

A NEM-SZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS ÉS AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS KAPCSOLATA: FÜGGETLEN VAGY ÖSSZEFÜGGŐ JELENSÉGEK?

DRUBINA BOGLÁRKA^{1,2,3*} – DR. KÖKÖNYEI GYÖNGYI^{2,4,5} –
DR. REINHARDT MELINDA^{2,6}

¹ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Doktori Iskola,
Budapest, Magyarország

²ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

³Területi Gyermekvédelmi Központ és Fővárosi Gyermekvédelmi Szakszolgálat,
Szakértői Bizottság, Budapest, Magyarország

⁴Semmelweis Egyetem, Gyógyszerésztudományi Kar, Gyógyszerhatástani Intézet,
Budapest, Magyarország

⁵SE-NAP 2 Genetikai Agyi Képző Működési Migrén Kutatócsoport, Magyar Tudományos Akadémia,
Semmelweis Egyetem, Budapest, Magyarország

⁶Zuglói Egészségügyi Szolgálat, Gyermek- és Serdülõpszichiátria, Budapest, Magyarország

E-mail: drubina.boglarka@ppk.elte.hu

Benyújtva: 2021. január 28. – Elfogadva: 2021. május 3.

Az öngyilkos magatartás (öngyilkossági gondolatok, megkísérelt és befejezett öngyilkosság) kutatása jóval régebbre nyúlik vissza, mint a nem-szuicidális önsértése (non-suicidal self-injury; NSSI: a test szándékos megsértése öngyilkossági szándék nélkül). Számos tanulmány született a két jelenség kapcsolatának vagy éppen különbségeinek vizsgálatáról, ugyanakkor a témában fellelhető irodalom nem képvisel egységes álláspontot.

Tanulmányunk célja, hogy összefoglaljuk és bemutassuk a kurrens szakirodalomban megtalálható feltételezéseket, elméleti modelleket az NSSI és az öngyilkos magatartás lehetséges kapcsolatairól. További célunk, hogy a szakemberek összefüggéseiben tudják értelmezni a két jelenség viszonyát.

Habár az NSSI és az öngyilkos magatartás bizonyos szempontok mentén elkülöníthető (például a DSM-5 által javasolt Nem-Szuicidális Önsértés Zavar és Öngyilkos Magatartás Zavar diagnózisok mentén), ugyanakkor a kurrens kutatások a két jelenség összefüggéseire hívják inkább fel a figyelmet, egymástól elválaszthatatlan jelenségeknek tekintve őket (pl. az NSSI mint az öngyilkos magatartás prediktora).

Az eddig született kevés átfogó modell leginkább a két jelenség lehetséges összefüggéseit magyarázza, többségük az NSSI-re egy, az öngyilkosságra hajlamosító tényezőként, annak rizikófaktoraként tekint. Ezenkívül napjaink szakirodalmában a spektrumszemlélet terjedt el, amely a két jelenséget (NSSI és öngyilkos magatartás) egy spektrum két végpontjaként képezi el.

Kulcsszavak: önsértés, nem-szuicidális önsértés, öngyilkos magatartás

* Levelező szerző, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3930-4293>

BEVEZETÉS

Öngyilkosság következtében a világon évente mintegy 800 ezer ember veszti életét (Rihmer és mtsai, 2017; WHO, 2018). Rizikófaktorairól, valamint komorbid állapotairól számtalan tudományos vizsgálat született már (pl. Hawton, Casañas i Comabella, Haw és Saunders, 2013; Nock és mtsai, 2013). A nem-szuicidális önsértés (non-suicidal self-injury, NSSI) kutatása az elmúlt 10-15 év során került a kutatók érdeklődésének középpontjába (Nock, 2010), ezért egyelőre valamivel kevésbé árnyalt az erről való tudásunk.

A két jelenség – öngyilkos magatartás és öngyilkossági szándék nélkül elkövetett önsértés – egymáshoz való viszonyáról egyes szerzők azt gondolják, hogy habár összefüggések mutatkoznak, alapvetően két különböző viselkedésről beszélhetünk (pl. Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens és Onghena, 2011; Muehlenkamp, 2005). Ezt alátámasztva a szakirodalom gyakran különíti el a szándék és a halálozás mentén az öngyilkosságot az NSSI-től (pl. Andover, Morris, Wren és Bruzzese, 2012; Baetens és mtsai, 2011). A DSM-5 angol nyelvű változatának függelékébe mind a két jelenség bekerült önálló zavaraként, és a diagnosztikus kritériumok alapján kölcsönösen kizárják egymást (American Psychiatric Association, 2013), szintén megerősítve a két állapot elkülönülését.

Ugyanakkor az is bizonyított, hogy a különbségek ellenére az öngyilkos magatartás és az NSSI gyakran együttesen vannak jelen mind közösségi, mind pszichiátriai mintákban (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson és Prinstein, 2006). Ebből kifolyólag a szakirodalom egy jelentős része az NSSI-t az öngyilkosság rizikófaktoraként kezeli, hiszen az NSSI nagy valószínűséggel jósolja be az öngyilkossági gondolatokat, valamint egy esetleges öngyilkossági kísérletet (pl. Whitlock és mtsai, 2013; Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka és Goodyer, 2011). Egy újabb szemlélet szerint pedig a két jelenség kapcsolata leginkább egy kontinuum két végpontjaként értelmezhető (Brausch és Gutierrez, 2010; Wilkinson és mtsai, 2011).

Az összes önsértő és öngyilkos magatartási forma jelentős népegészségügyi probléma az egész világon (Jacobson, Muehlenkamp, Miller és Turner, 2008; Nock, 2010), ezért az öngyilkosság és az NSSI viszonyának átfogó megértése mind a kutatók, mind pedig a gyakorlatban dolgozó szakemberek számára (pszichiáterek, pszichológusok, szociális munkások stb.) elengedhetetlen.

Egy nemrégiben megjelent magyar szisztematikus irodalom-összefoglaló tanulmány foglalkozik az NSSI és az öngyilkos magatartás összefüggéseinek feltárásával (Horváth, Győri, Komáromy, Mészáros, Szentiványi és Balázs, 2020). Tanulmányukban empirikus adatokat elemezve leginkább az NSSI és az öngyilkos magatartás mögött meghúzódó közös vagy éppen eltérő komorbid zavarokra, pszichoszociális faktorokra és az önsértés bizonyos mintázataira fektették a hangsúlyt. Eredményeik megerősítik, hogy az önsértők magas százaléka (50–70%) számol be öngyilkossági szándékról vagy kísérletről.

Tanulmányunkban részben hasonló témát tárgyalunk, mint Horváth és munkatársai (2020), ugyanakkor ebben az áttekintésben mi az NSSI és az öngyilkos magatartás összefüggésének elméleti hátterére koncentrálunk, többek között az eddig született elméleti modellek bemutatása révén. Különböző szempontok mentén vizsgáljuk meg

az öngyilkosság és az NSSI kapcsolatát (pl. DSM-ben elfoglalt helyük, gyakorisági és attribúciós szempontok, elméleti modellek), illetve különböző szerzők vizsgálatai alapján bemutatjuk, hogy milyen eredmények szólnak a két jelenség szoros összefüggése mellett vagy éppen az ellen.

AZ NSSI ÉS AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS DEFINIÁLÁSA ÉS JELLEMZŐIK

Az önsértés fogalma

A nemzetközi szakirodalomban a fogalomhasználat sokszínűsége jellemzi az önsértéssel kapcsolatos kutatásokat (az önsértés fogalmi fejlődéséről magyar nyelvű összefoglalót ad Horváth, Mészáros és Balázs, 2015). Ugyan cikkünkben kifejezetten az NSSI-re fókuszálunk, de érdemes tisztázni a fogalmi különbségeket, mivel egyes kutatásokban továbbra sem egyértelmű a fogalomhasználat. Három elnevezés emelkedik ki, amelyeket a szakirodalom leggyakrabban használ: SIB (self-injurious behaviour), DSH (deliberate self-harm) és NSSI (International Society for the Study of Self-Injury, 2018). A SIB fogalom megalkotója, Favazza (Favazza és Rosenthal, 1993; Simeon és Favazza, 2001) olyan szándékos önsértő cselekedetek vizsgálatára alkotta meg a SIB kifejezését, amelyek háttérben nem áll öngyilkossági szándék, viszont az NSSI-hez képest többféle viselkedést magába foglal. Ezzel párhuzamosan bizonyos szerzők a SIB kifejezést ernyőfogalomként használják, amelybe belesorolják a nem-szucidális önsértést, az öngyilkos magatartást és a befejezett öngyilkosságot is (pl. Hamza, Stewart és Willoughby, 2012), azaz ebben az esetben az ernyőfogalom mindenféle önagresszióra vonatkozik. A DSH elnevezést pedig Pattinson és Kahan (1983) javasolták, akik a fogalom megalkotásakor halálos kimenetelű eseteket is vizsgáltak (Pattison és Kahan, 1983).

A nem-szucidális önsértés (non-suicidal self-injury, NSSI) egy képzeletbeli idővonalon a legkésőbb megszületett fogalom. A kifejezés alatt az egyén saját testének szándékos és közvetlen megsértését értjük, öngyilkossági szándék nélkül (pl. vágás, égetés, ütés, karmolás) (International Society for the Study of Self-Injury, 2018). Fontos kritérium továbbá, hogy az önsértés módja eltér az adott kultúrában elfogadott viselkedési formáktól (International Society for the Study of Self-Injury, 2018). Magyar nyelven az önsértés szó terjedt el leginkább a szakmai közegben, de ez a fogalom nem ad kellőképpen árnyalt képet, mivel sem azt nem fejezi ki, hogy a cselekedet direkt vagy indirekt, sem pedig azt, hogy öngyilkossági szándék felmerül-e, vagy sem.

A nem-szucidális önsértés jellemzői

Az NSSI prevalenciája széles sávban mozog a mérés módszerétől és a mért önsértési típusoktól függően (Rodham és Hawton, 2009), ugyanakkor a szakirodalom nagyrészt egyetért az NSSI kamaszkori (12–14 év) kezdetében (Nock és Prinstein, 2005), valamint abban, hogy serdülőkorban az NSSI gyakorisága magasán felülmúlja a felnőttkori gyakoriságot (Nock, 2010). A kutatások a közösségi serdülő populációban az előfordulást 13–35%-ra (pl. Nock, 2010; Plener, Libal, Keller, Fegert és Muehlenkamp, 2009), a klinikai populációban 40–80%-ra teszik (Nock és Prinstein, 2005). Felnőttek

esetében ez az arány jóval alacsonyabb mind közösségi (3–6%), mind pedig klinikai populáció (4–20%) esetében (pl. Klonsky, 2011; Klonsky és Muehlenkamp, 2007; Plener és mtsai, 2016). Viszonylag kevés adat áll rendelkezésre az NSSI-ben érintett magyar serdülők arányáról. A Pannónia felmérés szerint a pszichiátriai kezelés alatt álló kamaszok (14–18 év) 25,6%-a mutatott SIB magatartást (Csorba és mtsai, 2010). Horváth és kollégái (2020) eredményei szerint az NSSI aránya 53% klinikai serdülő mintán. Közösségi serdülő minták esetében az előfordulási arány 6,8 és 23,6% között mozog (Brunner és mtsai, 2014; Horváth és mtsai, 2020; Madge és mtsai, 2008). A nagy prevalenciabeli különbségek egyrészt a fogalmi sokszínűsége (SIB, DSH és NSSI fogalmakkal is dolgoztak a kutatások), másrészt a reprezentativitás gyakori hiányára vezethetők vissza.

Az NSSI legelterjedtebb fajtái a vágás, karmolás, sebek begyógyulásának megakadályozása, ütés; az érintettek legtöbbször a karokat, lábakat és a hasat sértik meg (Klonsky és Muehlenkamp, 2007; Nock és Prinstein, 2005; Whitlock, Muehlenkamp és Eckenrode, 2008).

Az NSSI több pszichiátriai zavar esetében is komorbid állapotként jelenik meg. A szakirodalom leggyakrabban a borderline személyiségzavarral (borderline personality disorder; BPD), a depresszióval és az illegális szerhasználattal hozza összefüggésbe (Brunner és mtsai, 2014; Chartrand, Kim, Sareen, Mahmoudi és Bolton, 2016; Turner és mtsai, 2015).

Az NSSI fontos gyakorlati jelentőséggel bír, mivel mind klinikai, mind közösségi populációban is igen nagy arányban jelentkezik a fiatalok körében, és ez a viselkedés mind az önsértőnek, mind pedig családjának és barátainak nagy distresszt okoz (Nock, 2010).

Öngyilkosság

Az öngyilkosság az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) definíciója szerint egy olyan cselekedet, amely során egy személy a saját akaratából véget vet az életének úgy, hogy teljesen tudatában van tettének végzetes és megfordíthatatlan kimenetével (WHO, 2018). Az öngyilkossági krízis, azaz az ezzel járó közvetlen veszélyeztető állapot a klinikumban a sürgősségi állapotok között szerepel (Balázs, 2015), hiszen közel 800 ezer ember hal meg évente öngyilkosság következtében a világon, ami gyakorlatilag azt jelenti, hogy minden 40. másodpercben egy ember öngyilkosságot követ el (Rihmer és mtsai, 2017; WHO, 2016). Ennél is többen vannak azok, akik öngyilkossági kísérletet hajtanak végre, a WHO becslése szerint felnőttek körében minden befejezett öngyilkosságra több mint 20 megkísérelt öngyilkosság jut a világban (WHO, 2016). A 15–29, vagy más becslések szerint 10–34 éves korosztályban az öngyilkosság a második vezető halálok a világon (WHO, 2018; American Psychiatric Association, 2018).

Magyarország öngyilkossági rátája igen magas, mind a világ egyéb országaival, mind pedig az Európai Unió országaival összehasonlítva. A világ országai közül Magyarország a 12. helyen (WHO, 2019), Európában pedig a 4. helyen (Eurostat, 2021) áll a befejezett öngyilkosságok számában, ugyanakkor az elmúlt pár évtizedben Európa-

és világszinten is jelentős csökkenés tapasztalható az országok öngyilkossági rátájában (Rihmer és mtsai, 2017; WHO, 2019). Magyarországon a '80-as évektől kezdve 2015-ig bezárólag mintegy 60%-os csökkenés tapasztalható a rátában (Rihmer és mtsai, 2017).

Az öngyilkosság egy multikauzális jelenség (Balázs, 2015; Rihmer és Gonda, 2012), azaz számos okra visszavezethető, és kialakulásában számos tényező szerepet játszhat. Az NSSI egy lehet ebben a multifaktoriális elrendezésben.

Öngyilkos magatartás

Az öngyilkos magatartás egy ernyőfogalom, amely a halál vágát, az öngyilkossági gondolatokat, az öngyilkosság megtervezését, valamint a megkísérelt és a befejezett öngyilkosságot jelenti (pl. Balázs és Kopornai, 2012; Nock, 2010; Rihmer és mtsai, 2017). Az öngyilkossági kísérlet nem halálos kimenetelű, de potenciálisan sérülést okozó viselkedés (akár hagy sebet a cselekedet, akár nem), amely során a személy szándéka a viselkedés következtében a saját élet kioltása. Az öngyilkossági gondolatok széles skálán mozgó gondolatok, amelyek tárgya az öngyilkosság. A gondolatok súlyossága a saját halál iránti vágy gondolatától egészen egy aktív és specifikus öngyilkossági terv elkészítéséig terjedhet. Az előbb említett fogalmak erős összefüggéséről számol be a szakirodalom. Az öngyilkossági gondolatokkal küzdő kamaszok körülbelül harmada jut el az öngyilkosság konkrét megtervezéséig (Nock és mtsai, 2013). Továbbá az öngyilkossági tervvel rendelkező fiatalok körülbelül 60%-a kísérel meg öngyilkosságot (Nock és mtsai, 2013).

Tanulmányunkban az öngyilkos magatartás fogalmát használjuk, amikor a fentebb említett fogalmakra együttesen célzunk.

AZ NSSI ÉS AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS MINT KÜLÖNBÖZŐ VISELKEDÉSFORMÁK

Az NSSI és az öngyilkosság helye a DSM-5-ben

A DSM-5 függelékében (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM; magyarul: Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve; American Psychiatric Association, 2013) szerepel egy úgynevezett nem-szucidális önsértés zavar (Non-Suicidal Self-Injury Disorder, NSSID), valamint egy úgynevezett öngyilkos magatartás zavar kategória is¹ (Suicidal Behaviour Disorder, SBD) (American Psychiatric Association, 2013). Az NSSID és az SBD kölcsönösen kizárják egymást (American Psychiatric Association, 2013). Az NSSID egyik kritériuma, hogy az önsértéssel okozott sérülés maximum közepes súlyosságú lehet, ezzel igyekszik kizárni az öngyilkossági szándékot. Valamint a kórkép leírása végén szintén felhívja a szakemberek figyelmét az öngyilkos magatartástól való elkülönítésére. Hasonlóan ehhez, az SBD egyik kritériuma az, hogy az NSSID kritériumai nem teljesülnek. A két kórkép közötti különbség

¹ A magyar nyelvű DSM-5-ben nem szerepel a zavar részletes kritériumrendszerének leírása.

a gyakoriság is. Az NSSID felállításához az elmúlt egy év során minimum 5 epizódnak kell megjelennie, míg az SBD esetében egy öngyilkossági kísérlet szükséges a diagnózishoz az elmúlt két év során (American Psychiatric Association, 2013). Láthatjuk, hogy a DSM-5 markánsan elválasztja az NSSI-t az öngyilkos magatartástól, annak ellenére, hogy például a borderline személyiségzavar esetében a két jelenség (önsértő és szuicid viselkedés) egyszerre jelentkezhet (American Psychiatric Association, 2013). Az NSSID és az SBD diagnosztikus különbségeit az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat. A nem-szuicidális önsértés zavar és öngyilkos magatartás zavar összehasonlítása a DSM-5 kritériumai alapján

	<u>NSSID</u>	<u>SBD</u>
gyakorisági kritérium	az elmúlt év során 5 NSSI epizód	az elmúlt 2 év során 1 öngyilkossági kísérlet
kizáró kritérium	az SBD kritériumai teljesülnek maximum közepesen súlyos sérülés okozása (SBD kizárása)	az NSSID kritériumai teljesülnek a diagnózis nem alkalmazható az öngyilkosságra való felkészülő magatartásra

Megjegyzés: NSSID = nem-szuicidális önsértés zavar; SBD = öngyilkos magatartás zavar; DSM-5 = Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve.

Gyakorisági és attribúciós szempontok az NSSI és az öngyilkosság elkülönítésére

A szándék és a cselekvés funkciója

Egyes szerzők szerint az öngyilkosság szándékának jelenléte vagy hiánya mentén elkülöníthető az NSSI az öngyilkos magatartástól (Andover és mtsai, 2012; Baetens és mtsai, 2011; Muehlenkamp, 2005; Wichstrøm, 2009), hiszen megkísérelt és befejezett öngyilkosság esetén a személy motivációja feltehetően az életének végleges befejezése volt. Shneidman (1985) az elviselhetetlen pszichológiai fájdalom végleges megszüntetésének vágyaként definiálja az öngyilkosság szándékát. Az NSSI esetében a definícióból adódóan az élet végleges megszüntetésének motivációja nem jelenik meg (ld. Az önsértés fogalma c. alfejezet). Sokkal inkább a distressz csökkentése áll a háttérben, az ezzel való megküzdés annak érdekében, hogy az élet tovább folytatódhasson (Walsh, 2012). Más szerzők megkérdőjelezzik, hogy szét lehet-e ilyen egyértelműen választani önbeszámoló alapján az öngyilkossági és a nem öngyilkossági szándékot (Orlando és mtsai, 2015). A szándék mentén való kettéválasztás nem tükrözi a két jelenség mögött meghúzódó pszichés folyamatok komplexitását, hiszen legtöbbször a legnagyobb kihívást az jelenti a szakemberek számára, hogy a mögöttes dinamikát és motivációkat feltérképezzék (Wagner, Wong és Jobes, 2002). Ugyan a gyakorlati klinikai munkában előfordulhat, hogy a páciens artikulálja az önsértő magatartás mögötti szándékát, vagy egyértelmű utalást tesz erre (pl. „Nem akarok meghalni, csak a feszültségemet szeretném levezetni.”; „Már nincs értelme az életemnek, ezért akartam túladagolni a gyógyszert.”; Walsh, 2012, 7), azonban sokkal gyakoribb, amikor a páciens zavar-

tan nyilatkozik a saját önsértési epizódjáról, és nem fogalmaz meg egyértelmű okot. Az önsértés mögött álló szándékról továbbá sokszor azért nem tudnak beszámolni a páciensek, mert az disszociatív állapotban történt (Calati, Bensassi és Courtet, 2017; Walsh, 2012), vagy mert az önsértés közben bizonytalanságot, érdektelenséget éltek át (pl. nem érdekelte őket, hogy véget vetnek-e az életüknek, vagy sem) (Hawton, Cole, O'Grady és Osborn, 1982; Kapur, Cooper, O'Connor és Hawton, 2013). További fontos szempont, hogy gyakran az önsértési epizód közben is változik a szándék. Ezt támasztja alá, hogy habár az adott személy NSSI epizódként nyilatkozik az önsértésről, gyakran beszámolnak öngyilkossági gondolatokról is önsértés közben (Klonsky, 2011).

A cselekvések mögött álló szándék magában hordozza a cselekvés funkcióját is, azaz, hogy milyen célt szolgál az adott személy számára. Bizonyos szerzők a funkció mentén is látnak különbséget az NSSI és az öngyilkos magatartás között (Wichstrøm, 2009). Az NSSI mint megküzdési stratégia egy széleskörűen elfogadott magyarázat. Ebben a magyarázatban az NSSI a negatív érzelmek szabályozását és az ezekkel való megküzdést segíti elő annak érdekében, hogy az adott személy tovább folytathassa kisebb mértékű stresszel és pszichés fájdalommal az életét (pl. Nock és Prinstein, 2005). Ezzel szemben az öngyilkosság funkciója az életnek való véget vetés (Muehlenkamp és Gutierrez, 2007). Továbbá az NSSI-t követően gyakran számolnak be megkönnyebbülésről és megnyugvásról, míg ez a fajta érzelmi fellélegzés nincs jelen megkísérelt öngyilkosság után (Muehlenkamp, 2005). Érdekes azonban megjegyezni, hogy a két jelenség funkciója között van átfedés is, például általánosságban a negatív érzelmi állapotokból való menekülés (Nock és Prinstein, 2005).

Prevalencia és gyakoriság

Az NSSI egy személy életében akár több száz alkalommal (epizód) előfordulhat, míg az öngyilkossági kísérletek száma ehhez képest jóval alacsonyabb, tipikusan egy vagy egy pár alkalomról beszélhetünk (Nock és Kessler, 2006). Ezenkívül sokkal több személy érintett NSSI-ben, mint öngyilkos magatartásban, egyes becslések szerint 4-5-ször, más becslések szerint akár 40-szer magasabb az NSSI-ben érintettek száma (pl. Muehlenkamp, 2005; Plener és mtsai, 2009; Walsh, 2012). A becslések közti nagy különbség hátterében az eltérő vizsgálati minták, valamint a vizsgálatba vont konstruktumok különbségei (pl. csak befejezett öngyilkosság vagy öngyilkossági gondolatok is) állhatnak.

Az önsértés módszerei és a módszerekhez köthető fizikai sérülés mértéke

Az NSSI több módszeren keresztül megjelenhet egy személy életében, míg az öngyilkossági kísérletnek általában egy módját alkalmazza egy adott személy (Muehlenkamp, 2005). Másrészt az NSSI során alkalmazott tipikus módszerek (pl. vágás, égetés, harapás) halálos kimenetele alacsonyabb valószínűségű, mint az öngyilkossági kísérletek során alkalmazott leggyakoribb módszereké (pl. túladagolás, önakasztás, magas épületekről való leugrás) (Andover és Gibb, 2010; Csorba, Dinya, Plener, Nagy és Páli, 2009; Favazza és Rosenthal, 1993; Walsh, 2012). Ugyanakkor érdemes megjegyezni, hogy sok esetben az önsértésben érintett fiatalok a kezdeti enyhébb típusú módszerek után súlyosabb módszerre váltanak (Lilley és mtsai, 2008).

Olyan vizsgálatok is születtek, amelyek a különböző NSSI-módszerek öngyilkossággal való összefüggését vizsgálták (Grandclerc, Labrouhe, Spodenkiewicz, Lachal és Moro, 2016). Ezek a kutatások pedig arra jutottak, hogy a súlyos falcolás (Nock és mtsai, 2006) és a több önsértési módszer együttes alkalmazása (Andover és mtsai, 2012) magasabb szuicid rizikóval jár együtt.

AZ NSSI ÉS AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI

Jellemzően a 2010-es évek előtti kutatások inkább arra fókuszáltak, hogy elkülönítsék az NSSI magatartást az öngyilkossági kísérlettől, ám napjaink kutatásai arra hívják fel a figyelmet, hogy az NSSI hosszú távú hatásai az öngyilkos magatartásra erősebbek, mint gondoltuk volna (Ribeiro és mtsai, 2016). A továbbiakban ezért olyan szempontok mentén vizsgáljuk meg a két jelenséget, amelyek az NSSI-t és az öngyilkos magatartást kevésbé tekintik egymástól elválaszthatónak, sokkal inkább a két viselkedés összefüggéseire helyezik a hangsúlyt.

Az NSSI és az öngyilkos magatartás együtt járása

Az NSSI és az öngyilkos magatartás igen gyakran együtt jár mind a klinikai, mind pedig a közösségi mintában (pl. Horváth és mtsai, 2020; Horváth, Mészáros és Balázs, 2015; Muehlenkamp és Gutierrez, 2007; Nock és mtsai, 2006; Tang és mtsai, 2011; Wilkinson és mtsai, 2011). Klinikai serdülő mintán a páciensek 14–57%-a számol be NSSI epizódokról és öngyilkossági gondolatokról is (pl. Asarnow és mtsai, 2011; Cloutier, Martin, Kennedy, Nixon és Muehlenkamp, 2010; Esposito-Smythers és mtsai, 2010; Guertin, Lloyd-Richardson, Spirito, Donaldson és Boergers, 2001). Egy kifejezetten NSSI-ben érintett kamaszokat vizsgáló klinikai kutatás során kiderült, hogy az NSSI-ben érintett kamaszok 55%-ának többszöri öngyilkossági kísérlete is volt élete során (Nock és mtsai, 2006). Az NSSID kritériumait kimerítő fiatalok 20%-a számolt be arról, hogy az elmúlt egy év során minimum egy önsértést öngyilkossági szándékkal követett el (Zetterqvist, Lundh, Dahlström és Svedin, 2013). Egy egyetemi hallgatók körében készült kutatás kimutatta, hogy az NSSI növelte a későbbi öngyilkossági gondolatok (OR = 2,8), az öngyilkossági terv (OR = 3,0) és az öngyilkossági kísérlet (OR = 5,5) valószínűségét bizonyos mentális zavarok kontrollálása mellett is (Kiekens és mtsai, 2018).

Továbbá általánosságban az is elmondható, hogy az NSSI-ben érintettek nagyobb eséllyel kísérelnek meg öngyilkosságot, mint az NSSI-ben nem érintettek, ez kimutatható felnőttek (pl. Andover és Gibb, 2010) és kamaszok (Brausch és Gutierrez, 2010) körében is. Még klinikai mintán is igaz az előbbi megállapítás (az NSSI-ben érintettek nagyobb eséllyel követnek el öngyilkosságot, mint az NSSI-ben nem érintettek), ahol az öngyilkossági kísérletek száma alapvetően magasabb a közösségi mintákhoz képest (pl. Andover és Gibb, 2010; Jacobson és mtsai, 2008).

A keresztmetszeti kutatások nagy része többváltozós regressziós elemzésekkel dolgozik, amelyek több lehetséges bejósoló faktor közül kívánják kiszűrni a szignifikánsakat. Ilyen keresztmetszeti vizsgálatok alapján elmondható, hogy az NSSI (gyakorisága

és életprevalenciája) erősebb összefüggést mutat az öngyilkossági kísérletekkel, mint a depressziós tünetekkel, a reménytelenséggel, a BPD-vel, az impulzivitással vagy a szorongással. Továbbá az NSSI erős összefüggést mutat az öngyilkossági kísérletekkel és az öngyilkossági gondolatokkal mind klinikai és közösségi kamasz, mind egyetemista és felnőtt mintában (Andover és Gibb, 2010; Klonsky, May és Glenn, 2013).

Szisztematikus irodalomelemzés során Hamza és munkatársai (2012) alátámasztották az eddig felsorolt eredményeket, továbbá megállapították, hogy ezek a hatások még az életkor, a nem, a szocioökonómiai státusz és az etnikum kontrollálása után is megmaradtak (Hamza és mtsai, 2012).

Habár keresztmetszeti kutatások diszkusszióiban és főleg keresztmetszeti kutatásokat tartalmazó szakirodalmi összefoglalókban olyan következtetéseket olvashatunk, amelyek szerint az NSSI a megkísérelt öngyilkosság rizikófaktorának tekinthető, ezt az összefüggést hosszmetzeti kutatásokkal lehet csak alátámasztani.

Az NSSI mint az öngyilkos magatartás rizikófaktor

Önsértő személyek utánkövetése során 6 év távlatában az elhunytak 49%-a öngyilkosságban hunyt el (Hawton és mtsai, 2012). Öngyilkossági gondolatokkal rendelkező, 16–21 év közötti fiatalok esetében a megkísérelt öngyilkosság legerősebb prediktora az 5 évvel ezelőtt mért NSSI volt (Mars és mtsai, 2019). A megkísérelt öngyilkosságon kívül az öngyilkossági gondolatoknak is szignifikáns prediktora az NSSI (Guan, Fox és Prinstein, 2012).

Andover és munkatársai (2012) szakirodalmi áttekintése szerint az NSSI mind keresztmetszeti, mind longitudinális elrendezésben, mind felnőttek, mind pedig kamaszok esetében az egyik legerősebb prediktora az öngyilkossági kísérletnek. Ugyanakkor egy-egy longitudinális kutatás vagy metaanalízis nem minden aspektusát tudta megerősíteni ezeknek az eredményeknek (Ribeiro és mtsai, 2016; Wichstrøm, 2009): ezen eredmények szerint az öngyilkossági gondolatok vagy az öngyilkossági kísérletek nem minden esetben állnak szoros összefüggésben az NSSI-vel.

Habár az NSSI és a megkísérelt öngyilkosság gyakran együtt jár, sőt az NSSI az eddigi eredmények többsége szerint akár longitudinálisan is szignifikáns bejósolója a megkísérelt öngyilkosságnak, a néhány ennek ellentmondó eredmény valószínűleg abból fakad, hogy a két jelenség kapcsolata sokkal komplexebb annál, mint hogy egymás rizikófaktoraként, vagy az NSSI-re az öngyilkos magatartás szignifikáns prediktoraként tekintünk (Andover és mtsai, 2012).

Az NSSI és az öngyilkos magatartás spektrum- (kontinuum-) szemlélete

Az NSSI és az öngyilkosság egy, az adott személy által elkövetett, saját magára irányuló erőszak különböző formáinak tekinthetők (Klonsky és mtsai, 2013). Bizonyos szerzők szerint ezért az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatát leginkább a spektrum-szemlélet fejezheti ki (pl. Grandclerc és mtsai, 2016), amely több típusú önsértő viselkedést foglal magában (Skegg, 2005). A spektrum egyik vége az enyhébb típusú

NSSI, legsúlyosabb vége pedig a befejezett öngyilkosság (pl. Brausch és Gutierrez, 2010; Orlando és mtsai, 2015; Whitlock és mtsai, 2013; Wilkinson, 2011). Ezt a szemlélet támasztják alá az előző fejezetben tárgyalt összefüggések, mint például az NSSI és az öngyilkos magatartás gyakori együtt járása, valamint az NSSI bejósoló szerepe az öngyilkos magatartásban (Asarnow és mtsai, 2011; Wilkinson, 2011).

A spektrumszemlélet fokozatossági jellemzője jól megmutatkozik abban, hogy azok az önsértők, akik beszámolnak, és akik nem számolnak be öngyilkossági szándék-ról, különböznek bizonyos intra- és interperszonális jegyekben (Horváth, Mészáros és Balázs, 2015). A kizárólag NSSI-ben érintett kamaszokra kevesebb öngyilkossági gondolat, valamint az élet értelmének magasabb szintje jellemző, mint azokra a serdülőkre, akik életében NSSI és megkísérelt öngyilkosság egyaránt szerepel (Horváth, Mészáros és Balázs, 2015; Muehlenkamp és Gutierrez, 2007). Továbbá mind a két csoportra (NSSI; NSSI és megkísérelt öngyilkosság) több öngyilkossági gondolat és az élet értelmének alacsonyabb szintje jellemző, mint a sem önsértésben, sem öngyilkos magatartásban nem érintett serdülőkre. Ezek alapján az önsértésspektrum egyes pontjai a kapcsolódó pszichológiai tényezők súlyosságának mértékében is eltérnek (Brausch és Gutierrez, 2010; Muehlenkamp és Gutierrez, 2007). A spektrum fokozódó súlyosbodását szemlélteti az az eredmény, amely három önsértő csoportot különített el a sérülések súlyossága és az önsértés gyakorisága alapján, egyre gyakoribb és súlyosabb NSSI profillal (Whitlock és mtsai, 2008). A súlyos NSSI csoportba tartozók szignifikánsan több öngyilkossági kísérletről számoltak be az enyhe és közepes NSSI csoportokhoz képest (Whitlock és mtsai, 2008). Ezen túl több kutatás támasztja alá, hogy az NSSI-ben és az öngyilkossági kísérletben is érintettek csoportjában több pszichiátriai tünet és pszichológiai nehézség jelenik meg a csak NSSI-ben vagy csak öngyilkossági kísérletben érintettekhez képest (pl. Brausch és Gutierrez, 2010; Jacobson és mtsai, 2008; Muehlenkamp és Gutierrez, 2007).

Az NSSI antiszuicid funkciója

Az NSSI antiszuicid funkciója rávilágít a két jelenség bonyolult kapcsolatára. Egyrészt az NSSI ezen funkciója alátámasztja a két állapot egyidejű fennállásának lehetőségét (pl. önsértés öngyilkossági gondolatokkal), gyakorlatilag azonban protektív faktorként tekint az NSSI-re az öngyilkossággal szemben (Grandclerc és mtsai, 2016). Ugyanakkor az önsértő motivációjának szempontjából egyértelműen elkülöníti a két jelenséget, hiszen ebben az esetben a önsértés célja az öngyilkossági késztetés megszüntetése (Klonsky és Glenn, 2009; Klonsky, 2007).

A '90-es éveket megelőzően az önsértés pszichoanalitikus magyarázata igen népszerű volt, amely az önsértést a halál, az élet és a szexuális ösztönök elfojtásának eredményeként értelmezte (Himber, 1994; Suyemoto, 1998). Ez gyakorlatilag a destruktív impulzusok önsértésbe való csatornázását jelenti a teljes pusztítás (öngyilkosság) megelőzése érdekében (Himber, 1994). A teória szerint az NSSI egyfajta „mikro öngyilkossággént” szolgálhat, mely a halálvágy feletti kontroll érzésével párosulhat (Firestone és Seiden, 1990). Himber (1994) például egy olyan pácienséről ír, aki miután hosszú ideig nem önsértett (falcolt), öngyilkossági gondolatok jelentek meg nála, amelyek-

tól az újfenti önsértése szabadította meg. Ez a pszichoanalitikus megközelítés átvezet egy napjainkban is elfogadott állásponthoz: az önsértés egy aktív megküzdési stratégia az öngyilkosság elkerülése érdekében (Suyemoto, 1998; Klonsky, 2007). Fontos megjegyezni ugyanakkor, hogy az NSSI pszichoanalitikus magyarázata (Himber, 1994; Suyemoto, 1998) egyedülálló abban, hogy az NSSI-t antiszucidálisnak tartja, egyéb magyarázatok (pl. kognitív) erre nem utalnak. Habár az NSSI antiszucid funkciója nem a leggyakoribb NSSI funkció (Klonsky, 2007), de kimutatták borderline személyiségzavarral küzdő nők körében (Shearer, 1994), klinikai kamasz- (Nixon, Cloutier és Aggarwal, 2002) és közösségi kamasz- (Laye-Gindhu és Schonert-Reichl, 2005) populációkban is.

Az NSSI és az öngyilkos magatartás összefüggéseit magyarázó modellek

Az előzőekben bemutatott az NSSI és az öngyilkos magatartás lehetséges összefüggéseit. A szakirodalomban egyelőre kevés kidolgozott és igazolt elméleti modell létezik a két jelenség összefüggésének *miértjéről* és részletes magyarázatáról. Az alábbiakban olyan modelleket mutatunk be, amelyek mind egy lehetséges keretet nyújtanak a két jelenség összefüggésének hátteréről.

A kapuelmélet (The Gateway Theory)

Az NSSI és az öngyilkos magatartás együtt járását és az NSSI rizikófaktor szerepét az öngyilkos viselkedésben a kapuelmélet (The Gateway Theory; GT) mind magába foglalja, és ezek alapján kiemeli, hogy az NSSI nagyon különleges és specifikus módon járul hozzá az öngyilkosság rizikójának növeléséhez (Hamza és mtsai, 2012). A kapuelmélet a spektrumszemlélettel egybevágó modell, mely az NSSI és az öngyilkos magatartás egy kontinuum mentén történő értelmezéséből az NSSI „előszoba” funkcióját emeli ki az öngyilkos magatartás kialakulásában (Grandclerc és mtsai, 2016). Mivel az esetek többségében az NSSI megjelenése időben megelőzi az öngyilkos magatartás megjelenését (Muehlenkamp és Gutierrez, 2007; Plener és mtsai, 2009), valószínű, hogy az NSSI gyakorlatilag egy átjáró funkciót tölt be a súlyosabb típusú önsértések felé (Grandclerc és mtsai, 2016; Whitlock és mtsai, 2013), így az öngyilkos magatartás egyik legerősebb rizikófaktoráról beszélhetünk az NSSI esetében (Grandclerc és mtsai, 2016).

Joiner öngyilkosságra való szerzett képesség elmélete

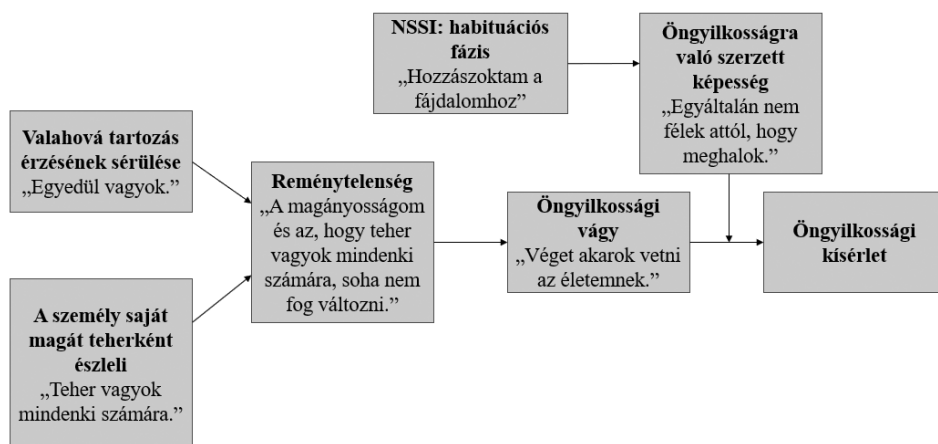
Joiner öngyilkosságra való szerzett képesség elmélete (Joiner's Theory of Acquired Capability for Suicide, 2005) az *öngyilkosság interperszonális-pszichológiai elmélete* néven is szerepel a szakirodalomban (Van Orden, Witte, Gordon, Bender és Joiner, 2008).

Az elmélet szerint az öngyilkosság vágyának létrejötté két, egyszerre jelen lévő proximális rizikófaktor mellett alakul ki: a valahova tartozás érzésének sérülése (thwarted belongingness), amely magába foglalja a magányt és a kölcsönös gondoskodás hiányát, valamint az egyén saját maga teherként való észlelése és ezzel kapcsolatos reménytelensége (perceived burdensomeness) nyomán (Joiner, 2005). Miután az öngyilkosság

vágya kialakult, egy harmadik összetevőre van szükség az öngyilkossági kísérlethez: ez az öngyilkosságra való ún. szerzett képesség. Joiner (2005) szerint az öngyilkosság minden ember számára egy olyannyira félelmetes cselekedet, hogy nem elégséges, ha az öngyilkosság szándéka jelen van a személy életében, az öngyilkosságra való képességnek is jelen kell lennie. Az öngyilkosságra való szerzett képesség (acquired capability for suicide; ACS) kialakulásában az NSSI habituációs fázisként szolgálhat az öngyilkosság előtt, amely során az emberek hozzászoknak az averzív és fájdalmas élményekhez (továbbiakban: PPEs; painful and provocative experiences), ami egy visszafordíthatatlan önsértést eredményezhet. Az NSSI tehát egy olyan indirekt rizikófaktor lehet az öngyilkoságnak, mely a saját test megsértéséhez fűződő félelmek és fájdalomérzet csökkentésével növeli az ACS-t. Ezt alátámasztja, hogy öngyilkosságot megkísérelt kamaszok körében az NSSI múlttal rendelkezők az öngyilkossági kísérlettel kapcsolatban kevesebb félelelmről és magasabb kompetenciaérzésről számoltak be (Muehlenkamp és Gutierrez, 2007; Muehlenkamp és mtsai, 2009; Stanley, Gameroff, Michalsen és Mann, 2001). A habituációs fázis kiemelkedő szerepét alátámasztja az is, hogy a több önsértési módszert alkalmazók, valamint a gyakrabban önsértők körében magasabb az öngyilkosságot megkísérlők aránya mind felnőttek, mind pedig kamaszok esetében (Victor és Klonsky, 2014). Ugyanakkor ezzel ellentétes eredmény is létezik a szakirodalomban, ahol longitudinális elrendezésben sem az NSSI-módszerek száma, sem pedig az NSSI gyakorisága nem jósolta be a későbbi öngyilkossági kísérletet (Mars és mtsai, 2019). A szerzők (Mars és mtsai, 2019) szerint ennek a háttérben módszertani kérdések állhatnak (pl. az NSSI élethossz-prevalenciát vagy a legutóbbi epizódot mérik).

Ugyan Joiner (2005) elmélete nem NSSI-specifikus, hiszen több más esemény is PPE-nek számít (pl. drogfogyasztás), de mivel az NSSI-ben érintettek magasabb fájdalomküszöbvel és az ACS magasabb szintjével rendelkeznek, ezért az NSSI is tekinthető PPE-nek (Franklin, Hessel és Prinstein, 2011). Ugyanakkor ugyanez a kutatás arra is rámutat, hogy az NSSI-ben érintett személyek magasabb fájdalomküszöbét az önbeszámolás kérdőíveken kívül laboratóriumi vizsgálatok is igazolni tudták (pl. Hooley, Ho, Slater és Lockshin, 2010).

Habár az NSSI közben átélt fájdalom valószínűleg összefüggésben áll a későbbiekben elkövetett öngyilkossággal, illetve öngyilkossági kísérlettel, ahogy ezt Joiner (2005) állítja, de minden bizonnyal nem kizárólagosan magyarázza azt. Ezt hangsúlyozza az a szisztematikus irodalomelemzés, amely kifejezetten az ACS és öngyilkossági gondolatok asszociációját vizsgálta (Ma, Batterham, Caele és Han, 2016). Az általuk vizsgált kutatások 57,1%-a esetében találtak szignifikáns összefüggést. Egy további kérdéses pont az NSSI specifikusságának hiánya, hiszen Joiner (2005) is utal arra, hogy egyéb félelemmel, fájdalommal és rizikóval járó cselekedetek is kiválthatják ugyanazt a hatást, mint az NSSI (pl. múltbeli öngyilkossági kísérlet, tetováltatás, fizikai bántalmazásnak való kitettség, intravénás szerhasználat), azaz Joiner modellje nem NSSI-specifikus az öngyilkossághoz vezető út magyarázatában (Hamza és mtsai, 2012). Elgondolkodtató szempont még Joiner modellje kapcsán, hogy vajon a magasabb fájdalomküszöb az önsértés hatására alakul-e ki, vagy azon személyek önsértenek gyakrabban, akiknek alapvetően magasabb a fájdalomküszöbük a nem önsértő személyekhez képest (Franklin, és mtsai, 2011). Erre a kérdésre a választ longitudinális kutatások adhatják meg (Hamza és mtsai, 2012). Joiner modelljét az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra. Joiner öngyilkosságra való szerzett képesség elmélete
(Chu és mtsai., 2017, 49. o. ábrája alapján)

Az öngyilkosság háromlépcsős elmélete

Az öngyilkosság háromlépcsős elmélete (Three-Step Theory; 3ST) gyakorlatilag tágabb kontextusba helyezi az előbb tárgyalt ACS (Joiner, 2005) elméletet. Mivel az öngyilkossági gondolatokkal rendelkező személyek nagy része soha nem kísérel meg öngyilkosságot (pl. Klonsky és May, 2014; Nock és mtsai, 2008), ezért az öngyilkossági gondolatok kialakulása (1. lépés), az öngyilkossági gondolatok erősödése (2. lépés) és a gondolatoktól a megkísérelt öngyilkosságig (3. lépés) való eljutás külön folyamatok, különböző háttérmechanizmusokkal. Az első lépés során a fájdalom (főleg lelki) és reménytelenség együttes fennállása esetén megszületnek az öngyilkossági gondolatok. A második lépés során megtartó személyekhez és/vagy életterületekhez (pl. hobbihoz, munkahelyhez) való kapcsolódás (connectedness) hiányában ezek a gondolatok felerősödnek. Az önsértés a modell harmadik lépcsőfokán válik lényegessé. Ezen a szinten olyan tényezőkről beszél Klonsky és May (2015), amelyek az erős öngyilkossági gondolatokat átfordíthatják öngyilkossági kísérletbe. A szerzők egyetértenek abban Joinerrel, hogy az öngyilkosságra való képesség megléte szükséges az erős öngyilkossági gondolatok mellett. Joinerhez képest újítás, hogy három kategóriába sorolják az ACS kialakulásához szükséges tényezőket: diszpozicionális (pl. fájdalomra való érzékenység), praktikus tényezők (pl. fegyverhasználati engedély és tudás), valamint szerzett tényezők (pl. fájdalommal, sebesüléssel vagy félelemmel járó élményekhez való hozzászokás NSSI révén). Az NSSI révén a személy a már meglévő és súlyos öngyilkossági gondolatait egy szerzett tényező mentén (pl. az NSSI révén magas szintű fájdalomtűrés) átbillentheti öngyilkossági kísérletbe.

Ugyan brit egyetemista (Dhingra, Klonsky és Tapola, 2019) és amerikai közösségi felnőtt (Klonsky és May, 2015) mintán sikerült replikálni a modellt, viszont egy utánkövetéses kanadai klinikai felnőtt mintával (Tsai, Lari, Saffy és Klonsky, 2020) és egy

kínai egyetemista mintával dolgozó kutatás (Yang, Liu, Chen és Li, 2019) csak részben támasztotta alá az elméletet. Utóbbi két kutatás szerint a diszpozicionális és szerzett tényezők (pl. NSSI) nem jósolják be az öngyilkossági kísérletet, csak a praktikus tényezők.

Közös háttérváltozó elmélet (The Third Variable Theory)

Az elmélet feltételezi, hogy az NSSI és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolat nem közvetlen, hanem egy harmadik közös háttérváltozó felelős a két jelenség gyakori együtt járásáért (Hamza és mtsai, 2012).

Az öngyilkosság következtében elhalálozott emberek 90%-ánál (pl. Arsenault-Lapierre, Kim és Turecki, 2004; Cavanagh, Carson, Sharpe és Lawrie, 2003), az NSSI-ben érintettek 87%-ánál (Nock és mtsai, 2006) valamilyen diagnosztizálható pszichiátriai zavar áll fenn. Klinikai kamasz mintán az NSSID diagnosztikai kritériumainak megfelelt fiatalok 96%-ánál egyéb komorbid diagnózis is megállapítható volt (Ghinea és mtsai, 2020). A közös háttérváltozó elmélet alapján a két jelenség (öngyilkosság és NSSI) esetében hasonló kórképek állnak a háttérben. Ezt számos kutatás támasztja alá: befejezett öngyilkosság és NSSI esetében is gyakori kapcsolódó kórképek az étkezési zavarok, a major depresszív zavar, a bipoláris zavar, a szkizofrénia és a szerhasználati zavar (pl. Harris és Barraclough, 1997; Holma és mtsai, 2014; Nitkowski és Petermann, 2010). Egy metaanalízis (Victor és Klonsky, 2014), amely az NSSI-ben és öngyilkossági kísérletben is érintettek körében vizsgálta a kapcsolódó klinikai kórképeket, részben eltérő eredményekre jutott. Habár az öngyilkossági kísérletek közepesen erős prediktora a borderline személyiségzavar, a depresszió és az impulzivitás, amely összhangban áll az eddigi kutatási eredmények többségével, azonban a szorongás, a szerhasználati zavarok és az étkezési zavarok csak alacsony vagy elhanyagolható erővel bírnak az öngyilkossági kísérletek bejósolásában (Victor és Klonsky, 2014). A pszichiátriai kórképeken kívül két metaanalízis is a reménytelenség központi szerepét hangsúlyozza mind az NSSI, mind pedig az öngyilkosság esetében (Fox és mtsai, 2015; Victor és Klonsky, 2014).

A közös komorbid kórképeken és pszichológiai jellemzőkön kívül bizonyos közös biológiai háttérváltozók is jellemezhetik az önsértő magatartásokat, így az NSSI-t és az öngyilkos magatartást is (Hamza és mtsai, 2012). Az ezekről szóló genetikai és képalkotó eljárásokból származó adatok egymásnak viszonylag ellentmondóak. A tanulmányok egyetértenek abban, hogy bizonyos agyi strukturális elváltozások magyarázhatják a stresszre adott válaszokat (pl. Groschwitz és Plener, 2012; Van Heeringen és Mann, 2014), amelyek adott esetben NSSI-ben vagy öngyilkos magatartásban nyilvánulhatnak meg. Például az érzelmek feldolgozásáért felelős agyi struktúrák módosult működésmódja kapcsolatban állhat a dopamin, a szerotonin és a noradrenalin megváltozott neurotranszmissziójával NSSI és öngyilkos magatartás esetében is (Halicka, Szewczuk-Bogusławska, Adamska és Misiak, 2020). Mind öngyilkosság, mind NSSI esetében a szerotonin és a dopamin emelkedett szintjére vannak bizonyítékok (pl. Furczyk, Schutová, Michel, Thome és Büttner, 2013; Groschwitz és Plener, 2012; Stanley, Winchel, Molcho, Simeon és Stanley, 1992; Van Heeringen és Mann, 2014), ám az eredmények ellentmondóak. Továbbá a kutatások egy része borderline személyiség-

zavarral küzdő pácienseket vizsgált, vagy nem önsértő magatartásra specifikus, egyéb agresszív cselekedeteket (Groschwitz és Plener, 2012).

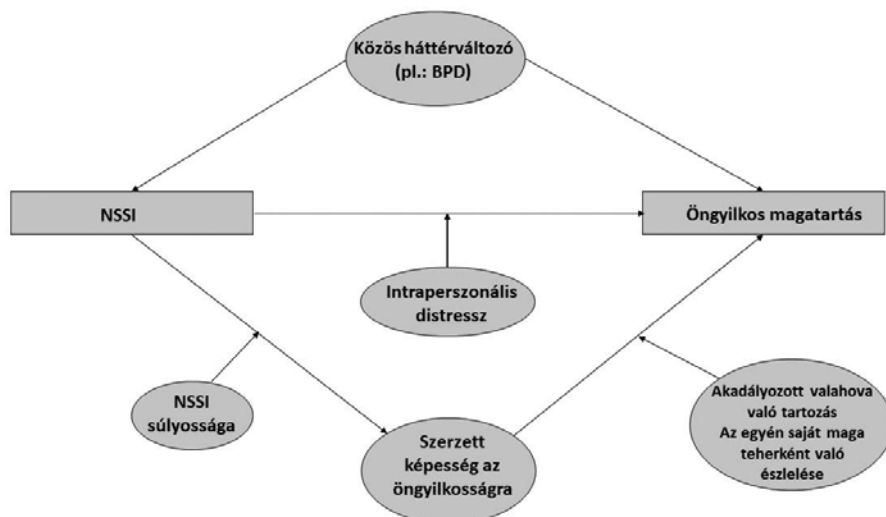
A közös rizikófaktorokat longitudinális kutatásokkal lehet a legmegbízhatóbban kimutatni. Egy 5 éves utánkövetéses kutatás az NSSI és a megkísérelt öngyilkosság közös rizikófaktoraként a női nemet (gender), az előzetes öngyilkossági kísérletet és a nem heteroszexuális szexuális érdeklődést nevezte meg (Wichstrøm, 2009). A közös háttérváltozó elméletet az is alátámasztja ebből a vizsgálatból, hogy az NSSI nem bizonyult az öngyilkossági kísérlet szignifikáns rizikófaktorának (Wichstrøm, 2009).

A közös háttérváltozó elméletet viszont cáfolják azok a tanulmányok, melyek bizonyos pszichoszociális rizikófaktorokra kontrollálva is kimutatják az NSSI-ben érintettek magas öngyilkossági rizikóját (pl. Andover és Gibb, 2010; Asarnow és mtsai, 2011; Hamza és mtsai, 2012).

Integrált modell

Az integrált modell (Integrated Model; Hamza és mtsai, 2012) (2. ábra) tulajdonképpen összefésüli az előzőekben részletezett modelleket, elismerve azok relevanciáját.

Hamza és munkatársai (2012) szerint minden modell bizonyos szinten tartalmaz fontos aspektusokat az NSSI és az öngyilkosság kapcsolatát illetően. A kapumodell alapján közvetlen kapcsolatot feltételeznek az NSSI és az öngyilkos magatartás között, továbbá feltételezik, hogy az NSSI direkt és egyedülálló módon jósolja be az öngyilkos magatartást. A direkt kapcsolatot az intraperszonális distressz mértéke moderálja, hiszen a kutatások nagy része rámutat arra, hogy az NSSI-ben és öngyilkos magatartásban is érintetteknél a depresszió, a reménytelenség és a negatív önértékelés magas szintje figyelhető meg (pl. Jacobson és mtsai, 2008; Muehlenkamp és Gutierrez, 2007). Azaz



2. ábra. Integrált modell (Hamza és mtsai., 2012, 492. ábrája alapján)

a magasabb intraperszonális stresszt átélők esetében feltételezhetően szorosabb a kapcsolat az NSSI és az öngyilkos magatartás között (Hamza és mtsai, 2012).

A közös háttérváltozó elmélet alapján az NSSI és az öngyilkos magatartás közvetlen kapcsolatban állhat közös rizikófaktorokkal, mint például a borderline személyiségzavarral (Jacobson és mtsai, 2008), ami magyarázatot adhat a gyakori együttes előfordulásra. Ugyanakkor Hamza és munkatársai (2012) a közös háttérváltozó elmélettel ellentétben azt gondolják, hogy a közös rizikófaktorokra való kontrollálás után is megmarad az NSSI és az öngyilkos magatartás direkt kapcsolata (pl. Andover és Gibb, 2010; Wilkinson és mtsai, 2011).

A kapuelméletben bemutatott direkt úton túl az NSSI indirekt módon is elvezethető az öngyilkos magatartáshoz az öngyilkosságra való szerzett képességen (ACS) keresztül Joiner (2005) modellje alapján. Hamza és kollégái (2012) feltételezik, hogy amint az öngyilkosságra való szerzett képesség kialakul, az NSSI már nem direkt prediktora az öngyilkos magatartásnak. Ezen túl Hamzáék (Hamza és mtsai, 2012) feltételezik, hogy az NSSI és az ACS kapcsolatát az önsértés súlyossága moderálja, azaz az NSSI súlyosabb formáját alkalmazók között erősebb összefüggést feltételeznek az NSSI és az ACS esetében. Végül pedig az ACS és az öngyilkos magatartás kapcsolatát a modell szerint a valahova tartozás érzésének sérülése, valamint az egyén saját maga teherként való észlelése moderálja. Akikre az utóbbi két tényező (valahova tartozás érzésének sérülése, az egyén saját maga teherként való észlelése) magasabb szintje jellemző, azok esetében erősebb öngyilkossági vágy jelentkezik.

DISZKUSSZIÓ

Ugyan az NSSI és az öngyilkos magatartás gyakran elkülöníthető bizonyos karakterisztikumok mentén (pl. sérülés súlyossága, szándék, cselekvés funkciója, prevalencia adatok) (pl. Muehlenkamp, 2005; Wichstrøm, 2009), viszont az utóbbi évek keresztmetszeti és longitudinális kutatásai is inkább abba az irányba mutatnak, hogy a két jelenséget érdemesebb együttesen vizsgálni, és egy kontinuum mentén gondolkodni róluk (pl. Brausch és Gutierrez, 2010; Grandclerc és mtsai, 2016; Orlando és mtsai, 2015).

Habár az NSSI és az öngyilkos magatartás igen gyakran együtt jár hosszmetzeti kutatások alapján is, a két jelenség kapcsolata valószínűleg komplexebb annál, mint hogy az NSSI-t az öngyilkos magatartás direkt bejósolójának tartsuk (Andover és mtsai, 2012). A komplexitás feltérképezésére egy lehetséges alternatíva a Hamza és munkatársai (2012) által javasolt komplex modell.

A DSM-5-ben markánsan elkülönül a két zavar (NSSID és SBD), kölcsönösen kizárva egymást, habár érdemes megjegyezni, hogy az NSSID nem egyenlő a nem-szuicidális önsértés jelenségével, valamint az SBD is egy eléggé szigorú kritériumok mentén meghatározott zavar, az öngyilkos magatartás ennél tágabb fogalom. Ugyan több szerző érvel az önálló zavarok létjogosultsága mellett (pl. Shaffer és Jacobson, 2009; Zetterqvist és mtsai, 2013), ezt nem feltétlenül a két állapot empirikusan alátámasztható szétválása miatt teszik, hanem mert így nagyobb figyelem eshet mind a két magatartásra (Wilkinson és Goodyer, 2011). Ez is egy fontos szempont, hiszen az önsértés és az

öngyilkos magatartás is sokszor kimarad a kórelőzményből, mivel csak nagyon kevés diagnosztizálható zavarban szerepelnek kritériumként (pl. borderline személyiségzavar) (pl. Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson és Prinstein, 2006; Wilkinson és Goodyer, 2011). A kórelőzményekben való megjelenés pedig elősegíthetné az adekvát kezelés biztosítását (Zetterqvist és mtsai, 2013).

Klonsky, May és Glenn (2013) szerint az NSSI és az öngyilkos magatartás megkülönböztetése igen fontos klinikai vonatkozásokkal bír, hiszen az öngyilkossági kísérletként aposztrofált NSSI magatartás felesleges hospitalizációhoz és kezelési tervhez vezethet. Ugyanakkor Klonsky és munkatársai (2013) hangsúlyozzák, hogy a két jelenség radikális szétválasztása, függetlennek nyilvánítása és komorbiditásuk ignorálása sem célravezető, hiszen így egy fontos és klinikailag jelentős összefüggés felett siklanánk el. Továbbá, mivel az NSSI és az SBD diagnosztikus kategóriák viszonylag frissek, ezért a diagnosztikus kritériumok validitását további kutatásokkal szükséges alátámasztani.

A klinikai gyakorlatban a fentebb említett szempontok miatt fontos lehet felismerni az NSSI és az SBD közötti különbségeket. Ahogy Pompili és munkatársai (2015) rámutattak, az NSSI klinikailag eltérő magatartás az öngyilkos magatartástól, ugyanakkor mivel az öngyilkosság szignifikáns rizikófaktora, ezért elengedhetetlen az NSSI-ben érintett személyek esetében az öngyilkossági veszély folyamatos monitorozása. A jövőbeli kutatásokban és klinikai gyakorlatban is fontos, hogy megjelenjen egy integrált szemlélet, amely az NSSI-t és az öngyilkos magatartást egy kontextuson belül értelmezi, hiszen az NSSI növeli a későbbi öngyilkossági gondolatok és öngyilkossági kísérlet esélyét (pl. Andover és Gibb, 2010; Brausch és Gutierrez, 2010; Kiekens és mtsai, 2018).

A jövőben hosszmetzeti kutatásokra van szükség, amelyek alaposan feltérképezik mind a közös rizikófaktorokat, mind pedig az öngyilkosság és a nem öngyilkossági szándékú önsértés jellegzetességeit (Andover és mtsai, 2012). A hosszmetzeti kutatások adhatnak választ arra is, hogy pontosan milyen változók mentén fordulhat át az NSSI öngyilkossági kísérletbe. A hosszmetzeti kutatásokon kívül a spektrumszemlélet vizsgálatára alkalmas lehet az EMA (Ecological Momentary Assessment) módszere is, amely a retrospektív önbeszámolás kérdőívekkel ellentétben napi több mérési ponton rögzíti a kitöltő pillanatnyi érzelmi állapotát és viselkedéseit. Ez egy megfelelő módszer lehet például annak vizsgálatára, hogy az öngyilkossági gondolatok és az NSSI hogyan függhetnek össze, és milyen módon és milyen körülmények között vezetnek öngyilkossági kísérlethez (Mars és mtsai, 2019).

Az önsértés és az öngyilkosság kapcsolatáról szóló információk fontos tudást képeznek a gyakorló klinikusok számára. Az NSSI-t az öngyilkos magatartásnak akár direkt, akár indirekt rizikófaktoraként tekintjük, a gyakorlati szakembereknek elengedhetetlen felismerniük az önsértés jeleit és tudatában lenniük az öngyilkosság rizikójának. Amennyiben egy klinikus nincs tisztában az NSSI jelentőségével az öngyilkosság kialakulásában, úgy nagy valószínűséggel egy önsértő személy, aki súlyos szuicid rizikónak van kitéve, nem kapja meg a megfelelő kezelést vagy prevenciót, míg egy öngyilkossági gondolatokkal rendelkező személy igen (Asarnow és mtsai, 2011). Az öngyilkosságok megelőzésének egyik legbiztosabb módja, ha az öngyilkosság figyelmeztető jeleit észrevesszük: egy ilyen jel lehet az NSSI. Az NSSI-n kívül más pszichoszociális és pszichiátriai faktorok is szerepet játszanak a spektrumon súlyosabb irányba való elmozdulásban

(Brausch és Gutierrez, 2010). Ez azért is fontos a gyakorlati szakemberek számára, mert az öngyilkosságot elkövetők fele-kétharmada megjelenik orvosnál a halálukat megelőző hónapban (Rihmer és Gonda, 2012), de kevésszer artikulálják a halálvágyukat, így a meglévő rizikófaktorok felismerésével lehet csak kiszűrni a veszélyben lévőket (Rihmer és Gonda, 2012).

Amennyiben az NSSI és az öngyilkosság között szoros összefüggést feltételezünk azzal a tudással kiegészülve, hogy a nem-szuicidális önsértés prevalenciája a serdülő korosztályban a legmagasabb, úgy érdemes a jövőben olyan iskolai prevenciós programokat kialakítani, amelyek mind az NSSI-vel, mind pedig az öngyilkos magatartással foglalkoznak. Egy ilyen bizonyítottan hatékony prevenciós program például a SEYLE program (Saving and Empowering Young Lives in Europe). Az európai program eredményeit feldolgozó kutatás eredményei alapján az önhatékonyság fejlesztése és a tudatosság elősegítése a mentális egészség terén (pl. a fiatal saját magában és kortársaiban felismeri, ha valamilyen mentális probléma merül fel) a középiskolások körében hatékony prevencióként szolgálhat az öngyilkosság kapcsán (Wasserman és mtsai, 2012).

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH a PD 128332 számmal elnyert pályázat keretében támogatja. Kökönyi Gyöngyi a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal – NKFIH FK 128614 számú pályázatának keretében, illetve az MTA-SE-NAPB Genetikai Agyi Képző Migrén Kutató Csoport, Semmelweis Egyetem (KTIA_NAP_13-2-2015-0001) és a Nemzeti Agykutató Program (2017-1.2.1-NKP-2017-00002) keretében részesül támogatásban.

IRODALOM

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5th Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101–105. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.03.019>
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzese, M. E. (2012). The co-occurrence of non-suicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: Distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 11. DOI: <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4(1), 37. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-4-37>
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, et al. (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 & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 772–781. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2011). Non-Suicidal and Suicidal Self-Injurious Behavior among Flemish Adolescents: A Web-Survey. *Archives of Suicide Research*, 15(1), 56–67. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540467>

- Balázs J. (2015). *Öngyilkos magatartás és nem-szucidális önsértés*. In J. Balázs, & M. Miklósi (Szerk.), *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve (185–190)*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Balázs J. & Kapornai K. (2012). *Öngyilkosság gyermek- és serdülőkori*. In S. Kalmár, A. Németh, & Z. Rihmer (Szerk.), *Az öngyilkosság orvosi szemmel (124–136)*. Budapest: Medicina.
- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233–242. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., et al. (2014). Life-time 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(4), 337–348. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. *Psychiatry Research*, 251, 103–114. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.01.035>
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291702006943>
- Chartrand, H., Kim, H., Sareen, J., Mahmoudi, M., & Bolton, J. M. (2016). A comparison of methods of self-harm without intent to die: Cutting versus self-poisoning. *Journal of Affective Disorders*, 205, 200–206. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.009>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., et al. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143(12), 1313. DOI: <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Cloutier P. F., Martin J., Kennedy A., Nixon M. K., & Muehlenkamp J. (2010). Characteristics and Co-occurrence of Adolescent Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Behaviours in Pediatric Emergency Crisis Services—ProQuest. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 259–269. DOI: <https://doi.org/DOI:10.1007/s10964-009-9465-1>
- Csorba, J., Dinya, E., Ferencz, E., Páli, E., Nagy, E., Horváth, Á., & Vados, M. (2010). A Study os Hungarian Adolescent Outpatients Suffering From Self-Injurious Behaviour. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 39–45.
- 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(5), 309–320. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0733-5>
- Dhingra, K., Klonsky, E. D., & Tapola, V. (2019). An Empirical Test of the Three-Step Theory of Suicide in U.K. University Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 478–487. DOI: <https://doi.org/10.1111/sltb.12437>
- Espósito-Smythers, C., Goldstein, T., Birmaher, B., Goldstein, B., Hunt, J., Ryan, N., et al. (2010). Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self-injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 125(1), 89–97. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.029>
- Eurostat. (2021). *Suicide death rate by age group*. Letöltve: 2022.01.31: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00202/default/bar?lang=en>
- Favazza, A. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic Issues in Self-Mutilation. *Psychiatric Services*, 44(2), 134–140. DOI: <https://doi.org/10.1176/ps.44.2.134>

- Firestone, R. W., & Seiden, R., H. (1990). Suicide and the Continuum of Self-Destructive Behavior. *Journal of American College Health*, 38(5), 207–213. DOI: <https://doi.org/10.1080/07448481.1990.9936189>
- 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. DOI: <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. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.08.001>
- Furczyk, K., Schutová, B., Michel, T. M., Thome, J., & Büttner, A. (2013). The neurobiology of suicide—A Review of post-mortem studies. *Journal of Molecular Psychiatry*, 1(1), 2. DOI: <https://doi.org/10.1186/2049-9256-1-2>
- 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. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.009>
- Grandclerc, S., Labrouhe, D. D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M.-R. (2016). Relations Between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS One*, 11(4), e0153760. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153760>
- Groschwitz, R. C., & Plener, P. L. (2012). The Neurobiology of Non-suicidal Self-injury (NSSI): A review. *Suicidology Online*, 3, 24–32.
- Guan, K., Fox, K. R., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 842–849. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0029429>
- 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 & Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1062–1069. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-200109000-00015>
- Halicka, J., Szewczuk-Bogusławska, M., Adamska, A., & Misiak, B. (2020). Neurobiology of the association between non-suicidal self-injury, suicidal behavior and emotional intelligence: A review. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 22(2), 25–35. DOI: <https://doi.org/10.12740/APP/117705>
- 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(6), 482–495. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1212–1219. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02559.x>
- Hawton, K., Casañas i Comabella, C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1), 17–28. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.004>
- Hawton, K., Cole, D., O'Grady, J., & Osborn, M. (1982). Motivational Aspects of Deliberate Self-Poisoning in Adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 141(3), 286–291. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.141.3.286>

- Himber, J. (1994). Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(4), 620–631. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.4.620>
- Holma, K. M., Haukka, J., Suominen, K., Valtonen, H. M., Mantere, O., Melartin, T. K., et al. (2014). Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disorders*, 16(6), 652–661. DOI: <https://doi.org/10.1111/bdi.12195>
- Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorders*, 1(3), 170–179. DOI: <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. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00370>
- Horváth L. O., Mészáros G., & Balázs J. (2015). Serdülőkori nem-szucidális önsértés: Aktuális kérdések. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 17(1), 14–22.
- International Society for the Study of Self-Injury (2018). *What is self-injury?* Letöltve: 2021.01.16-án: <https://www.itriples.org/basic-facts>
- 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 Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375. DOI: <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide?* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 326–328. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., et al. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171–179. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.033>
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(9), 1981–1986. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291710002497>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- 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(3), 215–219. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1–5. DOI: <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. DOI: <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- 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. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0030278>
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>

- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447–457. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- Lilley, R., Owens, D., Horrocks, J., House, A., Noble, R., Bergen, H., et al. (2008). Hospital care and repetition following self-harm: Multicentre comparison of self-poisoning and self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 440–445. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.043380>
- Ma, J., Batterham, P. J., Cleave, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34–45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.008>
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. de, Corcoran, P., Fekete, S., et al. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667–677. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., et al. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327–337. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324–333. DOI: <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Muehlenkamp, J. J., Engel, S. G., Wadeson, A., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Simonich, H., & Mitchell, J. E. (2009). Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients. *Behaviour Research and Therapy*, 47(1), 83–87. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.011>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69–82. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811110600992902>
- Nitkowski, D., & Petermann, F. (2010). Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: A review. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, 79(1), 9–20. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245772>
- 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(11), 1333–1341. DOI: <https://doi.org/10.1097/00004583-200211000-00015>
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339–363. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., et al. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300–310. DOI: <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- 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(1), 65–72. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>

- Nock, M. K., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616–623. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.3.616>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140–146. DOI: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.1.140>
- Orlando, C. M., Broman-Fulks, J. J., Whitlock, J. L., Curtin, L., & Michael, K. D. (2015). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Self-Injury: A Taxometric Investigation. *Behavior Therapy*, 46(6), 824–833. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.01.002>
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867–872. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39(9), 1549–1558. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291708005114>
- Plener, P. L., Allroggen, M., Kapusta, N. D., Brähler, 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. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1060-x>
- Pompili, M., Goracci, A., Giordano, G., Erbuto, D., Girardi, P., Klonsky, E. D., & Baldessarini, R. J. (2015). Relationship of non-suicidal self-injury and suicide attempt: A psychopathological perspective. *Official Journal of the Italian Society of Psychopathology*, 21, 348–353.
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225–236. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291715001804>
- Rihmer, Z., & Gonda, X. (2012). Prevention of depression-related suicides in primary care. *Psychiatria Hungarica*, 27(2), 72–81.
- Rihmer Z., Németh A., Kurimay T., Perczel-Forintos D., Priehl Gy., & Döme P. (2017). A felnőttkori öngyilkos magatartás felismerése, ellátása és megelőzése. *Psychiatria Hungarica*, 32(1), 4–40.
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (pp. 37–62). American Psychological Association. DOI: <https://doi.org/10.1037/11875-003>
- Shaffer, D., Jacobson, C. (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*. American Psychiatric Association. Letöltés: 2021. 02. 18-án: <https://www.semanticscholar.org/paper/Proposal-to-the-DSM-V-Childhood-Disorder-and-Mood-a-Jacobson-Shaffer/eeef023ff471b6c6c948a3ab0f89cc6d5-0ae1b29#paper-header>
- Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatient women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 524–526.
- Shneidman, E. S. (1985). *Ten Commonalities of Suicide and Some Implications for Public Policy*.
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). *Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment*. In D. Simeon, & E. Hollander (Eds.), *Self-injurious behaviors: Assessment and treatment* (1–28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471–1483. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are Suicide Attempters Who Self-Mutilate a Unique Population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427–432. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.427>

- 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. DOI: <https://doi.org/10.3109/09540269209066312>
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00105-0)
- Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., et al. (2011). Association between Non-Suicidal Self-Injuries and Suicide Attempts in Chinese Adolescents and College Students: A Cross-Section Study. *PLoS One*, 6(4), e17977. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017977>
- Tsai, M., Lari, H., Saffy, S., & Klonsky, E. D. (2020). Examining the Three-Step Theory (3ST) of Suicide in a Prospective Study of Adult Psychiatric Inpatients. *Behavior Therapy*. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.08.007>
- Turner, B. J., Dixon-Gordon, K. L., Austin, S. B., Rodriguez, M. A., Zachary Rosenthal, M., & Chapman, A. L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research*, 230(1), 28–35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>
- Van Heeringen, K., & Mann, J. J. (2014). The neurobiology of suicide. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 63–72. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70220-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70220-2)
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (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(1), 72–83. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.72>
- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282–297. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Wagner, B. M., Wong, S. A., & Jobes, D. A. (2002). Mental Health Professionals' Determinations of Adolescent Suicide Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), 284–300. DOI: <https://doi.org/10.1521/suli.32.3.284.22178>
- Walsh, B. W. (2012). *Treating Self-Injury. A Practical Guide*. New York: Guilford Press.
- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabí, S., et al. (2012). Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: Lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12(1), 776. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-776>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in Nonsuicidal Self-Injury: Identification and Features of Latent Classes in a College Population of Emerging Adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 725–735. DOI: <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Baral Abrams, G., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal Self-Injury as a Gateway to Suicide in Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 486–492. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- Wichstrøm, L. (2009). Predictors of Non-Suicidal Self-Injury Versus Attempted Suicide: Similar or Different? *Archives of Suicide Research*, 13(2), 105–122. <https://doi.org/10.1080/13811110902834992>
- Wilkinson, P., & Goodyer, I. (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(2), 103–108. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0156-y>
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495–501. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>
- Wilkinson, P. O. (2011). Nonsuicidal self-injury: A clear marker for suicide risk. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(8), 741–743. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.008>

- World Health Organization. (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. World Health Organization, Geneva. Letöltve: 2020.09.16-án: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y%20>
- World Health Organization. (2019). *Suicide in the world: global health estimates*. Letöltve: 2020.11.24: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>
- Yang, L., Liu, X., Chen, W., & Li, L. (2019). A Test of the Three-Step Theory of Suicide among Chinese People: A Study Based on the Ideation-to-Action Framework. *Archives of Suicide Research*, 23(4), 648–661. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1497563>
- 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(5), 759–773. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>

THE LINKS BETWEEN NON-SUICIDAL SELF-INJURY AND SUICIDAL BEHAVIOUR: DEPENDENT OR INDEPENDENT PHENOMENA?

DRUBINA, BOGLÁRKA – DR. KÖKÖNYEI, GYÖNGYI – DR. REINHARDT, MELINDA

The research of suicidal behaviour (suicidal thoughts, attended and completed suicide) is older than the research of non-suicidal self-injury (NSSI; deliberately hurt one's own body without suicidal intent). There are numerous studies that investigate the links and the differences between the two phenomena, however there is no consensus between different authors.

The aim of our study is to summarize and present the hypotheses and theoretical models about the possible links between NSSI and suicidal behaviour based on the latest literature. Furthermore, our aim is to familiarize professionals with these two phenomena (NSSI and suicidal behaviour) and to help them understand the complex relationship between the two behaviours.

Although NSSI and suicidal behaviour can be differentiated along some aspects (e.g., based on the recommended diagnoses by DSM-5: Non-Suicidal Self-Injury Disorder and Suicidal Behaviour Disorder), research stress the importance of the links between NSSI and suicidal behaviour (e.g., NSSI as a predictor of suicidal behaviour).

Comprehensive models raise mostly for the explication of the links between NSSI and suicidal behaviour, which describe NSSI as a risk factor for suicidal behaviour. In this respect, NSSI could be a factor that facilitate the development of suicidal behaviour in different ways. Beside of that the spectrum approach is getting widely accepted. It suggests that NSSI and suicidal behaviour are the two extremes of the same spectrum of behaviour.

Keywords: self-harm, non-suicidal self-injury, suicidal behaviour

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)