

**DOKTORI (PHD) DISSZERTÁCIÓ**

**Horváth Lili Olga**

**A nemszuicidális önsértés, az öngyilkos  
magatartás és az életesemények kapcsolatának  
vizsgálata serdülők körében**

**2020**

**EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM**

**Horváth Lili Olga**

**A nemszuicidális önsértés, az öngyilkos magatartás és az életesemények kapcsolatának vizsgálata serdülők körében**

**Pszichológiai Doktori Iskola**

**A Doktori Iskola vezetője: Dr. Demetrovics Zsolt, MTA doktora, egyetemi tanár**

**Fejlődés- és klinikai gyermekpszichológia program**

**Programvezető: Dr. Balázs Judit, MTA doktora, egyetemi tanár**

**Témavezető: Dr. Balázs Judit, MTA doktora, egyetemi tanár**

**A bírálóbizottság tagjai:**

**Dr. Düll Andrea Magdolna, MTA doktora, egyetemi tanár, elnök**

**Dr. Koronczai Beatrix, titkár**

**Dr. Futó Judit, bíráló**

**Dr. Szily Erika, bíráló**

**Dr. Vizin Gabriella, tag**

**Dr. Géczi Anna, tag**

**Dr. Szabó Laura, tag**

**Dr. Jekkel Éva, tag**

**Budapest, 2020**



elte | ppk

Eötvös Loránd Tudományegyetem  
Pedagógiai és Pszichológiai Kar

Tanulmányi Hivatal  
Oktatásszervezési Iroda

1075 Budapest, Kazinczy utca 23–27.  
+36-1-461-4500  
fax: +36-1-461-4586  
<http://www.ppk.elte.hu/tanulmanyi/>

<sup>1</sup>ADATLAP  
a doktori értekezés nyilvánosságra hozatalához

I. A doktori értekezés adatai

A szerző neve: Horváth Lili Olga

MTMT-azonosító: 10049680

A doktori értekezés címe és alcíme: A nemszucidális önsértés, az öngyilkos magatartás és az életesemények kapcsolatának vizsgálata serdülők körében

DOI-azonosító<sup>2</sup>: 10.15476/ELTE.2020.082

A doktori iskola neve: Pszichológiai Doktori Iskola

A doktori iskolán belüli doktori program neve: Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Program

A témavezető neve és tudományos fokozata: Prof. Dr. Balázs Judit, PhD, DSc

A témavezető munkahelye: ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Fejlődés- és Klinikai Gyermekpszichológia Tanszék

II. Nyilatkozatok

1. A doktori értekezés szerzőjeként<sup>3</sup>

a) hozzájárulok, hogy a doktori fokozat megszerzését követően a doktori értekezésem és a tézisek nyilvánosságra kerüljenek az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban. Felhatalmazom a Pszichológiai Doktori Iskola hivatalának ügyintézőjét Barna Ildikót és Kulcsár Dánielt, hogy az értekezést és a téziseket feltöltsse az ELTE Digitális Intézményi Tudástárba, és ennek során kitöltse a feltöltéshez szükséges nyilatkozatokat.

b) kérem, hogy a mellékelt kérelemben részletezett szabadalmi, illetőleg oltalmi bejelentés közzétételéig a doktori értekezést ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban;<sup>4</sup>

c) kérem, hogy a nemzetbiztonsági okból minősített adatot tartalmazó doktori értekezést a minősítés (dátum)-ig tartó időtartama alatt ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban;<sup>5</sup>

d) kérem, hogy a mű kiadására vonatkozó mellékelt kiadó szerződésre tekintettel a doktori értekezést a könyv megjelenéséig ne bocsássák nyilvánosságra az Egyetemi Könyvtárban, és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban csak a könyv bibliográfiai adatait tegyék közzé. Ha a könyv a fokozatszerzést követően egy évig nem jelenik meg, hozzájárulok, hogy a doktori értekezésem és a tézisek nyilvánosságra kerüljenek az Egyetemi Könyvtárban és az ELTE Digitális Intézményi Tudástárban.<sup>6</sup>

2. A doktori értekezés szerzőjeként kijelentem, hogy

a) az ELTE Digitális Intézményi Tudástárba feltöltendő doktori értekezés és a tézisek saját eredeti, önálló szellemi munkám és legjobb tudomásom szerint nem sértem vele senki szerzői jogait;

b) a doktori értekezés és a tézisek nyomtatott változatai és az elektronikus adathordozón benyújtott tartalmak (szöveg és ábrák) mindenben megegyeznek.

3. A doktori értekezés szerzőjeként hozzájárulok a doktori értekezés és a tézisek szövegének plágiumkereső adatbázisba helyezéséhez és plágiumellenőrző vizsgálatok lefuttatásához.

Kelt: Budapest, 2020. 06.15.

.....  
a doktori értekezés szerzőjének aláírása

<sup>1</sup> Beiktatta az Egyetemi Doktori Szabályzat módosításáról szóló CXXXIX/2014. (VI. 30.) Szen. sz. határozat. Hatályos: 2014. VII.1. napjától.

<sup>2</sup> A kari hivatal ügyintézője tölti ki.

<sup>3</sup> A megfelelő szöveg aláhúzandó.

<sup>4</sup> A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell adni a tudományági doktori tanácshoz a szabadalmi, illetőleg oltalmi bejelentést tanúsító okiratot és a nyilvánosságra hozatal elhalasztása iránti kérelmet.

<sup>5</sup> A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell nyújtani a minősített adatra vonatkozó közokiratot.

<sup>6</sup> A doktori értekezés benyújtásával egyidejűleg be kell nyújtani a mű kiadásáról szóló kiadói szerződést.

## TARTALOM

Rövidítések jegyzéke .....	7
A disszertáció témájához kapcsolódó saját közlemények .....	8
Köszönetnyilvánítás .....	10
Előszó .....	11
I. Elméleti bevezető .....	13
I.1. Az önsértés kulturális beágyazottsága .....	13
I.2. Az önsértés terminológiája .....	16
I.3. Az önsértés helye a klasszifikációs rendszerekben .....	20
I.4. Az NSSI epidemiológiája .....	22
I.5. Az NSSI élménye és funkciói .....	24
I.6. Az NSSI kapcsolata a pszichiátriai zavarokkal.....	28
I.7. Az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolata.....	29
I.8. Az életesemények kapcsolata az NSSI-vel és az öngyilkos magatartással .....	36
I.9. NSSI és öngyilkos magatartás - hogyan tudunk segíteni? Prevenció és intervenció serdülőknek.....	39
II. Célitűzések és hipotézisek .....	42
III. Módszerek .....	45
III.1. Első vizsgálat.....	45
III.1.1. Résztvevők és eljárás .....	45
III.1.2. Mérőeszközök.....	47
III.1.2.1. A D-SIB mérése.....	47
III.1.2.2. Az életesemények mérése .....	48
III.1.3. Statisztika .....	48
III.2. Második vizsgálat .....	49
III.2.1. Résztvevők és eljárás.....	49
III.2.2. Mérőeszközök .....	50
III.2.2.1. Az NSSI mérése.....	50

III.2.2.2.	Az öngyilkos magatartás mérése .....	51
III.2.2.3.	Az életesemények mérése .....	51
III.2.3.	Statisztika .....	51
IV.	Eredmények.....	55
IV.1.	Első vizsgálat.....	55
IV.1.1.	A minta leírása.....	55
IV.1.2.	Az életesemények előfordulása a két csoportban .....	55
IV.1.3.	D-SIB és életesemények a két csoportban .....	58
IV.2.	Második vizsgálat .....	66
IV.2.1.	A minta leírása.....	66
IV.2.2.	A vizsgált változók megbízhatósága és a leíró statisztikák .....	67
IV.2.2.	Az életesemények szerepe az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában 68	
IV.3.	Prevenációs program bemutatása .....	75
IV.3.1.	„Az Élet iskolája” program bemutatása .....	76
IV.3.1.1.	Az NSSI témáját feldolgozó foglalkozás bemutatása.....	77
IV.3.2.	Eljárás a pilot vizsgálat során.....	81
IV.3.5.	A program implementálása SNI fiatalokra .....	82
V.	Diszkusszió.....	83
V.1.	Első vizsgálat diszkussziója .....	83
V.2.	Második vizsgálat diszkussziója .....	86
V.3.	Prevenációs program diszkussziója .....	91
V.4.	Összefoglalás és új eredmények.....	92
V.5.	Kitekintés .....	100
	Irodalomjegyzék.....	103
	Mellékletek .....	126

## Táblázatok jegyzéke

1. táblázat. Az életesemények besorolása kategóriák szerint
2. táblázat. Az egyes életesemények előfordulási gyakorisága a gimnazista és a szakiskolás csoportban
3. táblázat. Az egyes életesemények és a D-SIB összefüggései a gimnazista csoportban
4. táblázat. Az életesemény-kategóriák és a D-SIB összefüggései a gimnazista csoportban
5. táblázat. Az egyes életesemények és a D-SIB összefüggései a szakiskolás csoportban
6. táblázat. Az életesemény kategóriák és a D-SIB összefüggései a szakiskolás csoportban
7. táblázat. A minta életkori és nemi megoszlása
8. táblázat. Leíró statisztikák a klinikai és nem-klinikai csoportban
9. táblázat. Negatív binomiális regressziós modell: az NSSI, a csoport és az életesemények számának hatása az öngyilkos magatartásra
10. táblázat. Negatív binomiális regressziós modell: nem-interperszonális életesemények, a csoport és az NSSI hatása az öngyilkos magatartásra
11. táblázat. Negatív binomiális regressziós modell: az interperszonális életesemények, a csoport és az NSSI hatása az öngyilkos magatartásra
12. táblázat. Negatív binomiális regressziós modell: az NSSI, a csoport és az ártalmas gyermekkori körülmények számának hatása az öngyilkos magatartásra

## Ábrák jegyzéke

1. ábra. Az irodalomkeresés lépéseit bemutató QUORUM ábra
2. ábra. Joiner interperszonális elmélete az öngyilkosságról
3. ábra. A résztvevők eloszlása az NSSI módszerek és életesemények száma, az élettartam öngyilkos magatartás és csoport együttes figyelembevételével
4. ábra. Az NSSI és az öngyilkos magatartás skálákon nullánál nagyobb értéket elérő résztvevők eloszlása az NSSI módszerek és az életesemények száma, az élettartam öngyilkos magatartás és csoport együttes figyelembevételével

## Rövidítések jegyzéke

ACC – ártalmas gyermekkori körülmények (adverse childhood circumstances)

ADHD - figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

BPD – borderline személyiségzavar

CASE – Child and Adolescent Self-Harm in Europe kutatási projekt

D-SIB - direkt önsértő viselkedés (direct self-injurious behaviour)

DSH – szándékos önkárosítás

DSHI – Szándékos Önsértés Kérdőív

DSM – Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve

DSM-IV – Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 4. kiadás

DSM-5 – Mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve, 5. kiadás

DWLS – átlósan súlyozott négyzetes becslés (diagonally weighted least squares)

GLM – általánosított lineáris modell (generalized linear model)

ETT-TUKEB – Emberi Erőforrások Minisztériumának Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága

HBSC – Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children) kutatás

IPE – interperszonális életesemények

MINI – Mini Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú

nIPE – nem-interperszonális életesemények

NSSI – nemszuicidális önsértés

OR – esélyhányados

SEYLE – Fiatalok életének megmentése és szerepvállalásuk/önállóságuk növelése Európában (Saving and Empowering Young Lives in Europe) kutatási projekt

SIB – önsértő magatartások (self-injurious behaviours)

SNI – sajátos nevelési igényű

WHO – Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization)

YAM – Fiatalok mentális egészség-öntudatosság (Youth Aware of Mental Health) program



**A disszertációban felhasznált saját közlemények jegyzéke<sup>1</sup>:**

**Horváth, L. O.**, Mészáros, G., & Balázs, J. (közlésre elfogadva). Mikor nemszucidális az önsértés? Az önsértő és öngyilkos magatartás kapcsolatának áttekintése. *Psychiatria Hungarica*.

**Horváth, L. O.**, Győri, D., Komáromy, D., Mészáros, G., Szentiványi, D., & Balázs, J. (2020). Nonsuicidal Self-Injury and Suicide: The Role of Life Events in Clinical and Non-Clinical Populations of Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 370. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00370>

Kaess, M., Eppelmann, L., Brunner, R., Parzer, P., Resch, F., Carli, V., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Hoven, C. W, Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., **Horvath, L. O.**, Kahn, J. P., Keeley, H., Marchetti, Marco; Podlogar, T., Postuvan, V., Saiz, P. A., Tubiana, A., Varnik, A., & Wasserman, D. (2020). Life Events Predicting the First Onset of Adolescent Direct Self-Injurious Behavior-A Prospective Multicenter Study. *Journal of Adolescent Health*, *66*(2), 195–201. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.018>

Farkas, B. F., Győri, D., **Horváth, L. O.**, Mészáros, G., & Balázs, J. (2019). Overview of the current knowledge on nonsuicidal self-injury. *Buletinul Asociației Balint*, *21*(81–82), 20–27.

Balazs, J., Gyori, D., **Horvath, L.O.**, Meszaros, G., & Szentivanyi, D. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *Biomed Central Psychiatry*, *18*(1). <http://doi.org/10.1186/s12888-018-1620-3>

**Horváth, L.O.**, Balint, B., Ferenczi-Dallos, G., Farkas, L., Gadoros, J., Gyori, D., Kereszteny, A., Meszaros, G., Szentivanyi, D., Velo, S., Sarchiapone, M., Carli, V., Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Balazs, J. (2018). Direct Self-Injurious Behavior (D-SIB) and Life Events among Vocational School and High School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(6). <http://doi.org/10.3390/ijerph15061068>

---

<sup>1</sup> A felsorolt publikációk társszerzői hozzájárultak a közlemények disszertációmban való felhasználásához.

Meszáros, G., **Horváth, L. O.**, & Balázs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *Biomed Central Psychiatry*, 17(1). <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1326-y>

**Horváth, L. O.**, Mészáros, G., & Balázs, J. (2015). Serdülőkori nem-szuicidális önsértés: aktuális kérdések. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 17(1), 14–22.

**További, a témához kapcsolódó saját közlemények, melyek a disszertációmban nem szerepelnek:**

Hillekens, J., Buist, K. L., **Horváth, L. O.**, Koper, N., Ólafsdóttir, J., Karkdijk, E., Balázs J. (közlésre elfogadva). Parent-Early Adolescent Relationship Quality and Problem Behavior in Hungary, the Netherlands, India, and Iceland. *Scandinavian Journal of Psychology*.

Velő, S., Keresztény, Á., Ferenczi-Dallos, G., Szentiványi, D., **Horváth, L. O.**, & Balázs, J. (2020). Psychiatric diagnoses in “healthy” control group of a clinical study and its effects on health related quality of life. *Psychiatria Hungarica*, 35(1), 20–29.

Szentiványi, D., Halász, J., **Horváth, L. O.**, Kocsis, P., Miklósi, M., Vida, P., & Balázs, J. (2019). A viselkedési zavaros gyermekek életminősége: nemi különbségek és komorbiditás az oppozíciós zavarral. *Psychiatria Hungarica*, 34(3), 280–286.

Balázs, J., Miklosi, M., Halasz, J., **Horváth, L. O.**, Szentiványi, D., & Vida, P. (2018). Suicidal risk, psychopathology, and quality of life in a clinical population of adolescents. *Frontiers in Psychiatry* 9. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00017>

Mészáros, G., **Horváth, L.**, & Balázs, J. (2017). „Akkor legalább a fájdalmat érzem...”. *Mindennapi Pszichológia*, 9(1), 58–61.

Szentiványi, D., Halász, J., **Horváth, L. O.**, Mészáros, G., Miklós, M., Miklósi, M., Balázs, J. (2017). Externalizáló zavarok tüneteit mutató gyermekek életminősége a gyermek saját szemszögéből és a gondviselője megítélése szerint. *Psychiatria Hungarica*, 32(3), 332–339.

## Köszönetnyilvánítás

Szeretném megköszönni témavezetőmnek, Balázs Juditnak példa- és iránymutatását, türelmét és nyitottságát, melyek doktori munkámon túl tágabban vett szakmai és személyes életemben is támogatást jelentenek. Köszönöm, hogy szakdolgozóként, majd PhD hallgatóként és jelenleg is mellette tanulhatok, dolgozhatok, és mindig lehet „még egy kérdés”.

Köszönöm kutatócsoportunk minden tagjának a közös munkát és a támogató légkört, amiben csapatmunkaként valósulhatnak meg a projektjeink. Külön köszönöm Szentiványi Dórinak a közös munka során kialakult inspiráló és megtartó barátságunkat.

Köszönöm Mészáros Piroskának és Péczely Dórának, hogy a közösen létrehozott Élet Iskolája prevenciós programunk révén kutatási eredményeink a gyakorlatba átültetve az iskolákban életre kelhetnek, valamint Balázs Fruzsínának és Ipacs Dávidnak, hogy csatlakoztak munkacsoportunkba. Köszönöm a pilot vizsgálatban részt vevő fiataloknak, hogy ötleteikkel és konstruktív visszajelzéseikkel hozzájárultak a program fejlesztéséhez.

Nagyon köszönöm a statisztikai segítséget és a sok közös gondolkozást és kreatív ötletet Komáromy Dánielnek. Köszönöm Marián Bélának az első vizsgálat során nyújtott statisztikai segítségét.

Köszönöm a SEYLE kutatócsoportnak, hogy hozzájárultak a kutatás magyar adatainak további elemzéséhez, valamint a kutatás kiterjesztéséhez.

Köszönettel tartozom a résztvevő iskolák, valamint a Vadaskert Kórház dolgozóinak, hogy befogadták a kutatásunkat. Köszönöm a vizsgálatunkban résztvevő fiataloknak és szüleiknek, hogy részvételükkel és visszajelzéseikkel hozzájárultak a munkánkhoz.

Szeretném megköszönni a hozzánk csatlakozó műhelymunkás és szakdolgozó pszichológus hallgatóknak, hogy munkájukkal segítették az adatgyűjtést, és friss szemmel tett meglátásaikkal segítették munkánkat.

Munkánkat az OTKA K108336 pályázat támogatta. Disszertációm az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-19-3 Kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának szakmai támogatásával készült.

Nagyon köszönöm családomnak, barátomnak Göndör Lacinak és barátaimnak, hogy figyelmükkel, türelmükkel és humorukkal segítettek a PhD alatt is dinamikus egyensúlyban maradni. Sosem múló szeretettel köszönök Szényi Zolinak mindent, amire megtanított.

## ELŐSZÓ

Doktori munkám fókuszában a serdülőket széles körben érintő, kiterjedt nemzetközi irodalommal rendelkező, Magyarországon azonban kevésbé kutatott nemszuicidális önsértés (NSSI) jelensége áll. Az NSSI témájával, illetve ezen belül a szakiskolás serdülők körében az NSSI megjelenésével és öngyilkos magatartással való kapcsolatával pszichológia szakos szakdolgozati munkám keretében kezdtem el foglalkozni Balázs Judit témavezetésével. A téma iránti érdeklődésem ennek során tovább nőtt, ezért kutatócsoportunkhoz PhD hallgatóként csatlakozva, a megkezdett munkát folytatva foglalkoztam tovább a serdülőkori NSSI jelenségével, doktori munkám során elsősorban az életesemények szerepére fókuszálva az NSSI megjelenésében, illetve az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában. Doktori munkám további célja volt a téma irodalmában való elmélyülés és az empirikus kutatás mellett, hogy ezt az elméleti munkát a gyakorlatba átültetve kutatócsoportunkkal megkezdjük a témában a prevenciós lehetőségek átgondolását és egy prevenciós program kidolgozását is.

Disszertációm egy részletes elméleti bevezetővel kezdem, mely áttekinti a serdülőkori NSSI kialakulását és fennmaradását magyarázó fontosabb elméleteket, a jelenség epidemiológiai jellemzőit, valamint az öngyilkos magatartással és az életeseményekkel való összefüggéseit és a lehetséges prevenciós irányokat az irodalom és saját korábbi kutatásaink alapján.

Disszertációm doktori munkámat bemutató tartalmi része három egységből áll: a) az első szakdolgozatom keretei között megkezdett kutatási anyag további feldolgozása, b) a második egység az első vizsgálat eredményei és tanulságai alapján megtervezett kutatási projekt, c) a harmadik pedig egy új, a fiatalok mentális egészségének fejlesztését célzó prevenciós program, amelyet a két empirikus vizsgálat, valamint kutatócsoportunk egyéb, a témához kapcsolódó munkái alapján kezdtünk el fejleszteni PhD tanulmányaim során multidiszciplináris munkacsoportunkkal. Mindhárom project megtervezésében, előkészítésében, adatgyűjtésében, feldolgozásában és disszeminációjában kongresszusokon és tudományos folyóiratokban aktívan részt vettem.

Disszertációm diszkusszió része egyrészt az egyes egységek megbeszélését, másrészt egy átfogó összefoglaló alfejezetben a három tartalmi egység közös megbeszélését tartalmazza, melyeket követően dolgozatom zárásaként a Kitekintés alfejezetben a disszertációmiban bemutatott kutatások óta megkezdett munkáinkat és a lehetséges jövőbeli kutatási irányokat vázoló fel.

Disszertációm nagyban épít a témában megjelent közleményeinkre, melyekben szignifikáns munkát végeztem. Ezek közül 4-ben első szerző (Horváth és mtsai., 2015, 2018, 2020; Horváth, Mészáros, & Balázs, közlésre elfogadva), 5-ben társszerző vagyok (Balázs, Györi, Horváth,

Mészáros, & Szentiványi, 2018; Balázs, Horváth, Mészáros, & Péczely, 2020; Farkas, Győri, Horváth, Mészáros, & Balázs, 2019; Kaess és mtsai., 2020; Meszaros, Horvath, & Balazs, 2017). Ezeket a megfelelő helyeken hivatkozom. Doktori disszertációmban a formai és tartalmi követelményeknek köszönhetően lehetőségem van részletesebben bemutatni a szakirodalom friss adatait és doktori munkámhoz kapcsolódó vizsgálatainkat, ezeken belül önálló kutatási részeimet, és ezeken bővebben kifejtve diszkutálni.

## I. ELMÉLETI BEVEZETŐ<sup>2</sup>

### I.1. Az önsértés kulturális beágyazottsága

Az önsértő magatartás meghatározásakor a legtöbb jelenleg érvényben lévő definíció – beleértve a Mentális zavarok statisztikai és diagnosztikai kézikönyvének 5. kiadását (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013) – részét képezi az a kitétel, hogy a viselkedés az adott kultúrában szélesebb körben nem elfogadott (Favazza, 2011; Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Ez a definíciós kitétel implikálja, hogy a legtöbb kultúra egyes önsértő gesztusokat, magatartásformákat tolerál, vagy egyenesen kívánatosnak tart bizonyos társas-társadalmi konszenzus alapján meghatározott kereteken belül. Az önsértés mint a pszichológiai-pszichiátriai kutatások kurrens kutatási témájának részletes bemutatása előtt ezért bevezetésként szeretnék egy rövid áttekintést nyújtani arról, hogy hogyan ágyazódtak, illetve ágyazódnak be az önsértő magatartásformák az emberi kultúrába, és ezek a kulturális sajátosságok hogyan definiálják az „elfogadott” és a „patológiás” magatartás közötti határvonalat.

Az önsértés kultúrtörténeti hátterét Favazza (2011) *Bodies under Siege* című könyvében – melynek 1987-es első kiadása az egyik első önsértéssel szisztematikusan foglalkozó szakirodalmi könyv volt – vizsgálja átfogóan, az önsértő magatartásokon belül elkülönítve a szociálisan elfogadott vagy kifejezetten elvárt, illetve deviáns/patológiás megjelenési formákat. Kulturális pszichiátriai megközelítésének megfelelően feltételezi, hogy a különböző kultúrákban megtalálható gyógyító, vagy más okból kulturálisan elfogadott célt szolgáló önsértő cselekvések vizsgálata a kulturális kontextusba nem illeszkedő, deviáns vagy patológiás önsértések megértését is segíthetik. A szociálisan elfogadott szokások olyan általánosan elterjedt cselekvések, amelyek nem hordoznak különösebb többletjelentést, pl. a fülcimpák kilyukasztása. 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, például valamilyen beavatási rítus formájában. Az emberi kultúrák szinte mindegyikében, köztük az európai kultúrtörténetben is előfordulnak önsértő motívumok, amelyek adott társadalmi körülmények között elfogadottak voltak, pl. a flagelláns mozgalom önkorbácsoló tagjai (Favazza, 2011) vagy a vérszerződés (Kalmár, 2016). Az európai kultúrkör alapjait jelentő történetekben akadnak azonban olyan esetek is, amelyek akkori kulturális kontextusukhoz képest

---

<sup>2</sup> Disszertációm Bevezető fejezete nagyban épít a témában megjelent korábbi munkákra, melyekben szignifikáns munkát végeztem (Farkas, Győri, Horváth, Mészáros, & Balázs, 2019; Horváth, 2014; Horváth és mtsai., 2015, 2018, 2020; Horváth, Mészáros, & Balázs, közlésre elfogadva).

is idegenként, deviánsként vagy patológiásként kerültek lejegyzésre. Példák lehetnek erre az önsértő motívumok Ovidiusz Metamorphosisában vagy Szophoklész Oidipusz drámájában (Favazza, 2011), de a Bibliában is olvasható történet olyan zavarodott emberről, akit tisztátalan lelkek szálltak meg, ezért kövekkel vagdosta magát (Horváth és mtsai., 2015; Kalmár, 2016).

Az önsértés kulturális beágyazottsága a jelen korra vonatkozthatóan is vizsgálható. A kétezres években számos híresség beszélt nyilvános pszichés problémáival összefüggő önsértéséről, illetve jelentősen megnövekedett azoknak filmeknek, filmsorozatoknak, daloknak, könyveknek a száma, amelyek valamilyen formában feldolgozták vagy tartalmazták az önsértés motívumát (Trewavas, Hasking, & McAllister, 2010; Whitlock, Purington, & Gershkovich, 2009). Napjainkban is változatos popkulturális műfajokban jelennek meg olyan karakterek, akik önsértésben érintettek, Seko és Kikuchi például 2000-2017 között áttekintve a japán manga képregényeket negyven olyan jelentet talál tizennyolc különböző szereplővel, amely önsértést jelenítenek meg (Seko & Kikuchi, 2020). Az önsértés explicit bemutatásán túl akár olyan popkultúra részeként beépülő, ikonikus alkotásokban, mint a Harry Potter sorozat, is felfedezhetőek szimbolikusan megjelenített önsértő viselkedésformák (Klonsky és Laptook, 2008).

Mindennek kiemelt jelentősége, hogy az önsértés a legtöbb elmélet szerint társas tanulás, modellkövetés révén (is) kialakulhat (pl. Nock, 2009). Egy 2008-as kutatás szerint például a megkérdezett serdülők 29,0%-ának többek között barátoktól, 15,1%-ának televízióból vagy filmekből, 11,8%-ának pedig olvasmányélményeiből származott az ötlete az önsértés első kipróbálására (Nixon, Cloutier, & Jansson, 2008). Hasonlóan az öngyilkos magatartás médiareprezentációja és az öngyilkos magatartás rizikója közti kapcsolathoz (Balázs, 2019; Nemzeti Média és Hírközlési Hatóság, 2012; Schmidtke & Schaller, 2000), annak módja, ahogy az önsértést és annak intra-és interperszonális következményeit bemutatják, befolyásolhatja az önsértő szereplővel való azonosulást és az önsértéshez viszonyulást (Trewavas és mtsai., 2010), így ezek az alkotások az önsértés bemutatásának módjától függően fokozhatják az önsértés rizikóját, vagy éppen hozzájárulhatnak a jelenségről folytatott párbeszédhez, az érintettekhez való empátiás viszonyuláshoz és a segítségkérő magatartás normalizálásához. Az önsértést megjelenítő alkotásokban gyakoriak azok az ábrázolások, amelyek sztereotip módon vagy torzítva mutatják be az önsértésben érintett személyeket (többnyire fiatal, sebezhető, fehér bőrű lányokként, akik megvágják magukat), amely hatással lehet ezeknek a személyeknek a reprezentációjára a társadalomban (Bareiss, 2017; Seko & Kikuchi, 2020; Trewavas és mtsai., 2010; Whitlock és mtsai., 2009).

A filmek, zeneszámok és könyvek mellett napjainkban kiemelt jelentőségű az NSSI kulturális reprezentációjában a közösségi média szerepe, melynek hatásait és a lehetséges megelőzési és beavatkozási pontokat aktívan kutatják mind a pszichológia-pszichiátria, mind a médiatudományok oldaláról (pl. Record, Straub, & Stump, 2020; Shanahan, Brennan, & House, 2019). Az öngyilkos magatartás és a média szerepével kapcsolatban igazolt, hogy lehet akár az érintetteket támogató szerepe a pszichés betegségekhez társított stigma csökkentése és az elérhető segítségről való tudás közvetítése révén (Schmidtke & Schaller, 2000), azonban szenzációhajhász hírközlés esetén, különösen serdülőknél, fokozhatja is az öngyilkosság rizikóját, ezért az öngyilkosságról szóló hírek közlésére az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) a médiában dolgozó szakemberek számára irányelvet dolgozott ki, mely követésével csökkenthető a közléssel járó rizikó, és növelhető a média támogató potenciálja (Balázs, 2019; Nemzeti Média és Hírközlési Hatóság, 2012; Schmidtke & Schaller, 2000). Hasonlóan komplexnek tűnik a közösségi média is az önsértés tekintetében (Brown, Fischer, Goldwisch, & Plener, 2020), azonban az itt megjelenő tartalmak szabályozása éppen közösségi jellege miatt másfajta nehézségeket vethet fel. Mivel az önsértéssel kapcsolatos explicit, különösen a vizuális, fotografikus tartalmaknak számos kutatás szerint triggerelő hatása lehet az erre esékeny felhasználóknál (Jacob, Evans, & Scourfield, 2017), egyes közösségi oldalak moderálási szabályelveikben igyekeznek ezeknek a megosztását korlátozni az önsértéshez kapcsolódó vizuális tartalmak szűrése és a keresőcímkék kontrollálása által. Az Instagram közösségi oldal 2019-ben az explicit fotografikus tartalmakon túl kiterjesztette a szabályozását azokra az önsértéssel kapcsolatos posztokra is, melyek akár gyógyult sebeket mutató bőrfelületeket mutatnak meg, illetve rajzok vagy egyéb vizuális alkotások formájában jelenítik meg az önsértést (Mosseri, 2019). Ez azonban megosztó intézkedésnek bizonyult, felvetve az online felületen történő segítségkérő magatartás és a gyógyulási narratívák megosztásának korlátozásán túl azoknak a felhasználóknak az önreprezentációra való lehetőségét is, akik önsértésből származó hegeket viselnek magukon, így a szabályozás sokak szerint akár a jelenséghez kapcsolódó stigma fennmaradásához vagy növekedéséhez is aktívan hozzájárulhat (Astrup, 2019). Brown és munkatársai (2020) kvalitatív kutatásában résztvevő fiatalok, akik az Instagramon osztottak meg saját önsértésükkel kapcsolatos tartalmakat, mindannyian arról számoltak be, hogy ezekre a posztjaikra pozitív (segítség felajánlása, empátia kifejezése) és negatív (félreértettség, zaklatás) élményeket okozó hozzászólásokat egyaránt kapnak más felhasználóktól. Saját, mások önsértéssel kapcsolatos tartalmaira adott reakcióikban beszámolóik szerint gyakran megjelent a tartalommal való azonosulás vagy hogy a tartalom triggerként hatott rájuk, ugyanakkor a segítség felajánlásának vágya vagy akár az önsértéstől való elriadás is (Brown és mtsai., 2020). Ezek az eredmények szintén tükrözik a szabad önkifejezés és a trigger



tartalmak szűrése közötti egyensúly megtalálásának nehézségeit és az önsértés kulturális reprezentációjának újfajta kérdéseit.

## I.2. Az önsértés terminológiája

Az önsértés különböző patológiás formái a XX. század első harmadáig elsősorban esettanulmányok részeként jelentek meg a szakirodalomban, átfogó módon Menninger (1935) vizsgálta először a jelenséget pszichoanalitikus értelmezési keretben, elkülönítve normális (pl. hajvágás, borotválkozás) és patológiás formáit. Bár kezdeti megközelítésében azt képviselte, hogy az öncsonkítás gyakran kasztrációt reprezentál, és egyidejűleg elégíti ki erotikus és agresszív vágyakat, valamint a személy önbüntetésre való igényét, későbbi munkáiban már a jelenség öngyógyítási törekvés aspektusát hangsúlyozta, melynek során az öngyilkossági készlet a test egy részére korlátozódik („lokalizált öndestrukció”), hogy elkerülhetővé váljon az egész testre kiterjedő destrukció (Menninger, 1938, idézi Favazza, 1996) (Horváth és mtsai., 2015). Az önsértés potenciálisan antiszucid funkciót betöltő, megküzdésre, illetve öngyógyításra tett kísérletként történő értelmezése visszaköszön a kurrens szakirodalomban, illetve a terápiás ajánlásokban is, melyre részletesebben a későbbi fejezetekben fogok kitérni.

Azt, hogy az önsértő magatartásformák egy körülhatárolt csoportját önálló szindrómaként kezelje a szakma, Pattison és Kahan (1983) javasolta először. A szerzők az önsértő viselkedésformákat két dimenzió: letalitás, illetve direkt-indirekt jelleg mentén sorolták kategóriákba, melyek közül nem minden formát tekintettek patológiásnak: osztályozásuk alapján besoroltak például közepes letalitású, indirekt magatartásként olyan tevékenységeket is, mint például a kaszkadőrködés. A „szándékos önsértés szindróma” (deliberate self-harm syndrome, DSH szindróma) néven javasolt kategóriába a rendszerezett magatartásformák közül azok az alacsony letalitással járó, általában ismétlődően bekövetkező viselkedéseket sorolták, amelyekben az önpusztító jelleg direkt módon jelenik meg (Farkas és mtsai., 2019; Horváth és mtsai., 2015).

Az eddig említett szerzők kapcsán is látható, hogy az önsértéssel foglalkozó szakemberek az első esettanulmányoktól kezdve számos kifejezést használtak a jelenségre, szóhasználatukkal gyakran elméleti keretbe is helyezve azt (Horváth és mtsai., 2015). Ilyen kifejezések a már említett lokalizált öndestrukció (Menninger, 1938, idézi Favazza, 1996), öncsonkítás (Favazza, 1996), paraszucidum (Kreitman, 1977), a DSH (Pattison & Kahan, 1983) illetve direkt önsértő viselkedés (direct self-injurious behavior, D-SIB), mely utóbbi megnevezés a saját testfelszín szándékos károsítását takarja, öngyilkossági szándék jelenlététől vagy hiányától függetlenül (Brunner és mtsai., 2014; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012).

Az jelenség megnevezése körüli szemléletváltás lekövethető magának Favazzának a munkásságában is: míg 1996-os könyvében még öncsonkításról írt (Favazza, 1996), 2001-ben Simeonnal közös munkájukban már ő is „önsértő magatartásokként” (self-injurious behaviours, SIB) utal a jelenségre. A kulturális kontextusba nem illeszkedő, vagyis patológiás SIB definíciójába értelmezésükben olyan magatartásformák tartoznak, amelyek a saját test károsodásának szándékos és direkt előidézésével járnak anélkül, hogy a személynek szándékában állna a viselkedés következtében meghalni (Simeon & Favazza, 2001). Definíciójukból a szándékosság a viselkedés tudatosságát takarja, tehát például egy gyakran balesetet szenvedő személynek lehet tudattalan vágya, hogy megsérüljön, ezt nem tekintik a szerzők szándékosnak; egy disszociatív epizód alatt elkövetett önsértés viszont akár lehet szándékos. A direkt fizikai károsodás azt hangsúlyozza, hogy a hatás szinte azonnal megjelenik, vagyis az olyan lassabban vagy közvetetettebben károsító szokásokat, mint pl. a dohányzás, a szerzők elkülönítik a SIB-től. A meghalás szándékának hiánya értelmezésükben azt jelenti, hogy a személy nem akar a cselekvés következtében meghalni, azzal együtt, hogy az önsértés akár öngyilkossági gondolatai, tervei is lehetnek (Simeon & Favazza, 2001). A mindezek alapján patológiás SIB-nek tekinthető viselkedéseket négy kategóriába sorolták a szövetkárosodás mértéke, az önsértés gyakorisága, mintázata és a komorbid zavarok alapján (Farkas és mtsai., 2019; Horváth és mtsai., 2015).

Az önsértés terminológiájának további változásai is nyomon követhetők Favazza munkásságában: könyvének harmadik, 2011-es kiadása már tartalmazza a jelenség jelenleg legelterjedtebb elnevezését: a „nemszuicidális önsértést” (nonsuicidal self-injury, NSSI) alcímében (Favazza, 2011). NSSI-ként ír a jelenségről Klonsky (2007), illetve Andover és munkatársai (2012) is, akik Favazzához hasonlóan hangsúlyozzák az önsértés kulturális-szociális kontextusát. A legelterjedtebb definíciók megfogalmazásában az NSSI a test szövetének szándékos károsítása megfigyelhető öngyilkossági szándék nélkül, szociálisan/kulturálisan nem elfogadott céllal (Favazza, 2011; Klonsky, 2007; Nock, 2010).

Az önsértés kutatásának története során számos szerző próbálta elhelyezni az önsértő magatartást valamely tágabb deviáns magatartásforma vagy pszichopatológiai fogalom vagy spektrum részeként (Horváth és mtsai., 2015), például „paraszuicidumként” (Kreitman, 1977) az öngyilkos magatartás spektrumán, vagy az obszesszív-kompulzív spektrum zavarok (Hollander, 1993, idézi Demetrovics & Kun, 2007) részeként a kompulzivitás-impulzivitás dimenzió impulzív végpontjához közelítve (Hollander és Wong, 1995, idézi Demetrovics & Kun, 2007). Utóbbi megközelítés szerint az NSSI – a kényszerbetegséghez, evészavarokhoz, játékszenvedélyhez hasonlóan – azon magatartásformák csoportjába tartozik, amelyek közös jellemzője a repetitív és ritualizált viselkedés gátlásának vagy akár késleltetésének képtelensége (Demetrovics & Kun,

2007). Egyes szerzők (Nixon és mtsai., 2008; Victor, Glenn, & Klonsky, 2012) az NSSI szerhasználatával és dependenciával való hasonlóságát olyan analóg folyamatok megfigyelése mentén emelik ki, mint pl. a viselkedést megelőző beszűkült állapot, sóvárgás vagy a tolerancia kialakulása. Más szerzők szerint azonban az addikciós modell ellenérveként hozzák fel, hogy míg egyéb addikciók esetében a sóvárgás változatos kontextusokban jelenhet meg, az NSSI esetében elsősorban negatív érzelmek kontextusában van jelen, illetve a pozitív és negatív megerősítéseken keresztül egyaránt fenntartott szerhasználatával ellentétben az NSSI szinte kizárólag negatív megerősítések (pl. nemkívánatos érzelmi állapotoktól való megszabadulás) tartják fent (Victor, Glenn, & Klonsky, 2012). Utóbbi érvnek azonban ellentmondanak azok az elméleti és empirikus tanulmányok, melyek az NSSI lehetséges élménykereső funkciójára (Klonsky, 2007) vagy pozitív intra-és interperszonális megerősítéseire (pl. kontroll érzés, figyelem (Nock, 2009) számolnak be.

Az önsértő magatartásformák klasszifikációjára tett kísérletek ellenére egyik rendszer sem vált széles körben elfogadottá (Andover és mtsai., 2012), a kifejezések és definíciók sokfélesége pedig előrevetíti azt a módszertani sokféleséget is, amelyek az önsértéssel foglalkozó tanulmányokból visszaköszönnek (Horváth és mtsai., 2015). Bár a DSM-5-be is az NSSI elnevezéssel került be a jelenség (American Psychiatric Association, 2013), a mai napig jellemző az irodalomra a terminológiai heterogenitás, mely tükrözi a kutatásokban megjelenő koncepcióbeli és/vagy metodikai sokféleséget: az NSSI-n kívül jelenleg is gyakran használt megnevezés többek között DSH, mely kifejezés kerüli a szándéktulajdonítást, így gyakran szuicidális és nemszuicidális önsértést is értenek alatta (Skegg, 2005).

A legtöbb epidemiológiai vagy pszichopatológiai korrelátumokra vonatkozó eredményeket fekdolgozó metaanalízis és áttekintő tanulmány kiemeli az adatok összehasonlításának kihívásait, mivel különböző szerzők gyakran különböző terminológiával írják le ugyanazt a jelenséget, vagy eltérő jelenséget értenek ugyanazon kifejezés alatt (Horváth és mtsai., 2015; Huang, Ribeiro, & Franklin, 2020; Nock, 2010).

A magyar nyelvű szakirodalom és a köznyelv is tükrözi az önsértésre használt terminológiában megmutató sokszínűséget. Az 1960-as és '70-es években használták és néha még ma is használják a paraszuicidium, csuklómetszés/ -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, 2011), ráadásul a fogalmak egy része az érintett személyeket címkéző, pejoratív kicsengésű vagy stigmatizáló.

Hasking és Boyes tanulmányukban (Hasking & Boyes, 2018) olyan, az NSSI-hez kapcsolódó nyelvhasználatbeli problémákra világítanak rá, illetve fogalmaznak meg irányelveket, melyek szem előtt tartása segítheti a stigmatizálás és a felesleges vagy félrevezető címkézés elkerülését a jelenség és az érintett személyek kapcsán. Ezek közül itt azokat szeretném kiemelni, melyekhez hasonló kérdések a magyar nyelvben is felmerülhetnek. Ezek közé tartoznak azok a szófordulatok, melyek az NSSI „terjedését” a fertőző betegségekhez kapcsolódó, járványhoz köthető terminológiával írják le („social contagion”), azt sugallva, mintha az érintett személyektől a környezetük „elkaphatná” az NSSI-t. A szerzők ezek helyett az interperszonális, társas vagy környezeti faktorok leírásával javasolják a jelenség megragadását. Felhívják a figyelmet az NSSI esetében is a „person first” elvre, mely kifejezést magyarul leginkább a „személyt előre helyező nyelv(használat)”-ként szokás fordítani, mely alapján a személyt hangsúlyozzuk és nem a fogyatékosságát/betegségét/nehézségét, elkerülve ezáltal, hogy magát a személyt azonosítsuk és írjuk le, címkézzük fel az állapotával (Takács, 2011), tehát pl. nem „önsértőkként” utalunk az érintett személyekre. Magyarul is helyenként szintén előfordul az „NSSI-t elkövetők” kifejezés az érintettek leírására. A szerzők angolul a „someone who engages in NSSI” kifejezést javasolják, melynek talán az „NSSI-ben érintett” fordítása fedi leginkább ezeket az elveket.

A szerzők egy másik tanulmányukban (Hasking, Lewis, & Boyes, 2019) amellet is érvelnek, hogy az NSSI-re maladaptív megküzdési stratégiaként utalni szintén kérdéseket vethet fel, egyrészt mert a maladaptív kifejezés azt sugallhatja egy érintettnek, hogy ami pillanatnyilag az egyetlen/legjobb eszköze a megküzdésre, az helytelen vagy rossz, másrészt a szerzők szerint a viselkedés maladaptívként címkézése nem veszi figyelembe az NSSI rövid- és hosszútávú funkcióinak komplexitását. Ehhez a komplexitáshoz tartozik például az NSSI lehetséges antiszucid funkciója, illetve, hogy rövidtávon a személy szempontjából hatékony lehet olyan állapotok szabályozásához, amelyhez egyelőre nem állnak rendelkezésére más eszközök. A szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy az adaptív/maladaptív dichotómia ezért túlzottan leegyszerűsíti az NSSI komplexitását hasonlóan más, általában maladaptívnek tekintett reakciókhoz (pl. tagadás, elfojtás), melyek szintén segíthetik a túlélést olyan helyzetekben, ahol a személynek nagyon limitáltak az eszközei a megküzdéshez és kevés a kontrollja a helyzet felett. Az adaptív/maladaptív címkék használata helyett ezért a szerzők azt javasolják, hogy a szakemberek inkább emeljék ki és hangsúlyozzák azokat a stratégiákat, amelyek mind hosszú-, mind rövidtávon hatékonyan elégítik ki a személy szükségleteit (Hasking és mtsai., 2019).

Disszertációmban mindezeket igyekszem szem előtt tartani, és a problematizált kifejezéseket igyekszem kerülni. A jelenség leírására a nemzetközi szakirodalomban legelterjedtebb és

leginkább értéksemleges nonsuicidal self-injury, NSSI kifejezés magyar fordítását, nemszuicidális önsértés kifejezést használom; ahol ettől eltérnek, ott az eltérő kifejezés az idézett irodalomban fogalmilag eltérő jelenségre utal.

### I.3. Az önsértés helye a klasszifikációs rendszerekben

Alapvető kérdés, mely végighúzódik a klasszifikáción, hogy az önsértés jelenségét egy tünetként vagy egy önálló diagnózisként értelmezzük.

Pattison és Kahan korábban idézett 1983-as cikkükben, melynek idejében a DSM harmadik kiadása (DSM-III) volt érvényes, javasolták a „DSH szindróma” felvételét a kézikönyv következő kiadásába. Azonban a DSM-IV is kizárólag a borderline személyiségzavar (BPD) kritériumai között említette explicit módon az NSSI-t „ismétlődő öngyilkossági viselkedés, gesztusok, vagy fenyegetés, vagy öncsonkítás” kritériumként utalva rá (American Psychiatric Association, 2000). Bár egyes önsértési formák az önsértés definíciójától függően akár más DSM-IV diagnózisokba is beleférhetnek, ezek a diagnózisok a jelenleg napjainkban általánosan elfogadott NSSI definíciótól eltérő, a differenciáldiagnosztika során akár kifejezetten kizárandó jelenségeket fednek le. Ilyen pl. a trichotillománia, a máshova nem sorolt impulzuskontroll zavar, illetve a sztereotip mozgászavar önsértő viselkedéssel (Simeon és Favazza, 2001).

A DSM-IV-től eltérően a DSM 5. kiadásának „További kutatást igénylő állapotok” fejezetében már önálló szindrómaként került leírásra az NSSI (American Psychiatric Association, 2013), melyre helyenként „NSSI-disorder”-ként, vagy „NSSI-D-ként” utalnak a szakirodalomban, megkülönböztetve a DSM kritériumokat kimerítő tünetegyüttest az eseti jelleggel előforduló NSSI epizódoktól. Az NSSI mint önálló diagnosztikus kategória javaslatának háttérében azoknak a serdülőknek a növekvő száma állt, akiknél a BPD diagnózisa nem felállítható, azonban distresszt élnek át, segítségre van szükségük, és fokozottan veszélyeztetettek lehetnek öngyilkos magatartás szempontjából (Plener & Fegert, 2012).

Az NSSI különálló diagnosztikai kategóriaként való bevezetése ellentmondásos fogadtatásra talált a kutatók és klinikusok körében, validálása és az ekörül zajló tudományos vita jelenleg is aktívan folyik (Brown & Plener, 2017). Az NSSI önálló diagnózisának javaslatával szemben leggyakrabban a diagnosztikai kategória megalapozottságát igazoló, magas tudományos igényességgel, nagy elemszámú mintákon végzett longitudinális vizsgálatok alacsony száma (Kapur, Cooper, O'Connor, & Hawton, 2013), az NSSI öngyilkos magatartással való magas együttjárása, ezáltal a két jelenség elkülönítésének megalapozottságával kapcsolatban felmerülő kérdések (Kapur és mtsai., 2013) és az NSSI-nek tekinthető módszerek meghatározásának (pl.

önmérgezés bevonásának/kizárásának) nehézségei (Fox, Millner, & Franklin, 2016), valamint a serdülők egy széles csoportjának „pszichés betegként” stigmatizálása merülnek fel (Kapur és mtsai., 2013). Ugyanakkor az önálló diagnosztikai kategória bevezetése mellette szól, hogy számos esetben, elsősorban fiataloknál, lehetőséget adhatna arra, hogy a segítségért fordulók pontos és hivatalos diagnózist kapjanak, ami által adekvát ellátáshoz jutnak (Brown & Plener, 2017; Kapur és mtsai., 2013; Plener & Fegert, 2012).

A DSM-5 alapján az NSSI javasolt diagnózisának felállításához három fő kritériumnak kell teljesülnie (American Psychiatric Association, 2013): egyrészt a személynek az elmúlt évben legalább öt napon szándékosan kárt kellett tennie a testfelszínében vérzést, zúzódást vagy fájdalmat előidézve, azzal a személy által közölt, vagy az önsértés módja alapján egyértelmű elvárással, hogy a sérülés csak kis vagy közepes mértékű fizikai károsodást okozzon. Másrészt a kritériumok alapján a személynek az önsértő viselkedés véghezvitelétől egy negatív érzelmi vagy kognitív állapottól való megszabadulást, valamilyen pozitív érzelmi állapot megjelenését vagy interperszonális nehézségek feloldását kellett, hogy várja, mely hatások az önsértés alatt vagy röviddel utána jelentkeznek. A harmadik kritérium, hogy a személy gyakran gondol az önsértésre, akkor is, amikor ezt a késztetést nem fordítja cselekvésbe, vagy az önsértést közvetlenül megelőzően a személy interperszonális nehézségeket vagy negatív érzéseket/gondolatokat él át, vagy nehezen kontrollálható módon a szándékozott cselekvés köti le a személy gondolatait. A javasolt diagnosztikai kritériumok között szerepel továbbá az is, hogy az önsértés módja szociálisan nem elfogadott (tehát például nem tetoválás, piercing) és nem korlátozódik hegek piszkálására vagy körömrágásra, illetve, hogy klinikailag jelentős distresszt vagy funkcióromlás okoz, nem kizárólag pszichotikus epizód, delírium, szerhasználat vagy szermegvonás alatt jelentkezik, fejlődési zavar esetén nem repetitív sztereotip mintázat része és nem magyarázható jobban más mentális zavarral vagy állapottal (American Psychiatric Association, 2013).

A DSM-5 leírja továbbá az NSSI diagnosztikus jegyei közt, hogy az NSSI leggyakoribb funkciói a negatív érzelmek csökkentése és az önbüntetés, hogy a sűrűbben jelentkező önsértő epizódok gyakran mutatnak addikcióra emlékeztető jegyeket, illetve hogy az NSSI leggyakoribb formája a végtagokon ejtett vágás, a többféle módszert kombináló önsértés azonban súlyosabb pszichopatológiákkal hozható összefüggésbe, az öngyilkossági kísérletet is beleértve (American Psychiatric Association, 2013). A DSM leírja továbbá az NSSI jellemzően kora kamaszkori indulását és hogy a viselkedés akár éveken át fennmaradhat, szót ejt a társas tanulás szerepéről a viselkedés kialakulásában, valamint a prevalenciában mutatkozó nemi különbségekről, melyek a DSM-5 szerint 3:1 vagy 4:1 arányban mutatnak női túlsúlyt (bár utóbbival kapcsolatban a téma

kutatói eltérő eredményeket közölnek és eltérő magyarázatokat formálnak, lásd „Az NSSI epidemiológiai adatai” fejezet). A DSM-5 a differenciáldiagnózis megalkotásakor az NSSI BPD-től, trichotillomániától, továbbá a szintén a „További kutatást igénylő állapotok” fejezetben javasolt öngyilkos magatartás zavartól, bőrtépkedés zavartól (exkoriációs zavar) és az elsősorban fejlődési zavarokhoz kapcsolódó sztereotip önsértéstől történő elkülönítésére hívja fel a figyelmet.

#### I.4. Az NSSI epidemiológiája

Az NSSI jellegzetesen serdülőkorban, 12-16 éves kor körül kezdődő jelenség (Kiekens és mtsai., 2018; Nock, 2009), pontprevalenciája 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 az elmúlt évek során emelkedett az NSSI aránya, vagy idősebb korban a személyek kevésbé számolnak be önsértésről (pl. a felejtés vagy más torzítások hatására) (Nock, 2010). Közösségi mintán végzett kutatások alapján az NSSI élettartam prevalenciáját felnőttek körében kb. 4-5,5%-ra becsülhető (Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Swannell, Martin, Page, Hasking, & St John, 2014), míg ez az arány serdülők körében 15-46% (Brunner és mtsai., 2014; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007; Plener, Libal, Keller, Fegert, & Muehlenkamp, 2009; Ross & Heath, 2002; Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013), klinikai serdülő mintán pedig 40-80% (Darche, 1990; Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008; Nock & 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 (Farkas és mtsai., 2019; Horváth és mtsai., 2015). Az NSSI klinikai és nem-klinikai populációkban egyaránt magas élettartam prevalenciája 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 élettartam prevalenciája a szerzők szerint a 2010-es évek elejére stabilizálódott (Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012).

A kutatási eredmények az NSSI prevalenciája mellett a nemi arányokra vonatkozóan is ellentmondásosak. A nemi különbségek sok tanulmányban hangsúlyosan megjelennek: egyes eredmények szerint serdülőkori az NSSI élettartam prevalenciája körülbelül két-háromszor akkora lányok, mint fiúk körében (pl. (Bakken & Gunter, 2012; Madge és mtsai., 2008), vannak azonban olyan kutatások is, ahol a nemi különbség nem vagy közel sem ekkora mértékben jelenik meg (Klonsky és mtsai., 2003; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006). Saját, szakiskolások körében végzett vizsgálatunkban (Horváth, 2014; Horváth és mtsai., 2018) a nemi arányokat tekintve a diákok körében a fiúk 25,64% és a lányok 35,41% számolt be élete során valamilyen típusú önsértésről. A nemek közötti különbség sem az összes módszert, sem az irodalomban többnyire még kifejezettebben a női nemmel összefüggésbe hozott (Whitlock és mtsai., 2006) vágás-típusú módszereket tekintve nem volt szignifikáns, így az ebben a kutatásban kapott eredményeink azokat a korábbi szakirodalmi eredményeket erősítik az NSSI nemi különbségeinek ellentmondásos irodalmán belül, melyek nem találtak a két nem között különbséget (Klonsky, Victor, & Saffer, 2014).

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 ifjúságpszichiátriai 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 Fiatalok életének megmentése és szerepvállalásuk/önállóságuk növelése Európában (Saving and Empowering Young Lives in Europe, SEYLE) és a Child and Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) vizsgálatból. Ezekben a kutatásokban az önsértés vizsgálatánál a meghalás szándéka nem volt kizáró ok, a SEYLE vizsgálatban ezért a szerzők a D-SIB, a CASE vizsgálatban a DSH megnevezést használják (Brunner és mtsai., 2014; Kaess és mtsai., 2020). Az D-SIB élettartam prevalenciája a SEYLE vizsgálatban (Brunner és mtsai., 2014; Kaess és mtsai., 2020) a magyar serdülők körében lányoknál 19,0%, fiúknál 14,4% volt, míg a DSH a CASE vizsgálat alapján 3,4% a fiúk, és 10,3% a lányok körében (Madge és mtsai., 2008). Ezek az arányok a többi résztvevő országhoz képest mindkét vizsgálatban kifejezetten alacsonynak számítanak: az átlagos élettartam prevalencia a SEYLE-ben 29,9% fiúk és 24,6% lányok körében, a CASE-ben pedig lányoknál 13,5%, fiúknál 4,3% volt.



Jelentős limitációja azonban mind a SEYLE, mind CASE vizsgálatnak, hogy csak gimnáziumban tanuló fiatalokat vontak be a kutatásba, így az érettségit nem adó szakközépiskolákban (korábbi szakiskolákban) tanuló fiatalok helyzetét nem képezik le, holott a szakiskolás populációban, a gimnazistákhoz képest nagyobb arányban vannak hátrányos helyzetű serdülők, miután a szakiskola a rendszerváltás óta fokozatosan a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű tanulók jellemző továbbtanulási formájává vált (Ercsei, 2015). A 2014-es Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC) alapján a szakiskolások körében számos rizikómagatartás magasabb arányban és/vagy súlyosabban jelenik meg, mint az érettségit adó képzésben tanuló kortársaiknál: másfélszer nagyobb a dohányzást kipróbálók aránya (68,7%) az érettségi adó iskolákban (Arnold, 2017a), érintettebbek az alkohol- és illegális szerhasználatban, továbbá a szakiskolákban gyakrabban fordul elő verekedés (Várnai & Zsiros, 2017), az ott tanuló serdülők fiatalabb életkorban kezdenek el szexuális életet élni, melynek során gyakrabban fordul elő, hogy nem használnak védekezést (Költő, 2017a). A kutatás alapján a megkérdezett szakiskolás fiatalok nagyobb arányban számolnak be gyakori idegességről, ingerlékenységről és a szédülésről, gyermekdepresszió kérdőíven elért pontszámuk magasabb volt, mint a gimnazisták pontszáma, továbbá nagyobb eséllyel kerültek a zavart hangulattal jellemző csoportba, és kétszer akkora gyakorisággal számoltak be aktuális öngyilkossági gondolatokról a felmérés során, mint az érettségit adó képzésben tanuló kortásaik (Költő, 2017b).

Kutatócsoportunk vizsgálatában, melynek első eredményeiről szakdolgozatomban számoltam be – további eredményei pedig jelen disszertációban kerülnek bemutatásra –, azt találtuk, hogy magyar szakiskolás mintán 29,4% volt azoknak a serdülőknek az aránya, akik beszámoltak az D-SIB valamilyen formájáról, mely érték szignifikánsan magasabb ( $\chi^2(1) = 12,231$ ,  $p < 0,001$ ), mint a gimnazisták körében, ahol ez az arány 17,2% volt (Horváth, 2014; Horváth és mtsai., 2018). Ez az arány nem csak a SEYLE vizsgálatban a résztvevő országok közül a legalacsonyabb D-SIB prevalenciát mutató magyar gimnazista mintánál magasabb szignifikánsan, hanem a SEYLE vizsgálatba bevont nemzetközi gimnazista adatok viszonylatában is közepesnek-magasnak számít, mivel a nemzetközi átlag 27,6% volt, 17,1% - 38,6% között változó prevalencia értékekkel (Brunner és mtsai., 2014).

### I.5. Az NSSI élménye és funkciói

Az önsértés terminológiájának és definícióinak sokszínűsége kapcsán látható, hogy a különböző korok és pszichológiai irányzatok szerzői sokféle szempont alapján közelítettek a jelenséghez etiológiájához és funkcióihoz, keresve a választ arra a kérdésre, hogy miért bántja valaki saját

magát (Farkas és mtsai., 2019; Horváth és mtsai., 2015). Suyemoto (1998) az NSSI lehetséges intrapszichés és interperszonális funkcióinak összegzéseként a vonatkozó elméleteket átfogó kategóriákba sorolta be. Ennek alapján megkülönböztetett környezeti, érzelemszabályozási, interperszonális és drive modelleket. A környezeti modellek (pl. Podovoll, 1969) szerint a személy környezetéből érkező válaszok egyrészt megerősíthetik az önsértő viselkedést, másrészt a környezet igényeit is kiszolgálhatja azáltal, hogy viselkedésén keresztül kifejez olyan konfliktusokat, melyek más módon nem megjeleníthetők. Az érzelemszabályozási modellek (pl. Darche, 1990) szerint az NSSI a személy számára máshogyan nem megfogalmazható negatív érzések, pl. düh, szorongás vagy fájdalom kifejezésére, illetve az ezek intenzitása miatt fenyegető disszociáció elkerülésére szolgál. Az interperszonális modellek (pl. Podovoll, 1969; Suyemoto, 1998) szerint az önsértés a szelf és mások elkülönítésére irányuló törekvésként fogható fel. A drive modellek (pl. (Menninger, 1935) alapján az NSSI lehet az öngyilkosság helyettesítője („lokalizált öndestrukciónaként” kompromisszum az élet- és a halálösztön között), illetve szexualitással kapcsolatos konfliktusok is meghúzódhatnak a háttérben.

Klonsky (2007) áttekintő tanulmányában számos kutatás eredményét összegezve az NSSI leggyakoribb funkciójaként az érzelemszabályozást emeli ki, mely elsősorban a magas arousallal járó negatív érzések, pl. érzelmi elárasztottság csökkentését, illetve az alacsony arousallal járó pozitív érzések, pl. nyugalom előidézését és fokozását jelenti. További gyakori funkciónak találta az önbüntetést, továbbá a Menninger által is leírt „lokalizált öngyilkosság” koncepcióval összhangban az antiszucid funkciót. Ezen három leggyakoribb funkción túl megjelent az antidisszociációs/anti-deperszonalizációs funkció, az interperszonális hatás gyakorlása (utóbbi serdülőknél valamivel gyakrabban, mint más vizsgált populációkban), az élménykeresés és az interperszonális határok kijelölése.

Mindezek alapján látható, hogy az NSSI funkcióinak kutatásában nehézséget jelenthet – amellet, hogy az NSSI-t sokszor nehezen leírható állapotokra használják, mint például deperszonalizációs élmények –, hogy az NSSI funkciója egyaránt lehet az, hogy érzéseket hívjon elő/tüntessen el, illetve, hogy disszociációt indítson be/szüntessen meg, vagyis kompenzáló vagy megküzdési módszer lehet mind olyan helyzetekben, amelyekben a személy „túl kevés”, mind pedig olyanokban is, amelyekben „túl sok” érzést él át (Horne & Csipke, 2009). Horne és Csipke egy olyan modell megalkotására törekedtek, amely oldja ezt a paradoxont azáltal, hogy a két jelenséget együttesen magyarázza. Kvalitatív kutatásuk során olyan résztvevők élményeiről való beszámolóit elemezték, akik az önsértést „túl kevés érzés” esetén érzések kiváltására vagy „túl sok érzés” esetén az érzések csökkentésére használták. A „túl sokat érzés” a beszámolók alapján érzelmi elárasztottságot takart, túl sok azonosíthatatlan, követhetetlen érzelm, vagy

egyféle, nagyon elárasztó érzés formájában. Az elárasztottság érzéséhez a legtöbb résztvevőnél feszültség és agitáció is társult, továbbá olyan tehetetlenséghez köthető érzések, mintha be lennének zárva/csapdába ejtve a testükben, fizikai integritásukat veszélyben érezték, bénultság érzése vagy a fizikai testre fókuszálás képtelensége (nem követhető, hogy mi zajlik a testükben). Jellemző volt továbbá, hogy az érzelmi elárasztottság ellenére képtelenek voltak az érzelmkifejezésre például kiabálással, sírással. A “túl keveset érzés” kapcsán a résztvevők érzelmi zsibbadtságot, az érzelmek hiányát, vagy az érzelmekben megtapasztalt anomáliákat írtak le, például “szomorúság anélkül, hogy érezné”, vagy mintha az érzelmeik nem hozzájuk, hanem valaki máshoz tartoznának. Ezekben a beszámolóknak központi elem volt, hogy a résztvevők tudták, hogy környezetüknek hatással kell lennie rájuk, de nem tudtak rezonálni rá. Jellemző volt továbbá a zsibbadtság érzése fizikailag is, annak érzése, mintha „nem is lennének a testükben” továbbá a cselekvő és megfigyelő szelf különválása az önsértés előtt és alatt. Az ilyen élményekről beszámoló résztvevők kiemelték, hogy ilyenkor nem a külvilágot érzik nem valóságosnak, hanem a kapcsolatuk szakad meg vele, nem érzik magukat a részének.

A “túl sok” és “túl kevés” érzelmi állapot kapcsolatának tekintetében volt, aki a két állapot átjárhatóságáról számolt be az NSSI során (“túl sokat érzésből” került át az “érzelmekre való képtelenség” állapotába), illetve a résztvevők beszámolói alapján a két állapot akár egyszerre is jelen lehetett. A fájdalom élményével kapcsolatban egyesek a fájdalomérzet teljes hiányáról, mások a csökkenésről számoltak be az önsértés során ahhoz képest, amit előtte érezték, egyeseknél pedig a fájdalom szükséges volt a „terápiás hatáshoz”, vagy „meditatív tárgyként” tudtak rá fókuszálni akkor is, mikor nagyon nehéznek találták a fókuszálást.

A résztvevőkkel készített interjúk alapján a szerzők az NSSI fizikalitását emelik ki: értelmezésükben az NSSI olyan helyzetekben jelenik meg, amikor a test “cserben hagyja” a személyt a tudatosság megélésében, például az elárasztó feszültség, agitáltság nem tud átfordulni viselkedéses formákba (pl. sírásba, kiabálásba), vagy megreked egy bénító, zsibbasztó félelemi vagy depresszív állapotban. A szerzők által javasolt modell az önsértést test-alapú intervencióként, vagyis olyan aktusként ábrázolja, amely befolyásolja annak módját, ahogyan a testrészt tud venni az érzelmi élményben (Horne & Csipke, 2009).

Nock (2009) integrált elméleti modelljében az NSSI kialakulását és fennmaradását magyarázó különböző megközelítéseken átívelő, számos korábbi elméletet integráló modell megalkotására törekedett, melyben az NSSI funkcióira, valamint a kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszó disztális és közvetlen, specifikus faktoraira vonatkozóan fogalmaz meg állításokat. Modellje szerint az NSSI egyrészt mind intra-, mind interperszonális funkciókat betölthet az érzelmi/kognitív élményeket szabályozó, illetve mások felé kommunikációs/befolyásolást célzó

szerepe révén; másrészt – ezzel összefüggésben – kockázatát növelik azok a disztális rizikófaktorok, melyek hozzájárulhatnak az érzelemszabályozás és vagy az interperszonális kommunikáció zavarához (pl. gyermekkori abúzus); az pedig, hogy ezeket a funkciókat adott személynél éppen az NSSI tölti be, specifikus faktorok (pl. modellkövetés) hozzájárulásával jön létre. Az NSSI fennmaradásához szükséges tehát, hogy a viselkedés intra- és/vagy interperszonális megerősítést nyerjen, ami lehet akár pozitív (pl. a kívánt érzelmi állapot elérése vagy a vágyott támogató reakció kiváltása egy másik emberből) akár negatív megerősítés (az elárasztó negatív érzelmi állapot visszaszorítása, vagy egy veszekedés leállítása a viselkedés által). Nock modelljében feltételezi, hogy az önsértésben érintett személyek az NSSI-t olyan állapotok és helyzetek kezelésére használják, melyek a disztális rizikófaktorok nyomán kialakult, és a stresszválaszban vagy a személy érzelemszabályozási, megküzdési és kommunikációs módjaiban tetten érhető intra- és interperszonális vulnerabilitásra vezethetők vissza. Ugyanakkor itt visszautalnék az önsértés kulturális beágyazottságának jelentőségére az NSSI funkciók értelmezésében Nock egy korábbi cikkével, melyben kiemeli, hogy az NSSI funkciói közé tartozhat akár az is, hogy veszélyes helyzetek túlélését, illetve a fájdalommal, agresszióval szembeni rezilienciát kommunikálja a társak felé – egyes szubkultúrák megjelenési szokásait (pl. tetoválás, piercingek, halállal kapcsolatos motívumok viselése) a szerző ugyanennek a funkciónak egy kevésbé „költéses” változataként említi (Nock, 2008).

A fent leírt rizikófaktorok és folyamatok azonban még nem magyarázzák specifikusan, hogy a lehetséges reakciók közül miért éppen az NSSI lesz az, amely betölti adott személynél a felsorolt funkciókat. Ennek az NSSI-specifikus folyamatnak a kialakulását Nock (2009, 2010) különböző hipotézisekkel magyarázza. A társas tanulás hipotézis szerint ebben mások önsértő 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 az NSSI kialakulása és fennmaradása azoknál történik meg, akik más kommunikációs módokkal valamilyen okból nem tudták elérni a kívánt hatást. A fájdalom analgészia/ópiát hipotézis arra hívja fel a figyelmet, hogy az önsértésben érintett személyek gyakran arról számolnak be róla, hogy az önsértő epizódok alatt nem, vagy csak kis mértékben éreznek fájdalmat, illetve egyes laboratóriumi vizsgálatok eredményei is a fájdalomérzékelés csökkenésére utalnak. Ennek hátterében állhat pl. az ismételt abúzusok vagy magának az NSSI-nek következtében kialakult habituáció, vagy az önsértésre reagáló endogén ópiátrendszer (Sher & Stanley, 2008). Az implicit identifikáció hipotézis szerint magukat „önsértőként” azonosító személyek számára fokozott érzelemszabályozást igénylő helyzetekben az NSSI olyan evidenssé váló viselkedéses reakcióvá válik, ahogy a magát dohányosként azonosító személyek

számára is kézenfekvő, hogy hasonló helyzetben rágyújtsanak. Végül a pragmatikus hipotézis szerint az NSSI más, hasonló funkciókat szolgáló viselkedésekhez (pl. szerhasználathoz) képest gyorsan elérhető és viszonylag egyszerűen kivitelezhető, ezért népszerű lehet a késleltetésre kevésbé képes, továbbá alkoholhoz vagy más pszichoaktív szerhez nehezen hozzáférő serdülők körében (illetve számos olyan helyzetben, ahol a hozzáférés és a kivitelezés más viselkedésekhez akadályozott, pl. zárt intézményekben).

Klonsky és Muehlenkamp (2007) hangsúlyozza, hogy az NSSI egyes funkciói nem zárják ki egymást, és hogy az NSSI adott személy életében betöltött funkcióinak felismerése rendkívül fontos a megfelelő, személyre szabott terápiás terv kialakításában. A klinikum szempontjából fontos továbbá, hogy az egyes funkciók, okok nem csak személyenként változó módon, akár egymással kombinálódva mutathatnak változatos mintázatot, hanem akár egy személyen belül önsértő epizódokként is eltérőek lehetnek (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2012).

#### I.6. Az NSSI kapcsolata a pszichiátriai zavarokkal

Az NSSI önálló diagnosztikus kategóriaként való leírása a további kutatásra javasolt állapotok között a DSM-5-ben (American Psychiatric Association, 2013) jelzi, hogy az elmúlt években az empirikus eredmények mentén sokat változott a szakma álláspontja az NSSI helyéről a pszichiátriai zavarok között. Bár az NSSI-t korábban elsősorban a BPD tüneteként értelmezték, a közelmúlt kutatásainak eredményei alapján az NSSI nem kapcsolható kizárólag egy kórképhez: szinte minden pszichiátriai diagnózis jelenléte szignifikánsan növeli az önsértés esélyét (de Klerk és mtsai., 2011), beleértve az NSSI-vel kapcsolatban korábban kevésbé vizsgált externalizáló zavarokat is (Balázs és mtsai., 2018; Meszaros és mtsai., 2017).

Glenn és munkatársai (2013) vizsgálatában serdülőpszichiátriai populációban a javasolt DSM-5 kritériumokat a teljes minta 50%-a, a valaha önsértésről beszámolóknak pedig 78%-a merítette ki. Ezek mellett azt találták, hogy a BPD-vel élők esetén ugyan szignifikánsan gyakoribb az NSSI előfordulás (és fordítva), de ez az összefüggés nem erősebb a BPD más 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. de Klerk és munkatársai (2011) korábban idézett vizsgálata mellett Hurtig és munkatársai 2012-es cikkükben egy 1986-ban indult születési kohort vizsgálat alapján a figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – ADHD) diagnózisú populációban az önsértés élettartam prevalenciáját a nem ADHD diagnózisú populációban

előforduló prevalencia több mint duplájának találták (Hurtig, Taanila, Moilanen, Nordström, & Ebeling, 2012); az ADHD és az NSSI kapcsolatát Balázs és munkatársai eredményei is megerősítik magyar serdülők klinikai mintáján (Balázs és mtsai., 2018). Nock és munkatársai (2006) vizsgálatában az NSSI-ről beszámoló klinikai serdülő minta esetében 87,6%-ban állt fenn DSM-IV szerinti I. tengelyi, és 67,3%-ban II. tengelyi pszichiátriai zavar. Az Avon kohort vizsgálat hasonlóan az öngyilkos magatartás és NSSI pszichopatológiai rizikófaktorait (depressziós és szorongásos tünetek, szerhasználat) vizsgálva azt találta, hogy a két jelenség rizikófaktorai hasonlóak, azonban az együttjárások öngyilkos magatartás esetén erősebbek voltak (Mars és mtsai., 2014), továbbá a magasabb IQ mindkét nemben növelte az NSSI gyakoriságát, azonban az öngyilkos magatartás esetében ez az összefüggést nem állt fenn (Chang és mtsai., 2014). A SEYLE nemzetközi vizsgálatban 12 068 fős, 11 európai országban gyűjtött középiskolai mintán az önsértéssel összefüggésbe hozható pszichopatológiai tényezők a szuicidalitás, a szorongásos és depresszív tünetek, valamint az illegális droghasználat voltak (Brunner és mtsai., 2014).

Az epidemiológiai vizsgálatokból látható, hogy a serdülőkori NSSI prevalenciája nem-klinikai 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 a negatív emocionalitáshoz, az érzelemszabályozás nehézségeihez, illetve a szelf leértékelésével (pl. alacsony önértékelés, düh és egyéb negatív érzések szelfre irányultsága) kapcsolhatók (Klonsky, 2007).

### I.7. Az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolata

Az NSSI különálló diagnosztikai kategóriaként való bevezetése heves tudományos vitát váltott ki a kutatók és klinikusok körében, melynek egyik központi témája, hogy az NSSI és az öngyilkos magatartás erős összefüggést mutat egymással annak ellenére, hogy NSSI esetén maga az eseti önsértő aktus definíciószerűen nem öngyilkossági szándékkal történik.

Az NSSI és az öngyilkos magatartás elkülönítését azonban számos kérdés nehezítheti. Egyrészt a felszíni jegyek elfedhetik a mögöttes öngyilkossági szándékot, másrészt egy önsértő epizód súlyossága miatt akár nem-szuicidális szándék ellenére is lehet halálos kimenetelű (Csorba, 2011). Klinikai és nem-klinikai populációban egyaránt előfordulnak olyan esetek, ahol az NSSI öngyilkossági szándék nélküli történik, illetve amikor a szándék alapján nem eldönthető, hogy a viselkedés része-e az öngyilkos magatartás spektrumának. Ráadásul az öngyilkossági szándék

jelenlétére vagy hiányára gyakran csak a személy beszámolója alapján következtethetünk, ami egyéb problémákat is felvethet – például a cselekvés közben viszonyulhatott ambivalensen a halálhoz (Horváth és mtsai., 2015; Nock, 2010). Az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatának korszakonként és megközelítésenként eltérő értelmezése nyomon követhető abban a már említett, mostanra valamelyest letisztulni látszó terminológiai sokszínűségben is, amely mind a nemzetközi, mind a magyar nyelvű szakirodalomban megjelenik, és amellyel a szerzők törekednek hol elkülöníteni, hol pedig éppen egy spektrumon elhelyezni a két jelenséget – ilyen kifejezések pl. a paraszucidum, felületes önmetszés, falcolás (Csorba, 2011) illetve maga az NSSI kifejezés is.

Az NSSI és az öngyilkos magatartás elkülönítése esetén a két jelenség közötti kapcsolatra számos modellt állítottak már fel. Amellett, hogy több kutatás kiemeli az NSSI lehetséges anti-szucidum funkcióját is (Klonsky & Muehlenkamp, 2007), a legtöbb elmélet az NSSI-t mint az öngyilkosság rizikófaktorát értelmezi. Ezek közé tartozik a „kapu-elmélet”, amelynek értelmezésében az NSSI ajtót nyithat a öngyilkos magatartás spektrumán lévő, súlyosabb önsértő magatartások felé (Brausch & Gutierrez, 2010); illetve Joiner öngyilkos magatartásról alkotott interperszonális modellje, melynek értelmezésében az NSSI az érzelmi és interperszonális distresszel való szoros összefüggése révén egyszerre növeli az esélyt az öngyilkossági ideációkra, valamint járulhat hozzá ahhoz, hogy a személy „képessé váljon” mindarra, ami az öngyilkosság kivitelezéséhez szükséges (például habituálódik a félelemre és a fájdalomra) (Joiner, 2005; Klonsky és mtsai., 2014) – Joiner elméletére részletesebben a következő fejezetben szeretnék kitérni.

Az NSSI és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolat magyarázatában figyelembe kell venni továbbá azokat a lehetséges közös rizikófaktorokat (beleértve mind az átfedő komorbid pszichiátriai zavarokat, mind a lehetséges környezeti rizikókat, pl. családi támogatás hiánya, nagyfokú distresszt okozó életesemények) melyek közös háttérváltozóként mindkét jelenség megjelenésének valószínűségét fokozhatják (Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012).

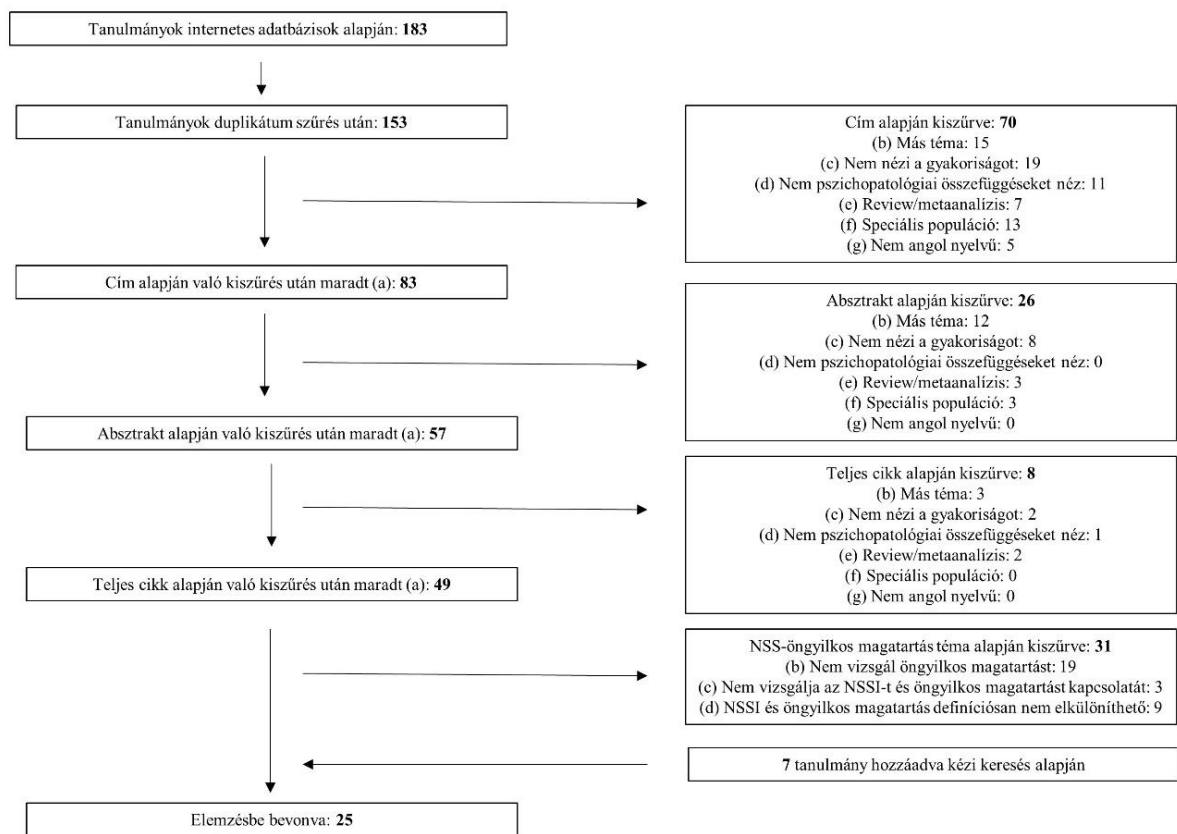
Számos kutatás szerint az NSSI az öngyilkossági kísérleteknél nagyobb gyakorisággal, többféle módszerrel és alacsonyabb letalitással jellemezhető, és az öngyilkossági kísérlettől eltérően a nyugalom, a megkönnyebbülés és a kielégültség érzését hozza magával (Andover és mtsai., 2012; Muehlenkamp és mtsai., 2012). Az önsértésről beszámoló személyek közül azok, akik arról számolnak be, hogy taszítja őket az élet, nagyobb mértékű apátiával és kevesebb családi kapcsolattal jellemezhetőek, valamint kevésbé félnek az öngyilkosságtól, nagyobb eséllyel kísérelnek meg öngyilkosságot (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Számos kutatás alapján fontos jelzője lehet az öngyilkossági rizikó mértékének a korábbi NSSI epizódok száma (Hamza & Willoughby, 2013; Manca, Presaghi, & Cerutti, 2014; Whitlock

és mtsai., 2013). Whitlock és munkatársai (2013) egyetemisták mintáján végzett utánkövetéses vizsgálatukban azt találták, hogy azok között, akik beszámoltak öngyilkos magatartásról (öngyilkossági gondolatokról és/vagy viselkedésekről), az NSSI hozzávetőleg ugyanolyan eséllyel jelent meg az öngyilkos magatartást megelőzően (20,3%), mint azt követően (19,8%) (további 11,4% számolt be a két jelenség egyidejű jelenlétéről, és 48,8% nem számolt be NSSI-ről). A kutatás eredményei szerint bármilyen NSSI majdnem háromszorosára növelte az öngyilkos magatartás egyidejű vagy későbbi jelenlétét, mely szintén a habituálódás és képessé válás folyamatára utalhat a két jelenség kapcsolatában (Whitlock és mtsai., 2013). Egy másik, 3508 fiatal felnőttel végzett vizsgálat alapján az öngyilkossági kísérletről beszámoló résztvevők 57,3%-a számolt be NSSI-ről is, és az NSSI-ről beszámolók 39,7%-ának volt öngyilkossági kísérlete (O'Connor és mtsai., 2018).

Az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatának részletesebb áttekintéséhez egy tágabb fókuszú szisztematikus keresésen belül, melyben az NSSI prevalenciáját és pszichopatológiai korrelátumait vizsgáltuk, áttekintettük az NSSI és az öngyilkos magatartás összefüggéseit (Horváth és mtsai., közlésre elfogadva). Szisztematikus keresést végeztünk a következő adatbázisokban: PubMed, Medline, PsycInfo, a Scopus és Web of Science. A keresőszavak az „NSSI” és „prevalence” és „mental disorder” vagy „psychiatric disorder” voltak. A PubMedben, a Scopusban és a Web of Scienceben szabad keresési szavakat használtunk, az OVID adatbázisokban pedig elfogadtuk a javasolt „mesh-term” kifejezéseket: a Medline ‘NSSI’ esetében a ‘self injurious behavior’; a ‘prevalence’ esetében a ‘prevalence’; a ‘mental disorder VAGY psychiatric disorder’ esetében a ‘mental disorder’ kifejezést javasolta. A PsychInfo ‘NSSI’ esetében a ‘self injurious behavior’; a ‘prevalence’ esetében az ‘epidemiology’; a ‘mental disorder VAGY psychiatric disorder’ esetében pedig a ‘mental disorder’ kifejezést ajánlotta fel. Bevételi kritérium volt a téma egyezésének ellenőrzését követően, hogy a publikáció angol nyelvű és eredeti adatokat közlő vizsgálat legyen, valamint, hogy ne valamely speciális populációt (pl. fogvatartottak, háborús veteránok) vizsgálja.

A szisztematikus keresést 2015. május 31-én futtattuk le, majd kézi kereséssel egészítettük ki a 2015. június 1. – 2020. május 1. közötti időszakban a témában megjelent cikkekkel. Összesen 53 publikációt találtunk a Pubmed-ben, 52-et az OVID Medline-ben, 24-et az OVID Psycinfo-ban, 35-et a Web Of Science-ban, 19-et a Scopus-ban. A publikációs rendszerezéséhez az EndNote X7 szoftvert használtunk. A szisztematikus keresésbe a bevonás/kizárás folyamatát a Quorum ábra mutatja be (1. ábra).





1. ábra. Az irodalomkeresés lépéseit bemutató QUORUM ábra (Horváth és mtsai., közlésre elfogadva)

Mint a QUORUM ábrán látható (1. ábra) a duplikátum szűrést követően 30 publikációt kizártunk, így 153 cikket vontunk be az áttekintésbe. A teljes cikkek alapján való kiszűrés után 49 publikációt vontunk be áttekintésre. A 49 publikációból 30-ban jelent meg mind az NSSI, mind az öngyilkos magatartás. Definíciós okokból 9 cikkben a két jelenség nem volt egyértelműen elkülöníthető, mindkét jelenséget vizsgálták 3 esetben, azonban nem egymással összefüggésben, így összesen 18 kutatást találtunk, amelyben explicit módon vizsgálták az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatát. Kézi kereséssel további 7 cikket vontunk be, melyek az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatát vizsgálták (Ammerman, Burke, Alloy, & McCloskey, 2016; Brausch & Muehlenkamp, 2018; Horváth és mtsai., 2020; Horváth és mtsai., 2018; Kiekens és mtsai., 2018; Stewart és mtsai., 2017; Victor, Styer, & Washburn, 2015).

Az összesen áttekintett 25 cikkből 15 gyermek/serdülő (Ammerman és mtsai., 2016; Brausch, Decker, & Hadley, 2011; Brausch & Gutierrez, 2010; Csorba, Dinya, Plener, Nagy, & Páli, 2009; Esposito-Smythers és mtsai., 2010; Horváth és mtsai., 2018, 2020; Isohookana, Riala, Hakko, & Räsänen, 2013; Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008; Muehlenkamp, Ertelt, Miller,

& Claes, 2011; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Tuisku és mtsai., 2014; Victor és mtsai., 2015; Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013), míg 9 felnőtt, közülük 5 fiatal felnőtt (főiskolai/egyetemi hallgatók) (Kiekens és mtsai., 2018; Paul, Tsypes, Eidlitz, Ernhout, & Whitlock, 2015; Stewart és mtsai., 2017; Taliaferro & Muehlenkamp, 2015; Wilcox és mtsai., 2012), és 4 az előbbinél idősebb felnőtt populációt vizsgált (Baus és mtsai., 2014; Brausch & Muehlenkamp, 2018; Chartrand, Sareen, Toews, & Bolton, 2012; Evren, Kural, & Cakmak, 2006), egy kutatásba pedig serdülő, fiatal felnőtt és felnőtt populációt is bevontak (Klonsky, May, & Glenn, 2013).

Azok a serdülők, akiknél csak az NSSI volt jelen, az alábbi faktorok mentén különböztek az öngyilkossági kísérletet is elkövetőktől: 1) kevesebb szuicid ideációval és kevésbé súlyos depresszióval voltak jellemezhetőek (Brausch & Gutierrez, 2010; Jacobson és mtsai., 2008; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Stewart és mtsai., 2017); 2) nagyobb önbizalommal és szülői támogatással rendelkeztek (Brausch & Gutierrez, 2010); 3) kevesebb eséllyel volt jelen esetükben poszttraumás stressz-zavar (Jacobson és mtsai., 2008) és kevesebb kedvezőtlen életeseményről és trauma tünetről számoltak be (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, és mtsai., 2013). Továbbá a csak NSSI-ben érintett fiatalok több okot tudtak találni, amiért érdemes élni (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007), és kevesebb tünetet merítettek ki a BPD diagnosztikai kritériumai közül (Muehlenkamp és mtsai., 2011).

Az öngyilkos magatartásban is érintett serdülők az önsértés egyes jegyeiben (önsértés gyakorisága, módszerei, a megsebzett testrészek) is különböztek a csak NSSI-ben érintett kortársaiktól: nagyobb valószínűséggel fordult elő, hogy a lábszárukat vágták meg, valamint hogy túladagolást használtak az önsértés módszereként, illetve, hogy önsértésük addiktív jegyeket mutatott (Csorba és mtsai., 2009), gyakrabban jelent meg esetükben (pl. önfullasztással járó (Brausch és mtsai., 2011) kockázatvállaló magatartás (Stewart és mtsai., 2017), hosszabb ideje fennállt az NSSI, többféle módszer használtak, a fizikai fájdalom hiányáról számoltak be az önsértő epizódok során (Ammerman és mtsai., 2016), továbbá egyes eredmények alapján súlyosabb NSSI módszereket használtak (Stewart és mtsai., 2017), azonban utóbbi jellemző nem minden kutatásban mutatott kapcsolatot a szuicid ideációkkal (Victor és mtsai., 2015). Az NSSI-ről beszámoló serdülők klinikai populációjában 70% számolt be legalább egy, és 55% több öngyilkossági kísérletről is (Nock és mtsai., 2006), továbbá a szuicid ideációk erősebb kapcsolatot mutattak intraperszonális NSSI funkciókkal, beleértve az anti-szuicid funkcióit is, mint az interperszonális funkciókkal (Victor és mtsai., 2015). Kutatócsoportunk szakiskolás serdülők körében végzett hazai vizsgálatán a D-SIB és az öngyilkos magatartás szintén összefüggést mutatott ( $t = 4,54$ ;  $df = 121$ ;  $p < 0,01$ ) (Horváth és mtsai., 2018). Tuisku és

munkatársai (2014) utánkövetéses vizsgálatában az alapfelmérés során az NSSI-ről beszámoló serdülők 53 százalékánál jelent meg öngyilkossági kísérlet, míg azoknál, akik nem számoltak be NSSI-ről, ez az arány 6% volt ( $\chi^2=39,64$ ,  $df=1$ ,  $p< 0,001$ ), az egyéves utánkövetés során pedig ez az arány 50%, illetve 4% volt ( $\chi^2=42,9$ ,  $df=1$ ,  $p< 0,001$ ). Az NSSI és öngyilkossági kísérletek BPD-vel élő serdülőknél is összefüggést mutattak (OR= 3,55 az általános funkciókárosodásra való kontrollálás után) (Esposito-Smythers és mtsai., 2010).

Sok szempontból hasonló eredmények születtek azokban a kutatásokban is, amelyek fiatal felnőtteket vizsgáltak (Ammerman és mtsai., 2016; Benjet és mtsai., 2017; Kiekens és mtsai., 2018; Paul és mtsai., 2015; Taliaferro & Muehlenkamp, 2015; Wilcox és mtsai., 2012); ebben a korosztályban leggyakrabban egyetemi hallgatókból álló mintákkal dolgoztak. NSSI-ről beszámoló fiatal felnőttek nagyobb valószínűséggel számoltak be korábbi öngyilkossági kísérletről az NSSI-ben nem érintettekhez képest (53,6%,  $n=141$  vs. 46,4%,  $n=122$ ) (Paul és mtsai., 2015); az NSSI-ről beszámolók egyhatoda-egyharmada számolt be korábban öngyilkossági kísérletről is (Benjet és mtsai., 2017; Taliaferro & Muehlenkamp, 2015; Wilcox és mtsai., 2012). Ebben az életkori csoportban az öngyilkos magatartásban is érintett, illetve nem érintett résztvevők az internalizáló zavarok (szorongás, depresszió, obszesszív-kompluzív zavar, pánikzavar) (Taliaferro & Muehlenkamp, 2015) és a bipoláris zavar fennállása, a problémás szerhasználat (Paul és mtsai., 2015) valamint az NSSI gyakorisága (Ammerman és mtsai., 2016; Paul és mtsai., 2015; Wilcox és mtsai., 2012) alapján mutattak különbséget. Az NSSI-ben érintett fiatal felnőtteknél a fokozott öngyilkossági rizikót jelezte továbbá, ha kevésbé érezték, hogy kapcsolódnak a fontos támogató közegehez, személyekhez (pl. szülők), kevesebb értelmét észlelték az életnek, valamint gyakrabban fordultak pszichés támogatást nyújtó szolgáltatásokhoz, mint nem-szucidális önsértésben érintett társaik (Wilcox és mtsai., 2012). Az önsértés alatt megélt szubjektív fájdalom pozitív összefüggést mutatott a korábbi öngyilkossági kísérletekkel, azonban az NSSI gyakorisága és a korábbi öngyilkossági kísérletek közötti kapcsolat erősebb volt azoknál a fiataloknál, akik alacsonyabb szubjektív fájdalomérzetről számoltak be az NSSI során (Ammerman és mtsai., 2016). Kiekens és munkatársai (2018) kutatásában egyetemi hallgatók körében az NSSI összefüggött a későbbi szucid ideációk (OR=2,8), tervek (OR=3,0) és kísérletek (OR=5,5) magasabb esélyével a mentális betegségek eloszlására kontrolláló modellben. További elemzésük alapján az NSSI összefüggött a szucid ideációból a tervek, illetve a tervekből a kísértet felé történő elmozdulással is (OR=1,7-2,1). Az NSSI funkcióit és jellemzőit illetően veszélyeztetettebbek voltak az öngyilkos magatartás szempontjából azok, akik az NSSI-t arra használták, hogy "érezzenek valamit", illetve akik fiatalabb korban kezdték el és gyakrabban alkalmazták az önsértést, és gyakrabban fordultak az

NSSI-hez kapcsolódóan orvosi ellátásért. Más kutatásoknak ellentmondóan (Ammerman és mtsai., 2016) vizsgálatukban bár a többféle NSSI módszert alkalmazó személyeknél megnövekedett eséllyel alakult ki szuicid ideáció, a tervek és kísérletek felé való elmozdulás kifejezetten azokra volt jellemző, akik az NSSI módszereként a vágást alkalmazták (Kiekens és mtsai., 2018).

Felnőtteket vizsgálva a két jelenség közötti kapcsolatáról Baus és munkatársai (2014) BPD diagnózisú betegeknél kimutatták, hogy az öngyilkosságot megkísérlő személyek gyakrabban számoltak be NSSI-ről azokhoz viszonyítva, akiknek nem volt korábban öngyilkossági kísérletük ( $\chi^2(1)=5,08$ ,  $p=0,024$ ) (Baus és mtsai., 2014). Szorongásos zavarokkal küzdő felnőttek generalizált szorongás és szociális fóbia esetén nagyobb valószínűséggel számoltak be öngyilkossági kísérletről mint NSSI-ről, azonban komorbid hangulatzavar esetén nőtt az NSSI esélye az öngyilkossági kísérlethez képest (Chartrand és mtsai., 2012). Pszichoaktív szer függő férfiak klinikai mintáján szintén magasabb arányban mutattak ki öngyilkossági kísérletet önsértés jelenléte esetén (67%) mint a nem önsértő csoportban (21,3%) (Evren és mtsai., 2006). Felnőttek mintáján az NSSI észlelt hatékonysága bejósolta a gyakoribb és intenzívebb öngyilkossági gondolatokat és terveket, azonban ez az összefüggés csak az NSSI intraperszonális funkcióinak észlelt hatékonyságára volt igaz, az interperszonális funkciókra nem (Brausch & Muehlenkamp, 2018).

Klonsky és munkatársai (2013) kutatásában, ahol több életkori csoportot is vizsgáltak, az NSSI szintén jelentős kapcsolatot mutatott az öngyilkossági kísérlettel középiskolás serdülők nem-klinikai mintáján, pszichiátriai beteg serdülők körében, egyetemi hallgatóknál és felnőttek random mintáján: a Phi érték 0,28 (egyetemi hallgatók) és 0,50 (serdülők klinikai mintája) között mozgott, mediánja 0,36 volt (Klonsky és mtsai., 2013).

Az áttekintett eredmények szerint az önsértők 50-70%-a számol be öngyilkossági gondolatokról vagy kísérletekről is. A szuicid kísérletek és NSSI összefüggése egyaránt kimutatható klinikai- és nem klinikai serdülő-, fiatal felnőtt és felnőtt populációnál. Azok, akik nem számoltak be öngyilkossági szándékról, különböztek az öngyilkossági szándékról is beszámoló személyektől egyes intra- és interperszonális jegyekben (pl. kevesebb depresszív és borderline személyiségzavar tünet, kevesebb negatív életesemény, több társas támogatás), illetve az önsértés egyes jegyeiben (pl. gyakoriság, módszerek, életkor az önsértés indulásának idején) is. Mindezek alapján a pszichés zavarok megelőzése és kezelése, a társas támogatás növelése, akár az NSSI esetleges indulásának késleltetése a prevenció tervezésében megfontolandó irányok lehetnek.

A vizsgálatba bevont publikációk alapján az önsértés esetében az öngyilkossági kockázat igen jelentős, mely kockázat bizonyos komorbid zavarok és egyéb pszichoszociális faktorok

jelenlétében még magasabb lehet mind klinikai, mind nem-klinikai populációban. A kapott eredményeket azonban árnyalja az áttekintett tanulmányok terminológiai-definíciós, illetve módszertani heterogenitása, amely számos esetben megnehezíti a két jelenség elkülönítését, illetve az eredmények összehasonlíthatóságát (Horváth és mtsai., 2015; Meszaros, Horvath, & Balazs, 2017).

#### I.8. Az életesemények kapcsolata az NSSI-vel és az öngyilkos magatartással

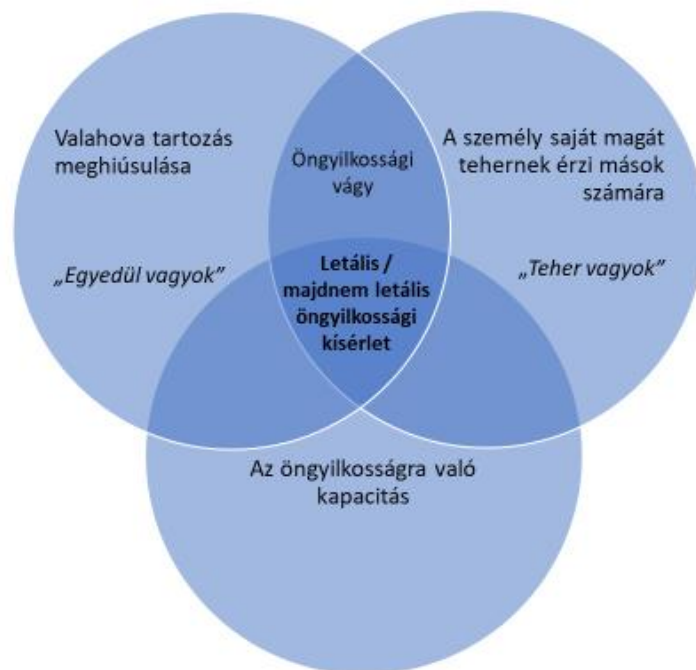
Számos elméleti és empirikus eredmény támasztja alá az életesemények lehetséges összefüggéseit mind az öngyilkos magatartással (Adams, Overholser, & Spirito, 1994; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994), mind pedig az NSSI-vel (Kaess és mtsai., 2020; Madge és mtsai., 2011; Portzky, De Wilde, & van Heeringen, 2008).

A stressz-diatézis modellel összhangban az öngyilkos magatartás és a stresszkeltő életesemények, különösen az interperszonális események kapcsolatát számos kutatásban leírták. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) „World Mental Health Surveys” kutatásában 102 245 fős felnőtt populációs mintán mutatták ki a stresszkeltő életesemények, különösen a szexuális vagy interperszonális erőszak és az öngyilkos magatartás összefüggését (Stein és mtsai., 2010).

Visszautalva az NSSI korábban leírt funkcióira például Nock integrált modellje alapján (Nock, 2010; Nock & Prinstein, 2004), az NSSI látszólag hatékony módszerként működhet érzelmi/kognitív állapotok szabályozására, valamint a környezetre való hatásgyakorlasként, így az olyan faktorok, amelyek előidézhetik vagy összefügghetnek az érzelemszabályozás vagy a környezetre gyakorolt hatás nehézségeivel (pl. fiziológiai hiperarousal stresszreakcióként vagy nem válaszkész környezet), fokozhatják az NSSI rizikóját. Nock elméletével összhangban az életesemények disztális és proximális rizikófaktorént is jelen lehetnek az NSSI-vel összefüggésben. Disztális rizikófaktoroként az immun- és a stressz-válasz rendszer diszregulációján keresztül fokozhatják a stresszorokkal szembeni vulnerabilitást (Lê-Scherban, Brenner, & Schoeni, 2016; Pascoe és mtsai., 2016). Proximális rizikófaktoroként Kaess és munkatársai (2020) a korábban már említett SEYLE nemzetközi kutatás eredményei alapján gimnazisták mintájában a vizsgálatot megelőző hat hónapban történt életesemények, különösen az interperszonális életesemények száma bejósolta az első NSSI epizód megjelenését a következő év során, amely arra utal, hogy az életeseményeknek fontos szerepe lehet az önsértés kialakulásában. Burke és munkatársai (2015) eredményei azonban arra is felhívják a figyelmet, hogy a két jelenség közti kapcsolat nem feltétlenül egyirányú: longitudinális kutatásukban

idősebb serdülő lányoknál az alapfelmérés során mért NSSI gyakorisága bejósolta a következő évi utánkövetésben az interperszonális életesemények megjelenését (Burke, Hamilton, Abramson, & Alloy, 2015).

Az életeseményeknek az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában betöltött lehetséges szerepét Joiner korábban már idézett, öngyilkos magatartással kapcsolatban megalkotott interperszonális elmélete (Joiner, 2005) alapján szeretném bemutatni. Joiner modelljében (2. ábra) négy fő faktort azonosít az öngyilkosság hátterében: 1. a valahova tartozás vágyának akadályozottsága, megghiúsulása (magány érzése); 2. a személy tehernek érzi önmagát mások számára; 3. első két prediktor metszetében megjelenő vágy az öngyilkosság iránt, továbbá 4. az öngyilkosságra való képesség, kapacitás, ami a félelmetes és/vagy fájdalmas ingerekre való habituáció révén tud fokozódni. A letális, vagy majdnem letális öngyilkos magatartás mindezek együttes jelenléte esetén következik be, vagyis rizikója akkor a legmagasabb, ha az első két interperszonális faktor (valamint a velük kapcsolatban érzett reménytelenség) révén létrejövő öngyilkossági vágy társul az öngyilkosságra való kapacitással (Orden és mtsai., 2010). Az öngyilkosságra való kapacitás szempontjából az NSSI fontos faktor lehet, mely Orden és munkatársai (2010) szerint nem egyszerűen hozzájárul a fájdalomra és félelemre való habituálódáshoz: az „ellentétes folyamatok elmélete” (Solomon & Corbit, 1974) alapján a rendszeres NSSI révén az eredetileg fájdalmas és/vagy félelemkeltő inger – jelen esetben az önsértés – azzal párhuzamosan, ahogy ijesztő jellege csökken, egyre inkább a viselkedés nyomán beinduló ellentétes folyamatok, pl. érzelmi megkönnyebbülés forrásává válik. Ezáltal fokozza a személy arra való képességét, hogy korábban fájdalmasnak és félelmetesnek ítélt viselkedéseket vigyen véghez (Orden és mtsai., 2010).



2. ábra. Joiner interperszonális elmélete az öngyilkosságról (Van Orden és mtsai, 2010 alapján)

Továbbra is Joiner modelljét használva, az életesemények, különösen az interperszonális életesemények képviselhetik a modell központi elemeként megjelenő interperszonális faktorokat: a személyes kapcsolatokban bekövetkező stresszkeltő események nyomán megjelenhet a magány, feleslegesség, környezetnek jelentett teher érzése. Ezek az állapotok mint interperszonális faktorok előidézhetik az öngyilkosság vágyát, amely az NSSI-ben érintettek esetében találkozhat az öngyilkosságra való fokozott kapacitással, hozzájárulva az öngyilkos magatartás spektrumán a súlyosabb állapotok, letálisabb módszerek felé való elmozduláshoz.

Joiner elméletével egybevágó eredményként Buitron és munkatársai (2016) serdülők klinikai mintáján azt találták, hogy a krónikus interperszonális stressz azon keresztül hatott a szuicid ideációkra, amennyire a fiatalok tehernek érezték magukat. Stewart és munkatársai (2019) szintén serdülő klinikai mintájában az interperszonális veszteség, fizikai veszély, megaláztatás, csapdába kerülés és szerepváltás/szerepzavar kategóriákba sorolt események közül csak az interperszonális veszteségek különböztették meg az öngyilkossági kísérletet túlélő fiatalokat mind azoktól, akiknél csak szuicid ideációk jelentek meg, mind pedig a pszichiátriai kontroll csoporttól.

Mindazon eredmények ellenére, melyek az életesemények lehetséges szerepével kapcsolatban születtek külön az NSSI-vel, illetve külön az öngyilkos magatartással összefüggésben, az

életesemények szerepe a két jelenség kapcsolatában kevés kutatásnak képezte tárgyát. Ezen kutatások többnyire azt mutatták, hogy a stresszkeltő életesemények megkülönböztették egymástól a szuicidális és nemszuicidális önsértésben érintett serdülők csoportját (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens, & Onghena, 2011; Horesh, Nachshoni, Wolmer, & Toren, 2009; Liu és mtsai., 2014), azonban ez az eredmény nem minden kutatásban jelent meg (Tuisku és mtsai., 2014). A traumatikus életesemények szerepéről az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában Zetterquist és munkatársai (2013) serdülő mintán azt találták, hogy azok a személyek, akik mind NSSI-ben, mind öngyilkossági kísérletben érintettek voltak, a csak NSSI-ben érintettekhez képest egyrészt több káros következményről és trauma tünetről, másrészt több interperszonális eseményről számoltak be, amikor az életeseményeket interperszonális, nem-interperszonális és hosszabban fennálló káros gyermekkori körülmények kategóriáira osztották (Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2013). Az NSSI és az öngyilkos magatartás közötti kapcsolatban Muehlenkamp és munkatársai (2011) járóbeteg serdülő populációban mért eredményei is az interperszonális nehézségekre hívják fel a figyelmet: az NSSI-ről és öngyilkossági kísérletekről is beszámoló fiatalok körében magasabb volt a BPD tünetek száma, a BPD jellemzőin belül pedig szelffel kapcsolatos zavar és az instabil interperszonális kapcsolatok voltak azok a területek, amelyek leginkább megkülönböztették a csak NSSI-ről beszámoló fiatalok csoportját az NSSI-ről és öngyilkossági kísérletekről is beszámolókéétől, ami szintén a szuicidális és nemszuicidális önsértésben is érintett fiatalok interperszonális nehézségeire hívja fel a figyelmet (Muehlenkamp és mtsai., 2011).

#### I.9. NSSI és öngyilkos magatartás - hogyan tudunk segíteni? Prevenció és intervenció serdülőknek

Összefoglalva az eddig bemutatott az eredményeket és elméleteket az NSSI diagnosztikai rendszerekben betöltött helye, epidemiológiája, rizikófaktorai, funkciói és lehetséges következményei kapcsán, az NSSI-t olyan jelenségként írhatjuk le, mely a serdülők körében nagy arányban van jelen, megjelenése jelentős intra- és interperszonális nehézségekre utalhat, súlyosabb formáiban pedig együtt járhat számos pszichés zavarral és az öngyilkos magatartással. Anélkül, hogy egy a fiatalok körében eseti jelleggel viszonylag gyakran megjelenő viselkedést indokolatlanul medikalizálnánk, fontos szem előtt tartani, hogy bár az eddigiekben összefoglalt, NSSI-hez társuló rizikófaktorok egy része elsősorban a rendszerességében vagy egyéb jegyeiben súlyosabb önsértéssel mutat kapcsolatot, egy tízéves utánkövetéses vizsgálat eredményei alapján a ritkán előforduló, nem rendszeres NSSI-ről beszámoló fiatalok is fokozottan esélyesek



lehetnek számos mentális egészséggel kapcsolatos probléma szempontjából (Daukantaité és mtsai., 2020).

Miután az NSSI mint önálló diagnosztikus kategória mellett és ellen szóló szakmai érvek közül egyik oldalon elsősorban az NSSI-vel összefüggő funkciókárosodás és szenvedés, másik oldalon pedig az öngyilkos magatartástól való elkülönítés nehézsége áll, mindkét oldal érvei arra utalnak, hogy az NSSI-vel és a társuló nehézségekkel kapcsolatos edukációs, prevenciós és intervenciós programok kiemelten fontosak lehetnek a serdülők mentális egészségének megőrzése szempontjából, tulajdonképpen függetlenül attól, hogy önálló pszichés zavarokként gondolkozunk-e a jelenségről.

Az NSSI prevenciójával kapcsolatban mindezek alapján érdemes lehet egy olyan szélesebb spektrumú mentális egészségfejlesztő programon belül gondolkodni, amely edukatív a stresszkeltő élethelyzetekkel, az ezekre adott reakciók sokféleségével és a pszichés betegségekkel kapcsolatban, és segíti a fiatalokat abban, hogy elfogadják a nehéz helyzetekre adott természetes reakciókat saját magukban és másokban, azonban felismerjék azokat a határokat, amelyek ezeken a reakciókon túlmutató, külső segítséget igénylő állapotokra utalhatnak. Egy „ideális” prevenciós program továbbá a mentális zavarok destigmatizációján és a segítségkérés és segítségnyújtás normalizálásán keresztül segíti a fiatalokat abban, hogy ezekben a kérdésekben párbeszédet tudjanak egymással kezdeményezni, és empátiával tudjanak saját maguk és egymás felé fordulni pszichés nehézségek esetén (is), valamint aktivizálja és kiegészíti a rendelkezésükre álló praktikus tudást azzal kapcsolatban, hogy a gyakorlatban mit kell tenniük, ha saját magukról vagy egy társukról azt gondolják, hogy pszichés probléma vagy öngyilkosság szempontból veszélyben lehet (Balázs, 2019).

A fiatalokat célzó szélesebb spektrumú, mentális egészségfejlesztő, rizikómagatartás és öngyilkosságmegelőző programokat áttekintve azt láthatjuk, hogy mivel az öngyilkos magatartás rizikófaktoraik között kiemelt helyen szerepelnek a kezeletlen pszichiátriai betegségek (Balázs, 2019; Balázs, Lecrubier, Csiszér, Koszták, & Bitter, 2003; Gould, Greenberg, Velting, & Shaffer, 2003), ezért ezeknek a programoknak alapvető lépése a fiatalok körében a pszichiátriai betegségek minél korábbi felismerése, és szükség esetén a szakszerű segítséghez való hozzáférésük. Mivel a gyermekek és serdülők legnagyobb része kötelező jelleggel sok időt tölt az iskolában, így az iskola a prevenciós programok fontos színtere lehet, ahol egyszerre sok fiatalot és velük foglalkozó felnőttet lehet könnyen elérni (Balázs, 2019; Gould és mtsai., 2009; Scott és mtsai., 2009). Az NSSI kialakulása a korábban leírtak alapján gyakran köthető társas tanuláshoz, kortárs modellkövetéshez, így egy-egy iskolai osztályközösség együttes bevonása a prevencióba különösen alkalmas lehet az NSSI megelőzésében, illetve a jelenségről való

diskurzus támogatásában. Az NSSI-ről folytatott csoportos foglalkozások során azonban fontos szem előtt tartani azt a kifejezetten az NSSI iskolai prevenciója kapcsán megfogalmazott irányelvet is, hogy a társas tanulási hatás minimalizálása érdekében érdemes a specifikus viselkedésekről, módszerekről általánosságban, részletekbe kevésbé belemerülve beszélni, és a fókusz a viselkedés mögött álló érzelmi állapotokra, a megküzdésre való törekvésre és a potenciális segítő lehetőségek összegyűjtésére helyezni (Lieberman, Toste, & Heath, 2008).

A legtöbb iskolai prevenció program besorolható három irányzat szerint: egyrészt a kapuőr (gatekeeper) programok megelőzhatják a fiatalok környezetében élő felnőtteket (pl. pedagógusokat, iskolai személyzetet), hogy hogyan ismerhetik fel a fokozott öngyilkossági rizikót és milyen lépéseket tegyenek ilyen esetben (Balázs, 2019; Balázs & Kapornai, 2011). A prevenció programok másik iránya, amikor pszichológusok vagy pszichiáterek direkt módon (pl. kérdőívekkel, interjúkkal) szűrik a pszichés zavarok, öngyilkosság szempontjából veszélyeztetett fiatalokat, és gondviselőik bevonásával a szakellátásba irányítják őket (Balázs, 2019; Gould és mtsai., 2009). Az iskolai megelőző programok harmadik, jelentős része közvetlenül a fiatalokat célozza meg, általában három fő célkitűzéssel: a tudatosság növelése a mentális betegségek és fiatalkori öngyilkosság kapcsán, a pszichés problémák és/vagy öngyilkossági rizikó jeleinek felismerése önmaguk vagy kortársaik esetében, illetve információnyújtás az iskolai és közösségi szinten elérhető segítségről (Balázs, 2019; Cusimano & Sameem, 2011). Az ilyen programok általában 3-5 tanítási napon zajlanak (Cusimano & Sameem, 2011) akkor hatékonyak, ha be tudnak épülni az iskolai tanrendbe (Portzky & van Heeringen, 2006).

A kérdést, hogy a felsorolt gyakran alkalmazott prevenció irányzatok közül melyik tekinthető leginkább hatékonynak, a SEYLE kutatás eredményei segíthetnek megválaszolni. A SEYLE projekt, melynek kidolgozásában kutatócsoportunk is részt vett, az Európai Unió támogatásával zajlott 12 395 serdülő részvételével 11 ország - Ausztria, Észtország, Franciaország, Írország, Izrael, Magyarország, Németország, Olaszország, Románia, Spanyolország Szlovénia - részvételével, a svédországi Karolinska Institute koordinálásával. A projekt célja volt egyrészt egy randomizált kontrollált utánekvetéses vizsgálat keretei között egy epidemiológiai adatbázis létrehozása 14-16 éves serdülők mentális egészségéről, jóllétéről, életmódjáról, másrészt három intervenció program eredményességének összehasonlítása multidiszciplináris (pl. pszichológiai, szociális, gazdasági) szempontok szerint a kontroll csoporttal. A projekt célja volt továbbá kulturálisan adaptált, hatékony, bizonyítékokon alapuló mentális egészség fejlesztő és pszichés betegségek megelőző programok ajánlása a kockázatvállaló és öngyilkos magatartás csökkentése, illetve mentális egészség fejlesztésének előmozdítása érdekében.

A SEYLE kutatás során három intervenciós kar, 1) egy tanárokat és iskolai személyzetet bevonó kapuőr-tréning (Question-Persuade-Refer, QPR: Question- Kérdez, Persuade - Meggyőz és Refer- Irányít), 2) egy szakemberek által végzett szűrő program (ProfScreen), 3) egy diákoknak szóló tudatosság és énhatékonyságnövelő tréning (Youth Aware of Mental Health, YAM), valamint 4) kontroll csoportként etikai okokból egy minimális intervenciót nyújtó tájékoztató kar volt (Wasserman és mtsai., 2010). A három intervenciós kar közül a 12 hónapos utánkövetésnél egyedül a diákoknak szóló tudatosság és énhatékonyságnövelő YAM program esetében mutatkozott szignifikáns csökkenés az öngyilkos magatartás előfordulási gyakoriságában a minimális intervenciós karhoz képest (OR: 0,45, 95% CI: 0,24–0,85,  $p = 0,014$ ), míg a másik két programnál nem (ProfScreen: OR: 0,65, 95% CI: 0,36–1,18,  $p = 0,158$ , QPR: OR: 0,70, 95% CI: 0,39–1,25,  $p = 0,229$ ) (Wasserman és mtsai., 2015). A YAM program egy olyan diákokat megcélzó, ötalkalmas program, mely egy interaktív, mentális egészségről szóló nyitó előadást követően három szerepjáték alkalomból áll, melyek a „tudatosság a választásokban”, „tudatosság az érzelmekkel kapcsolatosan, stressz és a krízishelyzetek kezelése” és a „depresszió és öngyilkossági gondolatok” témáit járják körül. A három szerepjátékos alkalmat egy záró beszélgetés követi. A programhoz tartozik továbbá hat információs poszter, amely az osztálytermekben kitéve a project során végig elérhetővé teszi a legfontosabb üzeneteket és a segítségkéréshez ajánlott kontakt információkat (Balázs, 2019; Wasserman és mtsai., 2012).

Mindezen eredmények alapján az NSSI és az öngyilkos magatartás megelőzése és a serdülők mentális egészségének javítása, valamint az érintett fiatalok támogatása szempontjából hatékonyan működő iskolai programok jellemzőit a következőkkel foglalhatjuk össze: közvetlenül a fiatalokat megcélzó, 3-5 alkalomból álló, az iskolai tantervbe beépülő mentális egészség-mentális betegségek témáiban tudatosságot növelő és érzékenyítő program, mely normalizálja a segítségkérő és segítségnyújtó magatartást, és aktivizálja és kiegészíti a fiatalok tudását a potenciális segítséget nyújtó konkrét szereplők elérhetőségéről. Jelenleg legjobb tudásunk szerint Magyarországon nincs olyan program, ami mindezeknek megfelelően bizonyítottan hatékony, és szabadon elérhető az iskolák számára.

## II. CÉLITŰZÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

A disszertációm Bevezető fejezetében áttekintett irodalom alapján látható, hogy az NSSI gyakran erős szubjektív szenvedéssel és magas öngyilkossági rizikóval járó állapot, melynek kialakulásában, fennmaradásában és az öngyilkos magatartáshoz való kapcsolatában szerepe lehet a stresszkeltő életeseményeknek. Bár az NSSI a serdülők körében mind a klinikai, mind a nem-klinikai populációban nagy gyakorisággal jelenik meg, a jelenség funkcióival és az önsértő

személyekhez társított stigmával összhangban az érintett fiatalok közül sokan maradnak szakszerű segítség nélkül. Továbbá mind a kutatási és prevenciós projekteken, mind az önsértés társadalmi-kulturális reprezentációja által nyújtott láthatóságban háttérbe szorúlnak azok a fiatalok, akik önsértésben érintettek, azonban nem felelnek meg a „fehér, középosztálybeli, vágással önsértő lány” (Bareiss, 2017; Trewavas és mtsai., 2010; Whitlock és mtsai., 2006) képének.

Mindezek alapján a doktori munkám részeként végzett vizsgálatokkal célunk volt a hatékonyabb prevenció és intervenció fejlesztése érdekében az NSSI, öngyilkos magatartás és életesemények összefüggéseinek feltárása egyrészt serdülők klinikai populációjában, illetve a nem-klinikai populáción belül a szakiskolás fiatalokat is bevonó vizsgálatokkal, továbbá egy NSSI prevenciót is tartalmazó, serdülők széles rétegét megcélzó mentális egészségfejlesztő program kidolgozásának megkezdése.

Ennek megfelelően a disszertációmban bemutatott vizsgálatok doktori munkám részét képező célkitűzései és kapcsolódó hipotézisei a következők voltak:

1. Az első vizsgálatban (V1) a SEYLE kutatás kiterjesztéseként szakiskolás serdülők populációjában mértük fel és a SEYLE magyar gimnazista mintájával összevetve vizsgáltuk a D-SIB jelenségét, doktori munkám során elsősorban az NSSI életeseményekkel való kapcsolatára fókuszálva. *Hipotézisként feltételeztük, hogy:*

- *V1-H1. A stresszkeltő életesemények előfordulási aránya a szakiskolás csoportban magasabb, mint a gimnazista csoportban.*

Doktori munkám során cél volt továbbá a D-SIB és az életesemények közötti kapcsolat feltárása az életesemények számának, illetve az egyes életesemények és életesemény-kategóriák D-SIB-bel mutatott összefüggéseinek vizsgálata révén.

2. A második vizsgálatban (V2) az első vizsgálat eredményeire építve az NSSI, életesemények és öngyilkos magatartás összefüggéseinek vizsgálata serdülők klinikai és szakiskolásból, szakközépiskolásból és gimnazistákból álló nem-klinikai mintáján.

*Doktori munkám hipotézisei a vizsgálat célkitűzéseknél megfelelően a következők voltak:*

*V2-H1. Az NSSI módszereinek száma erősebb összefüggést mutat az öngyilkos magatartással a klinikai, mint a nem-klinikai csoportban.*

*V2-H2. Az életesemények magasabb száma mindkét csoportban az NSSI módszerek nagyobb számával jár együtt.*

*V2-H3. Az interperszonális események a nem-interperszonális eseményekhez és a kedvezőtlen gyermekkori körülményekhez képest nagyobb moderáló hatással bírnak az NSSI módszerek száma és az öngyilkos magatartás kapcsolatára.*

Célunk volt továbbá annak feltárása, hogy a 3. hipotézisben (V2-H3) leírt mintázat tekintetében kimutatható-e különbség a klinikai és a nem-klinikai csoport között.

3. A harmadik vizsgálat (V3) során célkitűzésünk egy olyan új serdülőkori egészségfejlesztő prevenciós program kidolgozása, amely a fiatalok mentális egészségének fejlesztésére és a rizikós magatartásuk – beleértve az NSSI-t – csökkentésére irányul.

Az irodalom áttekintése, valamint a különböző típusú iskolákban végzett kutató- illetve kapcsolódó prevenciós munkánk tapasztalatai alapján fogalmazódott meg bennünk az igény egy olyan serdülőkori egészségfejlesztő prevenciós program kidolgozására, amely a Bevezetőben leírt kutatási eredményeknek megfelelően a fiatalok mentális egészségének fejlesztésére és a rizikós magatartásuk csökkentésére irányul, és amely a diákok szociokulturális és személyes élethelyzetének sokféleségére érzékeny, továbbá szabadon elérhető, és az iskolai életbe könnyen beilleszthető.

Doktori munkám időszaka alatt a program szerkezetének, illetve három foglalkozás tervének kidolgozása, valamint ezek alapján a program működőképességét tesztelő pilot vizsgálat elvégzése volt a célunk.

Mindhárom vizsgálat részét képezte továbbá a nem-klinikai csoportokban az akut öngyilkossági rizikót jelző serdülők szűrése és szakellátásba irányítása, valamint az első két vizsgálatnál is serdülőkori mentális egészség megőrzését és a rizikómagatartások és öngyilkos magatartás megelőzését célzó interaktív prevenciós program biztosítása az iskolákban.

A doktori munkám részét képező első vizsgálatot az International Journal of Environmental Research and Public Health (Horváth és mtsai., 2018), míg a második vizsgálatot a Frontiers in Psychiatry folyóiratban publikáltuk (Horváth és mtsai., 2020). Doktori munkám harmadik részét képező projektet, a prevenciós program kidolgozását először a Magyar Pszichiátriai Társaság XXIII. Vándorgyűlésén mutattuk be (Balázs és mtsai., 2020). Ezen közleményeken alapul a vizsgálatok módszertanának, eredményeinek és diszkussziójának bemutatása.

### III. MÓDSZEREK<sup>3</sup>

#### III.1. Első vizsgálat

##### III.1.1. Résztevők és eljárás

Serdülők populációs mintáját vizsgáltuk, elsősorban a szakiskolás serdülő populációra fókuszálva. A SEYLE nemzetközi projekt kiterjesztéseként a SEYLE magyar, 9-10. osztályos gimnáziumban tanuló diákokból álló mintáját egészítettük ki budapesti szakiskolák 9-10. osztályos diákjainak mintájával. A gimnazista minta adatgyűjtése a nemzetközi kutatás részeként 2009. szeptember és 2010. február között, a szakiskolákban pedig 2013. októberében és novemberében zajlott. A gimnazista adatbázis használata, valamint a vizsgálati protokoll szakiskolásokra való kiterjesztése a SEYLE nemzetközi munkacsoport vezetőjének előzetes engedélyével kezdődött meg.

A SEYLE nemzetközi projekt randomizált kontrollált vizsgálatának módszertani protokollját (Carli és mtsai., 2013; D. Wasserman és mtsai., 2010) a US National Institute of Health (NIH) clinical trial registry (NCT00906620) és a German Clinical Trials Register (DRKS00000214), jelen kutatást pedig az Emberi Erőforrások Minisztériumának Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága (ETT-TUKEB) hagyta jóvá (etikai engedély száma: 24798/2013/EKU).

Tekintettel arra, hogy felmérés során az aktuálisan fennálló öngyilkossági rizikót is vizsgáltuk (Horváth és mtsai., 2018), etikai megfontolásokból az etikai engedélynek és a résztvevők előzetes tájékoztatásának megfelelően az anonimitást egy kód-dekód rendszerrel biztosítottuk. Ennek során a kérdőívek kitöltése névtelenül zajlott, a kérdőívekre csak a résztvevők vizsgálati kódszáma került rá. A kitöltés előtt a fiatalok egy kód-dekód lapon, amelyen vizsgálati sorszámuk is szerepelt, megadták saját és szüleik elérhetőségét, hogy akut öngyilkossági rizikó esetén a vizsgálat klinikai háttérét biztosító szakorvos felvehesse velük a kapcsolatot, és 24 órán belül személyes kivizsgálást ajánlhasson és szükség esetén további ellátásra tegyen javaslatot. Az öngyilkossági rizikó megállapítása a SEYLE vizsgálat protokollját követve zajlott (D. Wasserman és mtsai., 2010), melynek részleteit és a vonatkozó eredményeket doktori munkám előzményeként végzett vizsgálatunk részeként közöltük (Horváth, 2014; Horváth és mtsai., 2018). A kód-dekód lapokat a kitöltött kérdőívektől elzártan tároltuk, és a sürgősségi esetek azonosításán kívül semmilyen egyéb célra nem használtuk fel.

---

<sup>3</sup> Disszertációm Módszerek fejezete nagyban épít a témában megjelent korábbi munkáinkra, melyekben szignifikáns munkát végeztem: (Horváth, 2014; Horváth és mtsai., 2018, 2020)

Mivel munkám a kutatócsoportban a vizsgálat szakiskolákra kiterjesztett fázisával vette kezdetét, ezért az alábbiakban az itt alkalmazott adatgyűjtési eljárást szeretném részletesebben bemutatni, melynek során a SEYLE kutatás adatgyűjtési protokollját követtük.

Vizsgálatunkba olyan 9. és 10. osztályos diákokat vontunk be, akik a vizsgálat idején érvényben lévő megnevezés szerint szakiskolába (jelenlegi szakközépiskola), vagy vegyes képzésű iskola szakiskolai osztályába jártak. A toborzás során célunk három bevonható, szakképzést (is) nyújtó iskola kiválasztása volt. Az összes budapesti, szakiskolai képzéssel rendelkező iskola összegyűjtése után az egyházi, alapítványi és magánfenntartású intézmények kizárását követően (SEYLE kutatás protokollja szerint) randomizálással jelöltük ki az iskolák felkeresésének sorrendjét. A vizsgálatba bevont három iskola végül a randomizált sorrend alapján haladva felkeresett első négy intézményből került ki, miután egy intézmény vezetősége elzárkózott a részvételtől.

Az intézményvezetők, valamint az érintett pedagógusok tájékoztatását és beleegyezését követően a kiválasztott iskolák 9. és 10. évfolyamának szakiskolás osztályaiban a szülői értekezleteken szóban és írásban tájékoztattuk a jelenlévő szülőket/gondviselőket a kutatásról. Hangsúlyoztuk a beleegyezés önkéntességét mind a szülők, mind a gyermekek részéről. Kiemeltük a vizsgálat névtelenségét, kitérve az anonimitást nyújtó kód feltörésének szabályaira öngyilkossági rizikó esetén. A tájékoztatón a szülőknek lehetősége volt a kérdőív megtekintésére és a felmerülő kérdéseik megbeszélésére. Mindezeket követően adhatták írásos beleegyezésüket gyermekük vizsgálatban való részvételéhez.

A diákok tájékoztatása a szülőkéhez hasonló módon írásos és szóbeli tájékoztatással zajlott, kitérve az önkéntesség és az anonimitás, illetve az anonimitást nyújtó kód feltörésének kérdéskörére, valamint lehetőséget nyújtva a felmerülő kérdések megbeszélésére. A vizsgálatban azok a diákok vehettek részt, akiknek szülei korábban beleegyezésüket adták, és akik maguk is tájékoztattak írásos beleegyezésüket a részvételhez. Azok a fiatalok, akiknek a szülei nem vettek részt a tájékoztatáson vagy ők maguk hiányoztak a tájékoztatás és kitöltés napján, automatikusan kiestek a bevonható résztvevők köréből.

A diákok tanítási időben töltötték ki a kérdőívet körülbelül 50-55 perc alatt. A kitöltés során két koordinátor volt jelen a kutatásból, akik a tájékoztatást és a beleegyeztetést végezték, a vizsgálatban kapcsolatban közvetlenül felmerülő kérdéseket megválaszolták, továbbá a kitöltés végeztével azonnal azonosították a sürgősségi eseteket, és szükség esetén felvették a kapcsolatot Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancián a klinikai háttérrel biztosító gyermek-, és ifjúságpszichiáter kollégával.

### III.1.2. MÉRŐESZKÖZÖK

A kitöltendő kérdőív alapjául a SEYLE vizsgálat kérdőívcsomagja szolgált, amely ismert kérdőívekből és kifejezetten a SEYLE kutatásra kidolgozott kérdéssorokból áll (Wasserman és mtsai., 2010). Miután a tapasztalatok szerint a kérdőív kitöltése a gimnáziumba járó diákoknak több mint egy órát vett igénybe, így jelen vizsgálathoz elkészítettük a kérdőívcsomag rövidített változatát. Ennek során bizonyos, a SEYLE vizsgálatra létrehozott kidolgozott tételt módosítottunk (pl. újrafogalmaztunk olyan kifejezéseket, amelyek a korábbi tapasztalatok alapján a fiatalok számára nehezen voltak érthetőek), illetve néhány, a kutatásunk célja szempontjából nem releváns kiegészítő kérdést eltávolítottunk.

#### III.1.2.1.A D-SIB MÉRÉSE

Az D-SIB élettartam prevalencia mérésére a SEYLE vizsgálatra létrehozott 6 ítemes önsértés kérdőívet használtuk, amely a Gratz-féle 17 ítemes Szándékos Önsértés Kérdőív (Deliberate Self Harm Inventory, DSHI) rövidített változata (Gratz, 2001). Az eredeti, 17 ítemes kérdőív bemutatására a Módszerek fejezet Második vizsgálat alfejezetében (III.2.2.1. fejezet) térek ki részletesen, jelen alfejezetben pedig az ebben a vizsgálatban használt 6 ítemes változatot szeretném bemutatni. A 6 ítemes kérdőívet a SEYLE vizsgálatra a DSHI Bjärehed és Lundh rövidített, 9 ítemes változatából (Bjärehed & Lundh, 2008) által hozták létre, hogy egyes kérdések összevonásával a kitöltést egyszerűsítsék, valamint csak a kérdőív tételei csak a testfelszín érintő, direkt önsértési módszerekre vonatkozzanak (Brunner és mtsai., 2014). Mind az eredeti 17 ítemes, mind a 9 ítemes kérdőív reliabilitása és validitása megfelelőnek bizonyult (Bjärehed & Lundh, 2008; Gratz, 2001; Latimer, Meade, & Tennant, 2013). Vizsgálatunkban a skála Cronbach-alfa értéke 0,662 volt a szakiskolás, és 0,754 a SEYLE vizsgálatból származó gimnazista mintában.

A 6 ítemes kérdőív a 9 és 17 ítemes változathoz hasonlóan az élettartam prevalenciára kérdez rá („előfordult valaha, hogy...” kezdetű kérdések) és hangsúlyozza a viselkedés szándékosságát („Kérünk, hogy csak abban az esetben válaszoljál IGEN-nel az alábbi kérdésekre, ha akarattal / direkt csináltál valamit. Kérünk, NE válaszoljál IGEN-nel, ha valamit véletlenül csináltál (pl. véletlenül megbotlottál és bevágtad a fejedet!)”). A kérdőív instrukciója nem hangsúlyozza az öngyilkossági szándék hiányát, ezért Brunner és mtsai (2014) és Kaess és mtsai (2020) alapján a mérőeszközzel felmért változóra a D-SIB terminológiát alkalmazom. Az egyes tételek a leggyakoribb önsértő módszereket veszik végig: az első a vágásokra, szúrásokra („Előfordult



valaha, hogy szándékosan elvágta a csuklódát, a karodat, vagy más testrészedet, vagy éles tárgyjal megszúrtad magad, mint pl. tűvel, szöggel, fűzőkapoccsal? (NE SZÁMÍTSD a tetoválást, a test-, ill. fülpiercinget, vagy a drogozáshoz használt tűt!)”, a második az égetésre („Előfordult valaha, hogy szándékosan megégetted magad cigarettával, öngyújtóval vagy gyufával?”), harmadik szavak, jelek bőrbe vésésére és a bőr karcolására („Előfordult valaha, hogy szándékosan bevéstél szavakat, képeket vagy más jeleket a bőrödbe, vagy annyira megkarcoltad magad, hogy sebes lett, vagy vérzett?”), a negyedik a sebgyógyulás megakadályozására és az saját test harapdálására („Előfordult valaha, hogy szándékosan megakadályoztad, hogy egy sebed begyógyuljon, vagy annyira megharaptad magad, hogy megsérült a bőröd?”, az ötödik a fej vagy más testrészek beverésére kérdez rá („Előfordult valaha, hogy szándékosan úgy beverted a fejed, vagy megütötted magad, hogy nyoma lett (pl. horzsolás, zúzódás, vagy bekékült)?”). Az utolsó tétel azt méri fel, hogy a fenti módszerekkel végzett NSSI-k következtében részesült-e orvosi és/vagy kórházi ellátásban a kitöltő. Az egyes módszerek előfordulásának gyakoriság négyfokú skálán jelölhető (soha, 1-2 alkalommal, 3-4 alkalommal, illetve 5 vagy több alkalommal).

### III.1.2.2. Az életesemények mérése

A vizsgálatban használt Életesemény-listát a SEYLE vizsgálatra dolgozták ki validált, életeseményeket mérő eszközök, elsősorban a Holmes-Rahe-féle Életesemény Lista (Holmes & Rahe, 1967) és a Life Events Checklist (LEC) (Johnson & McCutcheon, 1980) alapján (Kaess és mtsai., 2020; Wasserman és mtsai., 2010). A lista 27 olyan életeseményt tartalmaz, amely serdülők körében előfordulhat, és amelyek közül a kitöltő megjelölheti azokat, amelyeket az elmúlt 6 hónapban átélt, 28. tételként pedig egyéb, fel nem sorolt életesemények közlésére is van lehetőség.

### III.1.3. Statisztika

A statisztikai elemzést az IBM SPSS Statistics 22.0.0 programmal végeztük (IBM Corporation, 2013).

A statisztikai próbák kiválasztásánál figyelembe vettük, hogy a NSSI változó nem mutatott normál eloszlást (Vargha, 2003). A minta jellemzéséhez leíró statisztikákat használtunk. A szakiskolás és gimnazista csoport közötti különbségeket kategóriális változókkal, Khi-négyzet próbával teszteltük. A hipotézis tesztelésekor az eredményeket akkor tekintettük statisztikailag

szignifikánsnak, ha a p-érték 0,05 alatt volt. A többszörös összehasonlításokra Bonferroni korrekcióval korrigáltunk.

A NSSI prevalenciájának méréséhez egy dichotóm változót hoztunk létre a rövidített DSHI kérdőív első 5 tételének összevonásával (tehát a módszerekre vonatkozó kérdések összevonásával, az önsértés következtében igénybe vett orvosi segítségre vonatkozó kérdés kihagyásával), mely ilyen módon azt fejezi ki, hogy bármilyen módszerrel történt-e önsértés.

Az életesemények számát jelző változóhoz az Életesemény listán jelölt igen válaszok alapján kiszámolt összpontszámot használtuk a 27 életesemény közül jelölt „igen” válaszok alapján, a 28. („egyéb”) opció kizárásával, mivel az ebben a kategóriában adott válaszok nagyon vegyesen tartalmaztak életeseménynek tekinthető, illetve ebbe a kategóriába nem besorolható válaszokat. Az életesemények alapján a NSSI valószínűségének becslését a két csoportban bináris logisztikus regresszióval végeztük, a függő változó a NSSI előfordulása volt.

Ehhez a statisztikai próbához második lépésben a 27 életeseményt az irodalom alapján (Madge és mtsai., 2011) 9 kategóriába soroltuk be: családi problémák, haláleset, összeütközés a törvénnyel vagy rendőrséggel, gond erőszakos emberekkel, tanulmányi problémák, személyes egészségügyi problémák, párkapcsolati/szexuális nehézségek, barátságokkal kapcsolatos nehézségek és terhesség; majd ezeknek a kategóriáknak a mentén is elvégeztük az életesemények alapján az NSSI valószínűségének becslését.

## III.2. Második vizsgálat

### III.2.1. Résztevők és eljárás

Serdülők klinikai és nem-klinikai mintáján vizsgáltuk az NSSI, öngyilkos magatartás és életesemények előfordulását és összefüggéseit. A vizsgálatba 13-18 év közötti fiatalokat vontunk be mind a klinikai, mind a nem-klinikai csoportban. A klinikai csoporthoz a budapesti Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia akut serdülő részlegén kezelt fiatalok között toboroztuk a résztvevőket 2015. 02. 25 és 2016. 05. 09. között. A nem-klinikai csoportban az adatgyűjtés 2015. 09. 12. és 2017. 04. 28. között zajlott, különböző képzési típusú (a vizsgálat idején érvényben lévő elnevezések szerint gimnázium, szakközépiskola, szakiskola) budapesti iskolák 8-11. osztályaiban tanuló diákok bevonásával. Az iskolák kiválasztásakor korábbi kutatásaink (többek között az itt bemutatott első vizsgálatunk) során randomizálással kiválasztott, és az együttműködést szívesen folytató, valamint kényelmi mintavétellel kiválasztott intézményeket vontunk be. Kizárási kritérium mindkét csoportban az önkitöltős kérdőívcsomag kitöltésére, valamint a diagnosztikai interjú kérdéseinek megválaszolására való

képesség hiánya (pl. nem magyar anyanyelv, súlyos akut pszichotikus epizód, mentális retardáció) volt.

A kutatást az ETT-TUKEB hagyta jóvá (etikai engedély száma: 5750/2015/EKU). A vizsgálatban való részvétel az első vizsgálatnál leírtakkal megegyező módon az intézményvezetők, szülők/gondviselők és a gyermekek tájékoztatott beleegyezését követően önkéntesen és névtelenül zajlott. Tekintettel arra, hogy második vizsgálatunk során is felmértük az aktuálisan fennálló öngyilkossági rizikót, etikai megfontolásból – hasonlóan az első vizsgálatnál leírt módon – a résztvevők anonimitását előzetes tájékoztatásuknak megfelelően egy kód-dekód rendszerrel biztosítottuk. Az akut öngyilkossági rizikó megállapításának módját második az Eszközök alfejezetben mutatom be.

### III.2.2. Méréseszközök

#### III.2.2.1. Az NSSI mérése

Az NSSI-t ebben a kutatásunkban a DSHI eredeti, 17 ítemes változatával vizsgáltuk (Gratz, 2001), mely változat instrukciójában kiemeli az öngyilkossági szándék hiányát. Ez a viselkedés-alapú, önkitöltős kérdőív 16 féle önsértő módszerre kérdez rá, illetve a 17. tételben lehetőséget nyújt egyéb alkalmazott módszer megnevezésére is. Az kérdőívben felmért módszerek kiterjednek mind az NSSI gyakrabban előforduló formáira, pl. vágás, égetés, valamint ritkábban előforduló módszerekre, pl. vegyi anyaggal okozott égési sérülés. A kérdőívet kiegészítettük továbbá az NSSI DSM-5-ben szereplő, javasolt diagnosztikai kritériumaira vonatkozó kérdésekkel, melyek az alábbiak voltak: 1. „Az elmúlt egy évben legalább ötször előfordult-e, hogy a fentiek bármelyikét csináltad?”; 2. „Ha valaha megsértetted magad szándékosan (anélkül, hogy meg akartál volna halni)...” „...Ennek révén akartál megszabadulni egy negatív érzelmi állapottól vagy rossz gondolatoktól?; ....”; „...Azt vártad tőle, hogy megoldódik egy másik emberrel való nehézséged?”; „...Ez által akartad elérni, hogy jobb érzelmi állapotba kerülj?”; „...Közvetlenül az önsértés előtt konfliktusba keveredtél valakivel, vagy rossz érzelmi állapotban voltál, úgy mint lehangoltság, szorongás, feszültség, általános rossz közérzet, düh, esetleg rossz gondolataid voltak, vagy haragudtál önmagadra? (Ha bármelyik igen, kérünk, az igent jelöld be!)”; „...Gondoltad azt az önsértés előtt, hogy nem fogod tudni kontrollálni magad?”; „Gyakran gondoltál az önsértésre, még akkor is, ha végül nem tetted meg?”.

### III.2.2.2. Az öngyilkos magatartás mérése

Az öngyilkos magatartást a Mini Nemzetközi Neuropszichiátriai Interjú gyermek verziójának (Gyermek MINI) magyar nyelvű változatával vizsgáltuk (Balázs, Bíró, Dálnoki, Lefkovich, Tamás, & Gádoros, 2004; Lecrubier és mtsai., 1997; Sheehan és mtsai., 1998; Sheehan és mtsai., 2010). Az interjút a kutatásban dolgozó, és az eszköz használatára előzetesen kiképzett pszichiáterek, pszichológusok, illetve a kutatás vezetőjének (aki a magyar nyelvű Gyermek MINI kidolgozásának vezetője) szupervíziója mellett a kutatáshoz csatlakozó pszichológus hallgatók vették fel a résztvevőkkel kétszemélyes helyzetben.

A Gyermek MINI egy rövid, strukturált, diagnosztikai interjú, amelynek segítségével felmérhetőek a főbb gyermekpszichiátriai kórképek a DSM-IV alapján (vizsgálatunk indulásakor a mérőeszköz legújabb, DSM-5-re épülő változata még nem volt magyar nyelven elérhető). Az eszköz öngyilkos magatartást vizsgáló modulja alkalmas mind az élettartam, mind az aktuális (elmúlt hónap során jelen lévő) öngyilkos magatartás felmérésére.

Az élettartam öngyilkos magatartás az alábbi tételekkel és súlyozott pontszámokkal mérhető fel: „Érezted magad valaha olyan rosszul, hogy azt kívántad, hogy bárcsak halott lennél? (1 pont)”; „Próbáltál valaha kárt tenni magadban? (2 pont)”; „Kíséreltél meg valaha öngyilkosságot? (4 pont)”. Az aktuális öngyilkos magatartás az alábbi tételekből és pontszámokból áll: „Az elmúlt hónapban...: Kívántad azt, hogy bárcsak halott lennél? (1 pont); Akartál kárt tenni magadban? (2 pont); Gondoltál arra, hogy öngyilkos legyél? (6 pont); Eltervezted, hogy hogyan lennél öngyilkos? (10 pont); Kíséreltél meg öngyilkosságot? (10 pont).” Az egyes tételekhez tartozó súlyozott pontszámok által az igen válaszokhoz tartó pontok összeadásával felmérhető az öngyilkossági rizikó mértéke, melynek alapján szükséges esetben az első vizsgálatnál ismertetett módon ajánlottunk segítséget a résztvevőnek. A pontszámok összege 1-5 pont között alacsony, 6-8 pont között közepes, 10 pont felett pedig magas öngyilkossági rizikót jelez.

### III.2.2.3. Az életeseemények mérése

Az életeseemények felmérésére ebben a vizsgálatunkban is a SEYLE kérdőívcsomagban használt Életeseemény Skálát alkalmaztuk, melyet az Első vizsgálat Módszerek alfejezetében (III.1.2.3. fejezet) mutattam be.

### III.2.3. Statisztika

Az adatokat az R statisztikai program 3.6.1. verziójával elemeztük (Team RC. R, 2018).

Az öngyilkos magatartás változót mind az élettartam, mind az aktuális öngyilkos magatartás vizsgálatok a Gyermek MINI interjúban jelzett tünetek számának összegeként számoltuk ki, felhasználva a mérőeszköz által az egyes tünetekhez tartozó, a tünetek súlyosságát jelző pontszámokat súlyozásként. Az NSSI módszerek összpontszáma változót a DSHI kérdőívben jelölt önsértő módszerek összegeként számoltuk ki. Az életesemények összpontszámot a 27 életesemény közül jelölt „igen” válaszok alapján számoltuk, a 28. „egyéb” opció kizárásával az első vizsgálat módszereinél ismertett okok miatt. A csoport dichotóm változóként a 0=nem-klinikai, 1=klinikai értéket vehette fel. A leíró statisztikákat közöljük az Eredmények fejezetben.

A modellek megbecslése előtt az öngyilkos magatartás és a DSHI skáláit megerősítő faktoranalízissel vizsgáltuk a *lavaan* csomag felhasználásával (Rosseel, 2012). Mivel a kétértékű változók nem követnek normális eloszlást, átlósan súlyozott négyzetes becslést (diagonally weighted least squares, DWLS) alkalmaztunk (Rhemtulla, Brosseau-Liard, & Savalei, 2012). Az elfogadható modellilleszkedés szintjének biztosításához a hét illeszkedési mérésből ötnek kellett az elfogadható tartományba esnie (lásd Mellékletek, 1. táblázat). Ezt követően az életesemények összpontszám, a súlyozott öngyilkos magatartás pontszám, valamint a DSHI módszerek összpontszámának normalitását vizsgáltuk meg Shaphiro-Wilk-teszttel. A normalitás feltételének sérülése miatt az öngyilkos magatartás, NSSI és életesemények klinikai és nem-klinikai csoport közti különbségeinek teszteléséhez Wilcoxon-próbát alkalmaztunk.

Az öngyilkos magatartás és az NSSI kapcsolatának erősségét a klinikai és a nem-klinikai csoportban 95%-os konfidencia-intervallumú Spearman-féle rangkorrelációval hasonlítottuk össze. Az életesemények NSSI és öngyilkos magatartás kapcsolatára gyakorolt hatását a két csoportban általánosított lineáris modellekkel becsültük meg (generalized linear model, GLM). Független változónk a MINI interjú öngyilkossági rizikó mértékét jelző pontszámai alapján súlyozva az öngyilkos magatartás tüneteinek száma volt, így bár a függő változó egy súlyozott összeg, mégis előfordulási gyakoriságot (count) kifejező változónak tekinthető. A Poisson regressziók megbecslésekor túlszóródás esetén negatív binomiális modelleket alkalmaztunk, mivel a túlszóródás figyelmen kívül hagyása túlságosan szűk konfidencia-intervallumokhoz vezethet, növelve a hamis pozitív eredményeket a statisztikai tesztekben (Rhodes, 2015). Az Eredmények fejezetben a táblázatokban közölt becsült hatásméreteket incidenciaméret-gyakorisági arányok, melyek azt jelzik, hogy a magyarázó változóban bekövetkező egységnyi változás hány százalékos változást jelent a függő változóra nézve. A lineáris regresszióhoz hasonlóan a szignifikáns interakciós hatás itt is a főhatáson túlmenő hatást jelent.

A függő változó eloszlásában a nulla értékek nagy száma figyelhető meg, amely azt jelzi, hogy a résztvevők nagyrésznél nem állt fent öngyilkos magatartás. Feltételezhetjük, hogy az

öngyilkos magatartás jelenléte és hiánya mögött eltérő folyamatok állnak: az öngyilkos magatartás esetében a nulla érték valójában nem egy extrém alacsony mértékű öngyilkos magatartást jelöl, vagyis a nulla értékek nagy száma strukturális jellegű (Price, Muncy, Bonner, Drayer, & Barton, 2016). Ezért a strukturális nulla komponens miatt a zéró-inflációs paraméterek megbecslésére van szükség, különben a modell torzított paraméterbecsléseket eredményezhet (Harrison, 2015).

Annak érdekében, hogy mind a túlszóródás, mind a zéró-inflálódás kapcsán potenciálisan felmerülő problémákat számításba vegyük, valamint, hogy a modell illeszkedését ellenőrizzük, a *DHARMA* csomag (Hartig, 2018) mellett a *gmmTMB* csomagot (Brooks és mtsai., 2017) is használtuk.

Először megbecsültünk egy modellt az öngyilkos magatartás súlyozott összegével mint függő változóval, a csoporttal, az életesemények számával és az NSSI módszerek számával, valamint az összes kettős és hármas interakcióval mint független változóval.

Az életesemények esetében az életesemények összegén felül további magyarázó változókat hoztunk létre az életesemények típusával összefüggő hatás feltárásához. Nilsson és munkatársai (Nilsson, Gustafsson, Larsson, & Svedin, 2010), valamint Zetterqvist és munkatársai (2013) alapján három kategóriába soroltuk be az életeseményeket: interperszonális események, nem-interperszonális események, illetve ártalmas gyermekkori körülmények (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, és mtsai., 2013). Az interperszonális kategóriába 7 itemet soroltunk (pl. gond a szülővel, szakítás baráttal/barátnővel), nem-interperszonális kategóriába 13-at, (pl. háziállat halála, fontos vizsgán megbukás), a káros gyermekkori körülmények kategóriába pedig 8-at (pl. szülők válása, börtönbüntetés). Ezek az életesemények megfeleltethetők voltak az azonos kategóriákat használó Linköping Youth Life Experience Scale valamely tételének (Nilsson és mtsai, 2010), így ennek alapján soroltuk be őket a három kategória valamelyikébe. A Nilsson és munkatársainál (2010) nem szereplő, így az ő munkájuk alapján közvetlenül nem besorolható itemeket az életeseményekkel foglalkozó irodalomban általánosan elterjedt besorolásai alapján osztottuk be a kategóriákba: azokat az eseményeket, melyek közvetlenül kapcsolódnak pár-családi- vagy baráti kapcsolatokhoz vagy a társas élethez, interperszonálisnak soroltuk be, míg a tanulmányokhoz, munkához, anyagi helyzethez, személyes vagy családtagok egészségi állapotához kapcsolódó eseményeket a nem-interperszonális, a hosszabb távon fennálló, krónikus, fejlődésre kedvezőtlen hatású eseményeket pedig az ártalmas gyermekkori körülmények kategóriába soroltuk (Gershon és mtsai., 2011; Rudolph & Hammen, 1999; Sheets & Craighead, 2014). Az összes életesemény besorolását az egyes kategóriákba az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat. Az életesemények besorolása kategóriák szerint (Horváth és mtsai., 2020)

<b>Életesemény Lista tétel</b>	<b>Kategória (IPE/nIPE/ACC)</b>
<b>Komoly vitád volt egy tanároddal</b>	IPE
<b>Gondod volt a szüleiddel</b>	IPE
<b>Ellopták a dolgodat</b>	IPE
<b>Szexuális problémád volt</b>	IPE
<b>Komoly vitád volt egy közeli barátoddal</b>	IPE
<b>Szakítottál a barátoddal / barátnóddal</b>	IPE
<b>A szüleid elkezdtek / abbahagyták a munkát</b>	nIPE
<b>Megnőtt az iskolai terhelésed</b>	nIPE
<b>A vártnál rosszabb jegyeket kaptál</b>	nIPE
<b>Érzelmileg hozzád közelálló testvéred megházasodott</b>	nIPE
<b>Vizsgád vagy felvételi beszélgetésed közeledett</b>	nIPE
<b>Lett egy új családtagod</b>	nIPE
<b>Szüleid anyagi helyzete megváltozott</b>	nIPE
<b>Iskolát váltottál</b>	nIPE
<b>A törvényt kisebb mértékben megsértetted</b>	nIPE
<b>Fontos vizsgán megbuktál</b>	nIPE
<b>Állatod meghalt</b>	nIPE
<b>Meghalt egy közeli barátod</b>	nIPE
<b>Meghalt egy közeli családtagod</b>	nIPE
<b>Egy családtagod egészségi állapota megváltozott</b>	ACC
<b>Családtagod nagy mértékű alkoholt/drogot fogyasztott</b>	ACC
<b>Gondod volt erőszakos emberekkel</b>	ACC
<b>A szüleid munkanélküliek lettek</b>	ACC
<b>Börtönbüntetésed volt</b>	ACC
<b>Súlyosan megsérültél vagy megbetegedtél</b>	ACC
<b>Elváltak a szüleid</b>	ACC
<b>Terhes lettél</b>	ACC

IPE: interperszonális események, nIPE: nem-interperszonális események, ACC: ártalmas gyermekkori körülmények

## IV. EREDMÉNYEK<sup>4</sup>

### IV.1. Első vizsgálat

#### IV.1.1. A minta leírása

A szakiskolás minta 140 fő 14 és 17 év közötti diákból állt, átlagéletkoruk  $15,21 \pm 0,77$  év volt (1 személy nem jelölte meg korát). A résztvevők 40,0 százaléka volt lány. A gimnazista csoportot 1009 13-18 éves korú diák alkotta, akiknek átlagéletkora  $15,01 \pm 0,8$  év volt. A gimnazista csoportban a lányok aránya 58,9% volt. Hogy a két mintában a résztvevők életkori sávja illeszkedjen, a gimnazista csoportból az elemzések során kizártuk a 14 év alatti, illetve 17 év feletti kitöltőket (14 fő). Az így kapott minta 995 főből állt, akiknek életkora  $15,09 \pm 0,75$  év volt, és 59,2 %-uk volt lány.

A gimnazista mintában életkor és nemek szerint többszemponos súlyozással biztosítottuk a szakiskolás mintához való illeszkedést. A szakiskolás mintában mindenki súlya=1. A középiskolás minta súlyait egyszerű aránypárok segítségével számoltuk ki.  $N_1=995$  (a középiskolás minta nagysága),  $N_2=139$  (a szakiskolás minta nagysága)  $c_1$ =a középiskolás mintán belül egy adott életkor – nem cellagyakoriság,  $c_2$ =a szakiskolás mintán belül az adott életkor – nem cellagyakoriság. A képlet:  $\text{súly}=(N_1/c_1)*(c_2/N_2)$ . Ennek eredményességét összehasonlító elemzéssel teszteltük. A 14-17 éves életkori övezeten kívül eső résztvevők kizárása előtt a két csoport mind a résztvevők életkorát ( $t = -2,046$ ;  $df = 1146$ ;  $p < 0,041$ ), mind a nemek arányát ( $t = -4,251$ ;  $df = 1147$ ;  $p < 0,001$ ) tekintve különbözött egymástól. A 14 eset kizárása után a két csoport közötti életkori különbség nem volt többé szignifikáns ( $t = 1,78$ ;  $df = 1132$ ;  $p = 0,075$ ), azonban a nemi arányok továbbra is különböztek ( $t = 4,325$ ;  $df = 1133$ ;  $p < 0,001$ ). A súlyozást követően már egyik változó tekintetében sem különbözött a két csoport (életkor:  $t = 0$ ;  $df = 1132$ ;  $p = 1,0$ ; nem:  $t = 0,065$ ;  $df = 1133$ ;  $p = 0,948$ ).

A fiúk 25,64%-a ( $N=78$ ) és a lányok 35,41%-a ( $N=48$ ), összesen a résztvevők 29,4%-a ( $N=126$ ) számolt be D-SIB-ről.

#### IV.1.2. Az életesemények előfordulása a két csoportban

A szakiskolás és a gimnazista csoportban szignifikáns különbség mutatkozott előfordulási gyakoriságukat illetően az életesemények közül az iskolai terhelés megnövekedése, vizsga/felvételi beszélgetés, új családtag, szülők válása, közeli barát halála és iskolaváltás

---

<sup>4</sup>Disszertációm Eredmények fejezete nagyban épít a témában megjelent korábbi munkáinkra, melyekben szignifikáns munkát végeztem: (Balázs, Horváth, Mészáros, & Péczely, 2020; Horváth és mtsai., 2018, 2020).



esetében. Az iskolai teljesítmény megnövekedése és a vizsga vagy felvételi beszélgetés közeledése a gimnazista csoportban, míg az új családtag, a szülők válása, a közeli barát halála és az iskolaváltás a szakiskolás csoportban mutatott magasabb előfordulást. Az egyes életesemények előfordulási gyakoriságát, valamint a Khi-négyzet próbák eredményeit a 2. táblázat tartalmazza.

2. táblázat. Az egyes életesemények előfordulási gyakorisága a gimnazista és a szakiskolás csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

<b>Életesemény az elmúlt 6 hónapban</b>	<b>Előfordulás a gimnazistáknál N = 767 (%)</b>	<b>Előfordulás a szakiskolásoknál N = 128 (%)</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>	<b><math>\phi</math></b>
Megnőtt az iskolai terhelésed	54,8	33,9	15,368	1	0,000 *	-0,132
A vártnál rosszabb jegyeket kaptál	45,5	39,1	1,598	1	0,206	-0,043
Vizsgád/felvételi beszélgetésed közeledett	36,6	6,2	46,745	1	0,000 *	-0,231
Gondod volt a szüleiddel	22,3	17,2	0,500	1	0,479	-0,02
Egy családtagod egészségi állapota megváltozott	21,3	14,1	3,123	1	0,077	-0,060
Szakítottál barátoddal/ barátnőddel	16,3	24,2	6,914	1	0,009	0,089
Komoly vitád volt egy közeli barátoddal	16,3	24,2	7,911	1	0,005	0,950
Szüleid anyagi helyzete megváltozott	13,7	19,5	3,793	1	0,051	0,066

2. táblázat folytatása. Az egyes életesemények előfordulási gyakorisága a gimnazista és a szakiskolás csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

<b>Életesemény az elmúlt 6 hónapban</b>	<b>Előfordulás a gimnazistáknál N = 767 (%)</b>	<b>Előfordulás a szakiskolásoknál N = 128 (%)</b>	$\chi^2$	<i>df</i>	<b>Sig.</b>	$\phi$
Törvényt kisebb mértékben megsértetted	11,3%	7,8	2,798	1	0,094	-0,06
Anyukád/Apukád abbahagyta/elkezdte a munkát	9,3	12,5	1,490	1	0,222	0,041
Meghalt egy közeli családtagod	6,3	10,2	4,820	1	0,028	0,074
Állatod meghalt	6,0	11,7	5,616	1	0,018	0,080
Komoly vitád volt egy tanároddal	6,0	7,9	0,462	1	0,497	0,023
Ellopták a dolgaidat	5,3	6,2	0,127	1	0,721	0,012
Lett egy új családtagod	4,7	11,7	12,672	1	0,000 *	0,120
Családtagod nagy mértékű alkoholt vagy drogot fogyasztott	3,4	3,1	0,065	1	0,799	-0,009
Súlyosan megsérültél/beteg lettél	2,3	3,1	0,235	1	0,628	0,016
Gondod volt erőszakos emberekkel	2,2	4,7	1,090	1	0,297	0,035
Szüleid munkanélküliek lettek	1,4	3,1	2,237	1	0,135	0,050
Szüleid elváltak	1,3	7,0	16,767	1	0,000 *	0,138
Terhes lettél	1,2	0,8	0,381	1	0,537	-0,021

2. táblázat folytatása. Az egyes életesemények előfordulási gyakorisága a gimnazista és a szakiskolás csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

Életesemény az elmúlt 6 hónapban	Előfordulás a gimnazistáknál N = 767 (%)	Előfordulás a szakiskolásoknál N = 128 (%)	$\chi^2$	df	Sig.	$\phi$
Meghalt egy közeli barátod	0,9	4,7	14,288	1	0,000 *	0,128
Érzelmileg hozzád közelálló testvéred megházasodott	0,9	2,3	1,932	1	0,165	0,047
Fontos vizsgán megbuktál	0,8	3,1	3,436	1	0,064	0,063
Szexuális problémád volt	0,8	2,4	4,646	1	0,031	0,073
Iskolát váltottál	0,4	7,9	46,573	1	0,000 *	0,230
Börtönbüntetésed volt	0,1	0	2,042	1	0,153	0,048

\*Bonferroni-korrekción:  $p < 0,05/27 = 0,003$ ;  $\chi^2 =$  Khi-négyzet teszt értéke, df = szabadságfok; Sig = szignifikancia;  $\phi =$  Phi együttható

#### IV.1.3. D-SIB és életesemények a két csoportban

Amint azt a 3. táblázat bemutatja, az egyes életesemények és a D-SIB kapcsolatát vizsgálva a gimnazista csoportban (N=995) a D-SIB szignifikáns összefüggést mutatott a szülővel való gond és a baráttal/barátnővel való szakítás esetében (Cox-Snell  $R^2 = 0,054$ ; Nagelkerke  $R^2 = 0,087$ ; Omnibus teszt:  $\chi^2 = 41,413$ , df = 26, p = 0,028; Hosmer-Lemeshow teszt:  $\chi^2 = 8,443$ , df = 8, p = 0,391).

3. táblázat. Az egyes életesemények és a D-SIB összefüggései a gimnazista csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó határ	Felső határ
Megnőtt az iskolai terhelésed	0,087	0,208	0,174	1	0,677	1,091	0,725	1,641
A vártnál rosszabb jegyeket kaptál	-0,041	0,207	0,039	1	0,843	0,960	0,639	1,441
Vizsgád/felvételi beszélgetésed közeledett	0,255	0,203	1,576	1	0,209	1,291	0,867	1,922
Gondod volt a szüleiddel	0,498	0,240	4,309	1	0,038 *	1,645	1,028	2,631
Egy családtagod egészségi állapota megváltozott	0,269	0,243	1,227	1	0,268	1,308	0,813	2,104
Szakítottál barátoddal/ barátnőddel	0,624	0,250	6,209	1	0,013*	1,867	1,142	3,050
Komoly vitád volt egy közeli barátoddal	0,124	0,276	0,202	1	0,653	1,132	0,659	1,944
Szüleid anyagi helyzete megváltozott	0,200	0,283	0,498	1	0,481	1,221	0,701	2,125
Törvényt kisebb mértékben megsértetted	0,335	0,279	1,437	1	0,231	1,397	0,809	2,414

3. táblázat folytatása. Az egyes életesemények és a D-SIB összefüggései a gimnazista csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó határ	Felső határ
Anyukád/Apukád abbahagyta/elkezdte a munkát	0,180	0,331	0,295	1	0,587	1,197	0,626	2,290
Meghalt egy közeli családtagod	-0,038	0,462	0,007	1	0,934	0,962	0,389	2,381
Állatod meghalt	-0,035	0,430	0,007	1	0,935	0,966	0,416	2,245
Komoly vitád volt egy tanároddal	0,281	0,393	0,512	1	0,474	1,325	0,613	2,861
Ellopták a dolgaidat	-0,330	0,460	0,514	1	0,474	0,719	0,292	1,772
Lett egy új családtagod	-0,246	0,523	0,222	1	0,638	0,782	0,281	2,177
Családtagod nagy mértékű alkoholt vagy drogot fogyasztott	-0,037	0,509	0,005	1	0,942	0,964	0,355	2,616
Súlyosan megsérültél/ beteg lettél	-0,433	0,715	0,367	1	0,545	0,649	0,160	2,633
Gondod volt erőszakos emberekkel	0,073	0,560	0,017	1	0,896	1,076	0,359	3,222
Szüleid munkanélküliek lettek	0,426	0,772	0,305	1	0,581	1,531	0,338	6,947

3. táblázat folytatása. Az egyes életesemények és a D-SIB összefüggései a gimnazista csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó határ	Felső határ
Szüleid elváltak	0,795	0,721	1,218	1	0,270	2,215	0,539	9,096
Terhes lettél	0,974	0,771	1,594	1	0,207	2,647	0,584	11,999
Meghalt egy közeli barátod	1,361	0,902	2,275	1	0,131	3,899	0,665	22,855
Érzelmileg hozzád közelálló testvéred megházasodott	0,912	0,927	0,968	1	0,325	2,489	0,405	15,305
Fontos vizsgán megbuktál	1,985	1,492	1,772	1	0,183	7,282	0,391	135,489
Szexuális problémád volt	-19,576	28,141,261	0,000	1	0,999	0,000	0,000	
Iskolát váltottál	0,087	0,208	0,174	1	0,677	1,091	0,725	1,641
Börtönbüntetésed volt	-2,044	0,197	107,764	1	0,000	0,130	-2,044	

B: nem standardizált béta; S.E.: standard hiba; Wald: Wald-teszt statisztikája; df: szabadságfok; Sig: szignifikancia; Exp(B): esélyhányados; CI: konfidenciaintervallum

A gimnazistáknál az életesemény kategóriák közül a családi problémák, összeütközés a törvénnyel vagy rendőrséggel és a párkapcsolati/szexuális nehézségek mutattak összefüggést a D-SIB-bel (Cox és Snell  $R^2 = 0,058$ ; Nagelkerke  $R^2 = 0,094$ ; Omnibus teszt:  $\chi^2 = 45,575$ ,  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ; Hosmer-Lemeshow teszt:  $\chi^2 = 4,053$ ,  $df = 7$ ,  $p = 0,774$ ) (4. táblázat).

4. táblázat. Az életesemény-kategóriák és a D-SIB összefüggései a gimnazista csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó határ	Felső határ
Családi problémák	0,288	0,096	8,994	1	0,003 *	0,749	0,621	0,905
Haláleset	0,104	0,274	0,144	1	0,705	0,901	0,527	1,542
Összeütközés a törvénnyel vagy rendőrséggel	0,616	0,274	5,054	1	0,025 *	0,540	0,316	0,924
Tanulmányi problémák,	0,044	0,103	0,179	1	0,672	0,957	0,782	1,172
Személyes egészségügyi problémák,	-0,337	0,681	0,246	1	0,620	1,401	0,369	5,320
Párkapcsolati/szexuális nehézségek	0,790	0,219	13,026	1	0,000 **	0,454	0,296	0,697
Terhesség	1,386	0,762	3,308	1	0,069	0,250	0,056	1,113
Barátságokkal kapcsolatos nehézségek	0,373	0,245	2,327	1	0,127	0,689	0,426	1,112
Gond erőszakos emberekkel	-0,221	0,348	0,402	1	0,526	1,247	0,630	2,466

B: nem standardizált béta; S.E.: standard hiba; Wald: Wald-teszt statisztikája; df: szabadságfok; Sig: szignifikancia; Exp(B): esélyhányados; CI: konfidenciaintervallum

A szakiskolás csoportban (N=140) ezzel szemben az egyes életesemények és a D-SIB kapcsolatát vizsgálva nem találtunk szignifikáns kapcsolatot egyik életeseménnyel (Cox és Snell  $R^2 = 0,155$ ; Nagelkerke  $R^2 = 0,226$ ; Omnibus teszt:  $\chi^2 = 19,339$ ;  $df = 26$ ,  $p < 0,822$ ; Hosmer-Lemeshow teszt:  $\chi^2 = 4,782$ ,  $df = 7$ ,  $p = 0,687$ ) illetve életesemény kategóriával sem (6. táblázat) (Cox és Snell  $R^2 = 0,152$ ; Nagelkerke  $R^2 = 0,226$ ; Omnibus teszt:  $\chi^2 = 12,028$ ;  $df = 10$ ,  $p < 0,238$ ; Hosmer-Lemeshow teszt:  $\chi^2 = 7,624$ ,  $df = 8$ ,  $p = 0,471$ ) (5. táblázat).

5. táblázat. Az egyes életesemények és a D-SIB összefüggései a szakiskolás csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó határ	Felső határ
Megnőtt az iskolai terhelésed	0,581	0,563	1,064	1	0,302	1,787	0,593	5,389
A vártnál rosszabb jegyeket kaptál	0,244	0,529	0,213	1	0,644	1,276	0,453	3,599
Vizsgád/felvételi beszélgetésed közeledett	-0,217	1,221	0,032	1	0,859	0,805	0,073	8,818
Gondod volt a szüleiddel	-0,437	1,032	0,179	1	0,672	0,646	0,085	4,883
Egy családtagod egészségi állapota megváltozott	0,364	0,752	0,235	1	0,628	1,440	0,330	6,280
Szakítottál barátoddal/ barátnőddel	0,526	0,623	0,712	1	0,399	1,691	0,499	5,733
Komoly vitád volt egy közeli barátoddal	-0,971	0,783	1,539	1	0,215	0,379	0,082	1,756

B: nem standardizált béta; S.E.: standard hiba; Wald: Wald-teszt statisztikája; df: szabadságfok; Sig: szignifikancia; Exp(B): esélyhányados; CI: konfidenciaintervallum



6. táblázat. Az életesemény kategóriák és a D-SIB összefüggései a szakiskolás csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó határ	Felső határ
Családi problémák	0,319	0,326	0,957	1	0,328	0,727	0,384	1,377
Haláleset	-0,232	0,587	0,156	1	0,692	1,262	0,399	3,990
Összeütközés a törvénnyel vagy rendőrséggel	-0,531	1,416	0,140	1	0,708	1,700	0,106	27,246
Tanulmányi problémák,	-0,221	0,270	0,669	1	0,413	1,248	0,734	2,120
Személyes egészségügyi problémák,	0,852	1,773	0,231	1	0,631	0,427	0,013	13,774
Párkapcsolati/szexuális nehézségek	0,764	0,682	1,256	1	0,262	0,466	0,122	1,772
Terhesség	19,294	40,193,279	0,000	1	1,000	0,000	0,000	
Barátságokkal kapcsolatos nehézségek	0,700	0,829	0,713	1	0,398	0,496	0,098	2,522
Gond erőszakos emberekkel	0,175	1,041	0,028	1	0,867	0,839	0,109	6,460
Szüleid anyagi helyzete megváltozott	0,997	0,682	2,136	1	0,144	2,711	0,712	10,329
Törvényt kisebb mértékben megsértetted	-0,739	1,272	0,337	1	0,561	0,478	0,040	5,776

6. táblázat folytatása. Az életesemény kategóriák és a D-SIB összefüggései a szakiskolás csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó határ	Felső határ
Anyukád/Apukád abbahagyta/elkezdte a munkát	-0,360	0,887	0,165	1	0,685	0,698	0,123	3,967
Meghalt egy közeli családtagod	-0,502	0,885	0,321	1	0,571	0,606	0,107	3,432
Állatod meghalt	-0,974	1,174	0,688	1	0,407	0,377	0,038	3,772
Komoly vitád volt egy tanároddal	0,372	1,305	0,081	1	0,776	1,450	0,112	18,709
Ellopták a dolgodat	-1,339	1,575	0,723	1	0,395	0,262	0,012	5,741
Lett egy új családtagod	1,622	0,974	2,775	1	0,096	5,064	0,751	34,152
Családtagod nagy mértékű alkoholt vagy drogot fogyasztott	1,838	1,662	1,224	1	0,269	6,286	0,242	163,283
Súlyosan megsérültél/ beteg lettél	-0,030	1,935	0,000	1	0,987	0,970	0,022	43,073
Gondod volt erőszakos emberekkel	-0,221	1,566	0,020	1	0,888	0,801	0,037	17,239
Szüleid munkanélküliek lettek	2,152	1,730	1,548	1	0,213	8,604	0,290	255,459

6. táblázat folytatása. Az életesemény kategóriák és a D-SIB összefüggései a szakiskolás csoportban (Horváth és mtsai., 2018)

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% CI for Exp(B)	
							Alsó határ	Felső határ
Szüleid elváltak	-0,479	1,361	0,124	1	0,725	0,620	0,043	8,918
Terhes lettél	20,156	40,192,971	0,000	1	1,000	567,199,771,029	0,000	
Meghalt egy közeli barátod	0,802	1,490	0,290	1	0,590	2,230	0,120	41,340
Érzelmileg hozzád közelálló testvéred megházasodott	-1,179	2,290	0,265	1	0,607	0,308	0,003	27,377
Fontos vizsgán megbuktál	-0,015	2,426	0,000	1	0,995	0,985	0,008	114,325
Szexuális problémád volt	0,391	1,171	0,111	1	0,739	1,478	0,149	14,682
Iskolát váltottál	-1,494	0,403	13,767	1	0,000	0,225		
Börtönbüntetésed volt	0,581	0,563	1,064	1	0,302	1,787	0,593	5,389

B = nem standardizált béta; S.E = standard hiba; Wald: Wald-teszt statisztikája; df = szabadságfok; Sig = szignifikancia; Exp(B) = esélyhányados; CI = konfidenciaintervallum

## IV.2. Második vizsgálat

### IV.2.1. A minta leírása

A vizsgálat során összesen 363 fiatalt vontunk be, akik közül 202 fő a klinikai, 161 pedig a nem-klinikai csoportban vett részt a kutatásban. A klinikai mintában a lányok aránya 51% (103 fő), a nem-klinikai mintában a lányok aránya 50% (80 fő) volt. Az átlagéletkor a teljes mintán az átlagéletkor 15,12 év (SD=1,31) a klinikai csoportban 14,87 év (SD=1,39), a nem-klinikai csoportban 15,43 év (SD=1,14) volt ( $t(360) = 4,1, p < 0,001$ ). A minta nemi és életkori megoszlását részletesebben a 7. táblázat mutatja be.

7. táblázat. A minta életkori és nemi megoszlása (Horváth és mtsai., 2020)

Résztevők		N	Átlagéletkor (M) (év)	Szórás (SD) (év)
Klinikai csoport	Fiúk	99	14,808	1,4334
	Lányok	103	14,942	1,3491
	<b>Összesen</b>	<b>202</b>	<b>14,876</b>	<b>1,3892</b>
Nem-klinikai csoport	Fiúk	81	15,370	1,1984
	Lányok	80	15,494	1,0727
	<b>Összesen</b>	<b>161</b>	<b>15,431</b>	<b>1,1362</b>
Összesen	Fiúk	180	15,061	1,3585
	Lányok	183	15,181	1,2636
	<b>Összesen</b>	<b>363</b>	<b>15,122</b>	<b>1,3112</b>

N= elemszám

A klinikai csoportban 107 serdülő (53%) számolt be NSSI-ről, míg a nem-klinikai csoportban 38 (23,6%). 21 résztvevő esetében a DSHI és az Életesemény lista tételeiben az adatok hiányoztak, ezért őket az elemzésből kizártuk. Így a végső minta 201 főből állt a klinikai csoportban, és 141 főből a nem-klinikai csoportban. Így a végső minta 201 főből állt a klinikai és 141 főből a nem-klinikai csoportban; az NSSI prevalenciája, 53,2% (107 fő) volt a klinikai, és 24,8% (35 fő) a nem-klinikai csoportban.

#### IV.2.2. A vizsgált változók megbízhatósága és a leíró statisztikák

A megerősítő (confirmatory) faktoranalízis eredményei kitűnő illeszkedést mutattak mind az öngyilkos magatartást, mind az NSSI-t vizsgáló tételeket illetően (Mellékletek, 1. táblázat).

A Shapiro-Wilk teszt eredménye alapján sem az öngyilkos magatartás ( $W=0,64$ ,  $p < 0,001$ ), sem az NSSI ( $W=0,66$ ,  $p < 0,001$ ), sem pedig az életesemények ( $W=0,91$ ,  $p < 0,001$ ) nem mutattak normál eloszlást. Ennek megfelelően klinikai és nem-klinikai csoport közötti különbségeket az

öngyilkos magatartás, NSSI és életesemények tekintetében Wilcoxon próbával teszteltük. A leíró statisztikákat a 8. táblázat mutatja be.

8. táblázat. Leíró statisztikák a klinikai és nem-klinikai csoportban (Horváth és mtsai., 2020)

		Nem-klinikai csoport	Klinikai csoport
<b>Öngyilkos magatartás prevalencia</b>	Élettartam	24,8% (n=35)	63,7% (n=128)
	Aktuális	12,8% (n=18)	47,3% (n=95)
	Súlyos aktuális rizikó	5,67% (n=8)	32,8% (n=66)
<b>Öngyilkos magatartás – M (SD)</b>		1,45 (4,18)	9,41 (12,03)
<b>Öngyilkos magatartás – Mdn</b>		0	3
<b>NSSI – M (SD)</b>		0,57 (1,32)	1,84 (2,55)
<b>NSSI – Mdn</b>		0	1
<b>Életesemények – M (SD)</b>		3,61 (2,49)	5,12 (3,43)
<b>Életesemények – Mdn</b>		3	5

M: átlag; Mdn: medián; SD: szórás

#### IV.2.2. Az életesemények szerepe az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában

A két csoportot összehasonlítva mind az öngyilkos magatartás ( $W=7306$ ,  $p<0,1001$ ), mind az NSSI módszerek ( $W=9652$ ,  $p<0,001$ ) mind pedig az életesemények ( $W=10410$ ,  $p<0,001$ ) pontszáma szignifikánsan magasabb volt a klinikai csoportban a nem-klinikai csoporthoz képest. Dichotóm változóként vizsgálva az NSSI prevalenciája a nem-klinikai csoporthoz képest szignifikánsan magasabb volt a klinikai csoportban:  $\chi^2(1)=26$ ,  $p<0,001$ . Az NSSI DSM-5 szerinti javasolt diagnosztikai kritériumai a klinikai csoportban 39 fő (19,4%), míg a nem-klinikai csoportban 5 fő (3,5%) esetében teljesültek, mely szignifikáns jelenséget jelez a két csoport között ebben a tekintetben is.  $\chi^2(1)=20$ ,  $p<0,001$ .

Az öngyilkos magatartást dichotóm változóként vizsgálva (beszámolt-e a résztvevő öngyilkos magatartásról vagy sem), az (aktuális vagy élettartam) öngyilkos magatartás valamely tünetének megjelenése szignifikánsan magasabb volt a klinikai csoportban ( $n=133$ , 66,2%) mint a nem-klinikai csoportban ( $n=36$ , 25,5%) ( $\chi^2(1)=53$ ,  $p<0,001$ ). Részletesebben megvizsgálva a klinikai

csoportban szignifikánsan többen számoltak be mind aktuálisan fennálló öngyilkos magatartásról (n=95, 47,3%) a nem-klinikai csoportban, mint a nem-klinikai csoportban (n=18, 12,8%) ( $\chi^2(1)=43$ ,  $p<0,001$ ), mind pedig élettartam öngyilkos magatartásról, ahol szintén szignifikáns különbség mutatkozott a klinikai (n=128, 63,7%) és a nem-klinikai (n=35, 24,8%) ( $\chi^2(1)=49$   $p<0,001$ ) csoport között.

Az öngyilkossági rizikót tekintve közepes öngyilkossági rizikó szignifikánsan nagyobb arányban fordult elő a klinikai (n=26, 12,9%), mint a nem-klinikai csoportban (n=3, 2,13%) ( $\chi^2(1)=11$   $p<0,001$ ), továbbá magas öngyilkossági rizikó tekintetében is szignifikánsan különbözött a klinikai (n=66, 32,8%) és a nem-klinikai csoport (n=8, 5,67%) ( $\chi^2(1)=34$   $p<0,001$ ).

A 95%-os konfidencia-intervallumú Spearman-korreláció eredménye szerint az élettartam öngyilkos magatartás és az NSSI módszerek száma szignifikáns együttjárást mutatott mindkét csoportban. Az együttjárás szignifikánsan erősebb volt a klinikai csoportban (95% CI: [0,56, 0,72]), mint a nem-klinikai csoportban, alátámasztva a vizsgálat 1. hipotézisét, mely szerint az NSSI erősebben függ össze az öngyilkos magatartással a klinikai, mint a nem-klinikai csoportban (95% CI: [0,24, 0,52]).

Az életesemények számának és az NSSI módszerek számának összefüggését tekintve a Spearman-korreláció közepes hatásméretet mutatott: 0,38, 95%CI [0,28, 0,46] (Cohen, 1988) a minta egészében. A próba eredménye 0,36, CI 95% [0,23, 0,47] volt a klinikai és 0,31, CI 95% [0,16, 0,46] a nem-klinikai csoportban.

A Spearman-korreláció eredménye szerint az élettartam öngyilkos magatartás és az életesemények együttjárása a klinikai csoportban 0,3, 95% CI 95% [0,17, 0,42], a nem-klinikai csoportban 0,18 CI 95% [0,01, 0,33], vagyis a két csoport e tekintetben nem különbözik szignifikánsan.

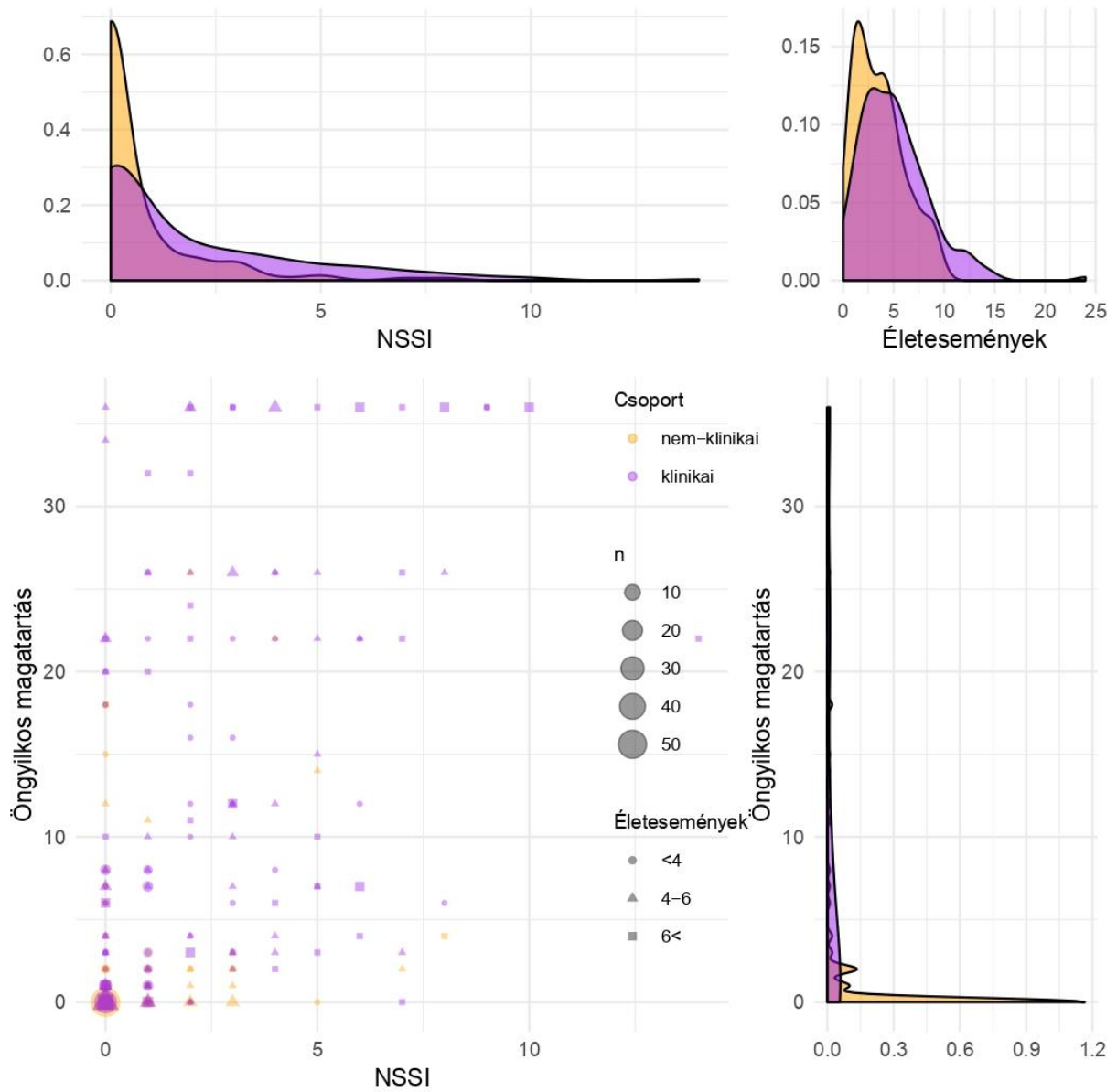
A csoportösszehasonlítások után megbecsültük a regressziós modelleket, melyekből a szignifikáns eredményeket szeretném kiemelni. A zéró-inflált Poisson általánosított lineáris modell megbecslésekor a szimulált skála reziduálisok szignifikáns túlszóródást (a megfigyelt vs. szimulált reziduálisok aránya: 1,5,  $p<0,001$ ), továbbá a feltételezett eloszlástól szignifikáns eltérést mutattak (Kolmogorov-Smirnov teszt  $D=0,17$ ,  $p<0,001$ ) (Mellékletek, 1. ábra). Ezért újrabecsültük a (zéró-inflált) modellt negatív binomiális eloszlással, és így a mutatók már megfelelőek voltak (Kolmogorov-Smirnov teszt  $D=0,88$ ,  $p=0,34$ ; szórás esetén a megfigyelt és a szimulált reziduálisok aránya: 0,88,  $p=0,34$ ; zéró-infláció esetén a megfigyelt és a szimulált reziduálisok aránya: 0,99,  $p=0,93$ ) (Mellékletek, 2. ábra).

A negatív binomiális modell alapján (9. táblázat) főhatásként az NSSI módszerek száma ( $\chi^2(1)=109,65$ ,  $p<0,001$ ) és a csoporttagság ( $\chi^2(1)=39,13$ ,  $p<0,001$ ) szignifikánsan bejósolta az élettartam öngyilkos magatartást, azonban az életesemények száma nem magyarázta a függő változót. Az NSSI módszerek és az életesemények száma közti interakció szignifikáns összefüggést mutatott az élettartam öngyilkos magatartással, amely jelzi, hogy amely jelzi, hogy az NSSI főhatásán túl, az életesemények nagyobb száma esetén az NSSI–öngyilkos magatartás kapcsolat szorosabb, mint kevesebb életesemény esetén. A két csoport között sem ebben, sem pedig az életesemények vagy az életesemények és az NSSI interakciójának hatásában nem találtunk különbséget. Utóbbi eredmény alapján a modell szerint az életeseményeknek nincs erősebb hatása az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatára a nem-klinikai csoportban a klinikai csoporthoz képest. A résztvevők eloszlását az NSSI módszerek és az életesemények száma, az élettartam öngyilkos magatartás és csoport együttes figyelembevételével a teljes mintán a 3. ábra, az NSSI és öngyilkos magatartás skálákon nullánál nagyobb értéket elérő résztvevők körében pedig a 4. ábra mutatja be.

9. táblázat. Negatív binomiális regressziós modell: az NSSI, a csoport és az életesemények számának hatása az öngyilkos magatartásra (Horváth és mtsai., 2020)

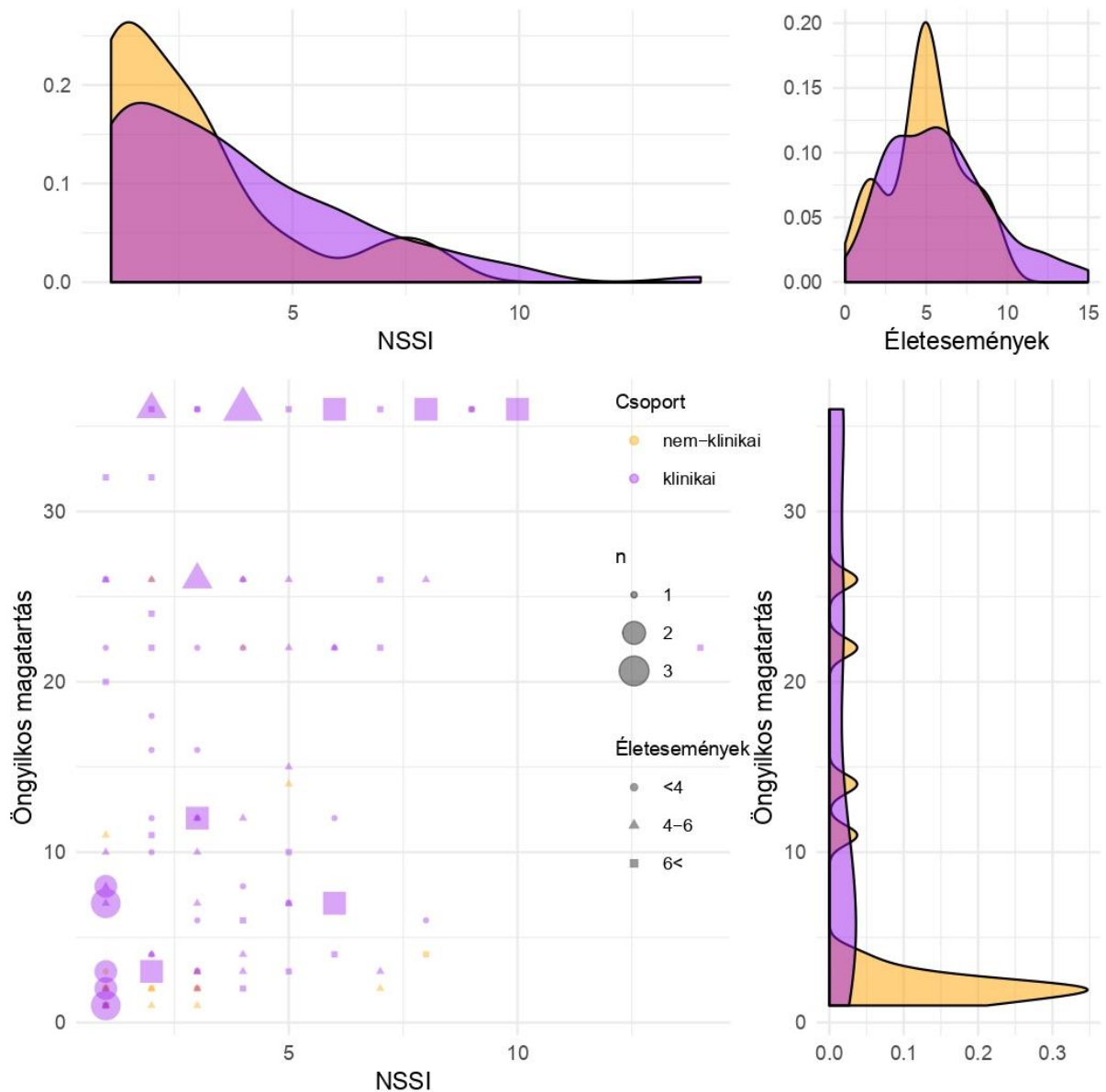
	<b>IRR</b>	$\chi^2$	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
<b>NSSI</b>	1,52	109,65	1	<0,001***
<b>életesemények</b>	1,12	1,46	1	0,23
<b>csoport</b>	3,75	39,13	1	<0,001***
<b>NSSI:életesemények</b>	0,98	10,49	1	0,001**
<b>NSSI:csoport</b>	0,91	0,88	1	0,35
<b>életesemények:csoport</b>	1,00	0	1	0,98
<b>NSSI:életesemények:csoport</b>	1,00	0,02	1	0,89

IRR: incidencia gyakorisági arány,  $\chi^2$ : Khi-négyzet teszt értéke, df: szabadságfok, Sig: szignifikancia; \*\* $p<0,005$ ; \*\*\*  $<0,001$



3. ábra. A résztvevők eloszlása az NSSI módszerek és életesemények száma, az élettartam öngyilkos magatartás és csoport együttes figyelembevételével





4. ábra. Az NSSI és az öngyilkos magatartás skálákon nullánál nagyobb értéket elérő résztvevők eloszlása az NSSI módszerek és az életesemények száma, az élettartam öngyilkos magatartás és csoport együttes figyelembevételével

Ezt követően az életeseményeket három kategóriába soroltuk be a Módszerek fejezetben leírt módon, és így vizsgáltuk meg kapcsolatukat az öngyilkos magatartással. A nem-interperszonális események esetében a zéró-inflált negatív binomiális modell jó illeszkedést mutatott (Kolmogorov-Smirnov teszt  $D=0,033$ ,  $p=0,8$ ; szórás esetén a megfigyelt és a szimulált reziduálisok aránya:  $0,9$ ,  $p=0,4$ ; zéró-infláció esetén a megfigyelt és a szimulált reziduálisok

aránya: 1, p=0,4) (Mellékletek, 3. ábra). A prediktorok közül a csoport ( $\chi^2(1)=40,61$ ,  $p<0,001$ ) és az NSSI ( $\chi^2(1)=137,43$ ,  $p<0,001$ ) bizonyultak szignifikánsnak, azonban sem az életesemények főhatása ( $\chi^2(1)=0,05$ ,  $p=0,83$ ), sem az életesemények és a csoport interakciója vagy a hármas interakció ( $\chi^2(1)=0,01$ ,  $p=0,93$ ) nem volt szignifikáns (10. táblázat).

10. táblázat. Negatív binomiális regressziós modell: nem-interperszonális életesemények, a csoport és az NSSI hatása az öngyilkos magatartásra (Horváth és mtsai., 2020)

	<b>IRR</b>	<b>Chisq</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
<b>NSSI</b>	1,52	137,43	1	< 0,001***
<b>nIPE</b>	0,92	0,05	1	0,83
<b>csoport</b>	3,26	40,61	1	< 0,001 ***
<b>NSSI:nIPE</b>	0,98	3,57	1	0,06
<b>NSSI:csoport</b>	0,84	2,29	1	0,13
<b>nIPE:csoport</b>	1,14	0,69	1	0,41
<b>NSSI: nIPE:csoport</b>	1,01	0,01	1	0,93

nIPE: nem-interperszonális életesemények, IRR: incidencia gyakorisági arány,  $\chi^2$ : Kétnégyzet teszt értéke, df: szabadságfok, Sig: szignifikancia; \*\*\* <0,001

Az interperszonális életesemények esetében a modell mutatói elfogadhatóak voltak (Kolmogorov-Smirnov test  $D=0,03$ ,  $p=0,9$ ; szórás esetén a megfigyelt és a szimulált reziduálisok aránya: 0,88,  $p=0,3$ ; zéró-infláció esetén a megfigyelt és a szimulált reziduálisok aránya: 1,  $p=0,8$ ) (Mellékletek, 4. ábra). Az interperszonális események ( $\chi^2(1)=5,77$ ,  $p=0,016$ ), a csoporttagság ( $\chi^2(1)=39,38$ ,  $p<0,05$ ) és az NSSI módszerek száma ( $\chi^2(1)=91,26$ ,  $p<0,001$ ) egyaránt szignifikánsan hatottak az élettartam öngyilkos magatartásra. Az interperszonális események szignifikánsan moderálták az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatát ( $\chi^2(1)=1904$ ,  $p<0,001$ ), ami azt jelzi, hogy magasabb interperszonális életeseményszám mellett az NSSI-öngyilkos magatartás kapcsolat erősebb, mint kevesebb interperszonális életesemény mellett (11. táblázat).

11. táblázat. Negatív binomiális regressziós modell: az interperszonális életesemények, a csoport és az NSSI hatása az öngyilkos magatartásra (Horváth és mtsai., 2020)

	<b>IRR</b>	<b>Chisq</b>	<b>df</b>	<b>Sig.</b>
<b>NSSI</b>	1,46	91,26	1	< 0,001***
<b>IPE</b>	1,49	5,77	1	0,02*
<b>csoport</b>	3,49	39,38	1	< 0,001***
<b>NSSI:IPE</b>	0,94	19,04	1	< 0,001***
<b>NSSI:csoport</b>	0,96	0,38	1	0,54
<b>IPE:csoport</b>	1,02	0,01	1	0,94
<b>NSSI:IPE:csoport</b>	0,9966	0	1	0,97

IPE: interperszonális életesemények, IRR: incidencia gyakorisági arány,  $\chi^2$ : Khi-négyzet teszt értéke, df: szabadságfok, Sig: szignifikancia; \* <0,05; \*\*\* <0,001

Az ártalmas gyermekkori körülmények tekintetében a zéró-inflált negatív binomiális modell jó illeszkedést mutatott: (Kolmogorov-Smirnov teszt:  $D=0,04$ ,  $p=0,7$ ; szórás esetén a megfigyelt és a szimulált reziduálisok aránya: 0,9,  $p=0,4$ ; zéró-infláció esetén a megfigyelt és a szimulált reziduálisok aránya: 1,  $p=0,4$ ) (Mellékletek, 5. ábra). Sem az ártalmas gyermekkori körülmények főhatása ( $\chi^2(1)=0,34$ ,  $p=0,06$ ), sem az NSSI-vel való interakciója ( $\chi^2(1)=1,21$ ,  $p=0,27$ ) nem volt szignifikáns (12. táblázat).

12. táblázat. Negatív binomiális regressziós modell: az NSSI, a csoport és az ártalmas gyermekkori körülmények számának hatása az öngyilkos magatartásra (Horváth és mtsai., 2020)

	<b>IRR</b>	<b>Chisq</b>	<b>Df</b>	<b>Sig.</b>
<b>NSSI</b>	1,47	157,29	1	< 0,001***
<b>ACC</b>	1,39	0,34	1	0,56
<b>csoport</b>	4,69	38,87	1	< 0,001***
<b>NSSI:ACC</b>	0,94	1,21	1	0,27
<b>NSSI:csoport</b>	0,90	2,04	1	0,15
<b>ACC:group</b>	0,82	0,91	1	0,34
<b>NSSI:ACC:csoport</b>	1,03	0,56	1	0,45

ACC: ártalmas gyermekkori körülmények, IRR: incidencia gyakorisági arány,  $\chi^2$ : Kihagyóteszt értéke, df: szabadságfok, Sig: szignifikancia, \*\*\* <0,001

#### IV.3. Prevenációs program bemutatása

A prevenációs program bemutatása során eltértek az első és második vizsgálat ismertetésekor követett, a módszereket és az eredményeket külön fejezetben közlő tagolásától, mivel az megbontaná a program szerkezeti és gondolati egységét. Ezért a kidolgozás során alkalmazott módszereket és eredményeinket egyaránt az Eredmények fejezetben szeretném bemutatni az alábbi alfejezetekben.

Serdülőkori egészségfejlesztő prevenációs program kidolgozására kutatócsoportunkon belül, külső szakemberek bevonásával alakult meg multidiszciplináris munkacsoportunk 2019 tavaszán, melyben Balázs Judit gyermek-, ifjúságpszichiáter és felnőtt pszichiáter szakorvos, Mészáros Piroska színművész, Péczely Dóra irodalmi szerkesztő és én pszichológusként kezdtük el dolgozni. 14-16 éves fiataloknak tervezett prevenációs programunk az Élet Iskolája elnevezést kapta (Balázs és mtsai., 2020).

A program kidolgozásakor a Bevezető fejezetben bemutatott korábbi kutatások eredményeire, valamint gyakorlati tapasztalatainkra támaszkodtunk.

#### IV.3.1. „Az Élet iskolája” program bemutatása

Az „Élet Iskolája” programot az iskolapszichológus és egy iskolán belüli másik segítő foglalkozású felnőtt (például az iskolai szociális munkás vagy a védőnő) vezeti. A program egy-egy alkalommal két összevont tanórából (90 perc) áll, melynek során minden alkalommal interaktív szerepjáték és azt követő megbeszélés keretében dolgozunk fel egy-egy olyan témát, amely egy problémás élethelyzet, rizikómagatartás vagy mentális betegség mélyebb megértését segíti elő.

Az eddig kidolgozott, egymásra épülő alkalmak depresszió, a bullying és az önsértés témáját járják körül, azonban a társas kontextus, amelybe a történetek ezeket a jelenségeket helyezik, felkínálja a lehetőséget egyéb kritikus kérdések megvitatására is, például egyenlőségen alapuló baráti és párkapcsolatok, szexualitás, iskolai és családi konfliktusok.

Minden alkalommal négy önként jelentkező fiatal játszik el egy-egy szerepet a fenti témákra vonatkozó történetek egyikéből, melyek egy fiktív iskola diákjainak mindennapjaiba ágyazódnak. A kirajzolódó történet dramaturgiája azokhoz a televíziós/online sorozatokhoz hasonló, melyekben epizódonként más és más szereplő válik főszereplővé azáltal, hogy adott részben az ő perspektívájából követhetjük az eseményeket.

A szerepet vállaló fiatalok a való élethez hasonlóan csak saját narratívájukban ismerik meg a történetet az általuk megformált szereplő naplórészletei alapján. A naplórészleteket kinyomtatott szöveges formában, valamint színészek által rögzített hangfelvételek formájában is átadjuk a szerepet vállaló diákoknak, hogy az olvasáshoz kapcsolódó esetleges nehézségek ne akadályozzanak senkit a részvételben.

A naplórészletek elolvasása és/vagy meghallgatása után közös szituációs játék következik, melynek során a szereplők interakcióba lépnek egymással és az osztály többi tagjával. A történet kiteljesedéséhez egymás nézőpontjának, érzéseinek, céljainak, valamint az osztály többi tagjának mint „külső szemnek” a figyelembevételére is szükség van. A játék dramaturgiája az iskolai élet ritmusát képezi le: tanórák és szünetek követik egymást, a jeleneteket pedig be- és kicsöngetéssel választjuk el egymástól.

A foglalkozást vezető két segítő szakember között a szerepek az alábbi módon oszlanak meg: az iskolapszichológus a jeleneteken belülről, szereplőként segíti a fiatalokat a fiktív iskola pszichológusaként, míg a másik segítő foglalkozású felnőtt játékvezetőként van jelen: segíti a szerepet nem vállaló diákok bevonódását, felolvassa a jeleneteket összekötő forgatókönyvrészleteket, valamint figyel a jelenetek elválasztására és az időkeretekre. A történetek jelentős részében a bonyodalom csúcspontján valamelyik szereplő a forgatókönyv

szerint az iskolapszichológushoz fordul, akinek segítségével együtt összefoglalják és kihangosítják a történetek kapcsán a szereplőkben és a szereplők között felmerülő érzéseket, kérdéseket, esetleges konfliktusokat.

A történet eljátszása után a szereplők kilépnek vállalt szerepükből, és az egész osztály bevonásával közös megbeszélés kezdődik, melynek során a foglalkozást vezető pszichológus segíti a fiataloknak a helyzet különböző szempontokat integráló értelmezését, átgondolását. Mindez elvezet az adott alkalom témájával kapcsolatos tudásanyag átadásához, a konkrét esettől elvonatkoztatott, praktikus információkat is tartalmazó edukációhoz és az érzékenyítéshez, aktivizálva és kiegészítve a fiatalok már meglévő tudását az adott témáról és a lehetséges beavatkozási pontokról, a segítségkérés és segítségnyújtás lehetséges szereplőiről és módjairól.

#### IV.3.1.1. Az NSSI témáját feldolgozó foglalkozás bemutatása

Az alábbiakban az önsértés témájához kapcsolódó alkalom részletesebb ismertetése által szeretném bemutatni prevenciós programunk foglalkozásainak felépítését, illusztrálva a foglalkozás anyagának néhány részletével.

A történet szereplőiről bevezetésként az alábbiakat tudja meg az osztály a játékvezető ismertetésében:

*„Vali, Eszti, Gergő és Peti osztálytársak. Vali magának való lány, állandóan hosszú nadrágban és pulóverben jár, és senki mással nem szokott beszélni, csak Gergővel, aki próbál minél közelebb kerülni a lányhoz. Gergő, Peti és Eszti barátok, de mióta Gergő és Vali jóban vannak, a fiú kevesebb időt tölt a barátaival, akik próbálnak mellette állni, még akkor is, ha nem teljesen értik, mi is van pontosan Gergő és Vali között.”*

A négy szereplő kiválasztása után az az iskolapszichológus kimegy a négy jelentkező szereplővel, a játékvezető pedig beszélgetést kezdeményez az osztály bent maradó részével arról, hogy milyen benyomásaik, elképzeléseik vannak az előzetes információk alapján a szereplőkről, illetve megkéri őket, hogy a játék során gondolkozzanak azon, hogy az egyes szereplőknek mi lehet a céljuk, és milyen érzéseket élhetnek át. A szereplők eközben egy másik helyiségben vagy a folyosón megismerik saját naplórészletüket, illetve azokat a kérdéseket, amelyekre a játék során az általuk megformált szereplő választ keres. A naplórészletek négy perspektívából mutatják be a szereplők élethelyzetét: Vali és Gergő formálódó kapcsolatát azt követően, hogy Gergő véletlenül tanúja lesz Vali önsértő viselkedésének, valamint Peti és Eszti reakcióit arra az új helyzetre, hogy baráti hármasuk régi egyensúlya megbomlott egy számukra nehezen érthető, új viszony miatt.

Eszti naplójából megtudjuk, hogy baráti hármasukban Petivel és Gergővel mostanában konfliktust okoz, hogy Gergő hanyagolja őket Vali miatt. Eszter nem érti Gergő és Vali kapcsolatát, azt gondolja, hogy Vali hitegeti, csábítja és kihasználja Gergőt.

*„Tegnap Gergő, Peti és én beültünk kártyázni a kedvenc helyünkre, de Gergő 10 perc után lelépett, mert hívta a szerelme, a Vali, hogy menjen át hozzá. Mostanában mindig ez van! Gergő átmegy, és órákat beszélgetnek Vali szobájába. Ott ülnek a csaj ágyában, be van csukva az ajtó, de hivatalosan nincsenek együtt, csak Vali húzza Gergő agyát!*

(...)

*Aztán Gergő váratlanul visszajött. Remegett, vörös volt a szeme, tuti sírt. Az a szemét Vali már megint kikészítette, és most minden határon túlment: egy szál bugyiban ült az ágyon, mert “pont akkor akarta leborotválni a lábát, amikor Gergő benyitott a szobájába”.*

(..)

*Ártatlan kislány... Aha... Vali a suliban eljátssza a talpig beöltözött apácát, aztán meg bugyiban mutogatja magát annak a csávónak, aki halál szerelmes belé! Ez a srác sokkal jobbat érdemelne!*

(...)

*Este megírtam Petinek, hogy híreim vannak Gergőéről. Holnap megbeszélem vele ezt az egészet. Hátha Peti tud valami konkrétat, hogy most hol tart Valiék kapcsolata. Vajon neki elmesélte Gergő, hogy mi volt tegnap? Vajon Peti szerint miért várta Vali bugyiban Gergőt?”*

Eszti szeretné, ha visszaállna a régi hármas a két barátjával, és ha Vali, akit furcsának és zárkózottnak tart, nem „rondítana” bele a barátságukba. A naplórészlet végén Eszti az alábbi kérdéseket kapja, melyekre a játék során választ keres: *„Milyennek látom Vali viselkedését? Mitől lenne jó Vali és Gergő kapcsolata?”*

Peti Esztihez hasonlóan nem érti, hogy barátjuk, Gergő, miért tölt ennyi időt egy lánnyal, akivel nincs párkapcsolatban – ő is azt gondolja, hogy Vali csak hitegeti, kihasználja Gergőt. Petit az is zavarja, hogy Vali csak Gergővel szeretne időt tölteni kettesben, nem tesz erőfeszítést annak érdekében, hogy baráti társaságuk részévé váljon.

*„(...) Egyébként én tisztelem Gergő szerelmi életét, ha neki Vali kell, én szívesen lógok vele is, de Vali csak kettesben akar beszélgetni Gergővel. Ráadásul az a csaj alaptól nem hajlandó kimozdulni otthonról: áthívja Gergőt, és teáznak az ágyban...*

(...)

*Tegnap, amikor beültünk kártyázni Esztivel és Gergővel, már 10 perc után csörgött Gergő telója: Vali megint felhívta őt a szobájába, Gergő meg szó nélkül lelépett, futott a csajhoz. Este írt Eszti, hogy hírei vannak Gergőékről. Vajon mi történt? Én nagyon drukkolok, hogy végre összejöjjön neki a Vali! Holnap beszélek Esztivel, lehet, hogy az új fejlemények után könnyebb lesz tisztázni Gergő szívügyeit.”*

Kérdésként Peti a játék során arra keresi a választ, hogy „*Vajon mit ad Valinak ez a kapcsolatot? És mit ad Gergőnek? Miért nem akar velünk találkozni Vali?*”

Gergő naplójából megtudjuk, hogy Valival sok időt töltenek kettesben, úgy érzi, kölcsönösen vonzódnak egymáshoz, de amikor közeledni próbál, Vali mindig elhúzódik. Gergő szeretné jobban megismerni és megérteni Valit, de azt érzi, hogy a lány valamit titkol előle. Gergő barátai nyomását is érzi, akik rendszeresen faggatják, hogy mi történik közöttük, és nem értik, hogy miért találkozgat Valival. Előző este Vali ismét áthívta magához, és amikor benyitott a szobába, Valit nadrág nélkül, vérző lábbal találta az ágyon ülve.

*Odamentem hozzá, hogy segítsék, erre Vali elkezdett sikítani, hogy ne nyúljak hozzá, és takarodjak ki a szobájából! Azt hittem, elsüllyedek szégyenemben. Mit csináltam? Esküszöm, hozzá se értem!*

*Visszamentem Esztiékhez, de Peti már nem volt ott. Annyit mondtam Esztinek, hogy felmentem Valihoz, és láttam, hogy bugyiban ülve borotválja a lábát az ágyon. Aztán szegény megvágta magát, és vérzett a combja. Szerettem volna segíteni neki, de ordítani kezdett, hogy ne nyúljak hozzá. Mondtam Esztinek, hogy én sose csinálnék olyat Valival, ami neki rossz.*

(...)

*Mi van, ha Vali direkt vágott bele a testébe? És mi van, ha véletlenül túl mély sebet ejt? Vagy mi van, ha szándékosan ejt túl mély sebet? Ezt meg kell beszélnem Valival, tudnia kell, hogy bennem bízhat. Meg kell tudnom, hogy miért csinálja ezt magával. Hátha találunk valami megoldást. De addig a többieknek semmit nem mondok... Még Petinek se. És megvédem őt, ha bárki bántani meri őt!”*

Gergő a játék során azon gondolkodik, hogy „*Mit tanácsol nekem Peti, ha nem mondom el konkrétan, hogy mi történt? Hogyan tudnék közelebb kerülni Valihoz? Miért bántja magát Vali?*”

Vali naplójából megtudjuk, hogy miután a szülei közötti konfliktus miatt egyre nőtt benne a feszültség, felhívta Gergőt, az egyetlen barátját, hogy jöjjön át hozzá. Azonban a telefonhívást követően a feszültség annyira elárasztóvá vált, hogy egy ponton nem bírta tovább, és megint „AZT” csinálta, vagyis szándékosan megvágta a lábát. A naplóból megtudjuk, hogy ez egy olyan



viselkedés, amit Vali időről időre hasonló érzelmi állapotokban megtesz, és ez ilyenkor átmenetileg megkönnyebbülést hoz számára, utólag azonban szégyent él át a viselkedése és a bőrén látszódó hegek kapcsán, és megfogadja, hogy többé nem tesz ilyet. Az önsértés után Vali naplója szerint az alábbiak történtek:

*„Aztán hirtelen észrevettem, hogy Gergő ott áll az ajtóban, aztán odajött hozzám, hogy adjon egy zsepit. Rögtön elkezdtem bögni, hogy ne nyúljon hozzám, és takarodjon ki a szobámból! Lebuktam! Mindennek vége! Gergő rájött, hogy egy beteg örült vagyok!*

(...)

*...mire anya bejött a szobámba, már rend volt. Kérdezte, hogy “mi van?”. Összeszorítottam a fogam, koncentrálnom kellett, hogy nehogyan elbőgjem magam. Mondtam, hogy “semmi”. Egy kicsit állt még az ajtóban, aztán végre elhúzott, én meg bebújtam a paplan alá, és sirtam egy órát.*

*Gergő egy csomószor hívott éjjel, de nem vettem fel. Ő a tökéletes férfi: megértő, kedves, mindig mellettem van... De én még ezt is képes vagyok elrontani! (...) Ha Gergőt elveszítem, akkor egyes egyedül leszek az egész világon.”*

Vali számára a naplórészlet végén az alábbi kérdéseket fogalmaztuk meg: *„Mit akarok Gergőtől? Hogyan tudnám elmondani Gergőnek és anyának, hogy mire van szükségem? Hogyan tudnám megnyugtatni magam ahelyett, hogy AZT csinálom?”*

Miután a szereplők megismerik saját naplórészleteiket, kezdetét veszi a játék, amelyben a szerepet játszó fiatalok az általuk formált karaktereket, az osztály többi az osztálytársaikat, az iskolapszichológus pedig a történetben szereplő iskola pszichológusát játssza. A jeleneteknek helyet adó, tanórák közti szünetek elejét és végét csengetésekkel jelzi a játékot vezető segítő foglalkozású felnőtt. A jeleneteknek nincs előre megszabott ideje, a játékvezető az időkeret elosztását a teljes rendelkezésre álló játékidőn belül a jelenetek mélyülésének ütemétől függően tudja szabályozni.

A játék dramaturgiájának elősegítéséhez a forgatókönyv minden jelenethez egy-egy kulcsmozzanatot ad meg alapként, ezen belül azonban a szereplők szabadon alakíthatják az eseményeket, párbeszédet. A forgatókönyv rögzített pontjai alapján az első szünetben Eszti a tudomására jutott félinformációkat osztja meg Petivel mindarról, ami Vali és Gergő között történt előző este. Az elhangzott információk terjedni kezdenek az osztályban, így a második szünetben már az osztály többi tagja is Valit és Gergőt kérdezi a történetekről, akik igyekeznek diszkréten válaszolni a kérdésekre. A harmadik szünetben Peti próbálja Gergővel megbeszélni a történeteket, beleértve az Esztivel folytatott beszélgetésük nyomán az osztályban elinduló pletykák hatását. A

negyedik szünetben Vali és Gergő beszélgetnek az előző este eseményeiről, illetve kettőjük kapcsolatáról. A beszélgetésnek tudtukon kívül fűltanúja lesz Eszti, aki az események valódi háttérét megismerve kezd el azon gondolkodni, hogy hogyan tudna Valinak segíteni. Úgy érzi, hogy ehhez szüksége lenne egy felnőtt segítségére, ezért az ötödik szünetben meglátogatja az iskolapszichológust, hogy segítséget kérjen a helyzet átgondolásában.

A beszélgetésbe az iskolapszichológus bevonja osztály többi tagját is, akikkel együtt beszélnek át a szereplők helyzetét, érzéseit, igényeit, majd megállapodnak a történetnek egy lehetséges megnyugtató lezárásában. Ezt követően a diákok kilépnek a szerepükből, a foglalkozás szerepjáték része lezárul, és kezdetét veszi az edukatív beszélgetés, melyben a diákok az iskolapszichológus moderálásával az eljátszott történetet illusztrációként használva, de attól már elvonatkoztatva, általánosságban beszélgetnek a foglalkozás fókuszában álló kérdésekről, problémákról. A foglalkozás célja, hogy a beszélgetés eljusson a segítségnyújtás lehetőségeire vonatkozó praktikus, konkrét információkig (pl. a segítségül hívható, fiatalok számára megbízható és elérhető felnőttek összegyűjtése, segélyvonalak számának megosztása).

#### IV.3.2. Eljárás a pilot vizsgálat során

A pilot vizsgálat során először önkéntes serdülők kisebb csoportjaival próbáltuk ki a programot. Ebben a fázisban annak érdekében, hogy a foglalkozás keretei minél inkább lehetőséget adjanak egy osztály működésének modellezésére, olyan kislétszámú (4-6 fős) csoportokkal modelleztük a foglalkozást, melyek egymást jól ismerő fiatalokból álltak; majd a fiatalok visszajelzései alapján további fejlesztéseket tettünk.

Ezt követően törekedtünk a serdülőket oktató iskolák minél szélesebb körében tapasztalatot gyűjteni a program működőképességéről, így a bevont intézmények között szerepel olyan iskola is, melynek profilja, hogy a formális oktatásból lemorzsolódó fiataloknak nyújt lehetőséget a szakiskolai vagy gimnáziumi képzés befejezésére, valamint sajátos nevelési igényű (SNI) fiatalokat oktató gyógypedagógiai iskola, illetve tandíj köteles alapítványi iskola is. Az iskolák kiválasztásakor három olyan intézményt válogattunk be, ahonnan a pedagógusok részéről megkeresés érkezett kutatócsoportunk felé, hogy igényt tartanának a prevenciós programra.

A pilot programban a fiatalok önkéntes alapon vettek részt tanítási időben, a program pilot vizsgálatát az ETT-TUKEB etikai engedélyével kezdtük meg (etikai engedély száma: 42020-4/2019/EKU).

A program működőképességével és hatékonyságával kapcsolatban nagyban támaszkodtunk egyfelől a fiatalok és az iskolában dolgozó pedagógusok, iskolapszichológusok visszajelzéseire,

melyre az egyes foglalkozások végén, illetve a foglalkozássorozatot követő visszajelző alkalmak során osztottak meg velünk.

A három bevont iskolából kettőben folytattuk le a pilot vizsgálatot teljes egészében, a harmadik iskolában a vizsgálat félbeszakadt, miután a 2019/2020-as tanév második felében a COVID-19 járvány miatt a tantermi oktatást leállították az iskolákban. A vizsgálat folytatását szeptembertől tervezzük.

#### IV.3.5. A program implementálása SNI fiatalokra

Munkacsoportunkhoz a program kidolgozásának második fázisában csatlakozott Balázs Fruzsina és Ipacs Dávid pszichológus, akikkel együttműködésben megkezdődött a program SNI fiatalok csoportjaira való adaptálása is.

Az SNI fiatalokkal végzett pilot vizsgálatunk alapján további fejlesztéseket tettünk, valamint további ajánlásokat fogalmaztunk meg a programot vezető szakemberek számára. Az itt felmerülő változtatási igények egy része egyben felhívta a figyelmünket azokra a pontokra is, melyek a Bevezetőben és a Célkitűzésekben leírtaknak megfelelően túlságosan leszűkíthetők vagy sztereotipizálhatják az önsértésben érintett fiatalok megjelenítését a történetben. Így ezek a változtatások alternatívaként felkínálva a nem SNI fiatalok számára is elősegíthetik azt, hogy azonosulni tudjanak a megjelenített élethelyzetekkel, illetve könnyebben be tudjanak vonódni a foglalkozásokba.

Az ezen a ponton tett alternatívák beépítése közé tartozott 1. a foglalkozások időtartamának csökkentése egy tanórára, vagy szünet beiktatása a két tanórás időtartam felénél; 2. fokozott figyelem arra, hogy a foglalkozás a tanítási napon belül hol helyezkedik el, például a testnevelés órához, ebédszünethez képest; 3. a szerepet nem vállaló fiatalok számára strukturáltabb feladatok kiosztása, például a nézők csoportokra bontva egy-egy karaktert figyelnek megadott szempontok alapján, vagy konkrét kérdések kiosztása, amelyekre a cselekménnyel kapcsolatban választ kell találniuk a történet megfigyelése során; 4. a nemi arányok esetleges eltolódása kapcsán felkészülni arra, hogy kis létszámú, fiúkat és lányokat eltérő arányban érintő állapotokra (pl. figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar) specializálódott osztályokban is eljátszható legyen a történet; 5. mivel előfordulhat, hogy az SNI fiatalok hasonló életkorú, nem SNI kortársaikhoz képest eltérő érdeklődéssel vagy tapasztalatokkal rendelkeznek bizonyos élethelyzetekről, például a szexualitásról vagy a párkapcsolatokról, a történetekben felvázolt alaphelyzetek is tükrözzék ezt a sokszínűséget, például legyenek olyan közeli, bizalmas kortárs viszonyokra reflektáló helyzetek, amelyek nem párkapcsolati narratívában kerülnek elő.

Mindezek alapján elkészítettük az NSSI témáját feldolgozó történetnek egy alternatív változatát is, melyben Gergő az önsértésben érintett szereplő, akinél az önsértés szintén elsősorban érzelemszabályozási funkciót tölt be, azonban egy a fiúk körében gyakrabban előforduló módszert alkalmaz, öklével üt bele tárgyakba. Viselkedésének barátnője, Vali lesz az előző történethez hasonló módon tanúja. Vali kérdései között ebben a történetben azon túl, hogy tudna Gergőnek segíteni, az is felmerül, hogy vajon rá nézve is veszélyes lehet-e Gergő viselkedése.

A történet forgatókönyve főbb pontjaiban megegyezik az előzőekben bemutatott történet menetével, azonban a történetnek ebben a változatában jobban előtérbe kerülnek és körüljárhatóvá válnak az impulzivitás, érzelemszabályozási nehézségek további hatásai a társas kapcsolatokra, beleértve az auto- és heteroagresszió lehetséges átfedéseit.

## V. DISZKUSSZIÓ<sup>5</sup>

### V.1. Első vizsgálat diszkussziója

Tudomásom szerint a kutatás elsőként vizsgálta és hasonlította össze az D-SIB és a stresszkeltő életesemények előfordulását, valamint a két jelenség összefüggéseit szakiskolás és gimnazista diákok populációjában.

Jelen eredmények értelmezéséhez szeretném felidézni, hogy a vizsgálatunk korábbi eredményei alapján ugyanezen a mintán kimutattuk, hogy a szakiskolás csoportban szignifikánsan magasabb az D-SIB élettartam prevalenciája, mint a gimnazista csoportban, továbbá a korábbi szakirodalmi eredményekkel megegyezően a szakiskolás serdülők populációján is kimutattuk az D-SIB-ről beszámoló fiataloknál az NSSI-ről nem beszámoló fiatalokhoz képest az öngyilkos magatartás magasabb prevalenciáját (Horváth, 2014; Horváth és mtsai., 2018), mely egybevág az önsértés és az öngyilkos magatartás magas rizikójú fiatalok körében korábban kimutatott összefüggéseivel (Swahn és mtsai., 2012). Mindezek alapján feltételeztük hogy miután a két iskolatípus között az irodalom alapján a pszichoszociális stresszorok eltérő mértéke mutatható ki (Ercsei, 2015), az D-SIIB prevalenciájában megjelenő jelentős különbségek mellett a stresszkeltő életesemények megjelenési mintázata, valamint a két jelenség kapcsolata is eltérhet a szakiskolás és a gimnazista csoportban

Jelen vizsgálatban mindezekkel összhangban, hipotézisünknek megfelelően a fiatalok két csoportjában eltérés mutatkozott számos életesemény előfordulási gyakoriságában; egyes

---

<sup>5</sup> Disszertációm Diszkusszió fejezete nagyban épít a témában megjelent korábbi munkáinkra, melyekben szignifikáns munkát végeztem: (Horváth és mtsai., 2018, 2020; Horváth, Mészáros, & Balázs, közlésre elfogadva)

életeseményekről szignifikánsan gyakrabban számoltak be a gimnáziumban tanuló fiatalok, míg más események a szakiskolások válaszaiban jelentek meg gyakrabban. A gimnáziumban tanuló fiatalok az iskolai terhelés megnövekedéséről és a vizsga/felvételi közeledéséről számoltak be szakiskolás kortársaiknál szignifikánsan nagyobb arányban. Mindez összhangban áll a 2014-es HBSC kutatás eredményeivel, mely szerint a szakiskolások között magasabb arányban vannak azoknak diákok, akiket egyáltalán nem nyomasztanak az iskolai követelmények, míg a gimnáziumok diákjai között nagyobb az iskolai feladatokat megterhelőnek ítéltők aránya. Bár az utóbbi csoportba tartozó fiatalok körében magasabb a jobb tanulmányi eredményűek aránya, de ezek a tanulók az iskolai terhelés mértékét is nagyobbban érzik (Zsiros & Várnai, 2017). A szakiskolások csoportjában ezzel szemben az új családtag, az iskolaváltás, a szülők válása és a közeli barát halála voltak azok az események, melyekről a gimnazistákhoz képest szignifikánsan gyakrabban számoltak be. Bár egyes események viszonylag ritkán fordultak elő mindkét csoportban, a életesemények számában és súlyosságában fennálló különbségek alátámasztják azokat az eredményeket, melyek a szakiskolában tanuló fiatalok sérülékenységére mutatnak rá számos bio-pszicho-szociális szempont alapján (Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2017).

Az eredmények alapján az életesemények és az NSSI összefüggéseinek mintázata is eltérő a gimnazisták és a szakiskolások csoportjában. A gimnazista csoportban az D-SIB az egyes életeseményeket vizsgálva a szülőkkel való gonddal és a baráttal/barátnővel való szakítással, az életesemény-kategóriák közül pedig a családi problémákkal, törvénnyel vagy rendőrséggel való összeütközéssel és a párkapcsolati/szexuális problémákkal függött össze, míg a szakiskolásoknál egyik életesemény-kategória sem mutatott kapcsolatot az D-SIB-bel. Ez az eredmény elsőre meglepőnek tűnhet, azonban a súlyosnak tekinthető életesemények gyakoriságát és a szakiskolások csoportját érintő általános bio-pszicho-szociális rizikófaktorokat figyelembe véve elképzelhető, hogy az eredmények egy összetettebb mintázatra utalnak ebben a csoportban. Egyfelől az eredmények alapján feltételezhetjük, hogy a különböző szocioökonómiai háttérű csoportokban az életesemények és az NSSI eltérő mintázatokban mutathat összefüggéseket – például azoknak a fiataloknál, ahol a stresszorok nagy számban és mértékben, tartósan vannak jelen, egy-egy életesemény kevésbé számít kiugró, az NSSI-vel közvetlenül kapcsolatba hozható eseménynek. Másfelől az eredmények értelmezésekor fontos figyelembe vennünk, hogy az egyes életeseményekre adott „igen” válaszok a két csoportban akár nagyon eltérő szubjektív élményeket takarhatnak – az új családtag tétel takarhatja például akár egy régóta várt kistestvér érkezését vagy akár egy bántalmazó nevelőszülő bekerülését is a családba, vagy az iskolaváltás történhet az általános iskolából gimnáziumba való átmenet természetesen bekövetkező részeként vagy az iskolából való eltanácsolás miatt is. Az életesemények szubjektív súlyosságának, az

általuk keltett stressz megélt mértékének felmérése a további kutatások során segíthetné ennek pontosabb felmérését (Horváth és mtsai., 2018).

Az eredmények a vizsgálat limitációit tekintetbe véve értelmezhetőek. A vizsgálat keresztmetszeti jellege nem ad lehetőséget az oksági kapcsolatok feltárására, ezért a jövőben érdemes lehet longitudinális kutatási designnal is vizsgálni a témát. Kutatásunk korlátai közé tartozik továbbá a modell variabilitását csökkentő dichotóm változók használata, valamint a szakiskolás csoportban a minta méretéhez képest nagy számú magyarázó változó használata. Az önkitöltős kérdőívek további limitációkhoz vezethettek annak ellenére, hogy ezeket a hatásokat igyekeztünk minimalizálni folyamatos jelenlétünkkel és szükség esetén segítségünkkel a kitöltés ideje alatt. Limitációja lehet a kutatásnak, hogy a résztvevők szociokonómiai státuszát nem mértük fel közvetlenül, azonban az iskolák randomizálással történő kiválasztása alapján feltételezhetjük, hogy a mintába bekerülő intézmények tükrözik azt az országos statisztikákban megjelenő trendet, hogy az iskolatípus és a diákok családjának szocioökonómiai státusza összefüggést mutat (Ercsei, 2015).

Az adatgyűjtés módjából szükségszerűen fakadó limitáció, hogy a vizsgálatból kimaradó diákok nagy eséllyel éppen a legmagasabb rizikójú csoportból kerülhettek ki: mivel a diákok részvételének lehetősége az értük felelős felnőttek (pedagógusok és szülők/gondviselők) beleegyezésétől, illetve az iskolában való jelenlétüktől függött, így épp a fiatalok mentális egészségének témájában kevésbé bevonódó, illetve ezzel kapcsolatban kevésbé nyitott attitűdöt képviselő felnőttek között nevelkedő fiatalokat, továbbá az iskolában rendszeresen nem jelen lévő, vagy a közoktatásból már lemorzsolódott serdülőket vizsgálatunkba nem tudtuk bevonni. Ez utóbbi limitációt figyelembe véve elképzelhető, hogy a vizsgálatban mért eredmények kedvezőbb képet mutatnak, mint amit akkor kaptunk volna, ha ezeket a fiatalokat is el tudjuk érni, és eredményeik az elemzésbe be tudnak kerülni (Horváth és mtsai., 2018).

Mindezek mellett a kutatás erősségei között említhető, hogy az eddig a vizsgált jelenségek tekintetében kevés láthatóságot kapó szakiskolás csoportot mértük fel, amely segítheti, hogy a serdülők számára tervezett prevenciós és intervenciós programok az ebbe a populációba tartozó fiatalok problémáira is reflektáljanak. Azon túl, hogy eredményeink a prevenciós programok fejlesztéséhez tudnak hozzájárulni, a résztvevő fiatalok számára vizsgálatunk közvetlen prevenciós-intervenciós hozadéka volt az akut öngyilkossági rizikót jelző fiatalok szűrése és szakellátásba irányítása. A célzott prevenciós és intervenciós programok hatékonyabbá tétele érdekében érdemes lehet a serdülők tudását mozgósítani, kiegészíteni az életeseményekhez kapcsolódó nehézségekkel való megküzdés lehetőségeivel kapcsolatban, beleértve, hogy hogyan tudnak saját maguk és társaik számára ilyen helyzetekben támogatást biztosítani. További irány

lehet az iskolán belüli, illetve az egészségügyben dolgozó szakemberek körében azoknak a lehetséges különbségeknek a tudatosság növelése, melyekkel a különböző iskolatípusokban a serdülők az életeseményeket és azok hatását tekintve érintettek lehetnek. Első vizsgálatunk eredményeire és tanulságaira nagyban építettünk második vizsgálatunk, valamint prevenció programunk megtervezése és kidolgozása során.

## V.2. Második vizsgálat diszkussziója

Tudomásom szerint jelen kutatás először vizsgálta az életesemények számának és típusának szerepét az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában serdülők klinikai és nem-klinikai populációjában. A nem-klinikai csoportban első vizsgálatunk eredményeit figyelembe véve gimnáziumi és szakiskolai képzésű intézményekből egyaránt vontunk be résztvevőket.

Jelen vizsgálat eredményei a korábbi kutatási eredményekkel egybevégeően szignifikánsan magasabb, több, mint kétszeres élettartam prevalenciát jeleznek a serdülők pszichiátriai klinikai populációjában, ahol a serdülők több, mint fele érintett (53%), mint a szakiskolás, szakközépiskolás és gimnáziumi osztályokban tanuló, nem-klinikai populációban, ahol a serdülők kevesebb, mint negyede (23,6%) érintett. Továbbá a DSM-5 alapján javasolt kritériumok szerinti NSSI-D is szignifikánsan nagyobb arányban volt a kérdőív alapján felállítható a klinikai csoportban, ahol a serdülők ötödénél (19,4%) fordult elő, mint a nem-klinikai csoportban (3,5%). Ugyanakkor az NSSI prevalenciája jelen vizsgálatunk nem-klinikai csoportjában jóval magasabb volt, mint a korábbi nemzetközi vizsgálatok magyar eredményei, melyben csak gimnazistákat vontak be nem-klinikai populációként (17,1% a SEYLE vizsgálatban (Brunner és mtsai., 2014) és 3,4% fiúknál és 10,3% lányoknál a CASE vizsgálatban (Madge és mtsai., 2008)). Mindez nemzetközi viszonylatban is árnyalja a képet a korábbi kutatások eredményeihez képest, melyekben a magyar fiatalok körében kifejezetten alacsonynak mérték az NSSI prevalencia értékét: az átlagos nemzetközi élettartam prevalencia a SEYLE-ben 29,9% fiúk és 24,6% lányok körében, a CASE-ben pedig lányoknál 13,5%, fiúknál 4,3% volt (Brunner és mtsai., 2014; Madge és mtsai., 2008). Ezek az eredmények összecsengenek a disszertációmban ismertetett első vizsgálat előzményeként is bemutatott korábbi eredményeinkkel, melyben a szakiskolások körében a gimnazistákhoz képest szignifikánsan magasabb NSSI élettartam prevalenciát találtunk (Horváth és mtsai., 2018). Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy annak érdekében, hogy minél pontosabb képet kapjunk az NSSI-ről és a kapcsolódó mentális egészség kérdéseit érintő jelenségekről, illetve, hogy a segítség ne csak a gimnáziumokban tanuló fiatalokhoz jusson el, mind a kutatási, mind a prevenció projektekben fontos a különböző képzési típusú iskolák diákjainak bevonása (Horváth és mtsai., 2020).

Az öngyilkos magatartást illetően – bár az élettartam és az aktuálisan fennálló öngyilkos magatartás előfordulása is szignifikánsan magasabb volt a klinikai csoportban – eredményeink NSSI-hez hasonlóan itt is felhívják a figyelmet a nem-klinikai csoport magas prevalencia értékeire. A nem-klinikai csoportban a serdülők negyede számolt be arról, hogy élete során átért az öngyilkos magatartás spektrumán valamilyen súlyosságú tünetet, és több, mint egytizedük számolt be ilyen élményekről az elmúlt hónap során. Az utóbbi csoportba eső fiatalok tekintetében a nem-klinikai csoportban a fiatalok 2,13%-ánál állt fent a strukturált interjú alapján közepes, és 5,67%-ánál súlyos öngyilkossági rizikó a vizsgálat idején. Ezeknek a fiataloknak a szűrése és a szakellátásba irányítása vizsgálatunk fontos célkitűzései közé tartozott (Horváth és mtsai., 2020).

Az, hogy mind a szuicidális, mind a nemszuicidális önsértés ilyen magas értékeket mutatott a nem-klinikai csoportban különösen figyelemfelkeltő, ha számításba vesszük azokat a lehetséges hatásokat, amelyek az adatgyűjtés limitációiból fakadva az első vizsgálatnál leírtakhoz hasonló módon feltételezhetően az alacsonyabb prevalencia értékek irányába torzították az eredményeket. Azok között, akiket nem tudtunk bevonni a vizsgálatba, feltételezhetően ebben a vizsgálatban is felülreprezentáltak lehetnek jelen a veszélyeztetett fiatalok: azoknál az iskoláknál, illetve szülőknél/gondviselőknél, akik nem voltak elérhetőek vagy elzárkóztak a mentális egészséget felmérő kutatásunk lehetőségétől, nagyobb eséllyel feltételezhetjük, hogy kevésbé nyitottak a fiatalok mentális egészségét érintő egyéb helyzetek esetén is. Továbbá számos olyan fiatal volt, aki bár beleegyezett a vizsgálatba, ám gyakori hiányzásai miatt később hiába kerestük rendszeresen tanítási időben az iskolában. Voltak fiatalok, akiknél félbemaradt a vizsgálat, mert a protokoll befejezése előtt tanév közben iskolát váltottak vagy lemorzsolódtak az oktatásból, ami szintén utalhat a rizikófaktorok fokozott jelenlétére az életükben. Mindezeket, valamint a mentális egészség kérdéseit érintő általános társadalmi stigmát mint az őszinte válaszadást nehezítő tényezőt figyelembevéve feltételezhetjük, hogy a vizsgált jelenségek eredményeinknél még magasabb arányban vannak jelen a populációban.

Az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatát tekintve az NSSI mindkét csoportban összefüggést mutatott az öngyilkos magatartással, és ez az összefüggés erősebb volt a klinikai, mint a nem-klinikai csoportban. Ebben a tekintetben eredményeink egybevágóak azzal a számos korábbi kutatással (pl. Mars és mtsai., 2019; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Nock és mtsai., 2006), amelyek az NSSI és az öngyilkos magatartás közötti lehetséges átfedést, illetve erős együttjárást hangsúlyozzák. Az irodalomban amellet, hogy a két jelenség kapcsolatának magyarázataképpen megjelenik az NSSI mint az öngyilkos magatartás rizikófaktora (Mars és mtsai., 2019), felmerül annak a lehetősége is, hogy az öngyilkos magatartásban érintett



személyek vannak kitéve az NSSI szempontjából fokozott rizikónak (Hamza és mtsai., 2012), illetve mindkét jelenség kialakulásához hozzájáruló közös háttérváltozók szerepe (Grandclerc, De Labrouhe, Spodenkiewicz, Lachal, & Moro, 2016; Hamza és mtsai., 2012; Hornor, 2016). A klinikai és nem-klinikai csoport közti különbségek alapján feltételezhetjük, hogy a pszichés zavaroknak szerepük lehet akár mediátor változóként az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában, akár mindkét jelenség hátterében meghúzódó háttérváltozókként. Bár az NSSI-ről beszámoló személyek gyakran említik az NSSI anti-szuicid funkcióját, (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007), számos kutatás, például Kiekens és munkatársai (2018) eredménye arra utal, hogy az NSSI inkább növeli, mintsem csökkenti az öngyilkos magatartás rizikóját azáltal, hogy hozzájárul a gondolatok és késztetések cselekvésbe fordításához. Mindezek ismételten az NSSI-ben érintett fiatalok számára nyújtott prevenció és intervenció fontosságára hívják fel a figyelmet (Horváth és mtsai., 2020).

A mindkét jelenség hátterében álló változók közé tartozhatnak a stresszkeltő életesemények is. Számos korábbi kutatással (Kaess és mtsai., 2020; Madge és mtsai., 2011) összhangban a disszertációmban bemutatott második vizsgálatban összefüggést találtunk az életesemények száma és az NSSI között. Az eredmények alapján az életesemények nagyobb száma együtt járt a többféle módszert használó (tehát feltételezhetően súlyosabb) NSSI-vel mindkét csoportban, azonban főhatásként egyik csoportban sem mutatott kapcsolatot az öngyilkos magatartással. Azonban azoknál a serdülőknél, akiknél fennállt NSSI, az életesemények száma fontos faktornak bizonyult az öngyilkos magatartás fennállása szempontjából: amikor az életeseményeket nem vettük számításba, az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában a két csoport között különbség mutatkozott, az életeseményekre kontrollálva azonban ez a kapcsolat nem volt többé szignifikáns. Vagyis az életesemények száma potenciális háttér változóként lehet jelen mind az NSSI, mind az öngyilkos magatartás tekintetében a csoportközi különbségek mögött (Horváth és mtsai., 2020).

Az életeseményeket típusuk alapján vizsgálva az interperszonális, nem-interperszonális életesemények, illetve az ártalmas gyermekkori körülmények közül csak az interperszonális események mutattak kapcsolatot mind az öngyilkos magatartással, mind pedig ezek moderálták az NSSI-öngyilkosság kapcsolatát, mely eredmények összhangban állnak Zetterquist és munkatársai (2013) korábban ismertetett interperszonális életeseményekre vonatkozó eredményeivel (Zetterqvist, Lundh, & Svedin, 2013). Az NSSI és az interperszonális konfliktusok közötti összefüggés egyrészt jelezheti azt, hogy ezek az események erősen provokálják az NSSI megjelenését az erre esékeny fiataloknál, másrészt felhívják a figyelmet azoknak az intra- és interperszonális faktoroknak a lehetséges szerepére, melyek mind az NSSI,

mind az interperszonális konfliktusok megjelenésének esélyét növelhetik (pl. érzelemszabályozás nehézségei, vagy olyan környezet, amely nem válaszékész a serdülő igényeire) (Nock, 2010). Burke és munkatársai (2015) azt találták, hogy idösebb serdülő lányoknál az NSSI alapfelméréskor mért gyakorisága bejósolta az utánkövetés idejére jelentkező interperszonális konfliktusokat, eredményeik alapján tehát elképzelhető, hogy nem csak az interperszonális események járulhatnak hozzá az NSSI megjelenéséhez, hanem az NSSI is hozzájárulhat bizonyos interperszonális életeseményekhez. Egyrészt ezek az életesemények megjelenhetnek az NSSI következményeként (pl. a viselkedéshez társított stigma révén az NSSI észlelése személyközi konfliktusokhoz vezethet) (Burke és mtsai., 2015), másrészt elképzelhető az is, hogy az NSSI áltál járul hozzá/tartja fent ezeknek az interperszonális eseményeknek a átélését (pl. komoly viták, szakítások), hogy a személy az NSSI-t használja kommunikációs/megküzdési funkciókra bizonyos intra- és/vagy interperszonális konfliktusok esetén (például azért, mert a környezet más jelzéseire nem reagál), és ennek a viselkedésnek a rövidtávon viszonylag hatékonynak tűnő jellege megakadályozza abban, hogy érzelmi és kapcsolati működését tekintve hosszútávon fenntarthatóbb megoldásokat találhasson (Horváth és mtsai., 2020).

Az interperszonális események, az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatának interpretálásában segíthet Joiner (2005) öngyilkosságról alkotott interperszonális elmélete, melynek alapján a súlyos öngyilkos magatartás akkor jelenik meg, ha az öngyilkossági prediktorok – a magány, a mások számára jelentett teher érzése, az öngyilkossági vágy és a kapacitás az öngyilkosságra – együttesen vannak jelen (Joiner, 2005; Orden és mtsai., 2010). A modellel összhangban, akiknél egyszerre vannak jelen a stresszkeltő interperszonális életesemények mint a magányhoz vagy a teher érzetéhez, így akár az öngyilkossági vágyhoz is hozzájáruló faktorok, és az NSSI, amely az öngyilkosságra való kapacitáshoz járulhat hozzá, magas öngyilkossági rizikó lehet jelen. Eredményeink egybecsengenek Zetterquist és munkatársai (2013) eredményeivel az interperszonális életesemények szerepéről az NSSI kialakulásában és fennmaradásában, továbbá Muehlenkamp és munkatársai (2013) eredményeivel az NSSI interperszonális funkcióiról és jellegéről, akik arra a következtetésre jutottak, hogy az NSSI-ben érintett fiatalok terápiájának az érzelemszabályozás mellett érdemes az interperszonális kapcsolatok erősítésére is fokozottan hangsúlyt helyezni (Muehlenkamp, Brausch, Quigley, & Whitlock, 2013). Eredményeink értelmezésekor azonban figyelembe kell venni, hogy az idézett kutatásoktól részben eltérően az általunk használt mérőeszköz elsősorban a stresszkeltő, nem pedig kifejezetten a traumatikus életesemények felmérésére szolgál, továbbá az életeseményeket csak a kitöltést megelőző hat hónapra vonatkozóan mértük fel. Ezért – bár az

eredmények ellentmondásosak azzal kapcsolatban, hogy egyes ártalmas gyermekkori életesemények, például a gyermekkori szexuális abúzus mennyire jelentős szereppel bír NSSI etiológiájában (Klonsky & Moyer, 2008), – jelen vizsgálat eredményei nem feltétlenül mondanak ellent a klinikai és nem-klinikai populációkon egyaránt leírt eredményeknek a kedvezőtlen gyermekkori élmények és rossz bánásmód, valamint az önsértő magatartások kapcsolatáról (Cipriano, Cella, & Cotrufo, 2017) azzal, hogy az ártalmas gyermekkori esetén nem találtunk az NSSI-vel és öngyilkos magatartással összefüggést (Horváth és mtsai., 2020).

Bár a klinikai és a nem-klinikai csoport különbözött az NSSI és az öngyilkos magatartás prevalenciáját és az életesemények számát illetően, az életesemények NSSI és öngyilkos magatartás kapcsolatára gyakorolt hatásának mintázataiban nem mutatkozott különbség a két csoport között. Ez az eredmény azt jelezheti, hogy ezek a mintázatok az NSSI korábban leírt, mind a klinikai, mind a nem-klinikai populációban gyakran előforduló funkcióival függhetnek össze. Első vizsgálatunkhoz hasonlóan itt is figyelembe kell venni az eredmények értelmezése során, hogy az Életesemények listában felsorolt, pár szóban megfogalmazott életesemények mögött a személyes, szubjektív élmények széles spektruma húzódhat meg, melyek adott esetben akár nagyon eltérő mértékű stressz átélésével járhatnak együtt (Horváth és mtsai., 2020).

A bemutatott eredmények a vizsgálat limitációinak figyelembevételével értelmezhetők. Jelen vizsgálat keresztmetszeti elrendezése ebben az esetben sem teszi lehetővé az ok-okozati viszonyok tisztázását, továbbra az adatgyűjtés részeként alkalmaztunk önkitöltős kérdőíveket is, ami legkörülményesebb eljárásunk ellenére is okozhatott torzításokat jelen vizsgálatban is. A vizsgálat eredményei alapján jövőbeli kutatási irány lehet a modell kiegészítése a pszichés zavarok, illetve a szociodemográfiai tényezők mutatóival, melyek vizsgálata túlmutat jelen kutatás keretein (Horváth és mtsai., 2020).

A doktori disszertációmban bemutatott második kutatás erősségei közé tartozik, hogy az életesemények, NSSI és öngyilkos magatartás kapcsolatát klinikai és nem-klinikai mintán is vizsgáltuk, az önkitöltős kérdőívek mellett strukturált diagnosztikai interjút is alkalmaztunk mérőeszközként, valamint, hogy az akut öngyilkossági rizikót jelző fiatalokat szűrtük és számukra a szakellátás keretein belül segítséget ajánlottunk. A vizsgálat eredményei az NSSI és az öngyilkos magatartás mindkét csoportban jelenlévő magas prevalenciájára, a két jelenség kapcsolatára, valamint az életesemények, elsősorban az interperszonális események szerepére hívják fel a figyelmet, mely eredményeket a disszertáció harmadik tartalmi egységként bemutatott, kidolgozás alatt lévő prevenció programunkban hasznosítottunk.

### V.3. Prevenációs program diszkussziója

Disszertációmban bemutatott eredmények harmadik blokkjaként egy új, jelenleg pilot vizsgálati stádiumban lévő, serdülőknek szóló, iskolai mentális egészségvédő program kidolgozását, és ezen belül részletesebben az NSSI prevencióját és destigmatizálását célzó foglalkozást ismertettem. Tudomásom szerint hazánkban jelenleg nincsen olyan szabadon hozzáférhető, bizonyítottan hatékony előzményeken alapuló iskolai program, amely a szakirodalom kurrens eredményei alapján, az iskolai kurrikulumba beépíthető módon segítheti az iskolákban dolgozó szakemberek munkáját.

A prevenációs program strukturáját és a történetek felépítését az NSSI témájához kapcsolódó foglalkozás anyagain keresztül mutattam be. A történetet a szereplők háttértörténetének és narratívájának megismerése, valamint az erre épülő szerepjáték révén igyekeztünk úgy formálni, hogy egyszerre növelje az érintett szereplők felé a fiatalok empátiáját, segítsen a kortársaknak mentalizálni azokat az érzelmi állapotokat, amelyekben az önsértő viselkedés megjelenik valakinél, ugyanakkor szem előtt tartjuk, hogy az önsértés és annak intra- és interperszonális következményeinek bemutatása befolyásolhatja az önsértő szereplővel való azonosulást és az önsértéshez viszonyulást (Trewavas és mtsai., 2010). Ezért arra törekedtünk, hogy a viselkedés érzelmi hátterének, intrapszichés és társas kontextusának megismerését követően a történet íve a segítségkérés, segítségnyújtás lehetőségeinek azonosítása felé vezessen. Ennek módja egyrészt a szerepjátékon belül annak bátorítása, hogy a fiatalok párbeszédbe kezdjenek a kortársaktól kapható támogatás lehetőségeiről, valamint, hogy lehetőség van szintén a játék keretein belül, a szerep által nyújtott biztonságos pozícióból kipróbálni, hogy hogyan lehet egy „valódi” pszichológustól segítséget kérni. A segítségkérés és segítségnyújtás lehetőségeinek, valamint a megfelelő segítség jelenlétében és hiányában elképzelhető további kimenetek végiggondolása a játékot követő beszélgetésben tud kiteljesedni, mely túlmutat a konkrét történet részletein.

A pilot vizsgálat során szerzett tapasztalataink alapján a program működőképes a 14-16 éves korosztály számára mind szakiskolás és gimnáziumi osztályokban, mind hátrányos helyzetű fiatalokkal felülreprezentáltan foglalkozó iskolák és gyógypedagógiai iskolák diákjainak körében. A fiktív iskolában játszódó kerettörténet, valamint az egyes foglalkozások konkrét történetei a fiatalok visszajelzése alapján segíti az érzelmi bevonódás-eltávolítás egyensúlyát előidézni: a szereplők élményeinek megjelenítése és az ezen keresztül kibontakozó közös beszélgetés lehetőséget nyújt a fiataloknak akár a fiktív szereplők élményei mentén, akár saját élményként megosztani a foglalkozás fókuszában álló témával kapcsolatos tapasztalataikat, érzéseiket. Mindezek alapján érdemesnek látjuk további témák kidolgozását, illetve utánkövetéses hatásvizsgálat elvégzését a prevenációs program meglévő témáira vonatkozóan,

melynek során a program megkezdését megelőző héten alapfelmérés elvégzését, majd a programot követően a résztvevők 3, illetve 6 hónapos utánkövetését tervezzük (Balázs és mtsai., 2020).

A hatékonyságvizsgálat megfelelő eredményei esetén a program teljes kidolgozását tervezzük, melyhez képzést, illetve annak részeként részletes kézikönyvet készítünk. A képzés és a kézikönyv a foglalkozások során felhasználható szövegeken és forgatókönyveken kívül a program célkitűzéseit, a foglalkozások vezetésének módszerét, az egyes foglalkozások témáihoz tartozó legfontosabb pszichológiai-pszichiátriai alapismereteket, valamint az egyes foglalkozások kulcsüzeneteit tekinti át. A történetek által felkínált kontextus számos olyan témát érint, például párkapcsolatokkal, szexualitással, családi és iskolai viszonyokkal kapcsolatosan, amelyek a foglalkozás fő témájával összefüggésben, ám azon túlmutatóan új, önálló témák megvitatásához, átgondolásához vezethetnek el a fiatalok érdeklődésétől függően. A résztvevők reakciói, bevonódásának mértéke ezeket a felkínált további témákat illetően segíthetik a foglalkozást vezető szakembereket abban, hogy a rendelkezésre álló foglalkozástervek közül melyek lehetnek leginkább aktuálisak az adott osztályban, így a témák pontos összetétele és sorrendje a folyamathoz alkalmazkodva tud formálódni az osztállyal dolgozó szakemberek megítélése alapján.

A teljes, végső program során célunk, hogy a képzés és a kézikönyv révén rendelkezésre álló, kidolgozott foglalkozásgyűjteményből, illetve az egy-egy témához tartozó alternatív foglalkozástervek közül az iskolákban dolgozó szakemberek olyan foglalkozás-sorozatot válogathassanak össze, amely megítélésük szerint az adott közösség diákjainak kérdéseire, igényeire, problémáikhoz leginkább illeszkedik.

#### V.4. Összefoglalás és új eredmények

Doktori disszertációmban két, egymásra épülő empirikus vizsgálatot mutattam be, melynek célja az NSSI és az életesemények, valamint az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatának, és az életesemények e kapcsolatban betöltött szerepének vizsgálta volt. Disszertációm eredményeinek harmadik fejezetében egy kidolgozás alatt lévő, pilot vizsgálati szakaszba ért iskolai prevenció program felépítését és ezzel kapcsolatos első eredményeket mutattam be.

A disszertációmban bemutatásra kerülő első vizsgálat eredményei szerint a szakiskolás és a gimnazista fiatalok csoportja szignifikánsan különbözik egymástól mind annak tekintetében, hogy milyen súlyú életesemények felülreprezentáltak egyik, illetve másik csoportban, mind pedig az NSSI és az életesemények kapcsolatának mintázatában. Ezek az eredmények egyrészt az irodalommal összhangban felhívják a figyelmet arra, hogy a szakiskolások a gimnazistákhoz

képest sérülékenyebb csoportnak tekinthetők számos pszichoszociális szempont alapján (Arnold, 2017b; Ercsei, 2015; Költő, 2017b, 2017a; Zsiros & Várnai, 2017), így bevonásuk és láthatóvá tételük a kutatási és prevenció-s-intervenció-s projektekben egyaránt fontos feladat lehet. Másrészt eredményeink felhívják a figyelmet az életesemények és az NSSI összefüggéseinek komplex mintázataira, melyet második vizsgálatunkban tanulmányoztunk részletesebben.

Második vizsgálatunkban a fentiek, valamint az NSSI öngyilkos magatartás megelőzésében betöltött kiemelt szerepe alapján serdülők klinikai, illetve gimnazistákból és szakiskolásokból álló nem-klinikai populációjában vizsgáltuk az életesemények szerepét az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában. Eredményeink rámutattak az NSSI öngyilkos magatartással való gyakori együttjárására mindkét csoportban, továbbá az életesemények és az NSSI módszerek száma közötti együttjárásra, mely utóbbi változó az irodalom alapján az önsértés súlyosságának mértékére utalhat (Black, Garratt, Beccaria, Mildred, & Kwan, 2019; Black & Mildred, 2018). Vizsgálatunkban az interperszonális és nem-interperszonális életesemények, továbbá az ártalmas gyermekkori körülmények közül csak az interperszonális életesemények voltak azok, amelyek mind az öngyilkos magatartással kapcsolatot mutatnak, mind pedig moderátorként voltak jelen az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában.

Összességében a doktori munkám részét képező kutatási eredmények a korábbi szakirodalommal egybecsengően megerősítik, hogy serdülők körében az NSSI nagy arányban fordul elő nem csak a serdülők klinikai populációjában, hanem iskolai populációs serdülő mintában is. Továbbá az eredmények a nem-klinikai populáció részletesebb vizsgálata által rámutatnak, hogy míg a csak gimnazista mintát bevonó nemzetközi összehasonlító vizsgálatok alapján Magyarországon eddig más országokhoz képest kifejezetten alacsony D-SIB prevalencia értékek mutatkoztak (Brunner és mtsai., 2014; Madge és mtsai., 2008), ha a szakiskolás populációt is bevonjuk a felmérésekbe, akkor ezek az értékek jelentősen megemelkednek, és nemzetközi viszonylatban közepes-magas prevalenciaértékeket mutatnak. Az öngyilkos magatartás szintén figyelemfelkeltően magas arányban van jelen eredményeink szerint nem csak a klinikai, hanem a nem-klinikai serdülő populációban is: mintánkban a nem-klinikai csoportban a serdülők negyede számolt be arról, hogy élete során átélte az öngyilkos magatartás spektrumán valamilyen súlyosságú tünetet, több, mint egytizedük számolt be ilyen élményekről az elmúlt hónap során, és mint 5 százalékuknál súlyos akut öngyilkossági rizikó állt fent a diagnosztikus interjúban adott válaszaik alapján. Eredményeink alapján az az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában fontos szerepe lehet az életeseményeknek, különös tekintettel az interperszonális életeseményekre. Mindezen eredményeket igyekeztünk kidolgozás alatt lévő iskolai prevenció-s programunkba is beépíteni, melyet arra a hiányra reagálva kezdtünk el létrehozni multidiszciplináris munkacsoportunkkal,

hogy jelenleg tudomásunk szerint nincs olyan, evidenciákon alapuló mentális egészségvédő, önsértés és öngyilkosság megelőző program, amely Magyarországon az iskolák számára szabadon hozzáférhető. A pilot vizsgálatunk során a programmal kapcsolatban a résztvevő iskolák diákjaitól és pedagógusaitól származó visszajelzések alapján indokoltnak látjuk a program hatékonyságvizsgálatának megkezdését, illetve további fejlesztését.

Mint az ismertetett vizsgálati eredmények is mutatják, az NSSI prevenciójának, intervenciójának fontos szerepe lehet az öngyilkos magatartás megelőzésében, melyet az irodalom is gyakran hangsúlyoz a két jelenség összefüggéseinek eredményeire alapozva (Klonsky és mtsai., 2014; Sarah E. Victor és mtsai., 2015). Az irodalom áttekintése alapján továbbra sem teljesen egyértelmű, hogy az NSSI mennyiben tekinthető önálló entitásnak, illetve mennyiben egy „szuicidum kontinuum” része, a két jelenség kapcsolatáról további kutatások során kaphatunk majd árnyaltabb képet. A jelenleg rendelkezésre álló, túlnyomóan keresztmetszeti, módszertanilag heterogén kutatásokban külön-külön vizsgált összefüggések alapján továbbra is nehéz pontosan körülhatárolni, hogy akár a nem-klinikai, akár a klinikai populációban kik számítanak leginkább veszélyeztetettnek öngyilkossági rizikó szempontjából. Az irodalom alapján továbbra sem azonosíthatóak teljesen azok a faktorok vagy mintázatok, melyek a csak NSSI-ben, illetve az NSSI-ben és öngyilkos magatartásban is érintett személyeket egymástól megbízhatóan megkülönböztetik (Horváth és mtsai., közlésre elfogadva).

Ennek felismerése mind kutatási, mind a gyakorlati prevenció munkája szempontjából releváns lehet. A jövőbeli kutatások lehetséges új irányának szempontjából érdekes eredményeket közölnek Huang és munkatársai (2020) frissen megjelent közleményükben, melyben egyszerű, bonyolult és összetett algoritmusokkal tesztelve az NSSI és az öngyilkos magatartás közötti összefüggéseket nem találtak olyan faktorokat, illetve faktorkombinációkat, melyek a két csoport megkülönböztetésének szükséges és elégséges alapját képezték volna, a két jelenség kapcsolatának új szinten, pl. a biopszichoszociális megközelítésen túlmenően, pszichológiai primitívek szintjén történő elemzését javasolják lehetséges jövőbeli kutatási irányként (Huang és mtsai., 2020). A prevenció szempontjából a csak NSSI-ben, illetve az öngyilkos magatartásban is érintett csoportok egyértelmű megkülönböztetésével kapcsolatos kérdések még inkább hangsúlyozhatják az univerzális prevenció jelentőségét. Az univerzális prevenció programok olyan, a megcélzott populáció minden tagja számára kidolgozott, széles fókuszú beavatkozások, melyek mind az affektív, mind viselkedés problémák megelőzésére irányulnak (Balázs, 2017). Az NSSI és az öngyilkosság megelőzésekor az univerzális prevenció programok szükségességét támaszthatják alá Carli és mtsai (2014) eredményei is, melyek nagy elemszámú, iskolai populációs mintán azt találták, hogy az ismert rizikófaktorok magas száma alapján várható

módon magas rizikójú, illetve a rizikófaktorok alacsony mértékével rendelkező, alacsony rizikójú csoport mellett azonosítható a fiatalok egy harmadik csoportja is, akik „láthatatlan” rizikóval jellemezhetőek. A fiatalok csaknem egyharmada esett ebbe a csoportba, amelyben a magas rizikójú csoporthoz hasonló eredmények mutatkoztak szorongás, depresszió, küszöb alatti depresszió és öngyilkossági gondolatok tekintetében, a felmérés alapján azonban ebben a csoportban olyan, a környezet számára más rizikómagatartásokhoz (pl. szerhasználathoz) képest jóval nehezebben észrevehető rizikófaktorok voltak jelen, mint a túlzott televízió- és internethasználat, a sportolás hiánya és kevés alvás (Carli és mtsai., 2014). Ezek az eredmények rámutatnak a veszélyeztetett fiatalok pontos azonosításával kapcsolatban felmerülő kérdésekre, mellyel szintén abba az irányba mutatnak, hogy az NSSI és az öngyilkos magatartás prevenciójának és intervenciójának megalapozott módja, hogy iskolai, univerzális programok keretében, a mentális egészség számos területét érintve, rizikó- és védőfaktorokat tágabb pszichoszociális kontextusukban áttekintve dolgozzunk a fiatalokkal.

Az öngyilkosság szempontjából leginkább veszélyeztetett személyek, csoportok azonosítását a fentiekén kívül tovább nehezítheti az öngyilkos magatartás és az NSSI összefüggéseiben, hogy a legerősebb megkülönböztető jellemző, az önsértés szándéka – vagyis, hogy valóban „nem-szucidális-e”, legalábbis a személy tudatos szándéka szerint, az önsértő epizód – nem csak személyenként, hanem epizódonként is változhat (National Collaborating Centre for Mental Health (UK), 2012), ezért az NSSI adott személynél betöltött specifikus funkciói, valamint az akutális környezeti triggererek – beleértve a stresszkeltő, különösen az interperszonális jellegű életeseményeket – szintén kulcsfontosságúak lehetnek az öngyilkossági rizikó felmérési szempontjából (Horváth és mtsai., közlésre elfogadva).

Disszertációm Bevezetés fejezetében elsősorban Joiner öngyilkos magatartásról alkotott interperszonális modelljén (Joiner, 2005) keresztül mutattam, hogy az életesemények, elsősorban az interperszonális események és az NSSI együttesen hogyan járulhatnak hozzá az öngyilkos magatartás rizikójának növekedéséhez: az életesemények kapcsán fokozódhat a környezet számára jelentett teher és a magányosság érzése, az NSSI révén pedig az önsértő viselkedésekhez kapcsolódó, és a viselkedést potenciálisan leállító ösztönös reakciók (pl. fájdalom, félelem) csökkennek, és a viselkedéssel egyre inkább a kontroll és a megkönnyebbülés érzése kapcsolódik össze, ezáltal megnövekedhet az öngyilkosság kivitelezésére való képesség (Orden és mtsai., 2010). A „képesse válási” folyamat belső megélésének illusztrálására, és a folyamatban az interperszonális életesemények szerepére példa lehet az alábbi részlet, melyben Elizabeth Wurtzel önéletrajzi ihletettséggű Prozac-ország regényében a főszereplő visszaemlékszik az első alkalomra, amikor fiatal serdülő korában megvágta magát (Wurtzel, 2004):



*„És ez nem öngyilkossági kísérlet volt. Nem akartam végezni magammal, legalábbis akkor még nem. Csak azt akartam tudni, hogy ha úgy adódik, ha olyan rettentő mértéket ölt bennem az elkeseredés, akkor képes vagyok-e kezet emelni a testemre. És megtudtam, hogy képes vagyok rá. Megnyugvással töltött el a tudat, hogy ura vagyok magamnak, és hozzáláttam, hogy vagdaljam a lábamat, amikor csak lehet. (...) Mindenfajta alakzatokat faragtam a lábamra, négyszöget, háromszöget, ötszöget, egyszer még egy ügyetlen szívet is, szúrt sebbel a közepén, hogy megtapasztaljam, fáj-e annyira, mint amennyire az összetört szív tud fájni. Kellemes meglepetés volt számomra, hogy nem. Nem fáj annyira.”*

Ez az idézet is illusztrálhatja azt az NSSI és öngyilkos magatartás összefüggésére vonatkozó ambivalenciát, amely gyakran megjelenik mind az érintettek öngyilkossághoz való attitűdjében, akár egy epizódon belül is az önsértés szándékát illetően (Nock, 2010), mind pedig a szakemberek körében az NSSI nemszucidális jelzőjét, illetve a két jelenség kapcsolatát illetően. Az érintettek környezetében is jelen lehet az NSSI és az öngyilkos magatartás összefüggéseit és a két jelenség közötti határvonalat érintő bizonytalanság, valamint egyfajta paradox viszonyulás azzal kapcsolatban, ahogy az környezet az NSSI-hez, illetve az öngyilkos magatartáshoz viszonyul. Míg az NSSI-t gyakran címkézi a környezet manipulatív viselkedésnek, amellyel a személy „csak fel akarja hívni magára a figyelmet” (Burke, Piccirillo, Moore-Berg, Alloy, & Heimberg, 2019; Heath, Toste, Sornberger, & Wagner, 2011), az öngyilkos magatartással kapcsolatban számos tévhit él azzal kapcsolatban, hogy egy öngyilkossági kísérletnek nincsenek előjelei (Balázs, 2019). Az NSSI interperszonális funkcióival kapcsolatos, gyakran stigmatizáló tévhitek tudatosítása és lebontása ezért kiemelten fontos lehet az öngyilkosság megelőzésének szempontjából is: ennek során átkeretezésre kerülhetnek az a korábban akár manipulativnak címkézett gesztusok, mellyel egy segítséget igénylő személy felhívja magára és állapotára a környezete figyelmét, és felfedezhetővé válhatnak a helyzetben rejlő lehetőség a problémákról és a segítségnyújtás lehetséges formáiról szóló párbeszéd megkezdésére.

Az NSSI jelensége, illetve a hivatalos diagnózissá válása körül zajló tudományos vita egyik lehet azoknak a kérdésköröknek, melyek illusztrálják a dimenzionális szemlélet igényét a pszichés zavarokhoz való hozzáállás során: az NSSI diagnózis javaslatát életre hívó klinikai helyzetek között nagy számban voltak azok az ellátásban megjelenő serdülők, akiknél a BPD diagnózisa nem felállítható, azonban distresszt élnek át, segítségre van szükségük, és fokozottan veszélyeztetettek lehetnek öngyilkos magatartás szempontjából (Plener & Fegert, 2012). Mindezeket szem előtt tartva empirikus vizsgálataink alapján a kidolgozás alatt lévő prevenció programunkkal is célunk, hogy mind az NSSI, mind az egyéb pszichés nehézségek kérdésköréhez a kategoriális mellett dimenzionális szemlélettel (Möller, 2008; Okasha, 2009) is

viszonyuljunk. A prevenciós program során ennek megfelelően bátorítjuk a fiatalokat annak elfogadására, a nehéz élethelyzetek, nehéz érzelmi állapotok – melyek között akár pszichés zavarok egy-egy tünetére is ráismerhetnek – átmeneti jelleggel az élet, és különösen a serdülőkori normatív krízis velejárái lehetnek, és ilyenkor is fontos, hogy saját maguknak és egymásnak tudjanak segíteni ezek átvészelésében, konstruktív megoldásában. Ugyanennyire célja azonban ezeknek a foglalkozásoknak az is, hogy a fiatalok könnyebben felismerjék, hogy hol húzódhat az a határ, amin túl az önsegítés és az egymásnak nyújtott támogatás „szükséges, de nem elégséges” feltétele lehet az állapot jobbra fordulásának, és érdemes – illetve, ha valaki veszélyben van, feltétlenül szükséges – szakember segítségét kérni.

A bemutatott empirikus kutatások, illetve a prevenciós program másik fontos alappillére, hogy a szuicidális és nemszuicidális önsértés kérdéskörének vizsgálata során a rizikó-, és védőfaktorok különböző szintjeit igyekszünk minél komplexebben figyelembe venni. A kutatásban használt modelljeinkben törekszünk az öngyilkosság rizikóbecslése során elkülöníthető elsődleges (pl. korábbi öngyilkossági kísérlet), másodlagos (pl. akut stresszkelteő élethelyzetek) és harmadlagos (serdülőkori, szocioökonómiai helyzettel együttjáró iskolatípus) (Rihmer, 2007) rizikófaktorok együttes figyelembevételére. Ugyanezen elv alapján igyekeztünk felépíteni a prevenciós programunkat is, melynek során az harmadlagos rizikófaktorokat elsősorban a célpopuláció meghatározásakor, a másodlagos rizikófaktorokat a foglalkozások tartalmi elemei által, az elsődleges rizikófaktorokat pedig a tartalmi elemek mellett a vizsgálataink részeként végzett, akut öngyilkossági rizikóra vonatkozó szűréssel is igyekszünk megcélozni. A rizikófaktorok mindhárom szintjének szem előtt tartása megjelenik továbbá programunknak abban a célkitűzésében is, hogy tudatosítsuk a résztvevőkben egyfelől a rizikó forrásának szintjeit, másfelől azt is, hogy hasonló módon a támogatás forrása is érkezhets és összeadódhat a különböző szintekről, ami első lépés lehet a megfelelő segítség eléréséhez vezető úton.

Ugyanakkor az NSSI prevenciójának, kezelésének jelentőségében – többek között éppen amiatt is, mert a jelenség a serdülő populációban ilyen magas arányban van jelen – kiemelkedő, de nem kizárólagos szerepet tölt be az öngyilkossági rizikó csökkentése. Az NSSI felismerése, kezelése hozzájárulhat az esetlegesen a háttérben meghúzódó pszichés zavarok felismeréséhez és kezeléséhez is, illetve segíthet a pszichés zavarok szintjét nem elérő, de funkcióromlást, szenvedést okozó küszöb alatti zavarok korai felismerésében (Balázs és mtsai., 2018) és a segítségnyújtásban még a klinikai kritériumokat elérő állapot kialakulása előtt. Másrészt, az NSSI kezelésében alapvető annak azonosítása, hogy az adott személynél milyen funkciót tölt be az önsértés, mivel ezeket a funkciókat megismerve válhat lehetővé az önsértés megelőzése,

kezelése, megcélözva azokat az intrapszichés és/vagy interperszonális szükségleteket, amelyek az NSSI kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszanak (Klonsky, 2007).

Mindezeket figyelembe véve a szuicidális és nemszuicidális önsértésre irányuló, átfogó prevenció és intervenció nem csak az öngyilkosság megelőzése és az esetlegesen fennálló pszichés zavarok felismerése miatt lehet fontos, hanem az öngyilkossági szándékkal (még) nem rendelkező, és pszichés zavarokkal (még) nem diagnosztizálható fiatalok életminőségének, mentális egészségének, megküzdési kapacitásainak javításában is fontos szerepet tölthet be (Horváth és mtsai., közlésre elfogadva).

Prevenációs programunkkal arra törekszünk, hogy mindezekre reagálni tudjunk. Igyekszünk lehetőséget nyújtani a fiataloknak többek között egy olyan konstruktív diskurzus elindítására, amely az érintettek stigmatizálását elkerülve járja körül a mentális egészség tabusított témáit, köztük az NSSI kialakulásához hozzájáruló érzelmi-társas kontextust, ennek lehetséges rövid- és hosszútávú hatásait, fókuszba helyezve a segítség elfogadásának normalizálását és az elérhető segítség konkrét forrásainak azonosítását a programban résztvevők környezetében.

Doktori munkám során hazai és nemzetközi szinten is új eredménynek minősül:

1. Elsőként vizsgáltuk a stresszkeltő életesemények előfordulásának, valamint a D-SIB-bel való összefüggéseit szakiskolás és gimnazista diákok populációjában. Az eddig vizsgált jelenségek tekintetében kevés láthatóságot kapó szakiskolás csoport felmérése segítheti, hogy a serdülők számára tervezett prevenció és intervenció programok a szakiskolás fiatalok szükségleteire is reflektáljanak.
  - Eredményeink szerint a szakiskolás és a gimnazista fiatalok csoportja szignifikánsan különbözik egymástól annak tekintetében, hogy milyen súlyú életesemények felülreprezentáltak egyik, illetve másik csoportban: a szakiskolás fiatalok több és súlyosabbnak tekinthető életeseményről számoltak be.

*Az életesemények számában és súlyosságában fennálló különbségek alátámasztják azokat a korábbi eredményeket, melyek a szakiskolában tanuló fiatalok sérülékenységére mutatnak rá számos bio-pszicho-szociális szempont alapján.*

- A szakiskolás és a gimnazista fiatalok csoportja szignifikánsan különbözött továbbá egymástól a D-SIB és az életesemények kapcsolatának mintázatában: a gimnazista csoportban a D-SIB az egyes életeseményeket vizsgálva a szülőkkel való gonddal és a párkapcsolati szakítással, az életesemény-kategóriák közül pedig a családi problémákkal, a törvénnyel vagy a rendőrséggel való összeütközéssel és a párkapcsolati/szexuális

problémákkal függött össze, míg a szakiskolásoknál egyik életeseemény vagy életeseemény-kategória sem mutatott kapcsolatot az D-SIB-bel.

*Az eredmények alapján feltételezhetjük, hogy a két populációban az életeseemények és az D-SIB eltérő mintázatokban függhet össze.*

2. Elsőként vizsgáltuk az életeseemények számának és típusának szerepét az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában serdülők klinikai és nem-klinikai populációjában. A nem-klinikai csoportban első vizsgálatunk eredményeit figyelembe véve gimnáziumi és szakiskolai képzésű intézményekből egyaránt vontunk be résztvevőket.

- Az NSSI prevalenciája jelen vizsgálatunk nem-klinikai csoportjában jóval magasabb, mint a korábbi nemzetközi vizsgálatok magyar eredményei, melyekbe csak gimnazistákat vontak be nem-klinikai populációként.

*Ez az eredmény összecseng az első vizsgálatunk eredményeivel, és felhívja a figyelmet arra, hogy a kutatási és prevenciók projektekben fontos a különböző képzési típusú iskolák diákjainak bevonása.*

- Az életeseemények nagyobb száma együtt járt a többféle módszert használó (tehát feltételezhetően súlyosabb) NSSI-vel mindkét csoportban, azonban főhatásként egyik csoportban sem mutatott kapcsolatot az öngyilkos magatartással. Azonban amikor az életeseeményeket nem vettük számításba, az NSSI és az öngyilkos magatartás kapcsolatában a két csoport között különbség mutatkozott, míg az életeseeményekre kontrollálva ez a kapcsolat nem volt szignifikáns.

*Eredményeink alapján az életeseemények száma potenciális háttérváltozóként lehet jelen mind az NSSI, mind az öngyilkos magatartás tekintetében a csoportközi különbségek mögött.*

- Bár a klinikai és a nem-klinikai csoport különbözött az NSSI és az öngyilkos magatartás prevalenciáját és az életeseemények számát illetően, az életeseemények NSSI és öngyilkos magatartás kapcsolatára gyakorolt hatásának mintázataiban nem mutatkozott különbség a két csoport között.

*Ez az eredmény azt jelezheti, hogy ezek a mintázatok az NSSI korábban leírt, mindkét populációban gyakran előforduló funkcióival függhetnek össze.*

- Az interperszonális, nem interperszonális és ártalmas gyermekkori körülmények típusú életeseemények közül csak az interperszonális események mutattak kapcsolatot mind az

öngyilkos magatartással, mind pedig ezek moderálták az NSSI-öngyilkos magatartás kapcsolatot mind klinikai, mind nem-klinikai serdülő populációban.

*Eredményeink az életesemények, különösen az interperszonális életesemények szerepére hívják fel a figyelmet az NSSI-vel összefüggésben, mely eredmény a prevenció és intervenció tervezése során serdülők klinikai és nem-klinikai populációjában egyaránt jelentőséggel bírhat.*

3. Új eredményünk egy evidenciákon alapuló, iskolai mentális egészségvédő, önsértés és öngyilkosság-megelőző program kidolgozásának megkezdése, amely a pilot vizsgálat alapján működőképes a 14-16 éves korosztály számára mind szakiskolás és gimnáziumi osztályokban, mind halmozottan hátrányos helyzetű fiatalokkal felülreprezentáltan foglalkozó iskolák és gyógypedagógiai iskolák diákjainak körében, és az iskolák számára szabadon hozzáférhető.

*Vizsgálatunk a különböző képzési típusú iskolák diákjainak bevonására alkalmas, bizonyítékokon alapuló, az iskolák számára szabadon hozzáférhető mentális egészségvédő, önsértés és öngyilkosság-megelőző program szükségességére hívja fel a figyelmet.*

#### V.5. Kitekintés

A disszertációmban bemutatott kutatások tapasztalatai alapján kutatócsoportunkkal igyekszünk tovább vizsgálni az NSSI, az öngyilkos magatartás és az életesemények, valamint tágabban értelmezve a serdülők mentális egészségének kérdéseit klinikai és nem-klinikai környezetben, törekedve korábbi kutatásaink limitációinak meghaladására.

Jelenleg folyó, a disszertációmban bemutatott vizsgálatok után indult kutatásainkban, melyek adatgyűjtési stádiumban vannak, egyfelől új mérőeszközökkel közelítünk a vizsgált jelenségekhez, például az NSSI eddigi kutatásainkban nem vizsgált aspektusait az Inventory of Statements About Self-injury (ISAS) (Klonsky & Glenn, 2009; Klonsky & Olino, 2008) kérdőívvel is felmérjük, illetve a MINI interjú új, DSM-5 alapján vizsgáló változatát használjuk, mely a DSM változásait lekövető korszerűsége mellett alkalmas az öngyilkos magatartás még alaposabb feltérképezésére. A keresztmetszeti elrendezésből fakadó módszertani limitációk meghaladása érdekében folyamatban van továbbá a disszertációmban bemutatott klinikai csoport utánkötése is.

Doktori munkám adatgyűjtési fázisa alatt a kutatás országon belüli kiterjesztése nem volt megoldható, így ezekbe a vizsgálatokba csak budapesti intézményeket tudtunk bevonni. Ennek oka az erőforrások hiánya volt, beleértve azt az infrastrukturális akadályt, hogy az öngyilkossági rizikóval kiszűrt fiatalok számára a kutatócsoportunk tagjaiként dolgozó pszichiáter kollégák munkahelyéhez kötöttek tudtuk csak biztosítani a vizsgálati protokollunk által előírt klinikai háttérrel. Az elmúlt év során kutatócsoportunkkal ezeknek az akadályoknak egy részét el tudtuk hárítani, az ország számos pontján létrehoztunk az ott dolgozó kollégákkal együttműködésben vizsgálati centrumokat klinikai és nem-klinikai terepen egyaránt, így az adatgyűjtés és a prevenció munkája már ezekben a centrumokban is folyamatban van.

Az Eredmények fejezet harmadik részeként bemutatott Élet Iskolája projekt pilot vizsgálatát átmenetileg fel kellett függesztenünk a 2019/2020-as tanév második felében kitört COVID-19 járvány, és ennek kapcsán a tantermi oktatás szünetelése miatt. Jelenlegi terveink szerint a következő tanévtől kezdve folytatjuk prevenció programunk fejlesztését és pilot vizsgálatát, illetve megkezdjük a program hatásvizsgálatát. Megfelelő eredmények esetén ezt követően szeretnénk megkezdeni a képzés elindítását az erre nyitott iskolák dolgozói számára, melynek révén a foglalkozások vezetése átkerülhet azoknak a szakembereknek a kezébe, akik a résztvevő fiatalokat közelről ismerve tudják igényeikre szabni a programot az általunk kínált foglalkozástervek között válogatva.

Tervezett kutatási irányaink között szerepel most folyó kutatásainkon felül olyan kvalitatív módszertant is alkalmazó vizsgálatok elindítása, amellyel az NSSI személyes jelentésrétegei, funkciói és a kapcsolódó szubjektív élmények is feltárhatóvá válnak. Egyik tervezett kutatási irányunk a fotóhang részvételi akciókutatási módszer alkalmazása, melynek során az érintett résztvevők adott témákban olyan fényképeket készítenek, melyekkel egyéni nézőpontjukon keresztül kifejezhetik, számukra milyen élmények, jelentések társulnak az NSSI témájához. A résztvevők szempontjából közvetlen cél az NSSI és a mentális egészség problémáihoz kapcsolódó élmények elfogadása és destigmatizálása révén a résztvevők megerősítése és szerepvállalásuk növelése. A projekt során készült és kiválogatott fotók közül az ehhez informált beleegyezésüket adó résztvevők alkotásaiból kiállítást tervezünk készíteni, melynek célja a széles körű prevenció, a társadalmi tudatosság növelése a mentális egészséggel összefüggő problémákkal kapcsolatban, és az ehhez kapcsolódó stigma csökkentése, mindezek által a segítség keresésének és elfogadásának normalizálása.

Remélem, hogy az eddigi és a jövőben tervezett munkáinkkal hozzájárulhatunk a serdülők mentális egészségének javítását szolgáló programok kidolgozásához és terjesztéséhez, melyek révén a fiatalok egyre szélesebb rétege számára válhat hitelessé kutatócsoportunk elsődleges

üzenete: mindannyiunknak lehetnek olyan problémái, amivel nem tudunk egyedül megküzdeni  
– ha ezeket felismerjük magunkban és egymáson, és el tudunk kezdeni együtt gondolkozni róluk,  
akkor a segítség elérhetővé válhat a kilátástalannak tűnő helyzetekben is.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Adams, D., Overholser, J., & Spirito, A. (1994). Stressful Life Events Associated With Adolescent Suicide Attempts. <https://doi.org/10.1177/070674379403900109>
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. kiad.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. kiad.). Washington, DC: Author.
- Ammerman, B. A., Burke, T. A., Alloy, L. B., & McCloskey, M. S. (2016). Subjective pain during NSSI as an active agent in suicide risk. *Psychiatry Research*, 236, 80–85. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.12.028>
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzzese, 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. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
- Arnold, P. (2017a). Dohányzási szokások. In *Németh Ágnes—Költő András (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014* (o. 58–72). Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Arnold, P. (2017b). Drogfogyasztási szokások. In *Németh Ágnes—Költő András (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014* (o. 73–86). Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Astrup, J. (2019). Big story: Down with social media? Elérés 2020. július 4., forrás Community Practitioner website: <https://www.communitypractitioner.co.uk/news/2019/12/big-story-down-social-media>
- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2011). Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: A web-survey. *Archives of*



- Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 15(1), 56–67. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.540467>
- Bakken, N. W., & Gunter, W. D. (2012). Self-cutting and suicidal ideation among adolescents: Gender differences in the causes and correlates of self-injury. *Deviant Behavior*, 33(5), 339–356. <https://doi.org/10.1080/01639625.2011.584054>
- Balázs, J. (2017). Serdülőkori mentális egészségfejlesztő program a középiskolákban: A YAM program bemutatása. *Gyermekgyógyászat*, 68(6), 352–357.
- Balázs, J. (2019). Öngyilkosság-prevenció az iskolákban: A Fiatalkori Mentális Egészség-öntudatosság Program (YAM) bemutatása. *Educatio*, 28(3), 541–549. <https://doi.org/10.1556/2063.28.2019.3.7>
- Balázs, J., Bíró, A., Dálnoki, D., Lefkovich, E., & Tamás, Z. (2004). A Gyermek M.I.N.I. kérdőív magyar nyelvű változatának ismertetése. *Psychiatria Hungarica*, 19(4), 358–364.
- Balázs, J., Győri, D., Horváth, L. O., Mészáros, G., & Szentiványi, D. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: The role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry*, 18(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1620-3>
- Balázs, J., Horváth, L. O., Mészáros, P., & Péczely, D. (2020). „AZ ÉLET ISKOLÁJA”. Egy új iskolai mentális egészségfejlesztő program bemutatása. *Pszichiátriai Hírmondó, A Magyar Pszichiátriai Társaság XXIII. Vándorgyűlése*, 8.
- Balázs, J., & Kapornai, K. (2011). Öngyilkosság gyermek- és serdülőkorban. In S. Kalmár, A. Németh, & Z. Rihmer (Szerk.), *Az öngyilkosság orvosi szemmel* (o. 124–136.). Budapest: Medicina.
- Balázs, J., Lecrubier, Y., Csiszér, N., Koszták, J., & Bitter, I. (2003). Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: Importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *Journal of Affective Disorders*, 76(1–3), 113–119. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00084-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00084-8)

- Bareiss, W. (2017). Adolescent Daughters and Ritual Abjection: Narrative Analysis of Self-injury in Four US Films. *Journal of Medical Humanities*, 38(3), 319–337. <https://doi.org/10.1007/s10912-015-9353-5>
- Baus, N., Fischer-Kern, M., Naderer, A., Klein, J., Doering, S., Pastner, B., ... Kapusta, N. D. (2014). Personality organization in borderline patients with a history of suicide attempts. *Psychiatry Research*, 218(1–2), 129–133. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.048>
- Benjet, C., González-Herrera, I., Castro-Silva, E., Méndez, E., Borges, G., Casanova, L., & Medina-Mora, M. E. (2017). Non-suicidal self-injury in Mexican young adults: Prevalence, associations with suicidal behavior and psychiatric disorders, and DSM-5 proposed diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders*, 215, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.025>
- Bjärehed, J., & Lundh, L.-G. (2008). Deliberate self-harm in 14-year-old adolescents: How frequent is it, and how is it associated with psychopathology, relationship variables, and styles of emotional regulation? *Cognitive behaviour therapy*, 37(1), 26–37.
- Black, E. B., Garratt, M., Beccaria, G., Mildred, H., & Kwan, M. (2019). Body image as a predictor of nonsuicidal self-injury in women: A longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 88, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.11.010>
- Black, E. B., & Mildred, H. (2018). Characteristics of non-suicidal self-injury in women accessing internet help sites. *Clinical Psychologist*, 22(1), 37–45. <https://doi.org/10.1111/cp.12094>
- Brausch, A. M., Decker, K. M., & Hadley, A. G. (2011). Risk of suicidal ideation in adolescents with both self-asphyxial risk-taking behavior and non-suicidal self-injury. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 41(4), 424–434. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00042.x>

- Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2010). Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 233–242. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9482-0>
- Brausch, A. M., & Muehlenkamp, J. J. (2018). Perceived effectiveness of NSSI in achieving functions on severity and suicide risk. *Psychiatry Research*, 265, 144–150. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.04.038>
- Brooks, M., E., Kristensen, K., Benthem, K., J., van, Magnusson, A., Berg, C., W., Nielsen, A., ... Bolker, B., M. (2017). GlimmTMB Balances Speed and Flexibility Among Packages for Zero-inflated Generalized Linear Mixed Modeling. *The R Journal*, 9(2), 378. <https://doi.org/10.32614/RJ-2017-066>
- Brown, R. C., Fischer, T., Goldwisch, D. A., & Plener, P. L. (2020). “I just finally wanted to belong somewhere”—Qualitative Analysis of Experiences With Posting Pictures of Self-Injury on Instagram. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00274>
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal Self-Injury in Adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 20. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0767-9>
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., ... Apter, A. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348.
- Buitron, V., Hill, R. M., Pettit, J. W., Green, K. L., Hatkevich, C., & Sharp, C. (2016). Interpersonal stress and suicidal ideation in adolescence: An indirect association through perceived burdensomeness toward others. *Journal of Affective Disorders*, 190, 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.077>
- Burke, T. A., Hamilton, J. L., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2015). Non-suicidal self-injury prospectively predicts interpersonal stressful life events and depressive symptoms among

- adolescent girls. *Psychiatry Research*, 228(3), 416–424.  
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.06.021>
- Burke, T. A., Piccirillo, M. L., Moore-Berg, S. L., Alloy, L. B., & Heimberg, R. G. (2019). The Stigmatization of Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of clinical psychology*, 75(3), 481–498. <https://doi.org/10.1002/jclp.22713>
- Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Chiesa, F., Guffanti, G., Sarchiapone, M., ... Wasserman, D. (2014). A newly identified group of adolescents at “invisible” risk for psychopathology and suicidal behavior: Findings from the SEYLE study. *World Psychiatry*, 13(1), 78–86. <https://doi.org/10.1002/wps.20088>
- Carli, V., Wasserman, C., Wasserman, D., Sarchiapone, M., Apter, A., Balazs, J., ... Hoven, C. W. (2013). The saving and empowering young lives in Europe (SEYLE) randomized controlled trial (RCT): Methodological issues and participant characteristics. *BMC Public Health*, 13, 479. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-479>
- 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. *Journal of Affective Disorders*, 152–154, 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.005>
- Chartrand, H., Sareen, J., Toews, M., & Bolton, J. M. (2012). Suicide attempts versus nonsuicidal self-injury among individuals with anxiety disorders in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 29(3), 172–179. <https://doi.org/10.1002/da.20882>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1946. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01946>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the social sciences*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cusimano, M. D., & Sameem, M. (2011). The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: A systematic review. *Injury Prevention*, 17(1), 43–49. <https://doi.org/10.1136/ip.2009.025502>

- Csorba, János. (2011). *Öngyilkos és önsértő magatartás serdülőkorban*. Budapest: Animula.
- Csorba, Janos, Dinya, E., Plener, P., Nagy, E., & Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *18*(5), 309–320. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-0733-5>
- Darche, M. A. (1990). Psychological factors differentiating self-mutilating and non-self-mutilating adolescent inpatient females. *Psychiatric Hospital*, *21*(1), 31–35.
- Daukantaitė, D., Lundh, L.-G., Wångby-Lundh, M., Claréus, B., Bjärehed, J., Zhou, Y., & Liljedahl, S. I. (2020). What happens to young adults who have engaged in self-injurious behavior as adolescents? A 10-year follow-up. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01533-4>
- de Klerk, S., van Noorden, M. S., van Giezen, A. E., Spinhoven, P., den Hollander-Gijsman, M. E., Giltay, E. J., ... Zitman, F. G. (2011). Prevalence and correlates of lifetime deliberate self-harm and suicidal ideation in naturalistic outpatients: The Leiden Routine Outcome Monitoring study. *Journal of Affective Disorders*, *133*(1–2), 257–264. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.021>
- Demetrovics, Z., & Kun, B. (2007). Viselkedési addikciók. In Z. Demetrovics (Szerk.), *Az addiktológia alapjai: Köt. I* (o. 133-225.). Budapest: Eötvös Kiadó.
- Ercsei K. (2015). *Tanulási utak, pályautak: A szakképzésben tanulók pályakövetése*. Budapest: Oktatókutató és Fejlesztő Intézet.
- Esposito-Smythers, C., Goldstein, T., Birmaher, B., Goldstein, B., Hunt, J., Ryan, N., ... Keller, M. (2010). Clinical and psychosocial correlates of non-suicidal self-injury within a sample of children and adolescents with bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, *125*(1–3), 89–97. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.029>

- Evren, C., Kural, S., & Cakmak, D. (2006). Clinical correlates of self-mutilation in Turkish male substance-dependent inpatients. *Psychopathology*, 39(5), 248–254. <https://doi.org/10.1159/000094722>
- Farkas, B. F., Györi, D., Horváth, L. O., Mészáros, G., & Balázs, J. (2019). Overview of the current knowledge on Nonsuicidal self-injury. *Buletinul Asociației Balint*, 21(81–82), 20–27.
- Favazza, A. R. (1996). *Bodies under Siege. Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry* (2. kiad.). Baltimore, Maryland: JHU Press.
- Favazza, A. R. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation, Nonsuicidal Self-injury, and Body Modification in Culture and Psychiatry* (3. kiad.). JHU Press.
- Fox, K. R., Millner, A. J., & Franklin, J. C. (2016). Classifying nonsuicidal overdoses: Nonsuicidal self-injury, suicide attempts, or neither? *Psychiatry Research*, 244, 235–242. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.052>
- Gershon, A., Hayward, C., Schraedley-Desmond, P., Rudolph, K. D., Booster, G. D., & Gotlib, I. H. (2011). Life stress and first onset of psychiatric disorders in daughters of depressed mothers. *Journal of Psychiatric Research*, 45(7), 855–862. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.016>
- Gould, M. S., Greenberg, T., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386–405. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000046821.95464.CF>
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., & Altschuler, E. (2009). Service use by at-risk youths after school-based suicide screening. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(12), 1193–1201. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181bef6d5>

- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M.-R. (2016). Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PloS One*, *11*(4), e0153760. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153760>
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*(4), 253–263. <https://doi.org/10.1023/A:1012779403943>
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, *32*(6), 482–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Hamza, C. A., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior: A Latent Class Analysis among Young Adults. *PLOS ONE*, *8*(3), e59955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059955>
- Harrison, X. A. (2015). A comparison of observation-level random effect and Beta-Binomial models for modelling overdispersion in Binomial data in ecology & evolution. *PeerJ*, *3*, e1114. <https://doi.org/10.7717/peerj.1114>
- Hartig, F. (2018). *DHARMA: Residual diagnostics for hierarchical (multi-level/ mixed) regression models. R package v. 0.2. 0.* <https://cran.r-project.org/web/packages/DHARMA/index.html>.
- Hasking, P., & Boyes, M. (2018). Cutting Words: A Commentary on Language and Stigma in the Context of Nonsuicidal Self-Injury. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *206*(11), 829–833. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000899>
- Hasking, P., Lewis, S. P., & Boyes, M. E. (2019). When language is maladaptive: Recommendations for discussing self-injury. *Journal of Public Mental Health*, *18*(2), 148–152. <https://doi.org/10.1108/JPMH-01-2019-0014>

- Heath, N. L., Toste, J. R., Sornberger, M. J., & Wagner, C. (2011). Teachers' Perceptions of Non-Suicidal Self-Injury in the Schools. *School Mental Health*, 3(1), 35–43. <https://doi.org/10.1007/s12310-010-9043-4>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Horesh, N., Nachshoni, T., Wolmer, L., & Toren, P. (2009). A comparison of life events in suicidal and nonsuicidal adolescents and young adults with major depression and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 496–502. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.01.006>
- Horne, O., & Csipke, E. (2009). From Feeling Too Little and Too Much, to Feeling More and Less? A Nonparadoxical Theory of the Functions of Self-Harm: *Qualitative Health Research*. <https://doi.org/10.1177/1049732309334249>
- Hornor, G. (2016). Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 30(3), 261–267. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.06.012>
- Horváth, L. O. (2014). *Önsértő magatartás vizsgálata budapesti serdülőknél*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológia Szak, Budapest.
- Horváth, L. O., Balint, M., Ferenczi-Dallos, G., Farkas, L., Gadoros, J., Györi, D., ... Balazs, J. (2018). Direct Self-Injurious Behavior (D-SIB) and Life Events among Vocational School and High School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6). <https://doi.org/10.3390/ijerph15061068>
- Horváth, L. O., Györi, D., Komáromy, D., Mészáros, G., Szentiványi, D., & Balázs, J. (2020). Nonsuicidal Self-Injury and Suicide: The Role of Life Events in Clinical and Non-Clinical Populations of Adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 370. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00370>



- Horváth, L. O., Mészáros, G., & Balázs, J. (közlésre elfogadva). Mikor nemszuicidális az önsértés? Az önsértő és öngyilkos magatartás kapcsolatának áttekintése. *Psychiatria Hungarica*.
- Horváth, L. O., Mészáros, G., & Balázs, J. (2015). *Serdülőkori nem-szuicidális önsértés: Aktuális kérdések*. 17(1), 14–22.
- Huang, X., Ribeiro, J. D., & Franklin, J. C. (2020). The Differences Between Individuals Engaging in Nonsuicidal Self-Injury and Suicide Attempt Are Complex (vs. Complicated or Simple). *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00239>
- 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. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 320–328. <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.644806>
- IBM Corporation. (2013). IBM SPSS Statistics for Windows (Verzió 22.0). Armonk, NY: IBM 339 Corporation.
- Isohookana, R., Riala, K., Hakko, H., & Räsänen, P. (2013). Adverse childhood experiences and suicidal behavior of adolescent psychiatric inpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), 13–22. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0311-8>
- Jacob, N., Evans, R., & Scourfield, J. (2017). The influence of online images on self-harm: A qualitative study of young people aged 16–24. *Journal of Adolescence*, 60, 140–147. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.08.001>
- 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 and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 37(2), 363–375. <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>

- Johnson, J. H., & McCutcheon, S. (1980). Assessing life stress in older children and adolescents: Preliminary findings with the Life Events Checklist. In I. G. Sarason, I. G., & C. D. Spielberger (Szerk.), *Stress and anxiety* (o. 111–125.). Washington, D.C.: Hemisphere.
- Joiner, T. E. (2005). *Why People Die by Suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kaess, M., Eppelmann, L., Brunner, R., Parzer, P., Resch, F., Carli, V., ... Wasserman, D. (2020). Life Events Predicting the First Onset of Adolescent Direct Self-Injurious Behavior-A Prospective Multicenter Study. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 66(2), 195–201. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.08.018>
- Kalmár, S. (2016). *Az emberi test megváltoztatására irányuló öncélú tevékenységek a szociálisan elfogadottól a patológiás formáig: A nem öngyilkossági szándékkal történő önsértésről*. 18(1), 21–38.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R. C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: New diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202(5), 326–328. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.116111>
- Kiekens, G., Hasking, P., Boyes, M., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., ... Bruffaerts, R. (2018). The associations between non-suicidal self-injury and first onset suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Affective Disorders*, 239, 171–179. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.033>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>

- Klonsky, E. D., May, A. M., & Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 231–237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 192*(3), 166–170. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1045–1056. <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E. D., Mulholland, N., & Laptook, R. (2008). „Dobbynak ki kellett vasalnia a kezét” — Öncsonkítás a Harry Potter-regényekben. In *Harry Potter pszichológiája*. Gold Book.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), 22–27. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.22>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie, 59*(11), 565–568.
- Költő, A. (2017a). Szexuális magatartás és romantikus tapasztalatok. In *Németh Ágnes—Költő András (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014* (o. 121–130). Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Költő, A. (2017b). Szubjektív jóllét és egészségi állapot. In *Németh Ágnes—Költő András (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014* (o. 132–149). Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. London: Wiley.

- Latimer, S., Meade, T., & Tennant, A. (2013). Measuring engagement in deliberate self-harm behaviours: Psychometric evaluation of six scales. *BMC Psychiatry*, *13*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-4>
- Lavaan, Y. R. (2012). *Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. Version 0.5–12 (BETA)*. *48*(2), 1–36. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Sheehan, K. H., ... Dunbar, G. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, *12*(5), 224–231. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Lê-Scherban, F., Brenner, A. B., & Schoeni, R. F. (2016). Childhood family wealth and mental health in a national cohort of young adults. *SSM - Population Health*, *2*, 798–806. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.10.008>
- Lewinsohn, P., Rohde, P., & Seeley, J. (1994, április). Psychosocial Risk Factors for Future Adolescent Suicide Attempts. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.62.2.297>
- Lieberman, R. A., Toste, J. R., & Heath, N. L. (2008). Nonsuicidal self-injury in the schools. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Szerk.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (o. 195-215.).
- Liu, R. T., Frazier, E. A., Cataldo, A. M., Simon, V. A., Spirito, A., & Prinstein, M. J. (2014). Negative Life Events and Non-Suicidal Self-Injury in an Adolescent Inpatient Sample. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, *18*(3), 251–258. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824835>
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, *37*(8), 1183–1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>

- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E. M., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E. J., ... Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: Findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(10), 499–508. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0210-4>
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E. J., Corcoran, P., Fekete, S., ... 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. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 49(6), 667–677. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- 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 Research*, 215(1), 111–119. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.010>
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Kidger, J., Lewis, G., ... Gunnell, D. (2014). Differences in risk factors for self-harm with and without suicidal intent: Findings from the ALSPAC cohort. *Journal of Affective Disorders*, 168, 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.009>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., ... Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet. Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Menninger, K. A. (1935). A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations. *The Psychoanalytic Quarterly*, 4, 408–466.
- Meszaros, G., Horvath, L. O., & Balazs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: A systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1326-y>

- Mosseri A. (2019). Taking More Steps To Keep The People Who Use Instagram Safe | Instagram Blog. Elérés 2020. május 21., forrás <https://about.instagram.com/blog/announcements/more-steps-to-keep-instagram-users-safe>
- Möller, H.-J. (2008). Systematic of psychiatric disorders between categorical and dimensional approaches. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(2), 48–73. <https://doi.org/10.1007/s00406-008-2004-3>
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 43(1), 67–80. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muehlenkamp, J. J., Ertelt, T. W., Miller, A. L., & Claes, L. (2011). Borderline personality symptoms differentiate non-suicidal and suicidal self-injury in ethnically diverse adolescent outpatients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 52(2), 148–155. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02305.x>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 11(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/13811110600992902>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2012). *Self-Harm: Longer-Term Management*. Elérés forrás <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK126777/>
- Németh, Á., & Költő, A. (2017). *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.

- Nemzeti Média és Hírközlési Hatóság. (2012). A média- és hírközlési biztos ajánlása az öngyilkosságokról szóló tudósításokhoz. Elérés 2020. május 22., forrás [http://nmhh.hu/cikk/180149/A\\_media\\_es\\_hirkozlesi\\_biztos\\_ajanlasi\\_az\\_ongyilkossagokrol\\_szolo\\_tudositasokhoz](http://nmhh.hu/cikk/180149/A_media_es_hirkozlesi_biztos_ajanlasi_az_ongyilkossagokrol_szolo_tudositasokhoz)
- Nilsson, D., Gustafsson, P. E., Larsson, J. L., & Svedin, C. G. (2010). Evaluation of the Linköping Youth Life Experience Scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(10), 768–774. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f4acb6>
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, *178*(3), 306–312. <https://doi.org/10.1503/cmaj.061693>
- Nock, M. K. (2009). Why do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current directions in psychological science*, *18*(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, *6*(1), 339–363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, *144*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- O'Connor, R. C., Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Drummond, J., Ferguson, E., ... O'Carroll, R. E. (2018). Suicide attempts and non-suicidal self-harm: National prevalence study of young adults. *BJPsych Open*, *4*(3), 142–148. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.14>

- Okasha, A. (2009). Would the use of dimensions instead of categories remove problems related to subthreshold disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(2), 129. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0052-y>
- Orden, K. A. V., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., Joiner, T. E., & Jr. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Pascoe, J. M., Wood, D. L., Duffee, J. H., Kuo, A., Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health, & Council On Community Pediatrics. (2016). Mediators and Adverse Effects of Child Poverty in the United States. *Pediatrics*, 137(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0340>
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 140(7), 867–872. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.7.867>
- Paul, E., Tsypes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C., & Whitlock, J. (2015). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Research*, 225(3), 276–282. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.026>
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39(9), 1549–1558. <https://doi.org/10.1017/S0033291708005114>
- Plener, Paul L., & Fegert, J. M. (2012). Non-suicidal self-injury: State of the art perspective of a proposed new syndrome for DSM V. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-9>
- Podovoll, E. M. (1969). Self-mutilation within a hospital setting: A study of identity and social compliance. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 213–221.



- Portzky, G, De Wilde, E., & van Heeringen, K. (2008, április). Deliberate Self-Harm in Young People: Differences in Prevalence and Risk Factors Between the Netherlands and Belgium. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-0652-x>
- Portzky, Gwendolyn, & van Heeringen, K. (2006). Suicide prevention in adolescents: A controlled study of the effectiveness of a school-based psycho-educational program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 47(9), 910–918. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01595.x>
- Price, S. J., Muncy, B. L., Bonner, S. J., Drayer, A. N., & Barton, C. D. (2016). Effects of mountaintop removal mining and valley filling on the occupancy and abundance of stream salamanders. *Journal of Applied Ecology*, 53(2), 459–468. <https://doi.org/10.1111/1365-2664.12585>
- Record, R. A., Straub, K., & Stump, N. (2020). #Selfharm on #Instagram: Examining User Awareness and Use of Instagram’s Self-harm Reporting Tool. *Health Communication*, 35(7), 894–901. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1598738>
- Rhemtulla, M., Brosseau-Liard, P. É., & Savalei, V. (2012). When can categorical variables be treated as continuous? A comparison of robust continuous and categorical SEM estimation methods under suboptimal conditions. *Psychological Methods*, 17(3), 354–373. <https://doi.org/10.1037/a0029315>
- Rhodes, J. R. (2015). *Mixture models for overdispersed data*. New York: Oxford University Press.
- Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 17–22. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3280106868>
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67–77. <https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>

- Rudolph, K. D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development*, 70(3), 660–677. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00048>
- Schmidtke, A., & Schaller, S. (2000). The Role of Mass Media in Suicide Prevention—E—Wiley Online Library. In K. Hawton & K. van Heeringen (Szerk.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (o. 675–697). Wiley.
- Scott, M. A., Wilcox, H. C., Schonfeld, I. S., Davies, M., Hicks, R. C., Turner, J. B., & Shaffer, D. (2009). School-based screening to identify at-risk students not already known to school professionals: The Columbia suicide screen. *American Journal of Public Health*, 99(2), 334–339. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.127928>
- Seko, Y., & Kikuchi, M. (2020). Self-Injury in Japanese Manga: A Content Analysis. *Journal of Medical Humanities*. <https://doi.org/10.1007/s10912-019-09602-9>
- Shanahan, N., Brennan, C., & House, A. (2019). Self-harm and social media: Thematic analysis of images posted on three social media sites. *BMJ Open*, 9(2), e027006. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027006>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Sheehan, David V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., ... Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313–326. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>
- Sheets, E. S., & Craighead, W. E. (2014). Comparing chronic interpersonal and noninterpersonal stress domains as predictors of depression recurrence in emerging adults. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 36–42. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.09.001>

- Sher, L., & Stanley, B. H. (2008). The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 12(4), 299–308. <https://doi.org/10.1080/13811110802324748>
- Simeon, D., & Favazza, A. R. (2001). Self-injurious behaviors: Phenomenology and assessment. In D. Simeon & E. Hollander (Szerk.), *Self—Injurious behaviors: Assessment and treatment*. (o. 1–28). Washington: American Psychological Association.
- Skegg, K. (2005). Self-harm. *The Lancet*, 366(9495), 1471–1483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67600-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67600-3)
- Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, 81(2), 119–145. <https://doi.org/10.1037/h0036128>
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., ... Nock, M. K. (2010). Cross-National Analysis of the Associations between Traumatic Events and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS ONE*, 5(5), e10574. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0010574>
- Stewart, J. G., Esposito, E. C., Glenn, C. R., Gilman, S. E., Pridgen, B., Gold, J., & Auerbach, R. P. (2017). Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.031>
- Stewart, J. G., Shields, G. S., Esposito, E. C., Cosby, E. A., Allen, N. B., Slavich, G. M., & Auerbach, R. P. (2019). Life Stress and Suicide in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(10), 1707–1722. <https://doi.org/10.1007/s10802-019-00534-5>
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00105-0)

- Swahn, M. H., Ali, B., Bossarte, R. M., Van Dulmen, M., Crosby, A., Jones, A. C., & Schinka, K. C. (2012). Self-harm and suicide attempts among high-risk, urban youth in the U.S.: Shared and unique risk and protective factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*(1), 178–191. <https://doi.org/10.3390/ijerph9010178>
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *44*(3), 273–303. <https://doi.org/10.1111/sltb.12070>
- Takács, B. (2011). *Mivel él az ember?* *12*(119), 8–9.
- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2015). Risk factors associated with self-injurious behavior among a national sample of undergraduate college students. *Journal of American College Health: J of ACH*, *63*(1), 40–48. <https://doi.org/10.1080/07448481.2014.953166>
- Team RC. R. (2018). *A language and environment for statistical computing*. Elérés forrás <http://www.Rproject.org>
- Trewavas, C., Hasking, P., & McAllister, M. (2010). Representations of non-suicidal self-injury in motion pictures. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *14*(1), 89–103. <https://doi.org/10.1080/13811110903479110>
- Tuisku, V., Kiviruuu, O., Pelkonen, M., Karlsson, L., Strandholm, T., & Marttunen, M. (2014). Depressed adolescents as young adults—Predictors of suicide attempt and non-suicidal self-injury during an 8-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, *152–154*, 313–319. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.09.031>
- Vargha, A. (2003). Mi Történik, mit Tegyük, ha Változók nem Normális Eloszlású? Számítógépes Statisztikai Elemzések, Ordinális Csoportösszehasonlító Modellek. *PhD Értekezés, Magyar Tudományos Akadémia*.

- Várnai, D., & Zsiros, E. (2017). Kortársbántalmazás és verekedés. In *Németh Ágnes—Költő András (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014* (o. 95–107). Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.
- Victor, Sarah E., Styer, D., & Washburn, J. J. (2015). Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: Evidence from a clinical sample of youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0053-8>
- Victor, Sarah Elizabeth, Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an „addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 197(1–2), 73–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.011>
- Wasserman, C., Hoven, C. W., Wasserman, D., Carli, V., Sarchiapone, M., Al-Halabí, S., ... Poštuvan, V. (2012). Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: Lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health*, 12(1), 776. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-776>
- Wasserman, D., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A., Balazs, J., Bobes, J., ... Corcoran, P. (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): A randomized controlled trial. *BMC public health*, 10(1), 192.
- Wasserman, D., Hoven, C. W., Wasserman, C., Wall, M., Eisenberg, R., Hadlaczky, G., ... Carli, V. (2015). School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet (London, England)*, 385(9977), 1536–1544. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61213-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7)
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whitlock, J., 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. *The*

*Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 52(4), 486–492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>

Whitlock, J., Purington, A., & Gershkovich, M. (2009). Media, the Internet, and nonsuicidal self-injury. In *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (o. 139–155). <https://doi.org/10.1037/11875-008>

Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2012). Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychological Medicine*, 42(4), 717–726. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001814>

Wurtzel, E. (2004). *Prozac-ország*. Budapest: Európa.

Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, O., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>

Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., & Svedin, C. G. (2013). A comparison of adolescents engaging in self-injurious behaviors with and without suicidal intent: Self-reported experiences of adverse life events and trauma symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 42(8), 1257–1272. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9872-6>

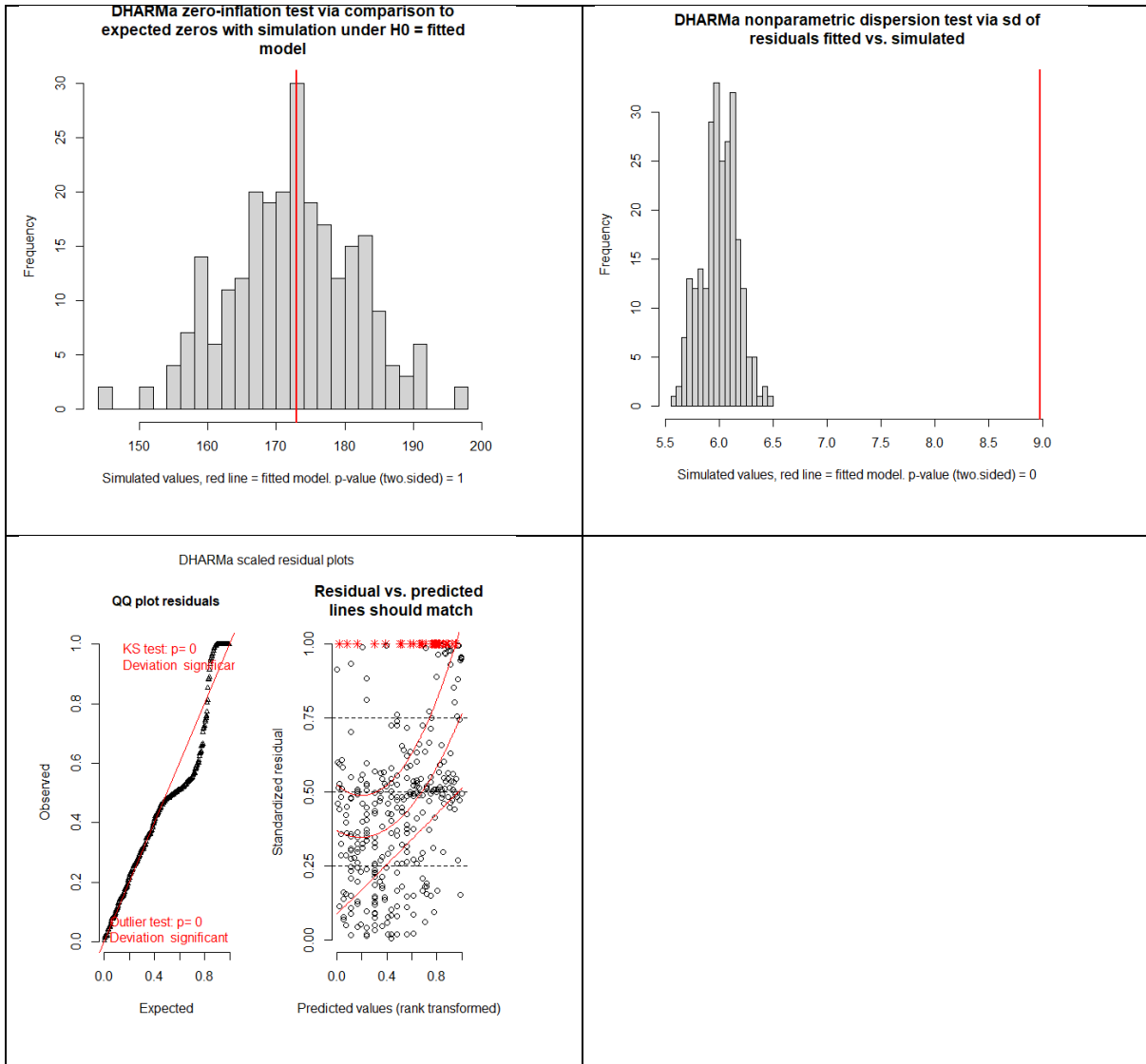
Zsiros, E., & Várnai, D. (2017). Az iskola szerepe. In *Németh Ágnes—Költő András (szerk.): Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014* (o. 198–208). Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.

## MELLÉKLETEK

1. táblázat. Küszöbértékek és illeszkedések az öngyilkos magatartást és az NSSI-t vizsgáló tételeknél a faktoranalízis során (Horváth és mtsai., 2020)

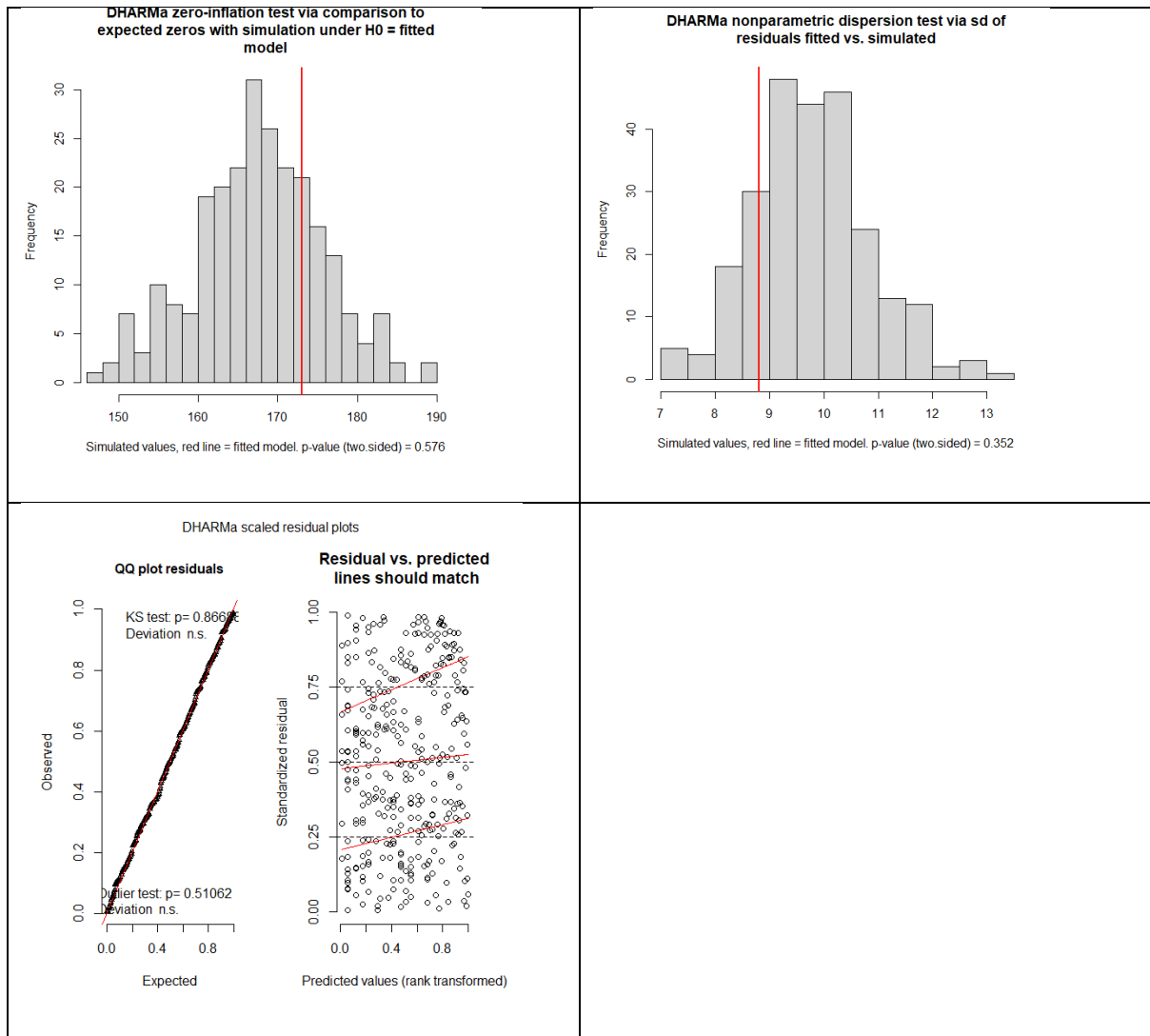
<b>Küszöb értékek</b>						
rmsea	cfi	tli	rni	ifi	srmr	agfi
0,08	0,90	0,90	0,90	0,90	0,08	0,90
<b>Öngyilkos magatartás tételek</b>						
rmsea	cfi	tli	rni	ifi	srmr	agfi
0,04	0,994	0,992	0,994	0,994	0,073	0,993
<b>NSSI tételek</b>						
rmsea	cfi	tli	rni	ifi	srmr	agfi
0	1	1,007	1,006	1,006	0,1	0,914

rmsea: megközelítési négyzetes középérték hiba, cfi: összehasonlító illeszkedési mutató, tli: Tucker-Lewis mutató, rni: relatív illeszkedési mutató, ifi: inkrementális illeszkedési mutató, srmr: standardizált reziduális négyzetes középérték, agfi: igazított illeszkedés jósága mutatója

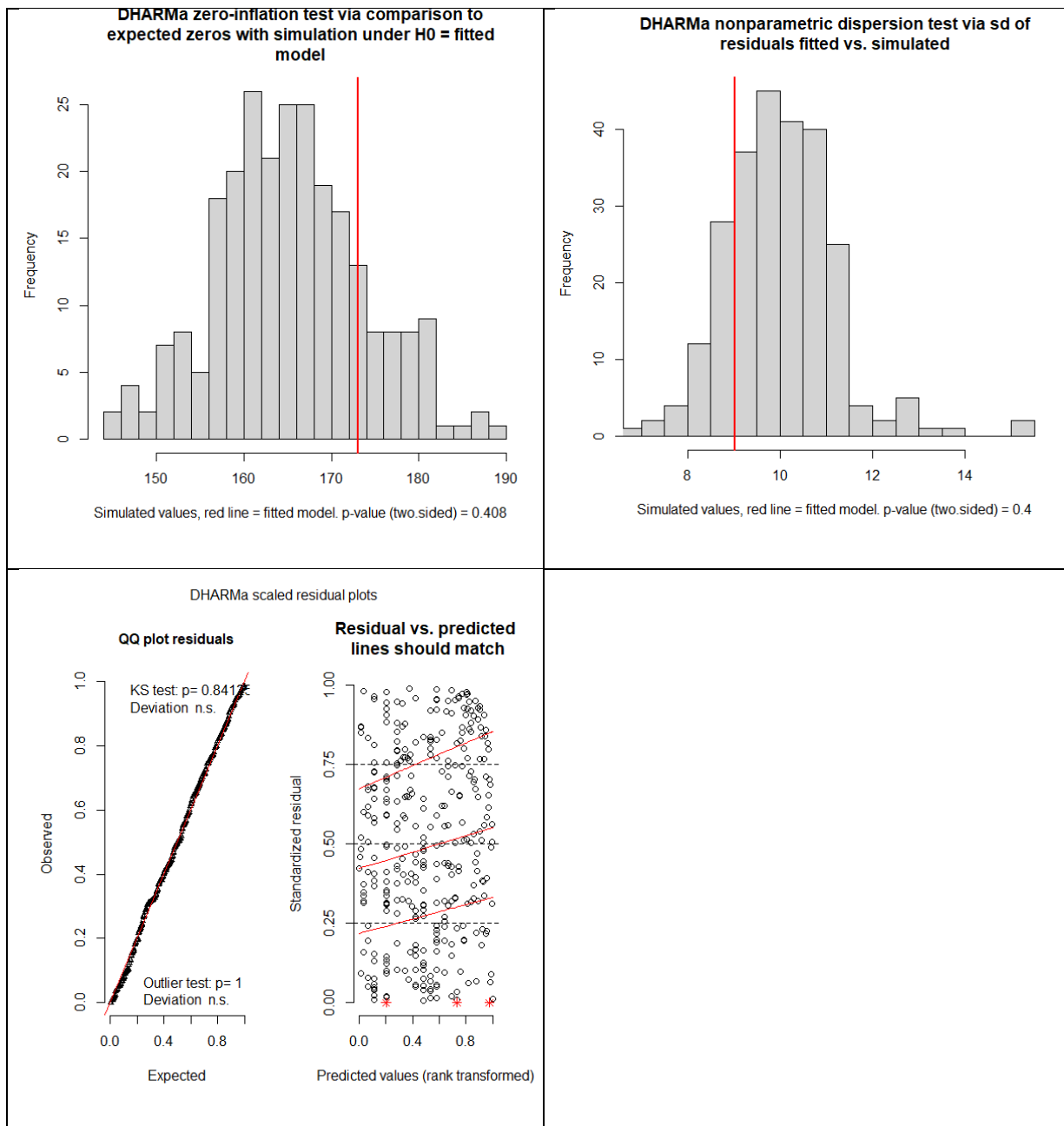


1. ábra. A Poisson model mutatói (Horváth és mtsai., 2020)

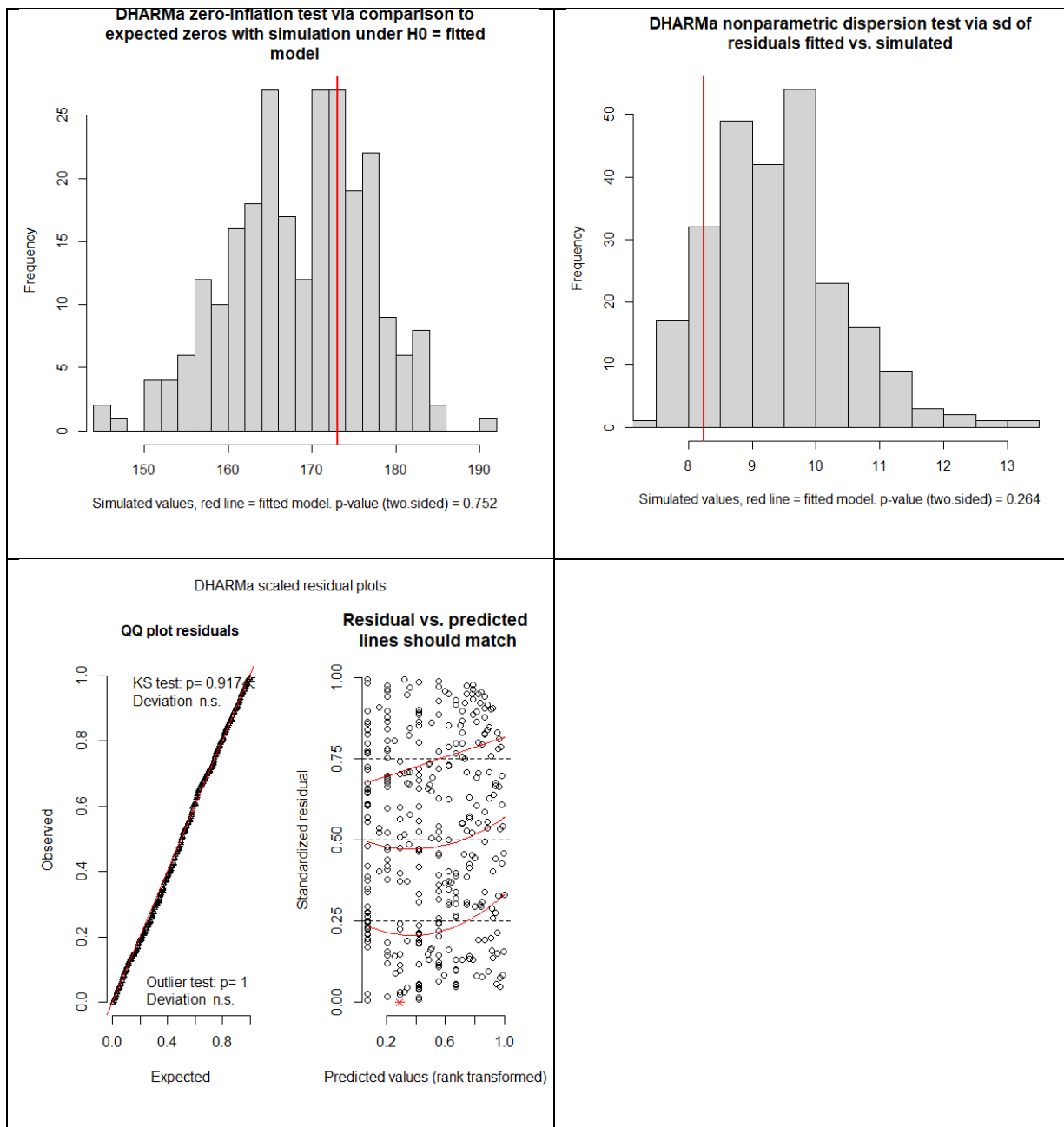




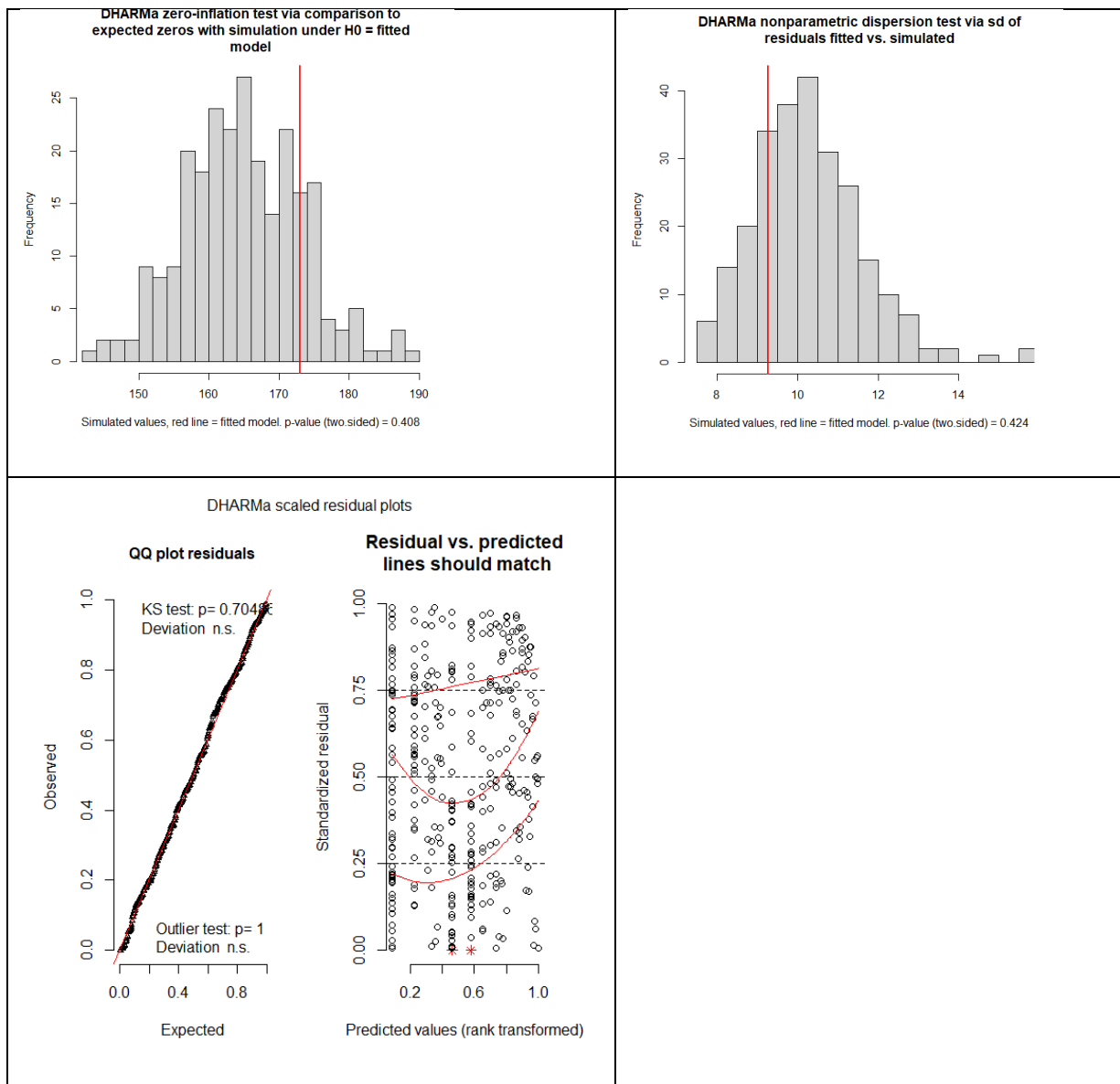
2. ábra. A negatív binomiális modell mutatói (Horváth és mtsai., 2020)



3. ábra. A nem-interperszonális életesemények negatív binomiális modelljének mutatói (Horváth és mtsai., 2020)



4. ábra. Az interperszonális életesemények negatív binomiális modelljének mutatói (Horváth és mtsai., 2020)



5. ábra. A kedvezőtlen gyermekkori körülmények negatív binomiális modelljének mutatói (Horváth és mtsai., 2020)