

# Serdülőkori nem-szuicidális önsértés: aktuális kérdések

HORVÁTH LILI OLGA<sup>1</sup>, MÉSZÁROS GERGELY<sup>2,3</sup> ÉS BALÁZS JUDIT<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék, Budapest

<sup>2</sup> Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia, Budapest

<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

A jellemzően serdülőkorban induló, nem-szuicidális önsértés (non-suicidal self injury: NSSI) nemzetközileg sokat kutatott, hazánkban azonban alig vizsgált jelenség, amely széles körben érinti a klinikai és nem-klinikai serdülőpopulációt. Tanulmányunk célja, hogy áttekintsük az NSSI kultúrtörténeti hátterét, a nemzetközi és hazai szakirodalomban felmerülő elnevezésbeli és definíciós nehézségeket, a lehetséges okokat és funkciókat magyarázó elméleteket, illetve a jelenség epidemiológiájával és pszichoszociális korrelátumaival, más pszichiátriai betegségekkel és az öngyilkos magatartással való együttjárásával kapcsolatos szakirodalmi adatokat. A jelenség elnevezése és definíciója a nemzetközi szakirodalomban már kialakult, magyar nyelven azonban nincs általánosan elfogadott kifejezésünk. Az NSSI hátterében feltételezünk érzelmszabályozási, valamint impulzuskontroll zavart, továbbá önbüntető, anti-szuicid, anti-disszociációs, élménykereső és interperszonális funkciókat is. Az NSSI prevalenciája 15-46% nem klinikai, és 40-80% klinikai serdülő mintán. A magyarországi közösségi mintán szerzett adatok (7-17%) a nemzetközi eredményekkel összehasonlítva alacsonyabb értékeket jeleznek. Az NSSI gyakran jár együtt pszichiátriai zavarokkal: az NSSI-t elkövető klinikai serdülő minta esetében 88%-ban áll fenn DSM-IV szerint I-es, és 67%-ban II-es tengely zavar. Az NSSI az öngyilkos magatartástól eltérő, azonban attól nem független jelenség: az együttjárás aránya kb. 50% normál populációban és kb. 70% klinikai mintán. Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy az NSSI gyakran más pszichiátriai kórképekkel társuló, számos serdülőt érintő jelenség, így indokoltnak látszik a magyar terminológia kialakítása és a hazai eredmények gyarapítása annak érdekében is, hogy a klinikusok számára releváns adatok álljanak rendelkezésre.

(*Neuropsychopharmacol Hung 2015; 17(1): 014–022*)

**Kulcsszavak:** serdülőkor, nem-szuicidális önsértés, öngyilkosság

## AZ ÖNSÉRTÉS KULTÚRTÖRTÉNETI HÁTTERE

Bár az önsértő magatartás vizsgálata kurrens kutatási témának tekinthető a pszichológia-pszichiátria területén, a tágan értelmezett önsértés története az elmúlt éveknel és évtizedeknél sokkal messzebbre nyúlik vissza.

Favazza (1996) *Bodies under Siege* című könyvében (melynek 1987-es első kiadása az első önsértéssel szisztematikusan foglalkozó szakirodalmi könyv) a kulturális pszichiátria, vagyis a kultúranropológia és a pszichiátria területét ötvöző megközelítésében vizsgálja az önsértés jelenségét. Elméletének egyik alapvető pontja, hogy a különböző kultúrákban megtalálható gyógyító, vagy más okból kulturálisan elfogadott célt (pl. beavatást) szolgáló önsértő cselekvések vizsgálata a kulturális kontextusba nem illeszkedő,

deviáns vagy patológiás önsértések megértését is segítik. Az önsértő, vagy ahogyan Favazza (1996) nevezi, öncsonkító magatartásokon belül elkülöníti tehát ezek szociálisan elfogadott formáit a deviáns/ patológiás formáktól. Előbbi csoporton belül két kategóriát különböztet meg. A szociálisan elfogadott szokások olyan általánosan elterjedt cselekvések, amelyek nem hordoznak különösebb többletjelentést, pl. a fülcimpák kifúrása fülbevaló hordásához. A rítusok ezzel szemben olyan ritualizált cselekvések, amelyeket adott kultúrán belül generációk óta gyakorolnak, a társadalom tradícióinak, szimbólum- és hiedelemrendszerének szerves részét képezik, és így az egyes résztvevő személyeken túl gyakran az egész közösségre hatással vannak.

Az európai történelemben is előfordulnak önsértő motívumok, amelyek adott társadalmi körülmények

között elfogadottak voltak, pl. a flagelláns mozgalom önkorbácsoló tagjai (Diós és Viczián, 1997), vagy a krónikák szerinti első magyar alapszerződés, a vérszerződés (Lengyel, 1972). Az európai kultúrkör alapjait jelentő történetekben akadnak azonban olyan esetek is, amelyek akkori kulturális kontextusukhoz képest is idegenként, deviánsként vagy patológiás-ként kerültek lejegyzésre. Ennek egy ismert példája az Oidipusz-tragédia, melynek végén a főhős kivájja a saját szemét, de a Bibliában is olvasható történet olyan zavarodott emberről, akit tisztátalan lelkek szálltak meg, ezért a temetőben élt és kövekkel vadosta magát (Márk, 5: 2-13).

Az önsértés ábrázolása a jelen kor kultúrájának is része. Az elmúlt évtizedekben több híresség vallott pszichés problémáival összefüggő önsértéséről, illetve megnövekedett az önsértés tematikájával foglalkozó filmek, dalok, internetes tartalmak száma (Whitlock et al., 2009). Mindennek azért van kiemelt jelentősége, mert az önsértés több elmélet szerint társas tanulás útján (is) terjed (pl. Nock, 2009). Egy 2008-as kutatás szerint például a megkérdezett serdülők 29,0%-a többek között barátoktól, 15,1%-a televízióból vagy filmekből, 11,8%-a pedig olvasmányélményeiből vette az ötletet az önsértés kipróbálására (Nixon et al., 2008).

### MIT ÉRTÜNK ÖNSÉRTÉS ALATT: ELNEVEZÉSEK, DEFINÍCIÓK, ÉS KAPCSOLÓDÓ NEHÉZSÉGEK

Az önsértés különböző patológiás formái a XX. század első harmadáig esettanulmányok részeként jelentek meg a szakirodalomban, átfogó módon Menninger (1935) vizsgálta először, elkülönítve normális (pl. hajvágás, borotválkozás) és *patológiás öncsonkításokat*.

Pszichoanalitikus megközelítésű értelmezésében az öncsonkítás gyakran kasztrációt reprezentál, és egyidejűleg elégíti ki erotikus és agresszív vágyakat, valamint a személy önbüntetésre való igényét. Később már egyfajta öngyógyítási kísérletként írta le az öncsonkítást, melynek során az öngyilkossági készletet a test egy részére korlátozódik („lokalizált öndestrukció”), hogy elkerülhetővé váljon az egész testet érintő öngyilkosság (Menninger, 1938, idézi Favazza, 1996).

Az önsértő magatartásformák egy körülhatárolt csoportjának önálló szindrómaként kezelését Pattison és Kahan (1983) javasolta először „szándékos önkárosítás szindróma” (*deliberate self-harm syndrome, DSH szindróma*) néven. A felmerülő, „önpusztító” viselkedésformákat két dimenzió: letalitás, illetve direkt-indirekt jelleg mentén sorolták kategóriákba,

melyek közül a szerzők szerint a DSH szindrómába azok az alacsony letalitással járó, általában ismétlődően bekövetkező viselkedések tartoznak, amelyekben az önpusztító jelleg direkt módon jelenik meg.

Az eddig említett szerzők kapcsán látható, hogy az önsértéssel foglalkozó szakemberek az első esettanulmányoktól napjainkig számos kifejezést használtak a jelenségre, szóhasználatukkal gyakran elméleti keretbe is helyezve azt. Ilyen kifejezések a már említett *lokalizált öndestrukció* (Menninger, 1938, idézi Favazza, 1996), *öncsonkítás* (Favazza, 1996), *paraszucidum* (Kreitman, 1977) vagy a *szándékos önkárosítás szindróma* (Pattison & Kahan, 1983).

Az önsértés megnevezése körüli szemléletváltást jól jelzi, hogy míg Favazza 1996-os könyvében még öncsonkításról írt (Favazza, 1996), 2001-ben Simeonnal közös munkájukban már ő is „önsértő magatartásokként” (*self-injurious behaviors, SIB*) utal a jelenségre. A kulturális kontextusba nem illeszkedő, vagyis patológiás SIB definíciójába az ő értelmezésükben beleillik minden olyan viselkedés, amely magában foglalja a saját test károsodásának szándékos és direkt előidézését anélkül, hogy a személynek szándékában állna a viselkedés következtében meghalni (Simeon és Favazza, 2001).

A meghatározásból a szándékos jelző a tudatosságára utal, tehát bár egy gyakran balesetet szenvedő embernek lehet tudattalan vágya, hogy megsérüljön, ez nem tekinthető szándékosnak; ezzel szemben egy disszociatív epizód alatt elkövetett önsértés is lehet szándékos. A direkt fizikai károsodás a hatás szinte azonnali megjelenését emeli ki, vagyis az olyan egészségtelen szokásokat, mint pl. a dohányzás, a szerzők elkülönítik a SIB-től. A meghalás szándékának hiánya pedig azt hangsúlyozza, hogy bár az önsértő személyek az önsértés alatt gyakran elkeseredettnek érzik magukat, vagy akár öngyilkossági ideációik is lehetnek, nem akarnak a cselekvés következtében meghalni (Simeon és Favazza, 2001). Az ilyenfajta patológiás SIB-et négy kategóriába sorolták, melyek eltérnek egymástól a szövetkárosodás mértékében, a gyakoriságukban, mintázatukban és a társuló zavarok tekintetében (1. táblázat).

Az önsértés terminológiájának további változásai is nyomon követhetők Favazza munkásságában: könyvének harmadik, 2011-es kiadása már kibővített alcímmel jelent meg, mely tartalmazza a jelenség jelenleg is legelterjedtebb elnevezését: a „nem-szuicidális önsértést” (*non-suicidal self-injury, NSSI*) (Favazza, 2011).

NSSI-ként ír a jelenségről Klonsky (2007a), illetve Andover et al. (2012) is, akik Favazzához hasonlóan

**1. táblázat** Önsértő magatartás (self-injurious behaviors, SIB) kategóriái (Simeon és Favazza, 2001)

	Viselkedés	Szövetkárosodás	Gyakoriság	Mintázat	Pszichiátriai zavar
<b>sztereotipikus</b>	fej falba verése	közepes-súlyos	nagyon repetitív	fixált, jelentés nélküli	autizmus, mentális retardáció
<b>major</b>	önkasztráció, szemkivájás	súlyos vagy életveszélyes	izolált	impulzív vagy előre eltervezett	pszichózis, intoxikáció
<b>kompulzív</b>	hajtépkedés, bőrtépkedés, körömrágás	enyhétől közepesig	repetitív	kompulzív (impulzív vonásokkal)	trichotillómia
<b>impulzív</b>	bőr megvágása, megegyetése	enyhe-közepes	izolált vagy rendszeres, nem nagyon repetitív	impulzív (kompulzív vonásokkal), gyakran szimbolikus, ritualizált	borderline személyiségzavar, poszttraumás stressz zavar, evészavarok

hangsúlyozzák az önsértés szociális kontextusát. Az ő megfogalmazásukban az NSSI a test szövetének szándékos károsítása öngyilkossági szándék nélkül, szociálisan nem elfogadott céllal.

Ahogy a téma a kutatói érdeklődés középpontjába került, számos szerző tett kísérletet arra, hogy az önsértő magatartást valamely tágabb deviáns magatartásforma vagy pszichopatológiai fogalom elemeként besorolja például „paraszuicidumként” (Kreitman, 1977) az öngyilkos magatartás spektrumába, vagy az obszesszív-kompulzív spektrum zavarok (Hollander, 1993, idézi Demetrovics és Kun, 2007) részeként a kompulzivitás-impulzivitás dimenzió impulzív végpontjához közelítve (Hollander és Wong, 1995, idézi Demetrovics és Kun, 2007). Utóbbi megközelítés szerint az önsértés olyan egyéb magatartásformák (pl. kényszerbetegség, evészavarok, kóros játékszenvedély) között értelmezhető, amelyek közös jellemzője a repetitív és ritualizált viselkedés gátlásának vagy akár késleltetésének képtelensége (Demetrovics és Kun, 2007).

A kompulzív-impulzív tengelyen történő értelmezéshez kapcsolódik, hogy egyes szerzők (pl. Faye, 1996, idézi Victor et al., 2012; Nixon, 2002) az önsértés addikciókkal való hasonlóságára helyezik a hangsúlyt a viselkedést megelőző készlettel, a megvonáskor fellépő sóvárgással és a tolerancia kialakulásával analóg folyamatok megfigyelésére alapozva. Más szerzők azonban arra hívják fel a figyelmet, hogy egyéb addikciókkal, pl. a pozitív és negatív megerősítéseken keresztül egyaránt fenntartott szerhasználattal ellentétben az NSSI-t szinte kizárólag olyan negatív megerősítések tartják fent, mint a nemkívánatos

érzelmi állapotoktól való megszabadulás (Victor et al., 2012).

Az önsértő magatartásformák klasszifikációjára tett számos próbálkozás ellenére egy rendszer sem vált széles körben, hivatalosan elfogadottá (Andover et al., 2012), a kifejezések és meghatározások sokfélesége pedig jól szemlélteti azokat a definíciós és módszertani nehézségeket, amelyek az önsértéssel foglalkozó tanulmányokból visszaköszönnek. A legtöbb metaanalízis és szisztematikus áttekintő tanulmány kiemeli az adatok összehasonlíthatóságának problematikáját akár epidemiológiai, akár pszichopatológiai korrelátumokra vonatkozó eredményeket dolgoznak fel, mivel különböző szerzők nemegyszer ugyanarra a jelenségre eltérő kifejezéseket használnak, vagy ugyanazon kifejezés alatt más jelenséget értenek (pl. Nock, 2010).

A definíciós nehézségekbe és az egységes fogalmi keretek hiányába belejátszhat, hogy gyakran az egyes eseteket is nehéz elkülöníteni az öngyilkos magatartástól – a felszíni feltűnő jegyek elfedhetik a mögöttes öngyilkossági szándékot, illetve az eredeti szándék ellenére súlyossága miatt egy NSSI epizód is végződhet halállal (Csorba, 2010). Ráadásul a meghalási szándék jelenlétére vagy hiányára legtöbbször csak a személy beszámolója alapján következtethetünk, ami számos egyéb problémát is felvet – például a cselekvés közben ő maga is viszonyulhatott ambivalensen a halálhoz (Nock, 2010).

A magyar nyelvű szakirodalom is tükrözi a jelenség elnevezésében tapasztalható sokszínűséget. Az 1960-as és '70-es években használták és néha ma is használják még a paraszuicidum, csuklómetzés/

-vágás, felületes önmetszés, önvagdosás, falcolás, öncsonkítás, önkarcolás, illetve a szándékos önsértés szindróma kifejezést, azonban valójában egyik fogalom sem tükrözi az önsértő magatartás jelenségének komplexitását (Csorba, 2010).

Jelenleg a nemzetközi szakirodalomban a legelterjedtebb NSSI mellett a DSH kifejezést használják, utóbbiba azonban gyakran az öngyilkos magatartást is beleértik (Skegg, 2005; Magde et al., 2013).

### AZ NSSI HELYE A DIAGNOSZTIKAI RENDSZERBEN

Pattison és Kahan korábban idézett 1983-as cikkükben, a DSH szindróma megalkotásakor érzékelték a *Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) akkor érvényben lévő harmadik kiadásának hiányosságait az önsértés jelenségét illetően, és javasolták a szindróma felvételét a kézikönyv következő kiadásába.

A DSM-IV kizárólag a borderline személyiségzavar (BPD) kritériumai között említi explicit módon az NSSI-t „ismétlődő öngyilkossági viselkedés, gesztusok, vagy fenyegetés, vagy öncsonkítás” kritériumként utalva rá (American Psychiatric Association, 2000).

A BPD-n kívül más diagnózisokat is kínál azonban a DSM-IV, amelyekbe egyes önsértő viselkedések – szemlélettől, értelmezéstől függően – beleférhetnek. Ilyen pl. a trichotillománia (amelyet nem minden szerző sorol az önsértő viselkedésformák közé), a máshova nem sorolt impulzuskontroll zavar, illetve a sztereotip mozgászavar önsértő viselkedéssel (Simeon és Favazza, 2001).

A DSM-5-be végül bekerült meghatározott diagnosztikai kritériumok lefektetése mellett önálló szindrómaként az NSSI, de csak a „további tanulmányozásra érdemes” szekcióba (American Psychiatric Association, 2013). A kézikönyv felhívja a figyelmet arra, hogy az NSSI leggyakoribb formája a vágás, és hogy a többféle módszert kombináló önsértés súlyosabb pszichopatológiákkal hozható összefüggésbe, az öngyilkossági kísérletet is beleértve (American Psychiatric Association, 2013). Szót ejt az NSSI jellemzően kora kamaszkori indulásáról és a prevalenciában mutatkozó nemi különbségekről. A kézikönyv a differenciáldiagnózis megalkotásakor az NSSI BPD-től, öngyilkos magatartástól, trichotillomániától és patológiás bőrtépkedéstől, valamint az elsősorban fejlődési zavarokhoz kapcsolódó sztereotip önsértéstől történő elkülönítésére hívja fel a figyelmet.

### AZ NSSI EPIDEMIOLOGIA ADATAI

Az NSSI jellegzetesen serdülőkorban, 12-14 éves kor körül kezdődő jelenség (Nock és Prinstein, 2004), pont prevalenciája magasabb serdülők körében, mint felnőtteknél (Nock, 2010). Ez a különbség akkor is megjelenik a tanulmányokban, ha az élettartam prevalenciára kérdeznék rá, amelyből arra következtethetünk, hogy vagy az elmúlt években nőtt meg az NSSI aránya, vagy idősebb korban a felejtés vagy más torzítások hatására a személyek kevésbé számolnak be önsértésről, esetleg mindkét faktor befolyásolja az NSSI-ben megjelenő életkori különbségeket (Nock, 2010).

Közösségi mintán végzett kutatások alapján az NSSI élettartam prevalenciáját felnőttek körében kb. 4%-ra becsüljük (Klonsky et al., 2003), míg ez az arány serdülők körében 15-46% (Ross és Heath 2002; Lloyd-Richardson et al., 2009; Brunner et al., 2013), klinikai serdülő mintán pedig még magasabb, 40%-80% körüli (Darche, 1990; Jacobson, et al., 2008; Nock és Prinstein, 2004). Az egyes csoportokon belül becsült prevalenciák széles intervallumának oka, hogy az NSSI felmérése kevés igazán nagyszabású epidemiológiai vizsgálatnak képezte részét, ezért több aránylag kis mintás, eltérő definícióval és módszertannal dolgozó vizsgálatból következtetünk a jelenség gyakoriságára. Az NSSI aggasztóan magas életprevalenciája azonban ezekből az adatokból is egyértelműen kiderül (Nock, 2010).

Az NSSI élettartam prevalenciájában mutatkozó változások feltérképezéséhez Muehlenkamp és munkatársai (2012) szisztematikus áttekintésükben 2005-2011 között megjelent ötvenkét empirikus tanulmányt elemeztek, amelyek különböző országok serdülő mintáin vizsgálták az NSSI/DSH prevalenciát. Mind az NSSI, mind a DSH (vagyis öngyilkossági szándékú önsértést nem kizáró) meghatározást alkalmazó kutatások esetében hasonló prevalencia értékeket találtak (18%, SD=7,3, illetve 16,1%, SD=11,6). A két jelenség prevalenciája közötti szignifikáns különbség hiánya a szerzők szerint arra utalhat, hogy a vizsgálatokban valószínűleg nagyon hasonló jelenségeket vizsgáltak. A korábban rendszeresen növekedő epidemiológiai adatokról beszámoló kutatásokkal szemben áttekintésükben a 2005 és 2011 között NSSI-ről vagy DSH-ről beszámoló serdülők aránya konzisztens és állandó, vagyis a serdülőkori önsértés életprevalenciája a szerzők szerint mostanra stabilizálódni látszik.

A kutatási eredmények az NSSI prevalenciája mellett a nemi arányokra vonatkozóan is ellentmondásosak. A nemi különbségek sok tanulmányban

hangsúlyosan megjelennek: egyes eredmények szerint serdülőkorban az NSSI életprevalenciája körülbelül két-háromszor akkora lányok, mint fiúk körében (pl. Madge et al., 2008; Bakken és Gunter, 2012), vannak azonban olyan kutatások is, ahol a nemi különbség nem vagy közel sem ekkora mértékben jelenik meg (Klonsky et al., 2003; Whitlock et al., 2006).

Mint már korábban utaltunk rá, a hazai serdülőkori NSSI helyzetről meglehetősen kevés forrás áll rendelkezésre. Az epidemiológiai eredmények klinikai serdülő mintán a Pannónia-felmérésből származnak. Ennek alapján 2004 és 2006 között a vizsgálatba bevont dunántúli megyeszékhelyek gyermek- és ifúságpszichiátriai gondozóiban a 14-18 éves, kezelésben részesülő fiatalok 25,6%-a volt önsértő (Csorba, 2010).

A magyar serdülők nem klinikai populációjáról két nemzetközi kutatásból származnak az adataink: a Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) és a Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) vizsgálatból, ezeknél azonban az önsértés vizsgálatánál a meghalás szándéka nem volt kizáró ok. Az NSSI életprevalenciája a SEYLE vizsgálatban (Brunner, Kaess et al., 2013) a magyar serdülők körében lányoknál 19,0%, fiúknál 14,4% volt, míg a CASE vizsgálat alapján 3,4% a fiúk, és 10,3% a lányok körében (Madge et al., 2008). Ezek az arányok a többi résztvevő országhoz képest mindkét vizsgálatban alacsonynak számítanak: az átlagos életprevalencia a SEYLE-ben 29,9% fiúk és 24,6% lányok körében, a CASE-ben pedig lányoknál 13,5%, fiúknál 4,3% volt.

## AZ NSSI LEHETSÉGES OKAI ÉS FUNKCIÓI

Az önsértés definíciója kapcsán látható az a sokszínűség, ahogyan különböző korok és pszichológiai irányzatok szerzői a jelenséghez, illetve annak lehetséges okaihoz és funkcióihoz közelítettek.

Suyemoto (1998) az NSSI lehetséges intrapszichés és interperszonális funkcióit úgy összegezte, hogy a vonatkozó elméletekből nagyobb kategóriákat hozott létre.

A környezeti modellek (pl. Podovoll, 1960) lényege, hogy az önsértő személy a környezetéből érkező válaszok megerősítésként hatnak a viselkedésére, miközben a környezete igényeit is kiszolgálja azáltal, hogy más módon nem megjeleníthető konfliktusokat fejez ki.

Az érzelemszabályozási modellek (pl. Darche, 1990) szerint az NSSI a máshogyan nem megfogalmazható düh, szorongás vagy fájdalom kifejezésére és kontrollálására és az ezek intenzitása miatt fenyegető disszociáció elkerülésére szolgál, illetve felfogható

a szelf és mások elkülönítésére irányuló törekvésként is (interperszonális modellek, pl. Carroll et al., 1980; Kafka, 1969, idézi Suyemoto, 1998).

A pszichoanalitikus megközelítésű drive modellek (pl. Menninger, 1938) alapján az NSSI lehet az öngyilkosság helyettesítője (kompromisszum az élet- és a halálöszön között), illetve szexualitással kapcsolatos konfliktusok is motiválhatják. A pszichoanalitikus magyarázatok közé tartozik Hermann Imre (1984) megközelítése is, aki a viselkedés hátterét a megkapaszkodási és a keresési ösztönből, illetve az ezek elhárítására kialakuló elszakadás és elbújás mintázatából, vagyis a megkapaszkodási szindrómából vezette le.

Nock (2009) egy olyan integrált teoretikus modell megalkotására törekedett, amely összefogja az NSSI kialakulását és fennmaradását magyarázó megközelítéseket. Modellje szerint az NSSI a) egyszerre tölt be érzelmi/kognitív élményeket szabályozó, illetve mások felé kommunikációs/befolyásolást célzó funkciót; b) kockázatát növelik az érzelemszabályozás/interperszonális kommunikáció zavarához hozzájáruló disztális faktorok (pl. gyermekkori abúzus); c) számos más specifikus faktor (pl. modellkövetés) is befolyásolja azt, hogy ezeket a funkciókat adott személynél miért éppen az NSSI tölti be. A modell feltételezi, hogy az önsértő személyekben valamilyen okból intra- és interperszonális vulnerabilitás alakult ki, amely tetten érhető pl. a módosult stresszválaszban vagy a személy érzelemszabályozási, megküzdési és kommunikációs módjaiban, az NSSI-t pedig az ezek nyomán létrejövő állapotok és helyzetek kezelésére használják. A szerző egy korábbi cikkében azonban azt is hangsúlyozza, hogy az önsértésből származó hegek veszélyes helyzetek túlélését, illetve az agresszióval szembeni rezilienciát is jelezhetik a társak felé. Egyes szubkultúrák megjelenési szokásait (pl. tetoválás, halállal kapcsolatos motívumok viselése) ennek a funkciónak egy enyhébb változataként említi (Nock, 2008).

Arra, hogy miért éppen az NSSI fogja betölteni a személy számára a felsorolt funkciókat, Nock (2009, 2010) különböző hipotéziseket alkotott meg. A társas tanulás hipotézis szerint ebben más önsértők viselkedésének megfigyelése játszik kiemelt szerepet, míg az önbüntetés hipotézis szerint az NSSI a másoktól elszenvedett ismétlődő abúzusokból és kritikákból tanult viselkedés. A társas jelzés hipotézis szerint azoknál alakul ki és marad fent az NSSI, akik más kommunikációs módokkal valamilyen okból nem tudták elérni a kívánt hatást. A pragmatikus hipotézis szerint az NSSI más, hasonló funkciókat szolgáló viselkedésekhez (pl. szerhasználathoz) képest gyorsan

és egyszerűen kivitelezhető, ezért népszerű a késleltetésre kevésbé képes, alkoholhoz vagy más pszichoaktív szerhez nehezen hozzáférő serdülők körében. A fájdalom analgézia/ópiát hipotézis arra hívja fel a figyelmet, hogy az önsértő személyek gyakran arról számolnak be, hogy az önsértő epizódok alatt nem érznek fájdalmat, illetve laboratóriumi vizsgálatokban is csökkent fájdalomérzés figyelhető meg náluk, amely jelenségre több magyarázat is lehet – pl. az ismételt abúzusok következtében kialakult habituáció, vagy az önsértésre reagáló endogén ópiátrendszer (Sher és Stanley, 2008). Végül az implicit identifikáció hipotézis szerint ezek a személyek „önsértőként” azonosítják magukat, így fokozott érzelemszabályozást igénylő helyzetekben preferálják az NSSI-t más lehetőségekkel szemben (ahogyan a magát dohányosként azonosító személy számára is kézenfekvő, hogy rágyújtson).

Klonsky (2007b) áttekintő tanulmányában az NSSI leggyakoribb funkciójaként az érzelemszabályozást (elsősorban a magas arousallal jellemezhető negatív érzések, pl. érzelmi elárasztottság csökkenését, illetve az alacsony arousallal járó pozitív érzések, pl. nyugodtság, megjelenését és növekedését) és az önbüntetést, harmadik leggyakrabban említettként pedig az anti-szucid jellegét emeli ki. Ezeket követi gyakoriságban az anti-disszociációs/anti-deperszonalizációs funkció, az interperszonális hatás gyakorlása (utóbbi serdülőknél valamivel gyakoribb, mint más vizsgált populációkban), az élménykeresés és az interperszonális határok kijelölése. Hangsúlyozza, hogy az egyes funkciók nem zárják ki egymást, és hogy az NSSI adott személy életében betöltött funkcióinak felismerése rendkívül fontos a megfelelő, személyre szabott terápiás terv kialakításában.

### **AZ NSSI MEGJELENÉSE MÁS PSZICHIÁTRIAI ZAVAROKNÁL, ILLETVE KOMORBIDITÁSAI**

Ahogy korábban jeleztük, az NSSI a DSM-5-ben önálló diagnosztikus kategóriává lépett elő a további kutatást igénylő pszichiátriai zavarok fejezetben. A korábbi diagnosztikus rendszerek egyértelműen a BPD részjelenségeként tekintettek rá. Azonban a normál populációban is észlelt magas előfordulási gyakoriság is felhívja arra a figyelmet, hogy nem kizárólag BPD-vel élők körében fordul elő önsértés. Glenn és munkatársai (2013) általános serdülőpszichiátriai populációt vizsgálva az NSSI előfordulási gyakoriságát 50%-nak mérték, viszont a valaha önsértést elkövetők közül az akkor még tervezett DSM-5 kritériumot csak azok 78%-a merítette ki. Ezek mellett azt találták, hogy a BPD-ral élők esetén ugyan szignifikánsan

gyakoribb az NSSI előfordulás (és fordítva), de ez az összefüggés nem erősebb a BPD más (a korábbi DSM-ben I. tengelyi diagnózisok) pszichiátriai zavarokkal való együttjárásánál.

Olyan vizsgálat, amely az egyes pszichiátriai zavarokon belül elemezte volna az NSSI előfordulási gyakoriságát csak kis számban jelenik meg az irodalomban. Klerk és munkatársai (2011) azt találták, hogy majd minden pszichiátriai diagnózis szignifikánsan növeli az önsértés esélyét, kivételt a pánik zavar, a generalizált szorongás és a szomatoform zavarok jelentettek, mert ezek csökkentették azt, a disztímia pedig nem befolyásolta az önsértést. Hurtig és munkatársai 2012-ben egy 1986-ban idült születési kohort vizsgálat adatait elemezve az önsértésben a hiperaktivitás/figyelemzavar (attention deficit hyperactivity disorder – ADHD) szerepére hívták fel a figyelmet. Az ADHD diagnózisú populációban az önsértés élettartam prevalenciája több mint a duplája volt a nem ADHD diagnózisú populáció estében mértnek. Nock és munkatársai (2006) a jelenséget fordítva vizsgálva arra jutottak, hogy NSSI-t elkövető klinikai serdülő minta esetében 87,6%-ban áll fenn DSM-IV szerinti I. tengelyi pszichiátriai zavar, és 67,3%-ban DSM-IV II. tengelyi. Az Avon kohort vizsgálat az IQ és a nem szucidális önsértés összefüggésében mind a lányok, mind a fiúk esetében érdekes következtetésre jutott, miszerint a magasabb IQ mindkét nemben növeli az NSSI gyakoriságát, de nem a szucidális szándékú önsértését (Chang et al., 2014). A vizsgálat egyebekben hasonlóan találta a pszichopatológiai rizikófaktorait (depressziós és szorongásos tünetek, szerhasználat) a szucid és a nem szucid önsértésnek, azzal a különbséggel, hogy az együtt járó szucidális önsértés esetén erősebbek voltak (Mars et al., 2014). Nemzetközi együttműködéses vizsgálatban, melyben kutatócsoportunk is részt vett, 12 068 fős, 11 európai országban gyűjtött középiskolai mintán az önsértéssel összefüggésbe hozható pszichopatológiai tényezők: a szucidális, a szorongásos és depresszív tünetek, valamint az illegális droghasználat voltak (Brunner, Kaess et al., 2014).

Az epidemiológiai vizsgálatokból látható, hogy a serdülőkori NSSI prevalenciája közösségi mintákon is igen magas, és bár a megjelenése nem feltétlenül jár együtt klasszifikációs rendszerek kritériumait kimerítő pszichiátriai kórképekkel, valamilyen mentális egészséget érintő problémával szinte minden kutatási eredmény összefüggést talált. Ezek közül különösen hangsúlyosak azok, melyek összefüggenek az önsértő személyek negatív emocionalitásával, az érzéseik tudatosításának és kifejezésének nehézségeivel, illetve

önmaguk leértékelésével (pl. alacsony önértékelés, düh és egyéb negatív érzések szelfre irányultsága) (Klonsky, 2007a).

### AZ NSSI ÉS AZ ÖNGYILKOS MAGATARTÁS KAPCSOLATA

Ahogy az önsértés definíciós kérdéseit felvető fejezetünkben már utaltunk rá, az öngyilkos magatartás és az önsértés szoros összefüggést mutat egymással, annak ellenére, hogy NSSI esetén maga az eseti önsértő aktus definíciószerűen sem „meghalási szándékkal” történik. Az együttjárás aránya kb. 50% normál populációban és kb. 70% klinikai mintán (Muehlenkamp és Gutierrez, 2007; Nock et al., 2006, idézi Klonsky, 2007b). Az eddigi vizsgálatok alapján az NSSI az öngyilkossági kísérleteknél nagyobb gyakorisággal, többféle módszerrel és alacsonyabb letalitással jellemezhető, és az öngyilkossági kísérlettől eltérően a nyugalom, a megkönnyebbülés és a kielégültség érzését hozza magával (Muehlenkamp et al., 2005, idézi Andover et al., 2012). Azok az önsértők, akik arról számolnak be, hogy taszítja őket az élet, nagyobb mértékű apátiával és kevesebb családtagokhoz fűződő kapcsolattal jellemezhetőek, valamint kevésbé félnek az öngyilkosságtól, nagyobb eséllyel kísérelnek meg öngyilkosságot (Muehlenkamp és Gutierrez, 2004, 2007, idézi Klonsky, 2007b).

Az NSSI és az öngyilkos magatartás összefüggésére többféle magyarázati modell állítható fel. Az NSSI lehetséges anti-szuicid funkciója mellett a két jelenséget egy kontinuum végpontjainak tekintve felmerülhet, hogy az NSSI során válik a személy „képpé mindarra”, ami az öngyilkosság kivitelezéséhez szükséges, pl. habituálódik a félelemre és a fájdalomra, ami viszsztatározhatná az öngyilkosság megkísérlésétől (Joiner, 2005, idézi Hamza et al., 2012).

Fontos az NSSI és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolat magyarázatában, hogy ugyanazok a pszichiátriai betegségek állhatnak a háttérben, amelyek felelősek lehetnek mindkét jelenségért (Hamza et al., 2012).

A közös pszichopatológiai gyökerek mellett hangsúlyozni kell, hogy a vizsgálatok alapján a legegyszerűbb öngyilkossági rizikófaktor az önsértők csoportjában a korábbi NSSI epizódok száma (Manca et al., 2014; Hamza et al., 2013; Whitlock et al., 2013).

### KÖVETKEZETÉS

Összefoglalóan elmondható, hogy a saját test megsebzése számos kultúrában megjelenik, szokások és

rítusok széles körben elfogadott, gyakran közösségi funkciókat szolgáló formájában, azonban az adott kulturális kontextusba nem illeszkedő módjai többnyire patológiához társulnak.

Jelen tanulmányunk alapján elmondhatjuk, hogy az önsértés jelenségét (különösen a magyar nyelvű) szakirodalomban a mai napig terminológiai és definíciós nehézségek övezik. A leggyakrabban használt NSSI fogalom alatt olyan kulturális kontextusba nem illeszkedő viselkedést értünk, amely magában foglalja a saját test szöveti károsodásának szándékos és direkt előidézését anélkül, hogy a személynek szándékában állna a viselkedés következtében meghalni. A jelenség jellemzően serdülőkorban indul, és ebben az életkorban előfordulása nem csak a klinikai, hanem a közösségi mintákon is magas, bár a kevés hazai mintát is érintő vizsgálat epidemiológiai adatai a nemzetközi eredményekhez képest alacsonyabb értékeket mutatnak. Az NSSI gyakran együtt jár pszichiátriai zavarokkal, illetve öngyilkos magatartással. Klinikai jelentőségét mutatja, hogy a DSM-5-ben önálló diagnosztikai kategóriaként jelent meg.

Mindezek alapján indokoltnak és szükségesnek tűnik az NSSI jelenségének kapcsán a magyar nyelvű terminológia kialakítása és a hazai szakirodalmi eredmények gazdagítása. Összefoglaló tanulmányunkkal szeretnénk a klinikusok figyelmét felhívni a pszichés zavarok mellett megjelenő NSSI jelentőségére.

---

**Levezető szerző:** Balázs Judit, ELTE PPK, Pszichológia Intézet, 1064 Budapest, Izabella utca 46.  
E-mail: balazs.judit@ppk.elte.hu

---

### IRODALOM

1. American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (4th Edition, Text Revision), Washington, DC: American Psychiatric Association.
2. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th Edition). Arlington, V.A., American Psychiatric Association, 2013.
3. 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(11).
4. Bakken, N. W., Gunter, W. D. (2012) Self-Cutting and Suicidal Ideation among Adolescents: Gender Differences in the Causes and Correlates of Self-Injury. *Deviant Behav*, 33(5): 339-356.
5. Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C., Wasserman, C., Sarchiapone, Resch, F., M., Apter, A., Balázs J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosmann, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J. P., Keeley, H., Mészáros G., Nemes B., Podlogar, T., Postuvan, V., Saiz, P.A., Sisask, M.,

- Tubiana, A., Varnik, A., Wasserman, D. (2013) Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatr*, 55(4): 337-348.
6. Cavanaugh R. M. (2002) Self-mutilation as a manifestation of sexual abuse in adolescent girls. *J Pediatr Adol Gynec*, 15: 97-100.
  7. Chang S. S., Chen Y. Y., Heron J., Kidger J., Lewis G., Gunnell D. (2014) IQ and adolescent self-harm behaviours in the ALSPAC birth cohort. *J Affect Disord*. 152-154:175-182.
  8. Csorba J., 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. *Eur Child Adolesc Psy*, 18(5), 309-320.
  9. Csorba J. Öngyilkos és önsértő magatartás serdülőkorbán. Animula Kiadó, Budapest, 2010.
  10. Darche, M.A. (1990) Psychological factors differentiating self-mutilating and nonself-mutilating adolescent inpatient females. *The Psychiatric Hospital*, 21: 31-35.
  11. Demetrovics Zs., Kun B. Viselkedési addikciók. In: Demetrovics Zs. (Eds), *Az addiktológia alapjai I. Eötvös Kiadó, Budapest, 2007, pp. 133-225.*
  12. Diós I., Viczián J. Magyar Katolikus Lexikon III. Szent István Társulat, 1997.
  13. Favazza, A. R. *Bodies under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, second ed. JHU Press, 1996.
  14. Favazza, A. R. *Bodies under siege: self-mutilation, nonsuicidal self-injury, and body modification in culture and psychiatry*, JHU Press, 2011.
  15. Glenn CR, Klonsky ED (2013) Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 42(4): 496-507.
  16. 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. *Clin Psycho Rev*, 32(6): 482-495.
  17. Hamza CA, Willoughby T (2013) Nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a latent class analysis among young adults *PLoS One*. 8(3): e59955.
  18. Hermann I. (1984) *Az ember ősi ösztönei. Magvető Kiadó, 1984.*
  19. Hurtig T, Taanila A, Moilanen I, Nordström T, Ebeling H. (2012) Suicidal and self-harm behaviour associated with adolescent attention deficit hyperactivity disorder – a study in the Northern Finland Birth Cohort 1986. *Nord J Psychiatry*, Oct; 66(5): 320-8
  20. 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: 275-363.
  21. de Klerk S1, van Noorden MS, van Giezen AE, Spinhoven P, den Hollander-Gijsman ME, Giltay EJ, Speckens AE, Zitman FG. (2011) Prevalence and correlates of lifetime deliberate self-harm and suicidal ideation in naturalistic outpatients: the Leiden Routine Outcome Monitoring study. *J Affect Disord*. 133(1-2):257-64.
  22. Klonsky, E. D. (2007a) The functions of deliberate self-injury, A review of the evidence. *Clin Psychol Rev*, 27: 226-239.
  23. Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J. J. (2007b) Self-injury: A research review for the practitioner. *J Clin Psychol*, 63(11): 1045-1056.
  24. Klonsky E. D., Oltmanns, T. F., Turkheimer, E. (2003) Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am J Psychiatr* 160: 1501- 1508.
  25. Klonsky, E. D., Moyer, A. (2008) Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 192: 166-170.
  26. Kreitman, N. *Parasuicide*. Chichester, Wiley, 1977.
  27. Lengyel D. Régi magyar mondák. Móra Ferenc Könyvkiadó, 1997.
  28. Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., Kelley M. L. (2007) Characteristics and functions of nonsuicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, 37(8): 1183-92.
  29. Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. D., Corcoran, P., Fekete, S., van Heerigen, K., De Leo, D., Ystgaard, M. (2008) Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *J Child Psychol Psych*, 49(6): 667-677.
  30. Manca M, Presaghi F, Cerutti R (2014) Clinical specificity of acute versus chronic self-injury: measurement and evaluation of repetitive non-suicidal self-injury *Psychiatry Res*. 215(1):111-9
  31. Mars B., Heron J., Crane C., Hawton K., Kidger J., Lewis G., Macleod J., Tilling K., Gunnell D. (2014) Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: findings from the ALSPAC cohort. *J Affect Disord*. 168:407-414.
  32. Menninger, K. A. (1935) A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations. *The Psychoanalytic Quarterly*: 4, 408-466.
  33. Morgan, S., Rickard, E., Noone, M., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., Butler, J., Guerin, S., Fitzpatrick, C. (2013) Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help – a psychosocial profile. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(13).
  34. Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., Plener, P. L. (2012) International Prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6:10
  35. Nixon, M. K., Cloutier, P. F., Aggarwal, S. (2002) Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Psy*, 41(11), 1333-1341.
  36. Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008) Nonsuicidal self-harm in youth: A population based survey. *Can Med Assoc J*, 178: 306-312.
  37. Nock MK1, Joiner TE Jr, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. (2006) Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res*. 144(1): 65-72.
  38. Nock, M. K. (2009) Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Curr Dir Psychol Sci*, 18(2): 78-83.
  39. Nock, M. K. (2010) Self-injury. *Annu Rev Clin Psycho*, 6: 339-63.
  40. Nock, M. K., Prinstein, M. J. (2004) A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J Consult Clin Psy*, 72(5): 885-890.
  41. Noll, J. G. , Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., Putnam, F. W. (2003) Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse. *J Interpers Violence*, 18: 1452-1471.
  42. Pattison, E. M., Kahan, J. (1983) The Deliberate Self-Harm Syndrome. *Am J Psychiatry*, 140(7): 867-872.
  43. Podovoll, E. M. (1969) Self-mutilation within a hospital setting: A study of identity and social compliance. *British J Med Psychol*, 42: 213-221.
  44. Ross, S., Heath, N. (2002) A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolescence*, 31: 67-77.



45. Sher, L., Stanley, B. H. (2008) The Role of Endogenous Opioids in the Pathophysiology of Self-Injurious and Suicidal Behavior. *Archives of Suicide Research*, 12(4), 299-308.
46. Simeon, D., Favazza, A.R. Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In Simeon, D., Hollander, E. (Eds) *Self - injurious behaviors: Assessment and treatment*. American Psychological Association, Washington, 2001, pp. 1-28.
47. Skegg, K. (2005) Self-harm. *Lancet*, 366:1471-83.
48. Suyemoto, K. L. (1998) The functions of self-mutilation. *Clin Psychol Rev*, 18(5): 531-544.
49. Trewavas, C., Hasking, P., McAllister, M. (2010) Representations of non-suicidal self-injury in motion pictures. *Arch Suicide Res*, 14(1): 89-103.
50. 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. *Psychiat Res*, 197(1): 73-77.
51. Whitlock, J., Eckenrode, J., Silverman, D. (2006) Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6): 1939-1948.
52. Whitlock, J.L., Purington, A., Gershkovich, M. Influence of the media on self-injurious behavior. In Nock, M. (eds). *Understanding non-suicidal self-injury: Current science and practice*. American Psychological Association Press, 2009, pp. 139-156.
53. 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 *J Adolesc Health*. 52(4):486-92.

## Non-suicidal self-injury in adolescents: current issues

Although non-suicidal self-injury (NSSI), a behavior with a typical onset during adolescence, is a well-researched topic in the international literature and affects numerous adolescents both in clinical and non-clinical populations, it is rarely studied in Hungary. The aim of our paper is to review the historical and cultural background, terms and definitions used in the international and Hungarian literature, the epidemiology, the psychosocial correlates and the theories for possible predictors and functions of NSSI. Terms and definitions for NSSI evolved in international but not in Hungarian literature. Most frequently found functions for NSSI were affect regulation, self-punishment, anti-suicide, anti-dissociation. NSSI is also used to affirm interpersonal boundaries, for sensation seeking and to influence others. Prevalence of NSSI is 15-46% in community and 40-80% in clinical sample in adolescents. Hungarian results on prevalence of NSSI are relatively low in comparison with international data (7-17% in adolescent community sample). NSSI is often associated with psychiatric disorders: DSM-IV Axis I disorders are present in 88% and Axis II disorders are present in 67% of adolescent self-injurer samples. NSSI and suicidal behavior are two different but not independent phenomena: correlation is approximately 50% in community and 70% in clinical population. In conclusion we would like to highlight that NSSI affects numerous adolescents and it is often comorbid with other psychiatric disorders, thus developing adequate Hungarian terminology, increasing the amount of Hungarian studies and the up-to-date knowledge of the clinicians are necessary.

**Keywords:** adolescence, non-suicidal self-injury, suicide