Az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységek a szociálisan elfogadottól a patológiás formákig: a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértésről

Kalmár Sándor

Magánrendelő, Kecskemét

A szerző megállapítja, hogy egyre gyakoribb és súlyos népegészségügyi problémát jelent a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés, különösen serdülőkorban. Annak ellenére, hogy a jelenség az emberiség kezdete óta ismeretes, sőt az állatvilágban is, ma még nem tudjuk egyértelműen sem megmagyarázni, sem megakadályozni az elterjedését. A szerző áttekinti az önsértéssel kapcsolatos fogalmi zavarokat, a magatartási fenotípusok kultúrtörténeti, mitológiai előzményeit, az ellentmondásos fogalmakat, a fogalmak tisztázatlanságának okait, az önsértések osztályozásait, és felvázol egy új osztályozást az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységek magyarázatára. Áttekinti az önsértő magatartás és az egyéb pszichopatológiai tünetek és a pszichiátriai betegségek kapcsolatát, az önsértő magatartás kialakulásának magyarázatait, és a további kutatások irányait. Az önsértés különböző modelljei mellett bemutat egy holisztikus modellt. Az önsértő magatartás kezelési irányelvei mellett felhívja a figyelmet a genetikai és idegrendszeri kutatások, a pszichológiai, kulturális és spirituális kutatások, a nevelés és a megelőzés fontosságára, felsorol néhány fontosabb kérdést, amelyekre a jövő kutatóinak meg kell keresni a válaszokat, ha azt szeretnénk, hogy minden gyermek egészségesen léphessen át a felnőttek világába.

(Neuropsychopharmacol Hung 2016; 18(1): 021–038)

Kulcsszavak: nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés, magatartási fenotípusok, önsértő magatartások, önsértés, szándékos önkárosítás szindróma, személyiségfejlődés zavarai, az önsértések osztályozása, kezelése és megelőzése

Mottó: „*A test és a lélek szétválasztása mesterséges művelet, olyan diszkrimináció, amely nem annyira a dolgok természetében, sokkal inkább a megismerő értelem sajátosságában rejlik. A testi és lelki ismertetőjelek kölcsönös egymásra hatása valóban annyira bensőséges, hogy a test állapotából nem csak a lelkire lehet messzemenő következtetéseket levonni, hanem a lelki sajátosságból is a megfelelő testi megjelenési formákra.*”

(Jung)

A témaválasztás fontosságát jelzi, hogy az utóbbi időben felgyorsult fejlődés következtében egyre nő a szakadék a megjelenő újabb pszichopatológiai tünetek, jelek, pszichiátriai zavarok és a pszichiátria fejlődése között. Ugyancsak növekszik a születéstől a felnőtté válásig tartó úton haladók változása, amelyet nem követ a változások okainak és megfelelő kezelésének a megismerése és kezelése. A felnövekvő gyermekek szükségletei és az őket nevelő szülők és pedagógusok ismerete sajnálatos módon nincsen szinkronban, így a gyermekek a fejlődésük minden szakaszában, de különösen a serdülőkorban magukra maradnak. Ezt jelzi egyre több vizsgálat és közlemény, amely beszámol a fiatalok közt előforduló, pszichopatológiai tünetek növekvő előfordulásáról, amelyekkel a gyermekeket nevelő szülők és pedagógusok nem tudnak mit kezdeni. Ezen tünetek közt egyre nagyobb számban jelentkeznek olyan jelenségek, amelyeknek az előfordulása már népegészségügyi problémát is jelent (Kalmár P, 2011; Kalmár, 2011c, 2013b). A kezelésre szoruló pszichiátriai és magatartászavarban szenvedő gyermekek száma az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban, de Magyarországon is meghaladja a 20%-ot (Vetró, 1997), és a WHO előrejelzése szerint ez 2020-ig 50%-kal fog növekedni. Az már ismert, hogy a fiatalkorban elkövetett öngyilkosságok ijesztően magas száma első helyen szerepel a korcsoporton belüli halálozásban, megha-

ladva a 20%-ot (Kalmár, 2013a), Az is közismert, hogy a szülők jelentős része nincs felkészítve a gyermekei nevelésére, és ebben hibás az iskola, az oktatási és nevelési hiányosságok, és az iskolai nevelésből hiányzó lényeges értékrend, valamint az egészségtan, mentális egészségtan teljes hiánya nem teszi lehetővé a fiatalok nagy része számára az egészséges személyiségfejlődést. Az ember magatartását, viselkedését a fejlődése, nevelése során szerzett értékrenden alapuló döntései határozzák meg. Az egészséges személyiségfejlődés elősegítése érdekében a szülőknek senki nem segít. Erre sem a házi gyermekorvosi szolgálat munkatársai, sem a védőnők nincsenek felkészítve, ugyanakkor senki nem ellenőrzi a családon belüli nevelési folyamatot, de az óvodákban és az iskolában sincs minőségi szupervízió, amely ténylegesen minősíthetné a pedagógusok nevelési munkájának a színvonalát. A jelenlegi formális minőségbiztosítási és minőségjavítási rendszerek sematikusak, formálisak, egyáltalán nem biztosítják mindenütt a magas színvonalú nevelést (Kalmár, 2015a). A fiatalok körében előforduló nagyszámú pszichopatológiai és pszichotikus tünet előfordulása mellett súlyos problémát jelentenek a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértések olyan nagymértékű előfordulása, amelyet ma sem a szülők, sem a pedagógusok, de a gyermekorvosok és pszichiáterek sem ismernek fel, és nem is tudnak vele mit kezdeni.

A viselkedés és magatartászavarok között ilyen jelenség a serdülőkorban kialakuló, egyre gyakoribb nem-szuicidális önsértés vagy nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés, amelyre Horváth Lili Olga, Mészáros Gergely és Balázs Judit kitűnő közleményükben hívták fel a figyelmet. Az említett közlemény ismerteti a fogalmak és a diagnosztikai rendszerek hiányosságait, a terminológiai és definíciós nehézségeket, a jelenség epidemiológiáját, amely szerint az egészséges serdülők közti előfordulás ijesztően magas, 15-46%, a klinikai mintákban 40-80%. A hazai vizsgálatok ettől alacsonyabb előfordulásról számolnak be, aminek az is oka lehet, hogy egyrészt az önsértés tabu téma, másrészt a vizsgálók nem ismerik az egészségesnek tartott egyének állapotát, azt csupán feltételezik, és sem a szülők, sem a pedagógusok nem ismerik fel a jelenséget (Horvát, Mészáros, Balázs, 2015). Az önsértés előfordulási gyakorisága azért is bizonytalan, mert az alkalmazott motivációs skálák nehezen értékelhetőek a nem motivált elkövetőknél. Osuch és munkatársai hat motivációs tényezőt állapítottak meg: 1. affekt moduláció (affect modulation), 2. elhagyatottság (desolation), 3. büntető kettősség (punitive duality), 4. mások befolyásolása (influencing others), 5. mágikus ellenőrzés (magical control), 6. auto-stimuláció (self-stimulation). A motivációk lehetnek intraperszonálisak és interperszonálisak egyaránt.

Az irodalomban számos névvel illetik ezt a jelenséget: önpusztító viselkedés (Perczel Forintos, Ajtay Boross, 2011), önsértő magatartások (self injurious behaviours, SIB) nem szuicidális önsértés (non-suicidal self injury, NSSI), fizikai önkárosítás, szándékos önártalom, felületes öncsonkítás, lokalizált öndestrukció, paraszuicidium, önsebzés, patológiás öncsonkítás, autoagressziv viselkedés, szándékos önkárosítás szindróma (deliberate self-harm, DSH) nem öngyilkos szándékkal történő önsértés stb., de egységes fogalmi meghatározás kialakítása ez ideig még nem sikerült. Az Egyesült Királyságban 2015. március 1-jén az önsértés tudatosság napját tartották, mert szerintük a 15 éves fiatalok mintegy 20%-a végez önsértést.

HÁTTÉR

A pszichopatológiai jeleket és tüneteket, ezen belül a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértést a teljes szomatikus, organikus neurológiai, pszichológiai, kulturális, szociális és spirituális hátterének felismerése nélkül sem megérteni, sem tökéletesen kezelni nem tudjuk. A magatartás, a viselkedés, a környezethez való alkalmazkodás, a környező világ megváltoztatása elképzelhetetlen az idegrendszer ép működése nélkül, amelyet azonban a magatartásunkkal, a viselkedésünkkel, a táplálkozásunkkal, fizikális, pszichés, kulturális és spirituális szokásainkkal jelentősen tudjuk javítani és károsítani egyaránt. Például az alkohol, pszichoaktív szerek, izotretinoin, rausedyl és számtalan más gyógyszer az idegrendszeren keresztül hangulatzavart és egyéb pszichopatológiai tüneteket hoznak létre, más szerek, például pszichoaktív szerek, vagy egyes fűszerek (pl. szerecsendió) túlzott bevitele tudatmódosulást, érzékcsalódásokat okoznak (Jacobs, Deutch, Brewer, 2001; Isekutz B, Isekutz L, 1979). Az idegrendszer, a hormonrendszer, a biogén aminok szerepe a viselkedésben és a pszichiátriai betegségek keletkezésében és gyógykezelésében évtizedek óta ismert (Lipcsey, Szentistványi, Janka, 1986; Lipcsey, Nagy, 1989; Gaszner, 1989; Cosman, 2013; Horváth, Kéri, Janka, 2015). Természetesen fontosak a szubjektív pszichológiai, pszichoterápiás, kulturális, szociális és spirituális beavatkozások, azonban csak az objektív, organikus neurológiai eredet felderítése teszi lehetővé a bizonyítékokon alapuló gyógyítás neuropszichofarmakológiai módszereinek kidolgozá-

sát. A nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés esetében a jelenlegi pszichés, kulturális, szociális, spirituális és neurológiai szétválasztás valójában a test és a lélek kettősségének redukcionista anakronizmusa. Jól tudjuk, hogy a test hat a pszichére és a psziché hat a testre, a kettő csak didaktikai céllal választható szét. Senki nem vitatja, hogy kémiai és biológiai anyagok megváltoztatják a lelki működéseket, a tudat állapotát, és a szó, a környezet, a kultúra, a társadalom, a nevelés, a spiritualitás, a pszichoterápia megváltoztatja az idegrendszert, mint ahogyan egy oda nem illő mondat hatására egy fiatal lány arcán olyan értágulat és vérbőség keletkezik, amit lehetetlen nem észrevenni. Ez az egész pszichoszomatika alapja is (Kalmár, 2014).

Közel 30 évvel ezelőtt, a magyar pszichiátria önállóságának gyermekkorában a kor legkiválóbb pszichiáterei a pszichiátria holisztikus megközelítése mellett határozottan állást foglaltak abban a kérdésben, hogy minden magatartásnak, viselkedésnek, így a pszichiátriai tüneteknek, jeleknek és betegségeknek is az organikus neurológiai alapja meghatározó. Lipcsey, Szentistványi és Janka professzorok *A biológiai pszichiátria alapjai* című könyvükben részletes ismertetést adtak, objektív, természettudományos alapon az idegrendszer elváltozásai és az akkori szubjektív diagnosztikai rendszeren alapuló pszichiátriai betegségek kapcsolatáról (Lipcsey, Szentistványi, Janka, 1986). Sajnálatos módon, akkor még nem kerültek előtérbe a pszichiátriai tünetek és jelek pontos meghatározásai. Az első magyar nyelvű pszichiátriai szótár csak 1998-ban jelent meg (Kalmár, 1998), azóta több kiadást is megélt, sőt a rövidített változata belekerült A pszichiátria magyar kézikönyve második kiadásától kezdve minden kiadásába, és számos része a Pszichiátriai Lexikonba is (Kalmár S, Kalmár P, 2007; Füredi, Németh, 2015; Ozsváth, 2011). A neurológiai tankönyvek részletesen foglalkoztak és foglalkoznak az idegrendszeri elváltozások pszichiátriai tüneteivel, utalok Horányi Béla 1966-ban megjelent *Neurológia* című tankönyvére. A pszichiátriát azonban mindig megosztotta az elmebetegségről alkotott két nézet, és ez a kettősség sajnos ma is él. Az egyik az idegtudományok szerepét hangsúlyozza az agy anatómiája, élettana és biokémiája alapján, amelynek következménye a magatartás, a lelki működés. Ez a felismerés nem új-keletű, már Hippokratész is ismerte: „Az embernek tudnia kellene, hogy az agyban és kizárólag az agyban keletkeznek élvezeteink, örömeink, nevetésünk és tréfáink, csakúgy, mint szomorúságaink, fájdalmaink, bánataink és félelmeink. És legfőképpen általa gondolkodunk, látunk és hallunk." A másik elképzelés a betegek életének pszichoszociális oldalát helyezi előtérbe, tüneteiket szociális problémáknak vagy múltbéli, személyesen átélt stressznek tulajdonítja, melyekhez az emberek valószínűleg hibásan alkalmazkodtak. A kizárólagosa szubjektív megközelítéssel a jelenséget magyarázni lehet, de megérteni és megfelelő módon kezelni nem. Érdemes lenne jobban odafigyelni a percepciózavarokra (Kalmár, 2010e), és az évezredek óta ismert módosult tudatállapotokra, amelyek organikus idegrendszeri alapjai egyre ismertebbek (Patandzsali Yoga-szutrái). Egyes megfigyelések leírják, hogy a betegek gyakran transzszerű, állapotban követik el az önsértést, illetve disszociált állapotban tépik ki a szőrszálakat (Frecska, Wiesenmayer, 2005, Moretti, 2008; Kaczvinszky, 1942; Kalmár 2014).

Az emberi test megváltoztatására irányuló jelenségek kialakulása

A születéstől az élet végéig az embernél kialakulnak bizonyos viselkedés és magatartásformák, amelyek, többek között az emberi testtel, az azzal való elégedettséggel vagy elégedetlenséggel kapcsolatosak, annak egyes részei megváltoztatására irányulnak, mintegy beleégnek az ember személyiségébe, szokássá válnak. Ezek egy része a környezet által elfogadott normák, spirituális kötelezettségek közé, a másik része a rossz szokások, a harmadik része a deviáns-formák, a negyedik része a pszichopatológia körébe tartozik. Ezek a jelenségek egy összefüggő, közvetlenül egymást követő vonal mentén (kontinuum) mentén helyezkednek el az egészséges és a kóros között, és a társadalom, a kultúra, a környezet normáitól függően kerülnek értékelésre. Egy-egy jelenség az egyik társadalomban elfogadott, a másikban kötelező, a harmadikban kevésbé vagy egyáltalán nem az. A megítélés folytonosan változik az időtől és a társadalmaktól függően. Az azonban mindenki számára elfogadott tény, hogy ezen jelenségek mögött az idegrendszer elváltozásai találhatóak meg, még ha nem is minden esetben ismerjük a kiváltó okokat és a biokémiai elváltozásokat.

Az elváltozásokkal kapcsolatban – amelyek nagyon sok esetben külső kényszerként jelentkeznek, és beépültek a társadalom normái, szertartásai közé – ősidők óta számos magyarázat született, és ma is elsősorban számtalan szubjektív, antropológiai, mitológiai, pszichológiai, kulturális/szociális, spirituális, hermeneutikai magyarázat ismeretes. A jelenségek organikus eredetének teljes felderítése még várat magára.

Az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységek kialakulásának, megértésének és kezelésének során feltétlenül figyelembe kell venni az ember fejlődését a születéstől a felnőtt korig, nemcsak

(1) testi és (2) pszichológiai, de (3) kulturális-szociális és (4) spirituális szempontból is. A négy fejlődési vonal normális körülmények között párhuzamosan halad, és nagyon pontosan meghatározható szakaszokra osztható. A testi és pszichológiai fejlődés az orvostudomány körébe tartozik, azonban a kulturális, szociális és spirituális fejlődés már nem. Az ember holisztikus megközelítéséhez azonban ezek is szükségesek. A gyermeki spirituális fejlődés megismeréséhez jelentős mértékben hozzájárult Piaget, aki a gyermeki gondolkodás fejlődésmenetét vizsgálva részletesen foglalkozik a gyermekek mágikus gondolkozásával is, sőt egy helyütt mágikus eredetű, nem öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértésről is beszámol, amikor egy gyermek 5-6 éves korában kimunkált „saját mágiája" során titokban gombostűkkel szurkálta magát, és könyvekkel ütögette a csuklóját a mágikus hiedelmei következtében. Itt kapcsolódik a mágia, a spirituális fejlődés megrekedése és a babona egymáshoz, ami sajnálatos módon ma Magyarországon jelentős. Középiskolások körében végzett vizsgálataink során 932 tanulónál, (421 fiú+511 lány) nyolc iskolában azt találtuk, hogy nagy különbség volt az egyes iskolák között. A babonás szokások előfordulása 17,4-46,8% között változott, a különbség 29,4% volt. Ugyanakkor a spiritualitás szintje 14,36-54,88% között, (a különbség 40,52%) a spiritualitás teljes hiánya 5,59-44,13% között változott, a különbség 38,54% volt. Egyetemista és főiskolás hallgatók közt 803 tanulónál hét egyetemen és főiskolán azt találtuk, hogy itt is nagy különbség volt az egyes iskolák között. A babonás szokások előfordulása 26,9-50,0% között változott, a különbség 23,1% volt. Ugyanakkor a spiritualitás szintje 25,99-48,02% között, (a különbség 22,03%) a spiritualitás teljes hiánya 10,8-34,97% között változott, a különbség 24,17% volt. Mindezek a személyiségfejlődésben található hiányosságokra utalnak (Kalmár, 2013b).

Érdekes megállapítás az ősi hindu pszichológiában az a tény, hogy a személyiséget nem sorolják az elme körébe – amely nem a finom test része, hanem a durva test része és azt az alkat és a képességek alkotják. Szerintük az elme három részből áll: 1. tudat, 2. belső én, 3. tudattalan. Mindezek tükrözik a psziché szubjektív megítélését, amely különbözik a lélektől, amely szerintük csak bizonyos módosult tudatállapotokban tapasztalható meg (Kaczvinszky, 1942).

Intenzívebben kellene foglalkozni az idegrendszer változásaival a fejlődés mind a négy aspektusát figyelembe véve, felderítve a pszichés, kulturális-szociális és spirituális fejlődés biokémiai hátterét a különböző életkorokban, legalább a születéstől a felnőtté válásig. Ez segíthetne nemcsak a a különös, furcsa és káros szokások megértésében, de a különböző pszichopatológiai tünetek és jelek megértésében is. Csorba és munkatársai már korábban is megfogalmazták a különböző fejlődési stádiumok közti eltéréseket, amelyek kiválthatják a pszichológiai egyensúly felborulását, és ez akár önsértéshez is vezethet (Csorba et al., 2005).

A körömrágás, körömtépdesés, körömszaggatás, a hajhúzogatás, a varr lekaparása pszichoanalitikus megközelítésben regressziós megnyilatkozás, amely az anyától való elszakadást szimbolizálja. Alapja az a megfigyelés, hogy mind egyes majmoknál, mind egyes vidékeken az anyák közt gyakori, hogy leharapják a gyermekeik körmét. Ez alapján feltételezik, hogy a körmét rágó gyermek anyát és gyermeket játszik egy személyben (Herman, 1984). Az öncsonkítás, különösen a láb öregujj köröm és utolsó perc leharapása, elroncsolása az állatvilágban is megfigyelhető, számos leírással találkozunk az emberszabású majmok között. Embereknél a néprajzi anyagok gazdag irodalommal rendelkeznek a kezek, ujjak öncsonkításáról, amelyeket vagy rituális okokból végeztek, vagy hozzátartozók elvesztése miatti bánatukban. Hermann Imre említi a pireneusi gargasi barlangban a kőkorszakban festett csonkított kezeket és az egyiptomi – tébai kultúra első korszakából származó női szobrot levágott hüvelykujjakkal (Hermann, 1984). Közismert és gyakori volt régebben a pszichiátriai betegek közt előforduló brutális és bizarr öncsonkítás, amelyek során a szkizofrén beteg kivájta a szemét, kiszakította a gégéjét, kezét az állatkertben medvével marcangoltatta szét, konyhakéssel levágta a saját nemi szerveit, stb. (Prabhat Kumar Chand et al., 2010). A korszerű antipszichotikus gyógyszeres terápia alkalmazása óta ezek a jelenségek szinte teljesen eltűntek a szkizofrén betegeknél. Ismeretes Van Gogh esete, aki a saját fülét vágta le.

ELŐZMÉNYEK

A jelenség kultúrtörténeti és pszichológiai, antropológiai, spirituális háttere óriási terjedelmű, könyvtárakat lehetne megtölteni az ismertetésükkel, azonban az orvosi, pszichiátriai, neurobiológiai ismereteink hiányosak, még a fogalmak pontos meghatározásával és a kóros elváltozások betegség-csoportokba való besorolásával is tartozik a pszichiátriai kutatás.

Az ókorban és a mitológiában az agresszív kegyetlenségek mellett nagyon gyakoriak voltak az öngyilkosságok és az öncsonkítások is. Az öncsonkítások az öngyilkosságokkal ellentétben nem voltak tudatosak, azokat vagy „őrültségükben" követték el, amelyet az

„istenek" bocsátottak rájuk, vagy valamilyen rituális, vallási, mágikus vagy babonás szokás keretén belül. A mediterrán mitológiában Esmun, Bata, Attisz önmagukat fosztották meg a férfiasságuktól, Erüszikhthon, tesszáliai király egy átok következtében a saját testét tépte, marcangolta, hogy ételhez jusson. Az amazonok a jobb mellüket levágták, hogy ne akadályozza őket a harcban. Oedipus, apja megölésének és anyjával történt vérfertőző nászának felismerésekor felesége öngyilkosságát követően a felesége ruhájáról levett csattal szúrta ki a saját szemét. Ezt a jelenséget ma az irodalom „oedipism" néven ismeri, és számos biológiai, pszichológiai és kulturális tényezővel magyarázza.

A Bibliában szereplő öncsonkítással kapcsolatos írások bizonyítják, hogy előfordult az ókorban. Az Ószövetség határozottan tiltja, az Újszövetség vallási okokból kívánatosnak tartja. Erre vonatkozó utalások a Bibliában:

- Leviták 19:20: Halott miatt ne ejtsetek sebeket testeteken és ne vagdossátok be magatokat.
- Márk 5: 5: Éjjel-nappal állandóan sírboltokban tanyázott, kiáltozott és kövekkel ütötte-verte magát. Királyok I. 18:28: ... és szokásukat követve karddal és lándzsával addig vagdosták magukat, míg ki nem buggyant a vérük. Második Törvénykönyv 14:1: Ne vagdaljátok be magatokat, s ne nyiratkozzatok kopaszra halott miatt.
- Márk 9:43-48: Ha a kezed megbotránkoztat, vágd le. Jobb csonkán bemenni az életre, mint két kézzel a kárhozatra jutni, az olthatatlan tűzre. Ha a lábad megbotránkoztat, vágd le. Jobb sántán bemenni az életre, mint két lábbal a kárhozat olthatatlan tüzére kerülni. Ha szemed megbotránkoztat, vájd ki. Jobb fél szemmel bemenned az Isten országába, mint két szemmel a kárhozatra jutni…

A Fülöp-szigeten a babonás keresztények között ma is szokás az önostorozás és az önmaguk keresztre feszítése, annak ellenére, hogy azt Kelemen pápa már 1348-ban betiltotta. A katolikus szentek „kérlelhetetlenül sanyargatták testüket és zabolázták meg érzékeiket". Egyedi lelki-vezetői engedéllyel még a múlt században is engedélyezték átmenetileg az önostorozást a keresztény vallásban (Tanquerey, 1932).

A siíta muszlimok között az ASURA ünnepén emlékeznek Husszein imám halálára, aki Mohamed próféta unokája volt. A fájdalmukat különféle önsértésekkel fejezik ki, amelynek során véresre vagdossák a fejüket, arcukat, testüket.

A hindu mitológiában Thinnan, a vadász, aki hűséges követője volt Siva istennek, egy alkalommal talált egy lingamot az őserdőben (ez a bálvány Siva istent jelképezi), és észrevette, hogy a lingam egyik szeméből vér és könny folyik. Látva, hogy Siva szeme megsérült, kitépte a saját szemét és a lingam szeme helyére tette. Ezt követően elállt a lingam szemének a vérzése. Később észrevette, hogy a másik szem is vérzik, ekkor a másik szemét is kivette és elhelyezte a lingamon (Harish et al., 2012). A Rámájánában olvashatjuk, hogy Súrpanakhá, Rávana ráksasza király húga mérgében és tehetetlen dühében a saját száját harapdálta. Sourdas, aki Krishna követője volt, és akit vak tanítványnak neveztek, vallási okokból mindkét szemét kiszúrta.

Az önsértés tudatossága ellen szól, hogy megfigyelhető az állatvilágban is. Tudunk a saját farkába harapó kígyóról. Egyes madarak a saját tollaikat tépdesik ki más állatok önmagukat harapdálják.

Önsértés előfordul a kora gyermekkorban is, amikor még tudatosságról nem beszélhetünk, de később is az elkövetők borult vagy módosult tudatállapotokban vannak.

A saját test sértése rituális céllal, és annak következményei a törzsi társadalmakban ma is megfigyelhető.

A haj szimbolikus értelmezésének szintén gazdag irodalma van a történelem előtti időktől napjainkig. Legtöbb társadalomban a hajnak és a hajviseletnek egyéni és közösségi szimbolikus jelentése van. Leach E. R. *Magical Hair* című közleményében Charles Berg pszichoanalitikus elméletét elemzi, aki szerint a haj és az arc szőrzet a nemi szervek szimbóluma, azok levágása valójában szimbolikus kasztráció, illetve kísérlet az agresszió kezelésére. Közleményében azt állítja, hogy ugyan különbség van a közösségi viselkedés és az egyéni szimbolikus viselkedés között, de az egyéni szimbolikus viselkedés megfelel a közösségi/társadalmi viselkedésnek, amely mágikus. Szerinte a mágikus rituálék hatékonyságának az az oka, hogy tudattalan szimbólumokat idéz fel. Itt kapcsolódik össze a kulturális és pszichológiai aspektus, amelyek közt sokszor nagyobb az ellentét, mint a pszichológia és a neurológia között. Ugyancsak idesorolja az ujjperc levágást és sebzéseket (Leach, 1958).

A haj az életerő hordozója, annak levágása az erőtől való megfosztást jelentett már az Ószövetségben is. Ha valakit megfosztottak a hajától az megszégyenítés volt. Már a történelem előtti időkben az ünnepélyes ceremóniákkal kísért első hajvágás a serdülőkorra esik és a felnőtté válási (beavatási) szertartás egyik epizódja volt. A görögöknél a rabszolgák lenyírt hajukkal fedték be a holttetemet az Iliászban. Más népeknél is a hajvágás a beavatási szertartások része (Hermann, 1984). Az albánoknál (és egyes szláv törzseknél is)

a gyermekek haját egy éves korban vágják le egy ünnepség kíséretében, hasonlóan a kereszteléshez, amikor ezt a család egy barátja (kumbár) végzi el. A szerzetesek tonzúrája a polgári élet szabadságainak egy részéről való lemondást jelképezi. A hajvágás és a hajviselet változása a történelem során jól nyomon követhető az ókortól napjainkig.

FOGALMAK

1972 óta ismeretes a magatartási fenotípus fogalma, amelyet Nyhan vezetett be, de nem került be a pszichiátria közismert fogalmai közé, és sem a 2011-ben megjelent Pszichiátriai Lexikonban, sem 2015-ben megjelent pszichiátriai kézikönyvben nem szerepel. A magatartási fenotípus kifejezés több dolgot is jelöl: 1. olyan konzekvensen jelentkező magatartás egy adott genetikai szindróma esetén, amely révén az adott szindróma meglétére komoly gyanú fogalmazható meg (Nyhan); 2. sztereotíp viselkedési minta, amely megbízhatóan azonosítható egy idegfejlődési zavarban szenvedő betegségcsoport esetében, és amely magatartásjegyek nem tanultak; 3. a motoros, kognitív, nyelvi és szociális abnormalitások karakterisztikus mintázata, amelyek következetesen kapcsolódnak egy biológiai zavarhoz (Flint, Yule, 1994). Például a Smith-Magenis szindróma esetében a magatartási fenotípus magába foglalja az alvászavart, a sztereotíp viselkedést, a maladaptív és önsértő magatartást. A bizonyítottan organikus eredetű Lesch-Nyhan betegség együtt jár öncsonkítással, rendszerint az ajkak és a disztális ujjvégek leharapásával, a körmök tépésével, a szem megszúrásával. (Nemhez kötött, recesszív öröklődésű enzimopátia, amelyet a hipoxantin-guanin-foszforibozil-transzferáz enzim hiánya okoz. Jellemzői: purin anyagcserezavar, hiperurikémia, mentális retardáció, izomhipotónia, később spasztikus bénulás, koreoatetózis, agresszivitás, amely az esetek többségében a pubertás előtt halállal végződik) (Józsa, 2001, Csábi, Tényi, 2006). Prader-Willi szindrómában a bőr csipkedése, sérülést okozó bőrvakarás, hajtépkedés, fragilis X-szindróma esetén a kéz harapdálása is előfordul (Csábi, Tényi, 2006).

Számos genetikusan determinált mentális retardációval járó, idegrendszeri fejlődési zavarhoz jellegzetes magatartási fenotípusok tartoznak. A fenotípus régóta ismert fogalom mind a genetikában, mind a pszichiátriában, azon alaktani és élettani tulajdonságokat jelöli, amelyek együtt alkotják az egyed külső megjelenési és működési formáját. Az endofenotípus egységesebb, a biológiai okokhoz közelebb álló jelleg, mint a pszichiátriai betegségeket jelentő komplex fenotípusok (Campbel, 1996; Réthelyi, 2015). Ezeknek a szindrómáknak a tanulmányozása és a neurobiológiai hátterük megértése mélyítheti az idegrendszer fejlődési zavarai és a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés közti kapcsolat megértését (Csábi, Tényi, 2006). Ezek a vizsgálatok annál is inkább fontosak, mert Magyarországon a százezer élve-születésre jutó fejlődési rendellenességekkel születettek aránya 2011-ben közel huszonháromszor több volt, mint Ausztriában (H: 5 306,14; A: 231,73). Bács-Kiskun megyében ez az arány még ennél is rosszabb (2004: 6 883,5). A helyzet azért is riasztó, mert amíg 2000 és 2011 között Ausztriában ez a szám 52%-kal csökkent (482,96-ról 231,73-ra), addig nálunk ez a szám 68%-kal nőtt (3 149,69-ről 5 306,14-re) (http://data.euro.who.int/hfadb).

Az önsértéssel kapcsolatos fogalmak

Az évek során egyre növekvő számú fogalmak egyike sem tartalmazza összefoglalóan a vizsgált jelenséget, mindegyik meghatározás leszűkíti az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységeket a szociálisan elfogadottól a patológiás formákig. A magyar nyelv árnyaltsága lehetővé teszi az egyes fogalmak pontos meghatározását. Talán az egészet legjobban a nem öngyilkos szándékkal történő önsértő magatartás kifejezés fedi le.

Az alábbi fogalmak részjelenségeket jelölnek: patológiás öncsonkítás (Meninger), szándékos önkárosítás (DSH, Pattison, Kahan), lokalizált öndestrukció (Meninger), öncsonkítás (Favazza), paraszuicidium (Kreitman), önsértő magatartás (SIB, Favazza, Simeon), nem szuicidális önsértés (Favazza, NSSI).

Kaplan és Sadock könyvében az önsértés és az öngyilkos magatartás nem szerepel a *Pszichiátriai tünetek és jelek* című fejezetben, de a trichotillomániát és a rituálét a motoros viselkedés csoportban a kényszeres cselekedetek között tárgyalja. Érdemes lenne önálló csoportban kezelni az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységeket a szociálisan elfogadottól a patológiás formákig, amelyek jól meghatározható kontinuum mentén elhelyezhetőek, és ezeket szerepeltetni kellene a *Pszichopatológiai jelek és tünetek* fejezetben.

A fogalmak tisztázatlanságának okai

A pszichopatológiai jelek és tünetek Janus arcúsága következtében számos pszichiáter régen is és ma is azt az álláspontot képviseli, hogy annyiféle pszichiátria létezik, ahány pszichiátriai iskola. Ezek a pszichiáterek

kényelemből vagy tudatlanságból megfeledkeznek arról a tényről, hogy az ember négyes aspektusa objektív és szubjektív voltának figyelmen kívül hagyása lehetetlenné teszi az ember megismerését, a betegségek és az egészség meghatározását és megőrzését, a pszichopatológiai tünetek és jelek valamint a betegségek meghatározását, azok megelőzését és gyógyítását. A pszichiátriai jelek és tünetek, a pszichiátriai zavarok egyoldalú, kizárólag szubjektív megközelítése a pszichiátria fejlődésének és a gyógyításnak is a legfontosabb akadálya. A pszichiátriai tankönyvek mindig a holisztikus szemléleten alapulnak, még akkor is ha nem ismerjük valamennyi pszichiátriai tünet és zavar pontos genetikai és egyéb organikus eredetét (Moravcsik, 1922, Kaplan, Sadock, 1991; Füredi, Németh 2015). „Senki nem vonja kétségbe az elmebetegségek organikus idegrendszeri eredetét" (Nyírő, 1967). „A XX. század folyamán a pszichiáterek nemegyszer mintha 'megfeledkeztek volna' az agyról, a lelki működés szervéről" (Tringer, 1999).

AZ ÖNSÉRTÉSEK OSZTÁLYOZÁSA

Az öncsonkítás osztályozására számos kísérlet történt, azonban az ellentmondások miatt egyik sem elfogadott minden kutató számára. I. Karl Meninger 1938-ban négy kategóriába sorolta: 1. neurotikus, 2. pszichotikus, 3. organikus, 4. vallásos. II. Ross és Mc Kay 1979-ben megkülönböztetett 1. direkt (vágás, harapás, égetés, ütés etc.) és 2. indirekt (túlevés, pszichoaktív szer abúzus, orvosi ellátás visszautasítása etc.) önsértéseket. III. Patisson és Kahan 1983-ban három változót határozott meg: 1. direkt/indirekt, 2. letalitás, 3. ismétlődés. IV. Favazza és Rosenthal három megfigyelhető kategóriát állapított meg. 1. major, 2. sztereotípiás, 3. felszíni/mérsékelt, ez utóbbinak három alcsoportja van: 3/1. kényszeres, 3/2. epizodikus, 3/3. ismétlődő. V. Feldman 1988-ban elkülönítette az öncsonkítást az önsértő magatartástól, a SIB-től (Rao, Sudarshan, Begum, 2008). VI. Simeon és Favazza 2001-ben négy kategóriát állapított meg: 1. sztereotípiás, 2. major, 3. kompulzív, 4. impulzív (Yates, 2004; Prabhat Kumar-Chand, 2010). VII. Az állapot súlyossága alapján: 1. enyhe és izolált forma, amelynél nincs pszichiátriai vagy szubklinikus pszichiátriai zavar, 2. mérsékelt és ismétlődő forma, amelynél lehet pszichiátriai zavar, de nincs pszichózis, 3. nagyon súlyos, izolált forma, ahol súlyos pszichopatológiai tünetek, tudatzavarok, érzékcsalódások, paranoiditás, öngyilkossági késztetések, pszichiátriai zavarok és pszichózis is előfordul. Enukleációnál, auto-kasztrációnál, autoamputációnál elég nehéz az ismétlődést elképzelni. VIII. Gyakoriság alapján: 1. ritka: évi 1-3 alkalommal, 2. mérsékelt: évi 4-11 alkalommal, 3. gyakori: évi 11 alkalomnál több. IX. Pszichiátriai betegségek alapján: 1. nincs pszichiátriai zavar, 2. mentális retardáció, 3. pszichózis, 4. személyiségzavar, 5. egyéb pszichiátriai betegség (Rao, Sudarshan, Begum, 2008). X. Léteznek kombinált csoportosítások is. A deviáns és/vagy patológiás formákat didaktikai céllal felosztathatjuk négy csoportra: 1. organikus eredetűek, 2. pszichés eredetűek, 3. kulturális eredetűek, 4. spirituális/vallási/mágikus/babonás eredetűek. Minden csoportban meghatározó az idegrendszeri elváltozás. XI. Az emberi test megváltoztatására irányuló leggyakoribb öncélú tevékenységek osztályozása, beleértve az önsértő magatartásformákat is:

- 1. csoport: A társadalmi és kulturális elvárásoknak megfelelő tevékenységek: az arc és a test festése, a szőrzet és bőrszármazékok eltávolítása (fej, arc, hónalj, szeméremszőrzet, lábszár, köröm), fülcimpák, orr, szemhéj, nyelv, mellbimbó, nemiszervek és egyéb testrészek kifúrása (piercing) valamilyen eszköz viselésére, fogékszerek, tetoválás. Mindezek mögött nem nehéz felfedezni azt a tényt, hogy az illető egyén vagy a környezete elégedetlen a testi megjelenésével és azon változtatni kíván, és/vagy az aktuális szorongását kívánja oldani vele. (Iskolában dolgozatírás közben a hajjal játszadozás, ceruza végének rágcsálása).
- 2. csoport: Testápolással kapcsolatos tevékenységek: kozmetikai tevékenységek, arcfiatalító feltöltések, zsírleszívások, emlőnagyobbítások, egyéb plasztikai műtétek elvégeztetése, manikűr, pedikűr.
- 3. csoport: Kötelező, rituális formák vallási, mágikus, vagy babonás okokból:
  a. Körülmetélés: férfiaknál a fityma sebészi úton történő eltávolítása. Számos népnél ismeretes. A nő nemiszerv-csonkításának három formája ismeretes. 1. a csikló fitymájának eltávolítása, 2. a csikló teljes és a kisajkak részleges eltávolítása, 3. infibuláció, amikor a csiklót, a kisajkakat és a nagyajkak középső részét vágják ki, és a hüvely nyílását össze is varrják kis nyílást hagyva a vizelésre és a későbbi menstruációra.
  b. Vérszerződés
  c. Önostorozás, testi fájdalmat okozó vaskarperecek, vasláncból és szőrből készült övek viselése, keresztre-feszítés vallási-babonás meggyőződésből, a fej, test késsel történő véresre vagdosása gyász jeléül
  d. Hajvágás vallási okok alapján (szerzetesek

tonzúrája, buddhista szerzetesek kopaszra borotválása etc.)

e. A pangvé bennszülöttek kirajzolják a mintát, majd késsel bemetszik a bőrt és a sebet égetett gyantával bedörzsölik. A kartumi bennszülöttek csecsemőkorukban megkapják arcbőrükre a törzs tetovált jeleit, amelyek mágikus jelek. A vágott sebet salétromból, hamuból és füvekből álló keverékkel dörzsölik be. Néhány nap múlva a sebek hurkaszerűen feldagadnak, és széles hegként megmaradnak. Ezek a szudáni négerek jellegzetes ismertető jelei (Makra, 1988).

f. A test különböző részébe kampók helyezése és ezen az egyén felfüggesztése vallási vagy egyéb okokból. Indiában vallási szertartások része, a mai fiatalok közt divatos beavatkozás, amely során a test különböző részébe (váll, hát, mellkas, lábszár, fenék etc.) történő kampók segítségével felfüggesztik magukat, vagy az ún. play piercing, amely során ékszereket viselnek a bőrbe szúrva.

- 4. csoport: Deviáns és/vagy patológiás formák: testrészek megvágása, falcolás, nyelv megvágása üvegdarabbal, tükörrel, átszúrása késsel, tűvel, szúrások, égetések cigarettával, gyertyával az alkaron, csuklón, egyéb testrészeken, tetoválás a péniszen, implantátumok behelyezése a pénisz bőre alá, harapások, ajakharapdálás, (lip biting) a bucca harapdálása (morsicatio buccarum: cheek chewing). Hajtépkedés és az ezzel kapcsolatos orális tevékenység (trichotillomania), a hajszálak dörzsölése, letörése (trichoteiromania). Szemöldök-tépkedés, orrszőrzet tépkedés, körömtépkedése (onychotillomania) körömrágás (onychophagia: nail biting), bőrcsipkedés (skin-picking), ütések, erős dörzsölések, különösen a nyak hátsó részén, a végtagokon vagy a genitáliákon (lichen simplex chronicus). Sérüléssel járó maszturbáció tű segítségével, maró anyagok testre öntése, sebek felszakítása, testrészek összevarrása, leforrázással járó fürdések, idegen, tápláléknak nem alkalmas anyagok lenyelése. Fej beverések (stereotype movement disorder), jellegzetes a 6-12 hónapos korban előforduló ritmusos fej beverés kemény tárgyba, head banging). Önkéntes sebészeti beavatkozások, sebészek által kierőszakolt testcsonkítások (self-mutilation), test megvágása hason, karon, mellen. Idegen testek bedugdosása az orrba, fülbe és egyéb testnyílásokba (polyembolokoilamania). Legsúlyosabbak az önkasztráció, nemi-szerv levágása, amely már ismert volt a mitológiában, mégis az első leírása csak 1901-ben történ meg a JAMA oldalain (Rao, Sudarshan, Begum, 2008). Saját szem kinyomása kézzel vagy kiszúrása különböző eszközökkel, saját fogak kihúzása kézzel, nyelv elvágása, átszúrása vagy leharapása, a mell megvágása, a hüvelykujj, a mell, az emlőbimbó levágása, mély hasi sebek ejtése, testrészek amputációja, saját magán abortusz végzése, stb. (Csábi, Tényi, 2006). A különböző patológiás formák egymással gyakran kombinálva fordulnak elő (trichotillománia + körömrágás + nyelvrágás + a fej ütögetése etc). Ritka és különleges szövődmény a trichobezoár, vagy Rapunzel szindróma, amely haj, szőrzet lenyelését követően alakul ki. (trichotillophagia). (A „bezoár" a kérődzők, elsősorban kecskék gyomrában és beleiben előforduló gömbforma képződmény, amely emészthetetlen szőrből vagy növényi részekből áll. Két fajtája ismeretes a kisebb, dió nagyságú „oriental", (keleti) és a lúdtojás nagyságú „occidental" (nyugati) Embernél ritkán előforduló, a haj és szőrzet megevéséből származó képződmény, a középkorban értékes gyógyszeralapanyagként használták mérgezések ellen) (Encyclopaedia Britannica, 1771; Moretti, 2008). A legsúlyosabb és bizarrabb önsértéseket legtöbbször pszichotikus állapotban követik el, de leírtak már súlyos önsértést neurológiai betegségekben, fertőző betegségben, neuroszifilisz, Lesch-Nyhan szindróma, Down-kór és egyéb agykárosodás esetén is, de pszichiátriai betegségek nélkül is (Harish et al., 2012).

AZ ÖNSÉRTÉS, AZ EGYÉB PSZICHOPATOLÓGIAI TÜNETEK ÉS A PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉGEK KAPCSOLATA

Az önsértés pszichopatológiai tünetek, pszichiátriai zavarok, betegségek nélkül is előfordul, ezzel kapcsolatban a legsúlyosabb hiányosságok az alábbiak:

- társadalmilag elfogadott önsértések pszichiátriai vizsgálatainak hiányosságai;
- vallási rituálék következtében végzett önsértések pszichiátriai vizsgálatainak hiányosságai;
- mágikus rituálék következtében végzett önsértések pszichiátriai vizsgálatainak hiányosságai;
- babonás szokások következtében végzett önsértések pszichiátriai vizsgálatainak hiányosságai.

Számos vizsgálat igazolta, hogy az önsértés gyakran együtt jár szorongással, depressziós tünetekkel, impulzus kontroll zavarral, öngyilkossági gondolatokkal. Ezeknek a tüneteknek az értékelése azért is nehéz,

mert a középiskolás tanulóknál nagyon gyakoriak a depressziós tünetek, öngyilkossági gondolatok, reménytelenség. Budapesten 128 tanuló vizsgálata során a depressziós tünetek Gyermek Depresszió Kérdőív (CDI) alkalmazásával magas, illetve jelentősen magasabb értékeket mutattak fiúknál 22%-ban, lányoknál 6,0%-ban. Nagyon magas értéket mutattak fiúknál 5,3%-ban, lányoknál 5,9%-ban (Kalmár P. 2011). Saját vizsgálataink nyolc középiskolában 932 tanuló vizsgálatakor enyhe depressziós tüneteket mutattak fiúknál 32,1%-ban, lányoknál 35,9%-ban. Súlyos tüneteket mutattak fiúknál 7,3%-ban, lányoknál 6,2%-ban. Az öngyilkossági gondolat előfordulása fiúknál 25,9%, lányoknál 34,3% volt, az öngyilkossági szándék fiúknál 4,75%, lányoknál 4,5% volt. Az öngyilkossági szándék legmagasabb értéke fiúknál 7,9%, lányoknál 14,3% volt egy-egy iskolában. Egyetemisták között ez az arány fiúknál 0,99% lányoknál 0,83% volt (Kalmár, 2013b). Irodalmi adatok igazolják, hogy középiskolás korú gyermekeknél 7,5%-ban fordulnak elő érzékcsalódások a realitáskontroll megtartása mellett, nálunk ilyen irányú vizsgálatokról nincs tudomásom (Keleher et al., 2013).

A kóros vagy patológiás formák régóta ismeretesek, azokat korábban többnyire valamelyik pszichiátriai betegségcsoportba próbálták besorolni (mentális retardáció, alkoholfüggőség, major depresszió, szkizofrénia és egyéb pszichózisok, kényszerbetegségek, impulzuskontroll zavarok, személyiségzavarok, elsősorban a borderline személyiségzavar, neurózisok, szomatoform zavarok). Szinte nincs olyan pszichiátriai betegség, amelyben ne fordulna elő az önsértés valamilyen formában. Gazdag irodalma van az öngyilkosság, önsértés és az idegrendszer működése közötti összefüggések vizsgálatának, de a végleges megoldás még távolinak tűnik (Winchel et al., 1991; Waldfogel et al., 1994; Saito et al., 2000; Nemeroff, Compton, Berger, 2001; Hendin, Mann, 2001; Mann, Arango, 2001; Wasserman, 2001; Mann et al., 2005; Prabhat Kumar Chand et al., 2010; Mann, Currier, 2011; O'Conor, Platt, Gordon, 2011; Cosman Doina, 2013; Kalmár S. 2013c). A trichotillománia 1914-ben leírt epidémiája árvaházakban a nevelés hiányának a fontosságát jelzi.

Az önsértő viselkedés hátterében lévő organikus elváltozásokra számos közlemény utal, amelyek a putamen, a lencsemag, a frontális lebeny, a striatum, a cerebellum valamint a kortiko-striatális körök és a glutamát rendszer szerepét hangsúlyozzák, de az organikus eredetre utal egyes gyógyszerekkel történő hatékony kezelés is, annak ellenére, hogy egyértelmű, teljes gyógyulást még ez ideig egyetlen gyógyszerrel sem sikerült elérni (clomipramin, naltrexon, lítium, pimozid, lamotrigin terápiánál egyes esetekben javulást tapasztaltak). A komorbid zavarok hatékony gyógyszeres kezelésével javítottak a betegek állapotán (Moretti, 2008).

A borderline személyiségzavarban előforduló nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértéseket (vagdosás a kar belső oldalán, falcolás, önütlegelés, fej falbaverése, cigarettával történő önégetés, önharapás) nem a meghalási szándék motiválja, hanem érzelem és kapcsolatszabályozó funkciót tölt be, ugyanakkor a betegek 9-10%-a öngyilkosság következtében hal meg, ami a két jelenség közötti szoros kapcsolatra utal (Kuritárné, 2008).

Régebbi pszichiátria tankönyvekben a „nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés"nem szerepel. *A pszichiátria magyar kézikönyve* a saját magukban ismételten kárt tevő egyéneket a *Repetitív öncsonkítás* fejezetben tárgyalja (370.o.) a Kóros szokások és impulzuskontroll zavarok közt, míg a trichotillomániát a kényszerbetegségek között (292; 798) (Füredi, Németh, 2015). Ez utóbbit Kaplan és Sadock könyve még az impulzuskontroll zavarok közt tárgyalja, megállapítva, hogy az önsértés ötvenszer gyakrabban fordul elő pszichiátriai betegeknél, mint az egészséges populációban (Kaplan, Sadock, 218; 491-493; 559). A DSM-5 a kényszerbetegségek közt tárgyalja. A nemszuicidális önsértést (Non-Suicidal Self Injury) önálló szindrómaként a *További tanulmányozásra érdemes* fejezetben tárgyalja (Conditions for Further Study) az abúzussal és elhanyagoltsággal, neveléssel kapcsolatos, a társadalmi, kulturális és gazdasági, a környezeti, a vallási és spirituális problémákkal valamint az öngyilkos magatartással együtt (Suicidal behavior Disorder) (DSM-5).

AZ ÖNSÉRTŐ MAGATARTÁS KIALAKULÁSÁNAK MAGYARÁZATAI ÉS A TOVÁBBI KUTATÁSOK IRÁNYAI

1. Biológiai megközelítés

a. Genetikai magyarázatok. Bizonyos mentális retardációval is járó genetikai betegségeknél megjelenik az önsértő viselkedés a környezeti tényezőktől függetlenül. Down szindróma, Lesch-Nyhan szindroma, Smith-Magenis szindróma, Prader-Willi szindróma, Cornelia de Lange szindróma, Tourette szindróma, etc (Csábi, Tényi, 2006, Rao, Sudarshan, Begum, 2008).
b. Neurokémiai magyarázatok, a biogén aminok szerepe. Elsősorban az öngyilkosságok kapcsán történtek vizsgálatok. Szerotonin, dopamin,

noradrenalin, glicin, glutamát, GABA, endogén opiátok (addikciós és a fájdalom hipotézis) stb. (Kaplan, Sadock, 1991; Nemeroff, Compton, Berger, 2001; Mann et al, 2005; Mann, Arango, 2001; Wasserman, 2001; Mann, Currier, 2011; O'Conor, Platt, Gordon, 2011; Cosman Doina, 2013; Kalmár S. 2013c).

c. A neuroendokrin rendszer szerepe
d. A hiányos, vagy mérgező táplálás szerepe a magzati életben és a gyermekkorban

2. Pszichológiai megközelítés

a. A testi, pszichés, kulturális-szociális és spirituális személyiségfejlődés és a személyiségfejlődésben tapasztalható elégtelen krízismegoldások hatásai (Kalmár, 2011c, 2015a). A személyiségfejlődés egyes biológiai, pszichológiai, kulturális-szociális és spirituális kríziseinek nem megfelelő megoldása ismert pszichopatológiai tünetekhez vezetnek, amelyek a későbbiekben pszichiátriai zavarokat is előidézhetnek. Csecsemőkorban kialakulhat a szorongás, bizalmatlanság, tipegőkorban a szégyen és a kétség, óvodáskorban a szorongás, a kezdeményezőkészség és a kreativitás elvesztése, a bűntudat, kisiskolás korban a csökkentértékűség érzés, az önértékelési zavarok, serdülőkorban a szereptévesztés, az identitászavar, a kriminalitás és az antiszociális személyiségzavarok felé sodródás, fiatal felnőtt korban kapcsolatteremtési zavarok, az izoláció és az együttműködésre való képtelenség. Érdemes áttekinteni a gyermekkorban kialakuló fejlődési rendellenességeket, megkeresve és megszűntetve azok kiváltó okait, amelyek egyértelműen a testi, idegrendszeri elváltozásokra vezethetőek vissza.

A pszichológiai vizsgálatok és közlemények nagyon egyértelműen és szakszerűen ismertetik, hogy milyen óriási jelentősége van az öngyilkos és önsértő magatartásnál az alacsony iskolázottságnak, a mentális tudatlanságnak, a személyiségfejlődésben bekövetkezett sérüléseknek, az abúzusoknak és elhanyagoltságnak, a negatív gondolkodásnak, a súlyos önértékelési zavaroknak, az alacsony én-hatékonyságnak, az interperszonális probléma-megoldó képességek hiányának, a motiváció károsodásnak, a merevségnek, a megküzdési mechanizmusoknál az elkerülésnek és a menekülésnek, az alacsony frusztrációs toleranciának, a társas kapcsolati zavaroknak, a rossz hangulatnak és egyéb negatív érzelmi állapotoknak, az örömtelenségnek, a szorongásnak, a reménytelenségnek, az elhúzódó sérülékenységnek, az alvászavarnak stb.

A személyiségfejlődés során már korán megjelennek az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységek, és az ember élete során folyamatosan találkozunk velük. Egy részük spontán jelentkezik, másik részük a nevelés részeként jelenik meg, a harmadik csoportja rituális cselekvés és a környezet által előírt, elfogadott vagy kötelező a test külső részét megváltoztató beavatkozás, a negyedik patológiás, amelyek között sok esetben már ma is bizonyítható az idegrendszeri károsodáson. Valamennyire jellemző, hogy a test külsejének a megváltoztatására, a bőr szövetfolytonosságát megszakító, vagy a bőr tartozékok (haj, szemöldök és egyéb testszőrzet, köröm) megváltoztatására irányuló tevékenység. Bizonyos értelemben ide sorolható a test festése, valamint a nem emberi táplálkozásra alkalmas tárgyak (üvegcserepek, szögek, gombostűk, kréta, tinta stb.) lenyelése, és különböző testnyílásokba dugása is.

Mindezek felhívják a figyelmet a szomatikus, pszichés, kulturális-szociális és spirituális fejlődés zavaraira, a gyermekkori abúzusokra, a nevelési hiányosságokra, a hatékony nevelés nagymértékű hiányára az iskolákban, amelynek következményei a fentiek (Meleg, 2002, 2006; Csorba, 2005; Perczel Forintos, Poós, 2008; Kósa, 2008; Kuritárné Szabó, 2008; Slesina, 2008; Kalmár, 2011a, c, 2013a, b; Keleher et al, 2013; Horváth, Mészáros, Balázs, 2015). A hiányosságok és negatív jelenségek felismerése során számtalanszor találkozunk a primer, szekunder és tercier prevenció fontosságának a hangsúlyozásával, de érdemben itt sem történik szinte semmi, pedig a prevenció során alkalmazható lehetőségek szinte határtalanok az internet világában (Perczel Forintos, Poós, 2008; Westerlund, Wasserman, 2009; Kalmár, 2010a, b, c, d; 2011b, 2012). Ha belegondolunk, abba, hogy a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértések számának a gyakorisága a legegyértelműbb öngyilkossági kockázati tényező, akkor ez még inkább indokolja a téma mielőbbi pontos felderítését, a kezelésnek és megelőzésének a kidolgozását.

b. Az adaptáció különböző szintjeinek a károsodása traumatikus élmények hatására, amelyek a gyermeket a gondozását biztosító környezetben éri.
   - Motivációs kompetencia (Motivational competence: positive expectations of others: mások pozitív megítélése)

- Viszonyulási kompetencia (Attitudinal competence: favorable self-representation: kedvező én-képviselet)
- Eszközös kompetencia (Instrumental competence: skills to negotiate developmental issues effectively: képességek, amelyekkel hatékonyan legyőzi a fejlődés során tapasztalt nehézségeket)
- Érzelmi kompetencia (Emotional competence: ability to regulate emotion, arousal and impulse: képesség az érzelem, az éberség és impulzus szabályozására)
- Kapcsolatteremtési kompetencia (Relational competence: capacity to engage in reciprocal and empatic relationship: képesség, hogy kölcsönös és empatikus kapcsolatokat alkalmazzon) (Yates, 2004)

c. A gyermekkori megfelelő nevelés, gondozás és táplálás hiányosságai
d. A csecsemő fokozott sebezhetőségének kialakulása és káros hatásai
e. Traumatikus élmények és tapasztalatok hatásai. Szülő elvesztése, depriváció a gondozási környezetben, súlyos krónikus testi betegségek, súlyos műtétek, szexuális és fizikai abúzusok, elhanyagoltság, (az önsértést elkövető serdülők közt 79%-ban találtak szexuális abúzust a kora gyermekkorban. Magyarországon a média szerint, minden tízedik gyermek a nyilvánosságra kerülő szexuális bántalmazások áldozata, főleg 7 év körüli fiúk és 13 év körüli lányok, és az esetek 60-90%-ban az elkövetők a rokoni vagy baráti körből kerülnek ki (Petőfi Népe, 2015). Más vizsgálatok szerint a gyermekek elleni szexuális visszaélések többnyire felderítetlenek maradnak, 24 esetből csupán egy esetre derül fény (Horvát et al, 2011). A hivatalos statisztikai adatok alapján 2006-2010 között felderített gyermekek elleni szexuális bűncselekmények elleni eljárás során az elkövetők 22,6-45,35% részesült büntetésben. Sajnálatos módon sem az önsértésről, sem a szexuális abúzusokról hivatalos, megbízható, pontos statisztikai adatok nem állnak rendelkezésre.
f. Pszichoanalitikus magyarázatok (Horvát, Mészáros, Balázs, 2005)
g. Pszichoszomatikus magyarázatok

3. Kulturális, szociális megközelítés (Rao, Sudarshan, Begum, 2008)

a. A szociális tanulás szerepe
b. A pozitív és negatív megerősítés szerepe

4. Spirituális megközelítés

a. Vallás szerepe
b. Mágikus rituálék szerepe
c. A babonák szerepe

AZ ÖNSÉRTÉS MODELLEZÉSE

Számos modell segítségével próbálják a kutatók megmagyarázni a „nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértést".

1. Környezeti modellek
2. Érzelemszabályozási modellek
3. Pszichoanalitikus megközelítésű modellek
4. Nock-féle integrált teoretikus modell (Horváth, Mészáros, Balázs, 2015)
5. Fejlődési modell a gyermekkori traumák és az önsértő magatartás kialakulása között (T. M. Yates, 2004) (1. táblázat)
6. Holisztikus modell. A nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés magyarázata hasonlóan az öngyilkos magatartáshoz, csak egy komplex fizikai, biológiai, neurológiai, pszichológiai, pszichiátriai, kulturális, szociális, társadalmi, egzisztenciális, spirituális modell keretében képzelhető el. Az egyén nem csak a fizikai testből, a mentális funkciókat biztosító lélekből, pszichéből áll, hanem az általa létrehozott, őt körülvevő, folyton formálódó környezetből és a spiritualitásból is. Bármelyik rész sérül, a többire hatással van. Az ember életében a születésétől kezdve sokszor olyan folyamatokon megy keresztül, amikor károsodhat a személyiségfejlődése és nem alakulnak ki, vagy eltorzulnak azok a tulajdonságok és személyiségjegyek, amelyek elengedhetetlenek az ép felnőtté váláshoz. A kognitív, affektív struktúra sérül, kialakul a negatív információ-feldolgozás, a negatív gondolkodás, a súlyos önértékelési zavarok, negatív önkép, a reménytelenség érzése, a negatív általánosítás, a negatív jövőkép, hiányos vagy rossz problémamegoldó módszerek alkalmazása. Ezek befolyásolják az egyén közérzetét, magatartását, amelyre viszont a környezet annak megfelelően reagál, sajnos az esetek többségében nem segítő módon. Az egészséges és kóros magatartás, a valóság legbonyolultabb formája, és mindennél nehezebb megfejteni, de ez meghaladja ezen közlemény kereteit, viszont ennek megfejtése nélkül aligha lehet a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés megértésében előbbre jutni. Az öngyilkosság stressz-vulerabilitás modellje alapján célszerű egy

1. táblázat Fejlődési modell a gyermekkori traumák és az önsértő magatartás kialakulása között (T. M. Yates, 2004)

	TRAUMATIKUS ÉLMÉNYEK	KOMPETENCIA	TÜNETEK
1.	mások negatív megítélése	motivációs-kompetencia, mások pozitív megítélése	izoláció
2.	kedvezőtlen önképviselet	viszonyulási kompetencia, kedvező önképviselet	önvád
3.	eredménytelen, alkalmatlan integráció	eszközös kompetencia, képességek, amelyekkel hatékonyan legyőzi a fejlődés során tapasztalt nehézségeket	a test használata az érzelmek szabályozása érdekében
4.	szabályozatlan érzelem	érzelmi kompetencia, képesség az érzelem, az éberség és impulzus szabályozására	impulzivitás
5.	bizonytalanok az én és mások közti határok	kapcsolatteremtési kompetencia, képesség, hogy kölcsönös és empatikus kapcsolatokat alkalmazzon	a test használata a határok helyreállítása érdekében

önsértés-modell készítése is (Wasserman, 2001; Mann et al. 2005).

A holisztikus modell alapja egy idővonal, amely a teljesen egészséges állapottól a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés felismeréséig tart. Ez a folyamat gyakorlati szempontból hat szakaszra osztható, amelyeken belül számos tényezőnek lehet szerepe. A kockázati és védő tényezők közül sok már ismert, de nem mindegyik. A folyamat alakulásánál a jelenlévő tényezőket mindig az ember négyes aspektusa alapján kell vizsgálni (I. Fizikai, biológiai, II. Mentális, pszichológiai, III. Kulturális, szociális, egzisztenciális, IV. Spirituális/mágikus).

Első szakasz: teljesen egészséges állapot: a gyermeket nem fenyegeti a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés: (i.) nincs genetikai károsodás, ii.) nincs idegrendszeri károsodás, (iii.) a személyiségfejlődés az életkornak megfelelően alakul szomatikusan, pszichésen, kulturálisan és spirituálisan, (iv.) nincs háborús körülmény, mélyszegénység, mennyiségi vagy minőségi éhezés (v.) nincs kezelhetetlen stressz állapot, (vi.) nincs abúzus, trauma vagy elhanyagoltság, (vii.) a gyermek magas színvonalú nevelésben részesül a családon belül, az óvodában, az iskolában, és megfelelő konfliktusmegoldó módszerekkel rendelkezik. Ebben a szakaszban törekedni kell a mentális, kulturális és spirituális tudatlanság kialakulásának a megelőzésére, az ép személyiség fejlődési feltételeinek biztosítására.

Második szakasz: az önsértés organikus eredetének (genetikai károsodás) felismerése (pl. mentális retardációval és önsértéssel járó, genetikailag meghatározott betegségek). Évtizedek óta ismeretesek az opiát rendszer, a dopaminerg diszfunkció, a szerotonerg diszfunkció, a noradrenerg diszfunkció, a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely hiperaktivitásának kapcsolata az öngyilkossággal és az önsértő magatartással, ezekre kellene nagyobb hangsúlyt fektetni, és megkeresni a kapcsolatot a biokémiai elváltozások és a magatartástünetek között (Nemeroff, Compton, Berger, 2001; Mann et al, 2005; Prabhat Kumar Chand et al, 2010).

Harmadik szakasz: az önsértésre kényszerítő vágy megjelenése. Ebben a szakaszban már fellelhetőek a mentális, kulturális, spirituális tudatlanság jelei, a nevelési hiányosságok, abúzusok, elhanyagoltság, súlyos szociális és spirituális gondok. Csökken az egyén konfliktusmegoldó képessége, kezelhetetlenné válnak a stressz állapotok, megjelennek az érzelem szabályozás zavarai, az önbüntetés szükségessége. A tünetek a környezet számára még nehezen megfigyelhetőek, az egyén spontán nem beszél a késztetéseiről, a környezet a tüneteket általában nem mindig veszi észre. Feltehetően már vannak idegrendszeren belüli károsodások, amelyeket még nem ismerünk. A gyermek pszichés állapota labilissá válik, a pszichológiai immunrendszere minimális mértékben csökken. Ez az állapot csak megfelelő

szakértelemmel és nagyon gondos odafigyeléssel válik felismerhetővé.

Negyedik szakasz: a konkrét nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértési, ötletek megjelenése. Jellemző az előző szakaszban megjelent jelenségek felerősödése, a tünetek fokozódása. Ekkor az egyén már a veszélyeztetett csoportba tartozik, ezt a közvetlen környezetének és a háziorvosi szolgálat vagy más egészségügyi ellátó szolgálat tagjainak észre kell venni. Serdülők esetében a pedagógusok felelőssége megnő, mert négy területen vannak árulkodó jelek, amelyek felhívják a figyelmet a problémára: 1. megváltozik a személyisége, viselkedése, magatartása, 2. elhanyagolja a barátait, 3. önértékelési zavarai vannak, kisebbrendűségi érzéssel küszködik, 4. negatívvá válik az énképe, világképe, jövőképe, 5. megjelennek egyéb magatartásbeli és pszichopatológiai tünetek, jelek, zavarok, 6. olyan eszközöket gyűjt, amelyek sérülést okozhatnak (olló, penge, bicska, kés, szögek, gombostűk stb.), 7. izolálódik, 8. stb.

Ötödik szakasz: nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértési cselekmények elkövetésének szakasza. Megjelennek mind a négy területen azok a gyanús jelek, amelyekből a szülő és a pedagógus már következtethet az önsértésre: 1. sérülések, sebek, égések, hegek és zúzódások a test különböző részén, 2. vérnyomok a ruhán és az ágyneműn, 3. a megszokottnál többször és hosszabb időre zárkózik be a szobájába, 4. kifogásokat keres, hogy ne kelljen részt vennie a testnevelés órán, ahol láthatóak lehetnek sérülései. 5. meleg idő esetén is hosszú ujjú felsőt és nadrágot hord, 6. kifogásokat keres, hogy kimaradhasson a családi eseményekből és minél több időt tölthessen egyedül.

Hatodik szakasz: az önsértés felismerése és a szomatikus, mentális-pszichés, kulturális-szociális és spirituális kezelés, gyógyítás és gondozás. Ebben a szakaszban elengedhetetlen a pszichiátriai segítség, de a társadalomnak, a környezetnek, a szülőknek, a pedagógusoknak is számos tennivalója akad a gyermek egészségének a helyreállítása és a következő önsértés megelőzése érdekében.

AZ ÖNSÉRTÉS KEZELÉSE ÉS MEGSZÜNTETÉSE

Mint minden pszichiátriai zavarnak és számos pszichopatológiai tünetnek, így a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértésnek is számtalan, bonyolult, mély, szerteágazó biológiai, biokémiai, genetikai, fejlődés-lélektani, pszichológiai, kulturális, szociális, társadalmi, történelmi, mitológiai, spirituális és ismeretlen gyökere van, ami megmagyarázza, hogy miért nem tudunk egyértelmű, bizonyítékokon alapuló terápiát javasolni a serdülőket egyre nagyobb mértékben károsító jelenség megszüntetésére.

Tekintettel arra, hogy – bár a DSM-5 önálló entitásként kezeli – a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés nem önálló betegség, hanem elsősorban tünet, a kezelésében az alapbetegséget is figyelembe kell venni. Az, hogy egyszerű terápiás javaslat nem létezik, nem jelenti azt, hogy nem tudunk mit tenni. A kezelés alapja a részletes és pontos szomatikus, mentális, pszichés, kulturális, szociális és spirituális állapot felmérése, ez alapján a részletes kezelési terv kidolgozása. A kezelés irányelveit Magyarországon Perczel Forintos Dóra, Ajtai Gyöngyi és Vörös Viktor dolgozta ki, ez minden orvos, pszichológus, pedagógus, pap, lelkész, érdeklődő számára hozzáférhető (Perczel Forintos, Ajtay, Vörös, 2011). Az önsértés megszüntetése nehéz, de nem lehetetlen, azonban a probléma megoldásának végső kulcsa a megelőzés a születéstől kezdve szomatikus, mentális, kulturális és spirituális területen egyaránt.

A nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés megszüntetésének legalább az alábbiakat kell tartalmaznia:

1. Pontosan meg kell határozni a pszichiátriai fogalmakat, és a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés jelenségre.
2. Az illetékeseket (általános orvosok, háziorvosok, gyermekgyógyászok, védőnők, alapellátás dolgozói, pszichiáterek, pszichológusok, népegészségügyi szakemberek, pedagógusok, politikusok, hatóságok, stb.) fel kell készíteni a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés megismerésére és felismerésére. A tájékoztatás elsősorban a pszichiátria feladata.
3. A mentális tudatlanság felszámolása, a pedagógusképzés mentális ismereteinek kibővítése a tényleges szükségleteknek megfelelően.
4. Az illetékeseknek jobban oda kell figyelni a gyermekekre.
5. Minden veszélyeztetett gyermeket fel kell ismerni.
6. Határozottan állást kell foglalni abban, hogy a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés jelenség megszüntethető, de azonnali intézkedést igényel. A nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés felszámolása komoly kihívást jelent, időt, erőfeszítést és kitartást igényel. A megoldásában minden érdekeltnek (oktatás, nevelés, egész-

ségügy, pszichológia, pszichiátria, társadalom, szociálpolitika, egyházak, stb.) teljes odaadással, elkötelezettséggel részt kell vennie.

7. A nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés megszüntetését haladéktalanul meg kell kezdeni. A halogatás, a felelősség másra hárítása hátterében fel kell ismerni és megszüntetni 1. a szervezetlenséget, 2. az érdektelenséget, 3. a tudatlanságot, 4. a nemtörődömséget és 5. a felelőtlenséget.
8. Pontosan meg kell határozni a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés jelenséggel kapcsolatos egyéb, biológiai/szomatikus, pszichológiai kulturális, szociális, antropológiai, spirituális és mágikus fogalmakat.
9. Nagyon fontos jobban odafigyelni a személyiségfejlődésre, amely károsodása következtében a serdülő és fiatal felnőtt korban manifesztálódik először a pszichiátriai megbetegedések 75%-a. Meg kell határozni a különböző életkorokban megjelenő, a fejlődéssel együtt járó, „normális", deviáns és/vagy patológiás tünetek és tünetcsoportokat és azok idegrendszeri, pszichológiai, kulturális, szociális és spirituális hátterét. Különösen fontos a gyermekkori abúzusok és elhanyagoltságok felismerése és megelőzése, amely ma erősen tabu téma. A felnőttkori pszichiátriai zavarok és megbetegedések jelentős része kora gyermekkori, nevelési hiányosságokra visszavezethető szomatikus, pszichés, kulturális, szociális és spirituális károsodásokra vezethető vissza.
10. Meg kell határozni az önálló tünetek és tünetcsoportok mellett valamennyi pszichiátriai zavarral való komorbiditását. Szinte minden pszichiátriai megbetegedés, de számos neurológiai és egyéb testi betegség esetén előfordulhat önsértés.
11. Elengedhetetlenül fontos a személyiségfejlődés holisztikus alapon történő vizsgálata és elemzése a születéstől a felnőtt korig, életkor szerinti bontásban (a. testi, szomatikus, organikus idegrendszeri, endokrinológiai, biológiai, biokémiai; b. pszichológiai; c. kulturális, szociális; d. spirituális).
12. Meg kell határozni a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés jelenség genetikáját nem csak mentális retardációkban. (Lesch-Nyhan betegség) Ma még nem tudjuk pontosan, hogy valójában mi is öröklődik.
13. Fel kell deríteni a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés etiológiáját holisztikus alapon: a. testi, szomatikus, organikus idegrendszeri, endokrinológiai, biológiai, biokémiai; b. pszichológiai; c. kulturális, szociális; d. spirituális. Érdemes áttekinteni az öngyilkos magatartással kapcsolatos neurobiológiai ismereteket és megnézni, ezekből mi található meg a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés hátterében.
14. Pontosan meg kell határozni a veszélyeztető és kockázati tényezőket.
15. Meg kell határozni a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés bizonyítékokon alapuló diagnosztikai kategóriáit.
16. A házi-gyermekorvosi protokollokba be kell építeni az önsértő magatartással kapcsolatos ismereteket és teendőket.
17. Módosítani szükséges a statisztikai adatgyűjtést és a gyermekek fejlődését károsító magatartásmódok (főleg az abúzusok és elhanyagoltság) törvényi szabályozását.
18. Le kell vonni a bizonyítékokon alapuló terápiás következtetéseket (a. biológiai, orvosi, b. pszichológiai, pszichoterápiás, c. kulturális, szociális, társadalmi, politikai, nevelési, d spirituális, vallási teendők meghatározása). Korszerű neuropszichofarmakológia nélkül sem az öngyilkos magatartás, sem a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés, de egyetlen pszichiátriai zavar/betegség sem gyógyítható véglegesen.
19. Ki kell dolgozni a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés prevenciójának szabályait. 1. Egészségnevelés, legalább a születéstől a felnőtté válásig; 2. Egészségfejlesztés a felnőttek körében; 3. Primordiális megelőzés; 4. Elsődleges megelőzés; 5. Másodlagos megelőzés; 6-7. Harmadlagos megelőzés (szűkebb és tágabb értelemben) (Kósa, 2008; Slesina, 2008; Kalmár, 2012, 2013a, 2015a).
20. Az egészségtan, és ezen belül a mentális egészségtan órarend szerű tanításának felvétele a nemzeti alaptantervbe, és haladéktalan bevezetése az általános és középiskolákban.

Kórházi kezelés szükséges, ha

- a nem szuicidális önsértő magatartás öngyilkossági kockázattal társul;
- a nem szuicidális önsértő magatartás olyan súlyos betegségekkel társul, amelyek kórházi ellátást igényelnek;
- a nem szuicidális önsértő magatartás veszélyezteti az egyén testi egészségét és szociális funkcióit (ismételt sebészeti beavatkozást igénylő önsértés, önsértő magatartás az iskolában etc.);
- a járóbeteg ellátás eredménytelen;
- a járóbeteg ellátástól javulás érdemben nem várható (Jaws,Taneli, Warnke, 2015).

A kezelés céljának tartalmaznia kell legalább az alábbiakat:

- megakadályozni az önsértő magatartás eszkalációját;
- csökkenteni az önsértő tevékenység kialakulását;
- csökkenteni vagy megállítani az önsértő tevékenységet;
- csökkenteni vagy megállítani más kockázatos magatartást;
- növelni a szociális funkciókat;
- növelni az életminőséget;
- növelni az önsértéssel foglalkozó egészségügyi ellátó szolgálat feltételeit (Jaws,Taneli, Warnke, 2015).

A MEGELŐZÉS LEGFONTOSABB LEHETŐSÉGE A NEVELÉS

A nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés jelenség mindig együtt jár olyan pszichopatológiai jelekkel és tünetekkel, amelyek bizonyítottan a születéstől a felnőtté válásig tartó személyiségfejlődés zavarai következtében alakulnak ki, és amely felhívja a figyelmet a megelőzés, a nevelés fontosságára (Kalmár, 2011c, 2013a). A nem megfelelő biológiai, pszichológiai spirituális fejlődési krízis-megoldások számtalan pszichopatológiai tünetet okoznak (bizonytalanság-érzés, szorongás, szégyen, kétség, a kezdeményezőkészség csökkenése, döntésképtelenség, bűntudat, reménytelenséget, kisebbrendűségi érzés, csökkentértékűség, önértékelési zavarok, az érzelmi élet zavarai, ingerlékenység, szerepkonfúzió, társas kapcsolati zavarok, a konfliktus-megoldó mechanizmusok károsodása, izoláció, stb., amelyek közül számos megtalálható a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés jelenséggel együtt) (Kalmár, 2011c; Horváth, Mészáros, Balázs, 2015). Ugyancsak fontos megemlíteni a sikertelen személyiségfejlődés során nyerhető énerők hiányát. (remény, akarat, szándék, indíték, kompetencia, hűség, szeretet, stb.). Mindezek egyes szülők és pedagógusok mentális tudatlansága következtében alkalmazott helytelen nevelés eredményeként alakulnak ki, ami felhívja a figyelmet a szülők és pedagógusok képzésének és továbbképzésének a fontosságára. A személyiségfejlődés torzulásához vezető jelenségek felismerése és megszüntetése a pedagógus társadalom kötelessége. Mára az egészséges ember nevelése kikerült a nevelési-oktatási rendszer egészét érintő feladatok közül. Ma az óvodákban és az iskolákban szentségtörés még a lelki egészség említése is, nem beszélve a lelki zavarok óriási elterjedéséről. Az óvodában még úgy-ahogy megtanítják az elemi higiénére a gyermekeket, de a lelki higiéné fogalmát sokszor még az óvónő sem ismeri, így azt megtanítani sem tudja. Arra hivatkozni, hogy az egészségnevelés olyan bonyolult, hogy azt egy tantárgy keretén belül nem lehet megtanítani, azt mutatja, hogy az elhárítás hatékonyan működik (Meleg, 2002; 2006). Ha nincs tantárgy, nincs felelősség és nincs számonkérési lehetőség sem. A szívsebészetet is meg lehet tanulni, pedig az sem egyszerű dolog. A nevelést is meg lehet tanulni, az egészségnevelést is.

Fontos a tűzoltás, de szerencsésebb a tűz megelőzése. Az irodalomban fellelhető terápiás javaslatok a tűzoltás kategóriába sorolhatóak, az egészségtan tanítás visszaállítása az iskolákban, a nevelés színvonalának javítása a megelőzés kategóriába.

ÖSSZEFOGLALÁS

Egyre súlyosabb népegészségügyi problémát jelentenek az újonnan megjelenő önpusztító magatartás körébe tartozó jelenségek, és ezek között is a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés jelensége, amely az epidemiológiai vizsgálatok szerint a fiatalok között nagyon magas arányban fordul elő. A témában megjelenő közlemények bizonyítják, hogy a jelenség keletkezésében súlyos szerepe van a nevelési hiányosságok következtében kialakuló torzult személyiségfejlődésnek. Az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységek magyarázatára irányuló törekvéseket, így a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés jelenségét is, különböző csoportokba lehet osztani. Annak ellenére, hogy számos bizonyítékkal rendelkezünk a nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés jelenség magyarázatára, és kezelésére is, a sok javaslat ellenére sem tudjuk a jelenséget végleg megszüntetni.

Számos nyitott kérdés van, amelyre a jövő kutatóinak kell a választ megtalálni. 1. Mi az önsértő magatartás pontos idegrendszeri, biokémiai alapja? 2. Mi az önsértő magatartás pontos genetikai alapja? A genetika rohamos fejlődése következtében nincs messze az az idő, amikor az eredmények ismeretében a pszichopatológia, a pszichiátriai diagnosztikai rendszerek változtatásával közelebb kerülünk az önsértés magyarázatához és megértéséhez is. 3. Milyen idegrendszeri biokémiai elváltozások zajlanak le az egyes személyiség-fejlődési krízis-szakaszokban normális és kóros esetekben? 4. Mikorra lehet megszűntetni, kiküszöbölni a jelenlegi fogalmi zavarokat? 5. Miért fordul elő az önsértés pszichiátriai betegségekben? 6. Miért fordul elő önsértés tudatzavarokban és módosult tudatállapotokban? 7. Miért fordul elő pszichiát-

riai betegségek nélkül is? 8. Miért fordul elő bizonyos testi betegségekben? 9. Hogyan hatnak a spirituális, mágikus, babonás szokások az idegrendszer működésére? 10. Mi a szerepe a módosult tudatállapotoknak a mágikus, babonás szokások és rituálék kialakulásában? 11. Mi az oka, hogy a gyermekkori abúzus és elhanyagoltság egyes esetekben önsértő magatartást okoz, más esetekben nem? 12. Miért növekszik az önsértések szám? 13. Miért éppen a serdülők közt a leggyakoribb? 14. Mi az összefüggés az önsértés és az öngyilkos magatartás között? 15. Miért gyakoribb a nők közt, amikor az öngyilkosság általában a férfiak közt a gyakoribb? 16. Melyek a legfontosabb kockázati és védő tényezők az önsértő magatartás kialakulásában? 17. Mikorra lesz bizonyítékokon alapuló terápiás módszer? 18. Mikorra lesz hatékony pszichológiai képzés a pedagógusok részére, kezdve a bölcsődei gondozónőktől a tanárokig? 19. Mikor kerül bevezetésre az iskolákban a tanrend szerint oktatott egészségtan (ezen belül is a mentális egészségtan) tanítás az iskolákban? 20. Mikorra lesz minden iskolában olyan munkacsoport, amelyik tudja majd kezelni az iskola gyermekeinek valamennyi mentális problémáját, beleértve az öngyilkossági veszélyt és az önsértést is? Míg az összes halálozás 1,81%-a történt öngyilkosság miatt 2012-ben (férfi: 2,84%, nő: 0,83%), addig a 15-24 korcsoportban ez az arány 21,75% volt (férfi 24,7%, nő: 13,16%) (megfelelően képzett pedagógusok, iskolai alkalmazottak, iskolapszichológus és iskolaorvosi hálózat munkatársai) 21. Mikorra lesz megfelelő megelőzés?

Ma sem a családok, sem az iskolarendszer nem képes biztosítani, hogy valamennyi gyermek egészséges felnőtté váljon és kialakuljanak náluk az egészséges személyiség kibontakoztatásához szükséges tulajdonságok testi, pszichés, kulturális és spirituális téren (általános alkalmazkodó-képesség, nyitottság, az örömérzésre való képesség, a kompetens interperszonális viselkedés, ép pszichológiai immunrendszer, a kihívások megoldásához szükséges intellektuális képességek, a helyes konfliktusmegoldó képességek, a jó memória, világos gondolkodási képesség, pozitív gondolkodás, az érzelmi stabilitás és motivációs kontroll, megfelelő önértékelés, a szociális attitűdök, önzetlenség, empátia, remény, kapcsolattartási képesség, kreativitás, produktivitás, az autonómia, identitás, türelem, tolerancia, érzelmi függetlenség, önbizalom, hit önmagában, önmagunk elfogadása, integráltság és kedvező énkép, megfelelő önismeret stb.).

A nem-öngyilkossági szándékkal történő önsértés ma még nem gyógyítható, de kezelhető a fentiekben említett holisztikus megközelítésű módszerekkel. Addig azonban érdemi változást elérni nem lehet, amíg nem kerül sor a személyiségfejlődés egyes szakaszaira történő intenzívebb odafigyelésre mind a családban, mind az oktatási intézményekben. Sokat segítene az egységes értékrenden alapuló nevelés, a tanrendszerű egészségtan – ezen belül is a mentális egészségtan – tanítása, az önsértéssel kapcsolatosan felmerülő valamennyi kérdés megválaszolása, az organikus, pszichés, kulturális és spirituális eredetnek a feltárása valamint a komplex megelőzésben rejlő határtalan előnyök kihasználása.

Levelező szerző: Kalmár Sándor, Kecskemét, Károlyi u. 13.
E-mail: kalm-r@t-online.hu

IRODALOM

1. Campbell R. J. Psychiatric Dictionary. Seventh Edition. Oxford University Press. New York, Oxford, 1996.
2. Cosman D. Suicidology Presa Universitara Clujeană. Cluj-Napoca. 2013. 43-60.
3. Csábi Gy. Tényi T. (2006) Magatartási fenotípusok és kognitív sajátosságok mentális retardációban. Neuropsychopharmacologia Hungarica. VIII/3; 127-142.
4. Csorba J. Szélesné Ferencz E. Steiner P. Farkas L.Németh Á. (2005) Önsértő magatartású serdülők tüneti jellegzetességei. Pszichiátria Hungarica. 20.6. 456-462.
5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. (DSM-5) American Psychiatric Association. Washington DC. 783.o. 801-806.o.
6. Encyclopaedia Britannica. Vol.I. Printed for A. Bell and C. Macfarquhar; Edinburgh. M.DCC.LXXI. p. 544.
7. Frecska E. Wiesenmayer É. Spiritualitás és módosult tudatállapotok. OPNI. 2005.
8. Füredi J. Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó ZRT. Budapest, 2015.
9. Gaszner P. A lelki betegségek gyógyszeres kezelése. OPNI. 1989.
10. Harish T, Chawan N. Rajkumar R.P, Chaturvedi S.K. (2012) Bilateral self-enucleation in acute transient psychotic disorder: the influence of sociocultural factors on psychopathology. Comprehensive Psychiatry 53 576-578. www.sciencedirect.com.
11. Hermann I. Az ember ősi ösztönei. Magvető Kiadó, Budapest, 1984. 119-134. o.
12. Horányi B. Neurologia. Medicina Könyvkiadó, 1966.
13. Horváth É., Lengyel J., Ónodi Molnár D., Tóth M. Gyermekek szexuális bántalmazása. Független Médiaközpont, Budapest, 2011.
14. Horváth L. O. Mészáros G. Balázs J. (2015) Serdülőkori nemszuicidális önsértés: aktuális kérdések. Neuropsychopharmacologia Hungarica. XVII/1; 14-22.o.
15. Horváth Sz. Kéri Sz. Janka Z. Az idegrendszeri zavarok molekulásis biológiai és neurokémiai alapjai. In Füredi J, Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina. 2015. 10-27.
16. http://data.euro.who.int/hfadb
17. Issekutz B, Isekutz L. Gyógyszerrendelés. Medicina. 1979. 195-197. o.
18. Jacobs D, Deutch N, Brewer M. (2001) Suicide, depression, and isotretinoin: Is there a causal link? J Am Acad Dermatol 45: s168-75.

19. Jaws T. Taneli Y. Warnke A. Suicide and Self-harming Behaviour. In The Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Edit. J. M. Rey. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Profession, IACAPAP, Geneva, 2015.
20. Józsa L. Névvel jelölt szindrómák. Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest, 2001. 141. o.
21. Kaczvinszky J. Kelet világossága I-III. Írás Kiadó, Budapest, 1942.
22. Kalmár P. (2011) Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál Budapesten, a XV. Kerületben, 2011-ben. Health Development Egészségfejlesztés. Országos Egészségfejlesztési Intézet. LII. évfolyam, 5-6. Szám. 12-16. o.
23. Kalmár S. Pszichiátriai szótár. Jansen-Cilag. 1998.
24. Kalmár S, Kalmár P (2007) Pszichiátriai Szótár. Kalm-R Bt. Kecskemét.
25. Kalmár S. (2010a) The advantages and the disadvantages of the Internet in preventing suicide In: L. Sher, A. Vilens: Internet and Suicide. Nova Science Publishers 2010. Chapter 3.
26. Kalmár S. (2010b) Konfliktuskezelő és kommunikációs tréning lehetősége Internet alapú továbbképzési rendszerben. MPT. Délkelet Magyarországi Tagozat Tudományos ülése. Cserkeszőlő, 2010. nov. 26-27.
27. Kalmár S. (2010c) Az Internet lehetőségei a pszichiáter továbbképzésben és az öngyilkosság megelőzésében. MPT. Délkelet Magyarországi Tagozat Tudományos ülése. Cserkeszőlő, 2010. nov. 26-27.
28. Kalmár S. (2010d) Az Internet szerepe és lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. Aesculap Academia. Konferencia az öngyilkosság megelőzésének témakörében. Lélekben Otthon, 2010. nov. 29.
29. Kalmár S. (2010e) The role of the disturbances of perception in the development of the psychiatric signs and symptoms. www.internetandpsychiatry.com
30. Kalmár S (2011a) About mental illiteracy: deficits of mental health promotion and primordial prevention in psychiatry. www.internetandpsychiatry.com
31. Kalmár S. (2011b) Az internet kihasználatlan lehetőségei suicid prevencióban. Magyar Pszichológiai Társaság Jubileumi XX. Országos Tudományos Nagygyűlése, Budapest, 2011. május 25-27.
32. Kalmár S: (2011c) The Relation between Education and Mental Health in adolescents in Hungary. Psihiatru+Ro.
33. Kalmár S. Az Internet lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. In Kalmár S, Németh A, Rihmer Z: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Medicina Kiadó Budapest, 2012. 354-375.
34. Kalmár S. 5.4.2. Az Internet lehetőségei az öngyilkosság megelőzésében. In Kalmár S, Németh A, Rihmer Z: Az öngyilkosság orvosi szemmel. Medicina Kiadó Budapest, 2012.
35. Kalmár S. (2013a) The possibilities of suicide prevention in adolescents. A holistic approach to protective and risk factors. Neuropsychopharmacologia Hungarica. XV/1.
36. Kalmár S. (2013b) A hit hiánya, a nem kellő hatékonyság, a motiváció hiány, a negatív önértékelés, alkalmazkodási zavarok és fáradékonyság vizsgálata magyarországi középiskolásoknál. In: Czékus Géza: Motiváció – Figyelem – Fegyelem. Motivation – Attention – Discipline. (ISBN 978 86 87095-38-0) Újvidéki Egyetem, Magyar Tannyelvű Tanítóképző Kar, Szabadka. 666-682. o.
37. Kalmár S. (2013c) Az öngyilkosság a biológiai pszichiátria és az idegtudományok szempontjából. In Filo M: Halálos bűn és szabad akarat. Öngyilkosság a jogtudomány tükrében. Medicina Kiadó 2013.
38. Kalmár S. (2014) The Importance of Neuropsychopharmacology in the Development of Psychiatry. Neuropsychopharmacologia Hungarica. XVI/3.
39. Kalmár S. (2015a) The role of the eternal values in the development of personality. Alba Iulia. 23-26 April, 2015.
40. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. Williams & Wilkins Baltimore 1991. 218; 491-493; 559. o.
41. Kelleher Ian, Corcoran Paul, Keeley Helen, Wigman Johanna T.W, Devlin Nina, Ramsay Hugh, Wasserman Camilla, Carli Vladimir, Sarchiapone Marco, Hoven Christina, Wasserman Danuta, Cannon Mary 2013. Psychotic Symptoms and Population Risk for Suicide Attempt. A Prospective Cohort Study. JAMA Psychiatry. 2013;():-. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.140. Published online July 17, 2013.
42. Kósa K. (2008) Prevenció – bevezető. Orvostovábbképző Szemle. XV. Évf. 3. szám. 18-22.
43. Kuritárné Szabó I. (2008) A borderline szuicidalitás jellegzetességei. Pszichiátria Hungarica. 1. Szám
44. Leach E. R. Magical Hair. The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland. Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland. London 1958.
45. Lipcsey A. Szentistványi I. Janka Z. A pszichiátria biológiai alapjai. Akadémia Kiadó Budapest, 1986.
46. Lipcsey A. Nagy E. A schizophrenia biokémiai vonatkozásai. In Gaszner P. A lelki betegségek gyógyszeres kezelése. OPNI. 1989.
47. Makra S. A mágia. Magvető Könyvkiadó. Budapest. 1988.
48. Mann J.J, Arango V. Neurobiology of suicide and attempted suicide. In Suicide - An unnecessary death, by Wasserman. Martin Dunitz London, 2001. 29-34.
49. Mann J.J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonquist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Philips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Schaffer D, Silverman M, Takahashi Yoshitomo, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H. (2005) Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review, JAMA, 294: 2064-2074.
50. Mann J.J. Currier D. (2011) Relationships of Genes and Early-life Experience to the Neurobiology of Suicidal Behaviour In O'Conor RC. Platt S. Gordon J.: International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice. John Wiley & Sons, Ltd. Published 2011.133-150.
51. Meleg Cs. (2002) Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. Magyar Pedagógia, 102. évf. 1. szám, 11-29.
52. Meleg Cs (2006) Egészség és nevelés – egészségnevelés? Mester és Tanítvány. 10. szám, 18-28. o.
53. Moravcsik E. Elmekórtan és gyógytan. Universitas Könyvkiadó Részvénytársaság, Budapest. 1922.
54. Moretti M. (2008) Trichotillománia és komorbiditás – a lamotrigin új megvilágításban. Neuropsychopharmacologia Hungarica X/4; 201-212.
55. Nagaraja Rao K. Sudarshan C.Y. Shamshad Begum (2008) Self-injury behavior: A clinical appraisal. Indian Journal of Psychiatry. 288-292.
56. Nemeroff C, Compton M, Berger J.: The depressed suicidal patient. In Hendin H, Mann JJ.: The Clinical Science of Suicide Prevention. 2001. p. 5).
57. Nyírő Gy. Pszichiátria. Medicina, Budapest, 1967.
58. O'Connor R.C. Platt S. Gordon J. International Handbook of Suicide Prevention Research, Policy and Practice. Wiley-Blackwell. John Wiley & Sons, Ltd. 2011.
59. Ozsváth K. Pszichiátriai Lerxikon. Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2011
60. Perczel Forintos D. Ajtay Gy. Boross V. (2011) Az önpusztító viselkedés kezelésének irányelvei (Self-harm NICE July 2004 és April 2011) a http://www.nice.org.uk/CG16 .
61. Perczel Forintos D. Poós J. (2008) Kiút a kiúttalanságból – Problémamegoldó tréning az öngyilkossági veszélyeztetettség megelőzésében. Psychiatria Hungarica. 1.

62. Popovics Zs. (2015) Sokakat érint, mégis tabu a gyermekek szexuális bántalmazása. Petőfi Népe, június 5.
63. Prabhat Kumar Chand, Channaveerachari Naveen Kumar, Pratima Murthy. (2010) Major Self-Mutilations: Castration and Enucleation. German Journal of Psychiatry. 13 (4): 164-170. (http://www.gjpsy.uni-goettingen.de).
64. Réthelyi J. A pszichiátriai betegségek genetikai háttere. In Füredi J. Németh A. A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina Könyvkiadó ZRT. Budapest, 2015. 42-64.
65. Slesina W (2008) Primordiális, elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés. Orvostovábbképző Szemle, XV. évf. 3. szám. 23-26.
66. Tanquerey A. A tökéletes élet. Aszkétika és misztika. (Fordította: Czumbel Lajos) Societé de S. Jean L'evangéliste. Paris, Tournai, Roma. 1932. 506. o.
67. Tringer L. A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1999.
68. Vetró Á. (1997) Iskoláskorú gyermekek viselkedési problémáinak epidemiológiai vizsgálata Szegeden. Psyciatria Hungarica 12 (2): 193-2000.
69. Wasserman D.: A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In: Wasserman D.: Suicide – An unnecessary death. Martin Dunitz London, 2001. p. 20.).
70. Westerlund M, Wasserman D. The role of the Internet in suicide prevention. In Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention (525-532) by Wasserman D, Wasserman C. Oxford University Press. 2009.
71. Yates T.M. (2004) The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. Clinical Psychology Review. 24. 35-74. www.sciencedirect.com.

Autotelic activities aimed at the alteration of the human body from socially accepted to pathological forms: about non-suicidal self-injury

The author lays down that non-suicidal self-injury (NSSI) constitutes an increasingly more common and serious public health problem, especially during the age of adolescence. In spite of the fact that the phenomenon has been known since the beginning of human mankind even in animals, we have not been able to either give a clear explanation or prevent its spreading yet. The author reviews the conceptual disturbances, behavioural phenotypes, cultural-historical and mythological antecedents related to self-injury, just as the controversial concepts, reasons of unclearness of the concepts, and clinical classification of self-injuries, and he outlines a new categorisation/ classification of the explanation of autotelic activities aimed at the alteration of the human body. He reviews the relationship between self-injuries and other psychological signs and symptoms and psychiatric illnesses, the explanations of developing self-injurious behaviour and further research directions. Besides the different models of self-injury he presents a holistic model. Besides the therapeutic guidelines of self-injurious behaviour, he calls the attention to the importance of genetic and nervous system researches, psychological and spiritual research, the importance of mental education and prevention, and he also lists some more essential questions future researchers have to find the answers for if we would like all children to be allowed to enter the adults' world in a healthy and sound state.

Keywords: non-suicidal self-injury (NSS), behavioural phenotypes, self-injurious behaviours (SIB), self-injury, deliberate self-harm (DSH), disturbances of the development of personality, clinical classification, treatment and prevention of self-injurious behaviours