitív NSSI és az öngyilkossági gondolatok jósolták be. Az NSSI kiugró szerepét az öngyilkosság rizikójában azzal magyarázták, hogy az ismétlődő önsértés megnöveli a személy önmagának okozott fájdalomra és agresszióra, ezzel az öngyilkosságra való készíttetését és készenlétét. Az a kérdés azonban nyitott maradt, hogy az ismétlődő NSSI befolyásolja-e az öngyilkossági kísérlet súlyosságát, illetve befejezettségét.

2.4. Az NSSI addikciós modellje

Már az NSSI kutatásának korai időszakában felmerült, hogy annak az addikciókhoz hasonló jellemzői vannak. Faye (1995) az NSSI addiktív sajátosságaként azonosította az önsértés előtt gyakorta jelentkező szorongás, nyugtalanság, feszültség érzéseit – párhuzamba állítva azt a szerhasználók megvonási tüneteivel. Később több kutató is kiemelte a repetitív önsértők önsértés utáni sóvárgása és a szerhasználati zavarokban megjelenő szer utáni sóvárgás közötti hasonlóságot (Nixon, Cloutier és Aggarwal, 2002). Nixon és munkatársai (2002) a DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) Pszichoaktív szer dependencia szindróma tüneteivel vetette össze kamasz repetitív önsértők élményeit. Eredményeik szerint a serdülők 81%-a ötnél több függőségi tünetet tartott magára jellemzőnek az ismételt önsértés kapcsán. Ráadásul ez a párhuzam annál kifejezettebb volt, minél gyakoribb és súlyosabb önsértés és befelé irányuló harag volt jelen. Más kutatások arra is rámutattak, hogy az NSSI addiktív jellemzői összefüggésben állnak az önsértéshez kapcsolódó negatív pszichológiai állapotokkal (pl. distressz) (Guerin-Marion, Martin,



Deneault, Lafontaine és Bureau, 2018) és a párhuzamosan jelen lévő öngyilkossági gondolatokkal (Csorba, Dinya, Plener, Nagy és Páli, 2009).

Míg egyes kutatók (ld. Blasco-Fontecilla és mtsai, 2018 narratív áttekintését) továbbra is az NSSI addiktív természete mellett érvelnek, addig mások (pl. Victor, Glenn és Klonsky, 2012) azt hangsúlyozzák, hogy az NSSI jobban magyarázható érzelmenregulációs, mint addiktív folyamatokkal. Victor és munkatársai (2012) klinikai serdülő mintán végzett kutatásuk alapján azt erősítették meg, hogy míg a szerhasználatot mind negatív (pl. megvonási tünetek megelőzése), mind pozitív (a drog pozitív érzelmeket generál) megerősítők fenntartották, addig az NSSI fennmaradását, azaz ismétlődését egyedül a negatív megerősítés (a negatív érzelmi állapot elkerülése, csökkentése) motiválta. Ráadásul a sóvárgás átlagpontszáma szignifikánsan alacsonyabb volt az önsértés esetén a szerre való sóvárgáshoz képest, valamint az önsértésre történő sóvárgás jellemzően negatív érzelmek kontextusában jelent meg, míg a szer iránti sóvárgás a legkülönfélébb – emocionális – helyzetekben. Ezek az eredmények akkor is kimutathatók voltak, ha csak a szerhasználó és egyben önsértő almintát tesztelték.

Az NSSI-t addikcióként kezelő elméletek azonban eddig nem vetették fel, hogy az önsértést ne szerhasználati függőségként, hanem viselkedéses addikcióként kezeljék.

3. AZ NSSI TÁRSAS MODELLJEI

A társas faktorok megértése mind az önsértés etiológiájában, mind a viselkedés fenntartásában és átadásában különösen fontos. Főként a fent részletezett pszichológiai hatásmechanizmusokat egészíthetik ki hatékonyan. Az NSSI legrészletesebb szociális modelljét Prinstein, Guerry, Browne és Rancourt (2009) alakították ki. A modell képes számot adni az NSSI-ben megjelenő társas deficitokról, az NSSI társas átadásáról és az NSSI társas funkcióiról. Nézzük meg e három területet részletesebben. A fejezet végén pedig a családi hatásokról lesz szó az NSSI-t tekintve.

3.1. Társas deficitek az NSSI-ben

Önsértő személyek körében a kutatások konzisztensen a társas készségek deficitjeit erősítették meg. Így például kimutatták, hogy az önsértő személyek rosszabb társas problémamegoldó képességekkel rendelkeznek (pl. Howat és Davidson, 2002), úgy érzékelik, hogy szociálisan elszigeteltek és elidegenedettek (Castille és mtsai, 2007), a stresszteli társas tapasztalatokkal szemben pedig maladaptív attribúciókat működtetnek (Guerry és Prinstein, 2010). Mindez két útvonalon is megnövelheti az önsértés megjelenésének kockázatát. A társas nehézségek egyrészt fokozhatják a negatív érzelmek gyakoriságát és intenzitását, amelyeket végül NSSI cselekedeteken keresztül próbál szabályozni a személy. Másrészt az önsértést a társas befolyás eszközeként használhatják azok, akiknek nehézségeik vannak a társas kapcsolatok és helyzetek adaptív kezelésében (Klonsky és mtsai, 2011).

3.2. Társas hatások az NSSI-ben

A kutatások igen alaposan feltárták azt a társas kontextust, amely hatással van az NSSI cselekedetekben való részvételre. Az egyik első bizonyítékot a társas hatások szerepére az önsértésben Walsh és Rosen (1985) adták, akik egy gyermekkorházban azt vették észre, hogy a kamaszok önsértő viselkedése összekapcsolódott. Ez azt jelentette, hogy egy kamasz által elkövetett önsértés



megnövelte az esélyét annak, hogy más kamaszok is önsértő viselkedést folytassanak, ami azt sugallta, hogy az önsértés – legalábbis részben – mint „társas fertőzés” (ld. az öngyilkosság szakirodalmából ismert social contagion [Durkheim, 1951] jelenségét) terjedt. A jelenséget később számos, intézményi környezetben történt vizsgálat megerősítette (pl. Taiminen, Kallio-Soukainen, Nokvo-Koivisto, Kaljonen és Helenius, 1998). Napjainkban pedig arra mutattak rá a kutatások, hogy kamaszok körében az NSSI-vel kapcsolatos információk (pl. az önsértés lehetséges módjai) az interneten keresztül terjednek (Whitlock, Powers és Eckenrode, 2006). Mindez ahhoz is hozzájárul, hogy a kamaszok bizonyos szubkulturái normalizálják ezeket a viselkedésformákat.

Az NSSI társas terjedésének azonosításában az egyéb egészségkárosító viselkedések kutatása is segítségünkre lehet. Bőséges bizonyíték van ugyanis arra, hogy kamaszok egészségkárosító viselkedéseiben masszív prediktornak tekinthető a kamasz megfigyelése arról, hogy közeli barátai és elismert kortársai is hasonló rizikóviselkedéseket folytatnak (Prinstein és mtsai, 2009). Két mechanizmus tarthatja fenn a jelenséget. Az egyik a szelekciós hatás: a kamaszok szívesebben kapcsolódnak azokhoz a kortársaikhoz, akik hasonló attitűdökkel jellemezhetőek, és hasonló viselkedésekben vesznek részt. A másik a szocializációs hatás: a serdülők azokat az attitűdöket és viselkedéseket fogadják el nagyobb valószínűséggel, melyeket a kortárs csoportjuk is képvisel. Ennek hátterében a társas elfogadottság igénye és a társas csoport megerősítése valószínűsíthető (Prinstein és Dodge, 2008). A szocializációs hatások kutatásában ugyanakkor sajnálatos módon kevés a longitudinális elrendezésű vizsgálat. Prinstein és munkatársai (2010) másfél évet felölelő kutatása üdítő kivétel: a kutatás kezdetén a kamaszok nyilatkoztak a legjobb barátjuk személyéről és NSSI viselkedésekről is. Az eredmények szerint a kamaszok önsértése hosszmetzetileg hozzákapcsolódott a legjobb barát önsértő viselkedéséhez. Ez eddig a legerősebb bizonyíték az önsértés társas terjedésére.

3.3. Az NSSI társas funkciói

Amellett, hogy az önsértés hátterében erőteljesebb intraperszonális motivációt mutattak ki (Klonsky, 2007), arra is van bizonyíték, hogy interperszonális okok és megerősítők is szerepet játszanak abban. Egy 18 tanulmányt vizsgáló szisztematikus áttekintés (Klonsky, 2007) megerősítette, hogy az önsértők egy figyelemre méltó kisebbsége társas meghatározottság miatt vesz részt önsértésben. Klonsky és Glenn (2009) az NSSI társas motiváltságának számos válfaját azonosította, így mások befolyásolását, a kortársakhoz való kapcsolódást vagy a társas figyelem kiváltását az önsértés által. Arra is van empirikus adat, hogy az önsértést gyakran interperszonális események – például családi konfliktusok vagy veszteségek – váltják ki (Jones, Congiu, Stevenson, Strauss és Frei, 1979).

3.4. Az NSSI családi distressz kaszkád modellje

Lisa Waals és munkatársai (2018) kifejezetten a serdülőkori önsértésre állítottak fel egy modellt, amelyben összekötik az NSSI kialakulását és fennmaradását a serdülőkor egyik fő pszichoszociális feladatával, a személyes autonómia kialakítása és a szülőkhöz való kötődés közötti konfliktus rendezésével, miközben a családi életciklust is figyelembe veszik. A modell szerint, amikor egy serdülő titokban önsértő viselkedést végez, autonómiaérzete növekszik, miközben eltávolodik a családi környezettől. A szülők azonban érzékelik azt, hogy valami nincs rendben, aggódnak, és ezért közelebb szeretnének kerülni a kamaszhoz, ekkor a kamasz autonómiaérzete



csökken. Hogy autonómiáját növelje, még nagyobb titokban folytatja az önsértést. Amikor fény derül az önsértésre, a közvetlen környezet gyakorta összezavarodik, hogyan reagáljon. Megjelenhet a szülők részéről például félelem, szégyen vagy bűnösségérzés. A negatív érzelmek és a történektért a szülő önmagát okolása ahhoz vezethet, hogy hipervigilens módon erőteljesebb kontrollt gyakoroljon a kamasz felett, akinek az autonómiaérzete ezzel még inkább csökken. A serdülő mindezt a személyes terébe való behatolásaként értékelheti, így fokozni „kényszerül” autonóm törekvéseit. Ennek egyik útja, hogy mind az NSSI gyakorisága, mind súlyossága mélyül, repetitívvé válhat. A szülőknél megjelenhet a félelem, hogy a nem szuicidális önsértés átfordulhat szuicidális önsértésbe, ami tovább fokozza a szülői kontrollt és a családban uralkodó distresszt, egyben csökkenti a serdülő autonómiaérzetét és a szülőkhöz való kapcsolódás erősségét. A rosszabb családi működés pedig növelheti a serdülő negatív érzéseit, főként a bűnösségérzést, mindennek maladaptív kezelése ismét könnyen önsértéssel történhet. A modell szerint a kaskád addig folytatódik, amíg a család valamilyen módon meg nem találja az autonómia és a kapcsolódás közötti egyensúlyt (Waals és mtsai, 2018).

4. A GYERMEKKORI ROSSZ BÁNÁSMÓD ÉS AZ ÖNSÉRTÉS KÖZÖTTI FEJLŐDÉSI ÚTVONAL

Az NSSI kialakulásának, fennmaradásának és megszűnésének vizsgálata nem nélkülözheti a fejlődési pszichopatológia keretrendszerét, hiszen többféle fejlődési útvonal végződik önsértéssel, különösen azok, amelyek kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatokból indultak ki (Yates, 2004). Abban az önsértés szakirodalma egységes, hogy az NSSI és a traumatikus gyermekkori élmények, így krónikus betegség, a szülők elvesztése vagy a tőlük való szeparáció, valamint a rossz bánásmód között egyértelmű a kapcsolat (pl. Briere és Gil, 1998).

4.1. Főhatás modellek

A gyermekkori rossz bánásmód a fejlődési folyamatokat több szinten is negatívan befolyásolja, így az énrendszer (pl. énreprezentáció, én-másik elkülönítés, testkép), az érzelemszabályozás és impulzuskontroll, a kapcsolati mintázatok, valamint a neuropszichológiai folyamatok szintjén (Cicchetti és Valentino, 2006). Mindennek nyomán a gyermekkori rossz bánásmód számos későbbi pszichés tünettől és zavarral (pl. depresszió, szorongás, agresszió, addiktív viselkedések) kapcsolatban van (Briere és Elliott, 2003), nem kivétel ez alól az önsértés sem (Yates, Carlson és Egeland, 2008). A legerősebb kapcsolat a gyermekkori szexuális bántalmazás – kiemelten a családon belül történt abúzus – és a később előforduló NSSI között emelkedik ki (De Young, 1982). A gyermekkori fizikai bántalmazás és az NSSI közötti összefüggést is egyértelműen megerősítik a kutatások (pl. Van der Kolk, Perry és Herman, 1991), ugyanakkor a gyermekkori elhanyagolás kapcsán már nem egyértelműek a bizonyítékok, egyes kutatások megerősítik az összefüggést (Van der Kolk és mtsai, 1991), mások azonban nem (pl. Wiederman, Sansone és Sansone, 1999). A gyermekkori érzelmi bántalmazás és az NSSI kapcsolatában pedig a gyermek felé irányuló szülői kritika szerepét emelik ki (Yates, Tracy és Luthar, 2008). A gyermekkori bántalmazás hatása akkor erősebb a később előforduló önsértő viselkedésre, ha a bántalmazás elhúzódó volt, olyan személy követte el, aki a gyermekhez közel állt, illetve a szexuális abúzus behatolással is járt (Trickett, Noll, Reiffman és Putnam, 2001). A különböző típusú rossz



bánásmód ráadásul máshogyan kapcsolódik az NSSI bizonyos jellemzőihez (pl. az önsértési módhoz, gyakorisághoz, motivációhoz). A gyermekkori szexuális abúzus például a későbbi élet folyamán ismétlődő NSSI-hez volt köthető, amelynek hátterében olyan intrapszichés motivációk álltak, mint az önbüntetés vagy az érzelmszabályozás, míg a fizikai bántalmazás később időszakosan és interperszonális okok (pl. figyelemfelhívás) miatt megjelenő NSSI-hez kapcsolódott (Yates, Carlson és Egeland, 2008).

4.2. Fejlődési folyamatmodellek

A fejlődési pszichopatológia az NSSI modelljeit abból a szempontból bírálja, hogy azok elhárított, diszkrét paradigmák, csak a saját tudományterületük szempontjai mentén tekintenek az önsértésre. A fejlődési pszichopatológia makroparadigmája ezzel ellentétben integratív szemléletet tükröz. A gyermekkori rossz bánásmódból kialakuló későbbi önsértést három fejlődési útvonalon keresztül tárgyalja, így az énreprezentáció, az önszabályozás és a fiziológiai reaktivitás szemszögéből, illetve e három kombinációja alapján (Yates, 2009). Ugyanakkor a fejlődési pszichopatológia NSSI-modelljével szemben is kritikával kell élnünk: az ugyanis csak a gyermekkori rossz bánásmód és az NSSI összefüggéseit elemzi, azonban NSSI bántalmazott előtörténet hiányában is megjelenhet.

4.2.1. Az énreprezentáció fejlődésének szerepe az NSSI-ben. A gyermekkori rossz bánásmód az én, a mások és az én másokkal való kapcsolatának negatív színezetű kognitív-affektív leképződését alapozza meg vagy erősíti fel. Ezek a negatív töltetű reprezentációk pedig önsértéshez vezethetnek (Yates, 2009). A gyermekkel való rossz bánásmód – az abúzussal együtt járó szégyen és más negatív érzelmek internalizálódásával – a szelfélményt olyan negatív attribúciókkal telíti, amelyek szerint az egyén nem szerethető, értéktelen, undorító vagy gyűlöletes. A személy önmagát így később is kritikusan szemléli, önértékelése és énhatékonyságának megélése alacsony lesz, a társas kapcsolatokat veszélyesként értékeli, stresszhelyzetben pedig elérhetetlennek éli meg mások segítségét, vagy magát arra érdemtelennek tartja (Fonagy, Gergely, Jurist és Target, 2002). Ezen a háttéren önsértés azért jelenhet meg, mert a személy a testén keresztül büntetheti meg magát, vagy az önnyugtató eszközként szolgál a pozitív kapcsolati források hiányában (Yates, 2009). A vizsgálati eredmények egyértelműen megerősítik a fentieket. Számos kutatás mind a gyermekkori rossz bánásmódnak kitett (pl. Toth, Ciccetti, Macfie és Emde, 1997), mind az önsértő személyek esetében (Suyemoto, 1998) alacsony önértékelést és énhatékonyság-érzést, valamint mások felé irányuló általános bizalmatlanságot mutatott ki.

4.2.2. Az önszabályozás alakulásának szerepe az NSSI-ben. Az énejlődésről és az érzelmi fejlődésről szóló elméletek mindegyike kiemeli a gondozók empatisz szerepét a korai időszak kognitív-affektív integrációs, szimbolizációs, azaz az önszabályozást alakító folyamataiban (pl. Bowlby, 1969/1982; Fonagy és mtsai, 2002; Stern, 1985). A gyermek a szülők révén tanulja meg, hogy az interszubjektív térben az érzelmek megoszthatók, megnevezhetők és átélhetők. Ebben a folyamatban az affektív állapotok egyre differenciáltabbá, komplexebbé és szimbolikus úton is leképezhetőkké válnak (Sroufe, 1995). Rossz bánásmód esetén ez az adaptív reflektív, integratív, szimbolizációs folyamat sérül, és ezt az űrt az önsértés mint testalapú érzelmszabályozó stratégia tölti ki (Yates, 2009). Az uralkodó pszichológiai mechanizmus az érzelmek és a kogníció elhatárolódása, dezintegrációja, azaz a disszociatív megküzdés lesz. Az érzelmi állapotok szimbolizációja, megoszthatósága másokkal a nyelven keresztül zavart szenved, helyette a



szomatoszenzoros – érzékeléses, viselkedéses, testi – szint válik az érzések közvetítésének eszközévé (Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane és Herman, 1996). Az érzelmszabályozás illetően zavara a kutatások szerint szélesebb körben is összefügg az agresszióval (Fonagy és Target, 1995), különösen a saját test felé irányuló autoagresszióval, az önsértéssel (Van der Kolk és mtsai, 1996). A disszociáció és a szomatizáció a normatív érzelmi folyamatok zavarát jelzi: számos adat áll rendelkezésre, hogy az NSSI szorosan összefügg az elkerülés fókuszú érzelmszabályozási folyamatokkal, így a disszociációval és a tapasztalati elkerüléssel (Brereton és McGlinchey, 2020), valamint szorosan kapcsolódik az alexithymiához (Greene, Boyes és Hasking, 2020) is. Ezek az önsértést megalapozó érzelmenregulációs deficitek a mentalizációs készség fejlesztésével adaptív irányba mozdíthatók el (Rossouw és Fonagy, 2012).

4.2.3. Az arousalszabályozás problémáinak szerepe az NSSI-ben. Egyre több adat erősíti meg, hogy a gyermekkori rossz bánásmód negatív hatással van a neurobiológiai stresszválaszrendszer szerkezetére és működésére (Yates, 2007). Az utóbbi évek kutatásai pedig rámutattak arra, hogy a korai rossz bánásmód fiziológiai reaktivitásra gyakorolt hatása egy alapvető fejlődési útvonal lehet az NSSI megjelenésében (Yates, 2009). A rossz bánásmód változásokat idéző elő mind a hosszú távú stresszválaszokért felelős limbikus rendszer – hipotalamusz–hipofízis–mellékvesekéreg tengely, mind az azonnali stresszreakciókért felelős norepinefrin – szimpatikus idegrendszer – mellékvesevelő rendszer működésében, mind a két tengely kapcsolatában (Cicchetti, 2003). Mindez metabolikus, immunológiai, autonóm idegrendszeri, endokrin, viselkedéses, érzelmi és kognitív szinten is maladaptív folyamatokat facilitál (Vasquez, 1998), amely pszichopatológiai jelenségeket (pl. depresszió, szorongás [Cicchetti és Walker, 2003], önsértés [Novak, 2003]) alapoz meg. Arra is fontos rámutatni, hogy a fentebb jelzett két fő stressztengely olyan más biológiai mechanizmusokkal (pl. opioid és szerotonerg rendszer) is összefüggésben áll, amelyek kimutathatóan kapcsolatban állnak az NSSI-vel (Van der Kolk, 1987) (ld. bővebben az 1.1. és az 1.2. fejezeteket).

5. AZ ÖNSÉRTŐ VISELKEDÉS PSZICHODINAMIKUS MAGYARÁZATAI

5.1. Pszichoanalitikus elképzelések

Az önsértő viselkedés első magyarázó elméletei pszichoanalitikus alapokhoz kapcsolódtak: az önsértés hátterében negatív, tudattalan impulzusokat és problematikusan működő egó-funkciókat feltételeztek (Klonsky és mtsai, 2011). A legkorábbi elméletek szerint az önsértést a szexuális bántalmazás újraélése és ezzel a bántalmazás feletti kontroll megszerzésének szükséglete motiválja (Bennum, 1984). Más pszichoanalitikus elképzelések szerint az NSSI egy olyan mazochisztikus cselekedet, amely az elfogadhatatlan agresszív impulzusokat a szelf felé fordítva fejezi ki (Novick és Novick, 1987). Úgy vélték, az önsértés egy olyan mechanizmus, amelynek révén a személy valójában az internalizált gyűlölt másikat bánthatja, vagy segítségével megerősíthető a szelféret, így egy erősebb én–másik határ képződik (Suyemoto, 1998). Születtek olyan elképzelések is, amelyek az NSSI szimbolikus jellegét hangsúlyozták: az önsértés ezek szerint jelképes úton fejez ki elfogadhatatlan vágyakat, gondolatokat vagy éppen tiltott szexuális szükségleteket (Lane, 2002), sőt a menstruáció feletti kontrolligényt is szimbolizálhatja (Doctors, 1981). Ezeket az elképzeléseket azonban sohasem támasztották alá empirikus adatokkal.



5.2. Neoanalitikus perspektíva

Az újabb pszichodinamikus modellek az NSSI-t a személyiség diszfunkcionális működésével kötik össze, és egyértelműen a borderline személyiségzavarhoz (borderline personality disorder, BPD) kapcsolják. Ahogyan a 2.3. fejezetben szó volt róla, a BPD négy alaptünete (érzelmi instabilitás, identitásproblémák, negatív és instabil interperszonális kapcsolatok, impulzivitás) közül az NSSI az acting-out készséghez kapcsolódik (American Psychiatric Association, 2013). A BPD diagnózist kapók jelentős hányadánál (60–75%-ánál) legalább egyszer előfordul az élettörténetben szándékos önsértés (pl. Linehan, 1993; Zanarini és mtsai, 2006), míg kb. felük repetitív önsértő (Stead, Boylan és Schmidt, 2019). Bizonyos kutatók a korán és elhúzódóan jelentkező, ismétlődő NSSI-t a BPD indikátorának (pl. Nakar, Brunner, Schillig, Chanen, Fischer és Parzer, 2016) vagy jelentős rizikótényezőjének (pl. Groschwitz, Plener, Kaess, Schimacher, Stoehr és Boege, 2015) tekintik. Egy újabb, hálózatelemzésen alapuló tanulmány az NSSID- és a BPD-tünetek komplex komorbiditásában a magányosságérzést, az impulzivitást, a szeparációs szorongást és az NSSI előtt jelentkező negatív érzelmi állapotot találta kiemelkedő kapcsolódási pontnak klinikai serdülő mintában (Buelens, Constantini, Luyckx és Claes, 2020).

BPD-ben az önsértés háttéréként a következő mechanizmusokat azonosították: (1) a személy a számára elviselhetetlen érzésektől kíván szabadulni, vagy érzelmi ürességét próbálja a fizikai fájdalommal pótolni (vö. instabil érzelmi élet); (2) szelférzetét próbálja helyreállítani (vö. instabil identitás); (3) a szelftárgy elérhetetlenségére reagál, a korábban tapasztalt elhagyatást próbálja megakadályozni (vö. instabil társas kapcsolatok) (Kuritárné Szabó, 2008).

Mindennek az alapját a neoanalitikus elméletek, különösen a tárgykapcsolat-elméleti vonulat és a pszichoszomatikus perspektíva adja, amelyek szerint az alkalmazkodást a korai kapcsolati mintázatok internalizált tapasztalatai formálják. Normál esetben a diádikus kapcsolatban a gondozó a gyermek számára érzelmi és viselkedéses szabályozóként működik. A diádikus szabályozórendszer problémái a későbbi fejlődés során (például az önszabályozásban, különösen az érzelemregulációban) okozhatnak zavarokat, nemritkán pszichopatológiai tüneteket (Yates, 2004).

A kötődésemélet szerint mind önmagunkról, mind másokról, mind a szelf másokkal való viszonyáról belső reprezentációkat, ún. munkamodelleket alakítunk ki (Bowlby, 1969/1982). Amennyiben a kötődés nem biztonságos, ezek a reprezentációk és azokon alapuló énnel és kapcsolatokkal kapcsolatos elvárások negatívak, illetve ellentmondásosak lesznek (Ainsworth, Blehar, Waters és Wall, 1978). Különösen a bántalmazó környezetben kifejlődő dezorganizált kötődés eredményez a későbbiekben megjelenő trauma esetén olyan védekező mintázatot, amely a disszociáción alapul (Liotti, 1999). A disszociáció szorosan összekapcsolódik a gyermekkori traumatizációval és a későbbi önsértő viselkedéssel (Van der Kolk és mtsai, 1991). A disszociáció nyomán megjelenő depersonalizációs élmények arra készíthetik a személyt, hogy önsértés révén kerüljön ki a tompultság, dermedtség, élettelenesség tapasztalatából (Kuritárné Szabó, 2008). Ezt támasztja alá, hogy egy hazai vizsgálatban (Merza, Papp, Molnár és Kuritárné Szabó, 2017) az extrém mértékű önsértést folytató, borderline személyiségzavarral küzdők mindegyike azért vett részt az önsértésben, hogy a tapasztalt disszociatív állapot megszüntesse (az NSSI antidisszociatív funkciója). Az extrém mértékű borderline önsértők körében pedig jóval gyakrabban fordult elő gyermekkori traumatizáció, mint a kisebb mértékben vagy nem önsértőknél.

Az önsértés tárgykapcsolati keretben a szelf integritásának megerősítését célzó maladaptív stratégia. A nem megfelelő gondozó-tartó környezet hatására a gyermek ugyanis nem képes



szelfjének koherens és valódi megtapasztalására, így egy, a spontaneitást nélkülöző, a saját igényeit elnyomó hamis szelfet alakít ki (Winnicott, 1965). Az önsértést a tárgykapcsolati paradigma a diádikus kapcsolati traumatapasztalatban megszülető hamis szelf által mobilizált viselkedéses stratégiaként értékeli. Egy kétségbeesett erőfeszítésként, amely a személyiség önazonos magját, a „valódi szelfet” védi a kapcsolati traumától, pontosabban a korai traumára alapozódó újtraumatizálódás lehetőségétől. A személyiség, az identitás koherens működése akadályozott, disszociatív folyamatok kerülnek előtérbe (Kalsched, 1996). A BPD tüneteit mentalizációs deficit is megalapozza: a borderline személy nem képes a másik mentális állapotainak komplex felismerésére. Ezeknek a tudatállapotok reprezentációknak a hiányában a pszichológiai szelf sérül, a szelférzetet az instabilitás uralja (Fonagy, Target és Gergely, 2001).

A borderline személyiségzavar kezelésében sikerrel alkalmazták a neoanalitikus keretet: 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 mentalizációalapú terápia (Mentalization-based therapy – MBT) bizonyulhat egy fontos terápiás eszköznek, amely képes a kötődési és a mentalizációs deficiteket csökkenteni, egyben adaptív érzelemregulációs formákat kiépíteni és/vagy erősíteni az NSSI-t megalapozó disszociatív folyamatok helyett (Rossouw és Fonagy, 2012). Ugyanakkor önsértés nemcsak a borderline személyiségzavarhoz kapcsolódik, ezért további kutatások tisztázhatják, hogy a nem személyiségzavar tüneteként megjelenő önsértő viselkedés milyen kapcsolatban lehet az énerővel és az identitás, a személyiség (in)stabilitásával.

5.3. Pszichoszomatikus modellek

A pszichoszomatikus perspektíva szerint a legelső és legalapvetőbb fejlődési kihívás a saját testről egy stabil, integrált és kohezív mentális reprezentáció kialakítása. Ez segít annak elkülönítésében, hogy mi tartozik az énhez és mi a külső világhoz (Krueger, 1989). Egy bántalmazó korai környezet (pl. intruzív gondozás) ennek az egységes testképnek a kialakítását akadályozza. A kohezív testreprezentáció hiányában a személynek külső referenciapontokra kell hagyatkoznia, amikor a saját (test)határait és az identitását meghatározza. Ebben a paradigmában az önsértés ennek a bizonytalanságnak a feloldására irányuló kísérlet (Cohen és Mills, 1999). Míg a pszichológiai én az önkritika által fordul maga ellen, addig a testi én az önsértés által. Mindkét öndestruktív folyamat az énhatárokat próbálja stabilizálni (Attias és Goodwin, 1999).

6. EGYÉB, AZ NSSI-T MAGYARÁZÓ MODELLEK

6.1. Kapcsolati-kulturális elmélet

A kapcsolati-kulturális elmélet (relational-cultural theory, RCT) azt a kapcsolati és társadalmi meghatározottságot emeli a középpontba, amelybe az egyén fejlődése beágyazódik. Az elmélet szerint az élet kapcsolatok hálózata. A múltbeli tapasztalatokon alapuló kapcsolati minták minősége határozza meg a kapcsolatok fenntartásának igényét, ugyanakkor az azoktól való eltávolodás motivációját, a „leválás stratégiáit” (strategies of disconnection) is megalapozhatják a



negatív kötődési élmények (Jordan, 2010). Az NSSI-t is tekinthetjük egy ilyen leválási stratégiának (Trepal, 2010). A modell szerint az önsértés – az intenzív másokhoz való kapcsolódás igénye ellenére – eltávolítja az egyént másoktól. Egy másik fontos aspektus, hogy a társadalmak bizonyos csoportokat vagy a személy identitásának bizonyos aspektusait marginalizálhatják és stigmatizálhatják, ami izolációhoz vezet. Példaként, ha egy kamaszt a túlsúlya miatt bántalmaznak a kortársai, s ezt az iskolai és otthoni környezet a serdülő hibájaként címkézi, a fiatal azt tanulja meg, hogy a közeli kapcsolatokban, de a tágabb társadalmi közegben sem létezik érzelmi biztonság, így legbensőbb önvalója (autentikus szelfje) sem vállalható. Az önsértés a kapcsolati-kulturális elmélet alapján egy olyan eszköz, amely „segít” az érzelmektől, a testtől, a másoktól és a társadalomtól való elhatárolódásban. A modell javaslata szerint az NSSI prevenciójában és az elhagyását célzó terápiában középponti szerepet kell kapnia a szűkebb és tágabb környezet azon hatásai leépítésének, amelyek elválasztják a személyt saját magától és másoktól (Trepal, 2010).

6.2. Rendszerszemléleti keret

A fentebb bemutatott elméletek jó része – az interperszonális modellek és a fejlődési pszichopatológia területének kivételével – elhanyagolja a tágabb környezet NSSI-re gyakorolt hatásait. Ugyanakkor ez a holisztikus, tágabb perspektíva segíthet az NSSI jobb megértésében. Amennyiben komplex módon, mindegyik bronfenbrenneri rendszerszintet (Bronfenbrenner, 1979) – így az egyéni mellett a mikro-, a mezo-, az exo-, a makro- és a kronorendszert is – figyelembe vesszük, akkor az önsértést meghatározó tényezők jelentős hányadát lefedhetjük. Ez leginkább az egyéni esetek megértésében segít: ha az önsértést végző személyt a közeli és tágabb kapcsolatrendszerével és azzal a kulturális-társadalmi-politikai érték- és hitrendszerrel, valamint szűkebb és tágabb idői perspektívájával együtt értelmezzük, amelyben létezik, sokkal pontosabb és összetettebb képet kapunk az önsértő viselkedésről (Wester és Trepal, 2018). Tehát nemcsak azt lényeges körbejárni az NSSI viselkedés feltárásakor, hogy ahhoz az önsértést végző milyen attitűdökkel viszonyul, de például azt is, hogy azt a szűkebb család hogyan kommunikálja a tágabb családi körök felé vagy azt is, hogy a környezetben (pl. iskola, szociális média) hogyan viszonyulnak az önsértéshez, vagy milyen gyakori annak az előfordulása, illetve zökkenőmentes-e pszichológiai segítséget kérni az érintetteknek.

DISZKUSSZIÓ

A nem öngyilkossági szándékkal történő szándékos önsértés összetett jelenség, magyarázó modelljei sem alkotnak egységet. A kutatók között vita van arról is, hogy melyik elmélet írja le a legjobban az NSSI-t. Lehetséges, hogy a legpontosabb leírás mellett az átfogó elméletalkotás szempontjának is előtérbe kellene kerülnie: a fentiekben bemutatott szempontokat – biológiai és genetikai, valamint pszichoszociális hatások – egy integratív modellnek egyaránt figyelembe kell vennie a jelenség magyarázatakor. Ennek a komplex modellnek a megalkotása ugyan még várat magára, de a területen folyó intenzív kutatások azt elérhető közelségbe hozhatják.

A komplex modell megalkotásához elengedhetetlen azonban az egyes modellek további tesztelése – különböző életkorú önsértő csoportokban, valamint klinikai és nem klinikai mintákon egyaránt. Elképzelhető az is, hogy más az adott modell érvényessége, amikor az önsértés mellett valamilyen pszichiátriai betegség is jelen van, s maga a pszichiátriai betegség természete is meghatározó lehet (vö. az NSSI és a BPD szoros összefüggését). Az összefoglaló alapján



meggyőződésünk, hogy az önsértés kipróbáló és ismétlődő (habituálódott) jellegét, valamint az utóbbival szoros összefüggésben az esetlegesen társuló szuicid rizikót a modellteszteléseknek és ezzel modellfinomításoknak nem szabad figyelmen kívül hagyniuk.

Kiemelt szempontként longitudinális vizsgálatok szükségességét is hangsúlyozzuk egy, az eddigiekből építkező, átfogó NSSI magyarázó modell megalkotása során.

Összefoglalásként, egy komplex NSSI magyarázó modell mindenképpen számításba kell vegye az alábbiakat és azok egymásra hatásait (Ernhout, Babington és Childs, 2015):

1. Disztális faktorok, úgymint: (a) egyéni hajlamosító tényezők: temperamentum (magas érzelmi reaktivitás, szorongásszint és negatív affektivitás) és személyiségvonások (impulzivitás, perfekcionista és kényszeres személyiségvonások), valamint (b) szociális hajlamosító tényezők: családi környezet (alacsony érzelmi támogatás és kötődés, magas kontroll és kritikusság), traumatapasztalatok (érzelmi, fizikai és szexuális bántalmazás, kortársbántalmazás), kulturális nyomás (az én tárgyiasítása, irreális testképelvárások, fokozott individualizmus).
2. Proximális tényezők, azaz specifikus rizikófaktorok: (a) rossz érzelemszabályozás (pl. alacsony distressztolerancia); (b) kognitív torzítások (önkritikusság, fokozott bűnösségérzés, alacsony önértékelés); (c) alacsony testi tudatosság és a saját test leértékelése (pl. saját testtel való elégedetlenség, alacsony interoceptív tudatosság); (d) disszociáció; (e) kortárshatások (barátok vagy kortársak NSSI mintája, kiközösítés); (f) pszichiátriai betegségek, mentális zavarok (kifejezetten hangulat- és szorongásos zavarok, poszttraumásstressz-zavar, szerhasználati zavarok, személyiségzavarok).
3. Stresszes életesemények.

A fenti szempontok a modellalkotás mellett hasznosak lehetnek a gyakorlatban is az olyan esetvezetések során, ahol NSSI merül fel.

Végül nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a fenti összetett rendszer testi-biológiai folyamatokba van beágyazva. Ezek közül néhányat már azonosítottak (ld. 1. fejezet), mindez azonban inkább arra mutatott rá, hogy sokkal több kutatás szükséges ahhoz, hogy a gén-idegrendszer-környezet interakciók jellemzőit és hatásait pontosabban leírassuk a nem szuicidális önsértésben, mindez pedig a minél hatékonyabb intervenciók kidolgozását segítse.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH az FK 138604 számmal elnyert pályázat keretében támogatta.

IRODALOM

- 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.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.



- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ammerman, B. A., Jacobucci, R., & McCloskey, M. S. (2018). Using exploratory data mining to identify important correlates of nonsuicidal self-injury frequency. *Psychology of Violence, 8*(4), 515–525.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research, 178*, 101–105.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Oricco, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 35*, 581–591.
- Asberg, M. (1986). Biochemical aspects of suicide. *Clinical Neuropharmacology, 9*, 374–376.
- 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*, 201–205.
- 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.
- Bennum, I. (1984). Psychological models of self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 14*, 166–186.
- 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.
- 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/fpsyt.2016.00008>.
- Boroto-Escuelu, D. O., Ambrogini, P., Chruscicka, B., Lindskog, M., Crespo-Ramirez, M., Hernández-Mondragón, J. C., ... 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*. New York: Basic Books.
- 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* (pp. 328–344). Hoboken, NJ: Wiley.
- Brereton, A., & McGlinchey, E. (2020). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of Suicide Research, 24*(1 Supplementum), 1–24.
- 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.
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 38*, 55–64.
- 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.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry, 68*, 609–620.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 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). <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.580922>.



- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psychotema*, 27, 223–228.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Cicchetti, D., & Valentino, K. (2006). An ecological-transactional perspective on child maltreatment: Failure of the average expectable environment and its influence on child development. In D. Cicchetti, & D. Cohen (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 129–201). Hoboken, NJ: Wiley.
- Cicchetti, D., & Walker, E. F. (Eds.), (2003). *Neurodevelopmental mechanisms in psychopathology*. New York: Cambridge University Press.
- 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.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Coccaro, E. F., & Kavoussi, R. J. (1991). Biological and pharmacological aspects of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1029–1033.
- 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.
- Coid, J., Allolio, B., & Rees, L. H. (1983). Raised plasma met-enkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *The Lancet*, 2, 545–546.
- Craddock, N., Owen, M. J., & O'Donovan, M. C. (2006). The catechol-O-methyl transferase (COMT) gene as a candidate for psychiatric phenotypes: Evidence and lessons. *Molecular Psychiatry*, 11, 446–458.
- 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.
- Davis, G. C. (1983). Endorphins and pain. *Psychiatric Clinics of North America*, 6(3), 473–487.
- De Young, M. (1982). Self-injurious behavior in incest victims: A research note. *Child Welfare*, 61, 577–584.
- Doctors, S. (1981). The symptom of delicate self-cutting in adolescent females: A developmental view. *Adolescent Psychiatry*, 9, 443–460.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. New York: Free Press.
- Ernhout, C., Babington, P., & Childs, M. (2015). What's the relationship? Non-suicidal self-injury and eating disorders. In *The information brief series, cornell research program on self-injury and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University.
- Farfel, Z., Bourne, H. R., & Iiri, T. (1999). The expanding spectrum of G protein diseases. *The New England Journal of Medicine*, 340, 1012–1020.



- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259–268.
- Favazza, A. R., & Conterio, K. (1988). The plight of chronic self-mutilators. *Community Mental Health*, 24, 22–30.
- Faye, P. (1995). Addictive characteristics of the behavior of self-mutilation. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 33, 36–39.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- 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., Target, M., & Gergely, Gy. (2001). A kötődés és a borderline személyiségzavar. *Thalassa*, 12, 21–50.
- 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.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. H., Deliberto, T. L., & Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2483–2490.
- 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.
- 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.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- 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.
- Groschwitz, R. C., Plener, P. L., Kaess, M., Schumacher, T., Stoehr, R., & Boege, I. (2015). The situation of former adolescent self-injurers as young adults: A follow-up study. *BMC Psychiatry*, 15(1). <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0555-1>.
- 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.
- Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent non-suicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39, 1–13.
- Howat, S., & Davidson, K. (2002). Parasuicidal behavior and interpersonal problem solving performance in older adults. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 375–386.
- International Society for the Study of Self-Injury (2018, May). *What is self-injury?* Letöltve: 2021. 06. 28-án: <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>.
- 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.
- Jordan, J. V. (2010). *Relational-cultural therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.



- 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.
- Kalsched, D. (1996). *The inner world of trauma: Archetypal defenses of the personal spirit*. New York: Routledge.
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., ... Bruffaerts, R. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, *239*, 171–179.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, *27*, 226–239.
- 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.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in the United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography, and functions. *Psychological Medicine*, *41*, 1981–1986.
- 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.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). Relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*, 231–237.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 1045–1056.
- Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J., Lewis, S. P., & Walsh, B. (2011). *Nonsuicidal self-injury*. Massachusetts: Hogrefe Publishing.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non-clinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1501–1508.
- Krueger, D. W. (1989). *Body self and psychological self: A developmental and clinical integration of disorders of the self*. New York: Brunner/Mazel.
- Kuritárné Szabó, I. (2008). *Borderline személyiségzavar*. Budapest: Medicina.
- Lane, R. C. (2002). Anorexia, masochism, self-mutilation, and autoerotism: The spider mother. *Psychoanalytic Review*, *89*, 101–123.
- Levy, K. N., Yeomas, F. E., & Diamond, D. (2007). Psychodynamic treatments of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 1105–1120.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- 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.
- 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.
- 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>.
- McManus, S., Gunnell, D., Cooper, C., Bebbington, P. E., Howard, L. M., Brugha, T., ... Appleby, L. (2019). Prevalence of non-suicidal self-harm and service contact in England, 2000–14: Repeated cross-sectional surveys of the general population. *Lancet Psychiatry*, *6*, 573–581.



- Merza, K., Papp, G., Molnár, J., & Kuritárné Szabó, I. (2017). Characteristics and development of non-suicidal self-harm among borderline inpatients. *Psychiatria Danubia*, *29*, 480–489.
- Meyer, J. H., McMains, S., Kennedy, S. H., Korman, L., Brown, G. M., & DaSilva, J. N. (2003). Dysfunctional attitudes and 5-HT₂ receptors during depression and self-harm. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 90–99.
- Nakar, O., Brunner, R., Schilling, O., Chanen, A., Fischer, G., & Parzer, P. (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.
- 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.
- 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 and Adolescent Psychiatry*, *41*, 1333–1341.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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*, 816–827.
- 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.
- Novick, K. K., & Novick, J. (1987). The essence of masochism. *Psychoanalytic Study of the Child*, *42*, 353–384.
- Nürnberg, J., Opazo Saez, A., Mitchell, A., Bührmann, S., Wenzel, R. R., Siffert, W., ... 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.
- Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Braehler, E., Fegert, J. M., & Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of nonsuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 353.
- Pompili, M., Goracci, A., Giordano, G., Erbutto, D., Girardi, P., Klonsky, E. D., & Baldessarini, R. J. (2015). Relationship of non-suicidal self-injury and suicide attempt: A psychopathological perspective. *Journal of Psychopathology*, *21*, 348–353.
- 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.
- Prinstein, M. J., & Dodge, K. A. (2008). *Understanding peer influence in children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- 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.



- 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.
- Reinhardt, M., Drubina, B., Horváth, Zs., & Kökönyei, Gy. (2020). A nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés komplex felmérése – a Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív (SIQ-TR) magyar adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 21(2), 121–175.
- Reinhardt, M., Horváth, Zs., Drubina, B., Kökönyei, Gy., & Rice, K. G. (2021). Latent class Analysis of nonsuicidal self-injury among justice-involved juveniles: Association with motivational and emotional aspects of self-harm behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 48(7), 902–922.
- Richardson, J. S., & Zaleski, W. A. (1986). Endogenous opiates and self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 140, 867–872.
- Rossouw, T., & 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, 1304–1313.
- 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.
- 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.
- Selby, E. A., Kranzler, A., Lindqvist, J., Fehling, K. B., Brillante, J., Yuan, F., ... Miller, A. L. (2019). The dynamics of pain during nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychological Science*, 7(2), 302–320.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- 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>.
- 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.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197(1–2), 78–84.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531–554.



- 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.
- 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.
- 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.
- Trepal, H. C. (2010). Exploring self-injury through a relational-cultural lens. *Journal of Counseling & Development*, 88(4), 494–499.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Vasquez, D. M. (1998). Stress and the developing limbic-hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *Psychoneuroendocrinology*, 23, 663–700.
- 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.
- 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>.
- Walsh, B. W., & Rosen, R. (1985). Self-mutilation and contagion: An empirical test. *American Journal of Psychiatry*, 142, 119–120.
- Washburn, J. J., Potthoff, L. M., Juzwin, K. R., & Styer, D. (2015). Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychological Assessment*, 27(1), 31–41.
- Wester, K., & Trepal, H. (2018). *Non-suicidal self-injury. Wellness perspectives on behaviors, symptoms, and diagnosis*. New York: Routledge.
- Wester, K., Trepal, H., & King, K. (2018). Nonsuicidal self-injury: Increased prevalence in engagement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48, 690–698.
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., & Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: The internet and adolescent self-injury. *Developmental Psychology*, 42, 407–417.
- 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.
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational process and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35–74.



- Yates, T. M. (2007). The developmental consequences of child emotional abuse: A neurodevelopmental perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 19–34.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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, 9–15.
- 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).
- 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.

Explanatory models of nonsuicidal self-injury

Melinda Reinhardt

Nonsuicidal self-injury (NSSI) is an umbrella term which comprises several kinds of behaviors (e.g., cutting, hitting, biting, scratching, burning). Over the last decade, lifetime prevalence of NSSI acts has showed a dynamic increase among young people. Furthermore, NSSI could associated not only with mental disorders, but might appear in nonclinical samples. This urges the detailed and complex exploration of the etiology, functions, processes and removal of NSSI. Multidimensional nature of the etiology of NSSI makes difficult to develop a comprehensive model. The existing explanatory models are diverse, integrative approach much less likely could be discovered. Our study gives an overview of the spectrum of the models of NSSI. We summarize the biological, the psychological, the interpersonal, and the psychodynamic models, as well as the developmental pathways of NSSI. Finally, the cultural and the system perspectives are also incorporated into the explanations of NSSI. Empirical results provide evidence of the presented models.

KEYWORDS

nonsuicidal self-injury, explanatory models, bio-psycho-social aspects

Open Access. A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)

