

A NEM SZUICIDÁLIS ÖNSÉRTÉS ÉS MOTIVÁCIÓJÁNAK MÉRÉSE SERDÜLŐKNÉL: AZ ÁLLÍTÁSOK AZ ÖNSÉRTÉS KAPCSÁN KÉRDŐÍV (ISAS-HU) MAGYAR ADAPTÁCIÓJA

REINHARDT MELINDA^{1,2*} – KÖKÖNYEI GYÖNGYI^{1,3,4} –
DRUBINA BOGLÁRKA^{5,1,6} – URBÁN RÓBERT¹

¹ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Budapest, Magyarország

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

³SE-NAP 2 Genetikai Agyi Képzőképző Migrén Kutatócsoport, MTA, SE, Budapest, Magyarország

⁴Semmelweis Egyetem, Gyógyszerhatástani Intézet, Budapest, Magyarország

⁵ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest, Magyarország

⁶Területi Gyermekvédelmi Központ és Fővárosi Gyermekvédelmi Szakszolgálat,
Szakértői Bizottság, Budapest, Magyarország

E-mail: reinhardt.melinda@ppk.elte.hu

Benyújtva: 2021. január 11. – *Elfogadva:* 2021. május 27.

Háttér és célkitűzések: A nem öngyilkossági szándékkal végrehajtott szándékos önsértés (pl. a testfelszín direkt megvágása, megütése) élettartam-prevalenciáját a különböző kutatások normatív kamaszpopulációkban 18 és 40% közé teszik. Kevés olyan kérdőív van azonban, mely az önsértést részletesen tárja fel. Kutatásunk célja egy összetett önsértés kérdőív, az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (ISAS-HU) bevezetése volt a magyar testállományba.

Módszer: 1015 középiskolás kamasz (66,1%; N = 671 lány; átlagéletkor 16,81 év; szórás = 1,42) töltötte ki a kérdőívcsomagot, mely az önsértés komplex felmérése mellett érzelmszabályozási nehézségekre és pszichés betegségtünetekre kérdezett rá.

Eredmények: A vizsgált serdülők 58,8%-a (N = 597) sohasem folytatott élete során önsértést, míg 41,2%-uk (N = 418) arról számolt be, hogy végzett már legalább egyszer valamilyen önsértő cselekedetet. A teljes minta 31,7%-a (N = 322) mindezt az elmúlt hónapban tette. A lányok másfélszer nagyobb eséllyel válnak önsértővé, mint a fiúk, s a sohasem önsértők jellemezhetők a legjobb pszichés egészségmutatókkal. Tanulmányunkban az önsértéshez kapcsolódó attitűdinális komponensek leíró adatait is közöljük. A kérdőív második egységén, az önsértés háttérében álló lehetséges okok tételén elvégzett, azok keresztmetszeit is megengedő megerősítő faktorelemzés (Exploratory Structural Equation Modeling) a skála eredeti kétfaktoros

* levelező szerző; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7010-5623>

szerkezetét igazolta. Az önsértés hátterében egy markáns intraperszonális és egy interperszonális motívumkör rajzolódott ki, kiváló megbízhatósági mutatókkal. Az önsértő lányok almintáján elvégzett validációs elemzések az elvártakat igazolták: az intraperszonális okok miatt elkövetett önsértés rosszabb pszichés állapottal és kifejezettebb érzelmszabályozási nehézségekkel társult. A repetitív önsértők a „kipróbálókhoz” képest pedig inkább intraperszonális okok miatt folytatnak önsértést.

Következtetések: Az ISAS-HU egy pszichometriailag jól működő, a nem szuicidális önsértést számos szempontból könnyen és gyorsan felmérő komplex mérőeszköz.

Kulcsszavak: nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés, Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív, kérdőív-adaptáció, pszichometria, serdülők

BEVEZETÉS

A nem öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés (non-suicidal self-injury; NSSI) a saját test akaratlagos, de nem öngyilkossági szándékkal végrehajtott megsértését jelenti (International Society for the Study of Self-Injury, 2018). Ilyen lehet például a testfelszín megvágása, megütése, megkarmolása, megharapása és megegetése, de idesorolják a sebgyógyulás szándékos megakadályozását vagy veszélyes anyag lenyelését is szuicid szándék nélkül (Klonsky és Glenn, 2009). Annak ellenére, hogy több vizsgálat (pl. Andover és Gibb, 2010) az NSSI-t az öngyilkossági szándék és viselkedés rizikófaktoraként azonosította, fontos megkülönböztetnünk azoktól: az NSSI-ben az öndestruktív viselkedéshez nem kapcsolódik öngyilkossági szándék és magatartás, bár párhuzamosan jelen lehet azzal (Klonsky, Victor és Shaffer, 2014).

A nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés serdülők körében

A kutatások konzisztensek abban a tekintetben, hogy az NSSI-cselekedetek a leggyakrabban serdülőkorban fordulnak elő (Brown és Plener, 2017). Egy több mint 50 vizsgálatot összefoglaló szisztematikus áttekintés az NSSI élettartam-prevalenciájának átlagát 18%-ban állapította meg kamaszpopulációkban (Muehlenkamp, Claes, Havertape és Plener 2012). A tanulmány azonban arra is felhívja a figyelmet, hogy a különböző vizsgálatok becslésében jelentős eltérés lehet azok módszertani különbségei miatt. Amíg az eldöntendő kérdéstípuson alapuló felmérések átlagosan 12,5%-os élettartam-gyakoriságot jeleznek, addig a különböző önsértő viselkedéseket felsoroló és azok jellemzőit részletesebben feltáró listák átlagosan majdnem kétszeres élettartam-prevalenciát (23,6%) azonosítanak (Muehlenkamp és mtsai, 2012). Több, serdülők körében végzett kutatásban nem ritka a 40%-ot közelítő előfordulási gyakoriság sem (Brunner és mtsai, 2014; Jacobson és Gould, 2007), ami arra is utalhat, hogy az egyes nemzeti minták között különbség lehet a nem szuicidális önsértés előfordulási gyakoriságában. Problémát jelent továbbá az összehasonlításban az is, hogy a legtöbb kutatás csupán életprevalencia-értéket közöl az önsértés kapcsán, pontprevalenciát nem adnak meg. Ehhez kapcsolódik, hogy a felmérések gyakran nem figyelnek arra, hogy a felmért önsértés fennáll-e aktuálisan, vagy csak a múltban volt jelen. Azok az önsértéskutatások és -kérdőívek, melyek erre a szempontra is figyelnek, általában az egy hónapon belül

önsértést végzőket tekintik jelenleg önsértőknek (Claes és Vandereycken, 2007). Egy friss haza felmérés szerint az NSSI élettartam-prevalenciája nem klinikai serdülő mintában 23,6% volt (Horváth és mtsai, 2020). Ebben a kutatásban önsértőnek azt tekintették, aki a Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI; Gratz, 2001) kérdőív alapján a felsorolt 16 önsértő viselkedés bármelyikére igen választ adott. Ki kell emelnünk azt a nemzetközi szakirodalomban egyértelműen megjelenő trendet is, amely az NSSI prevalenciájának radikális emelkedését jelzi az elmúlt egy évtized során. Wester, Trepal és King (2018) például elsőéves amerikai egyetemisták körében mutatták ki, hogy 2008 és 2015 között az NSSI élettartam-prevalenciája 16%-ról 45%-ra nőtt.

Az önsértő viselkedés tekintetében fontos figyelembe vennünk annak gyakoriságát is. A serdülők egy része ugyanis csak „kipróbálja” az NSSI valamely formáját, de azt követően nem folytatja (Swannell, Martin, Page, Hasking és John, 2014). A DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition; American Psychiatric Association, 2013) diagnosztikai kézikönyve a további kutatásokat igénylő állapotok fejezetében megfontolásra ajánlja a nem szuicidális önsértés zavart (non-suicidal self-injury disorder, NSSID). Az NSSID egyik fő kritériuma a repetitív önsértés. Ennek alapján a zavar szintű önsértés akkor lenne kódolható, ha a személy az elmúlt év során legalább öt alkalommal végzett valamilyen NSSI-cselekedetet. Zetterqvist (2015) áttekintő tanulmánya szerint az így meghatározott önsértés gyermek és serdülő nem klinikai mintákban 1,5% körül mozgott.

Fontos demográfiai tény, hogy a kutatások konzisztensen a serdülő lányok önsértésre való magasabb kockázatát jelzik. Különösen igaz ez a klinikai populációra, de normatív mintákban is rendre kimutatják ezt az összefüggést (Bresin és Schoenleber, 2015). Nemi különbséget mutattak ki továbbá az alkalmazott önsértési módokban is. Nem klinikai serdülő mintában a lányok a leggyakrabban vágásról számoltak be, míg a fiúk önmaguk megütéséről vagy arról, hogy direkt beütötték valamelyik testrészüket (Barrocas, Hankin, Young és Abela, 2012).

A nem szuicidális önsértés rizikótényezői és összefüggései más pszichológiai változókkal

Az elmúlt évtizedben az NSSI rizikófaktorainak feltárása az önsértéskutatások középpontjába került. A megfelelő társas készségek hiánya és az alacsony önkompetencia az önsértés legrelevánsabb rizikótényezőinek bizonyultak (Baetens, Claes, Muehlenkamp, Grietens és Onghena, 2012). Ennek háttere, hogy a szociális alkalmazkodás problémái gátolják az adekvát társas válaszadást és problémamegoldást (Nock és Mendes, 2008). A figyelmi nehézségek, valamint a múltbeli és jelenbeli negatív életesemények szintén megnövelhetik az NSSI kialakulásának valószínűségét (Liu, Frazier, Cataldo, Simon, Spirito és Prinstein, 2014). A fájdalomanalgézia pedig önmagában is rizikófaktornak bizonyult az önsértés tekintetében (Glenn, Michel, Franklin, Hooley és Nock, 2014). Egy húsz tanulmányt összefoglaló metaanalízis az NSSI legfontosabb rizikófaktoraként pedig a korábbi NSSI-cselekedeteket, a B-klasztérs személyiségzavar-tüneteket (pl. szélsőséges hangulatingadozás, impulzuskontroll-zavarok, kötődési nehézségek) és a reménytelenség érzését azonosította (Fox és mtsai, 2015). Ugyanakkor a metaanalízisben arra is rámutattak, hogy ezeket az összefüggéseket a minta

jellege, az életkor és az önsértést becslő mérőeszköz jelentősen meghatározta. Klinikai (vs. normatív) és felnőtt mintákban (vs. serdülők), valamint folytonos skálán alapuló mérésekben (vs. igen-nem típusúak) ugyanis a fenti rizikófaktorok szignifikánsan erőteljesebb befolyásolói voltak az NSSI-nek (Fox és mtsai, 2015).

Az NSSI-cselekedetekkel kapcsolatban számos diszfunkcionális érzelmszabályozó stratégiát sikerült azonosítani. Ezek közül az elkerülésfókuszú érzelmemregulációs mechanizmusok emelkednek ki, így a disszociáció (Batey, May és Andrade, 2010) és a negatív élmények elkerülésére irányuló kognitív torzítás, a tapasztalati elkerülés (experiential avoidance, EA) (Brereton és McGlinchey, 2019). Mindkét maladaptív érzelmszabályozó stratégia, ahogyan maga az önsértés is, időszakosan abban segítheti a személyt, hogy nem kívánt érzelmeinek átélését elkerülje (Chapman, Gratz és Brown, 2006). Az NSSI kurrens magyarázómodelljei közül több is (pl. a Tapasztalati Elkerülés Modell; Experiential Avoidance Model [EAM], Chapman és mtsai, 2006) az NSSI-dinamika központi elemének tekintik a negatív tapasztalatok (érzelmi állapotok, gondolatok, emlékek) elkerülésének tendenciáját (bővebben ld. Brereton és McGlinchey [2019] szisztematikus irodalmi áttekintését). A Tapasztalati Elkerülés Modell szerint az alacsony distressztolerancia és az érzelmemregulációs deficit egy erős intenzitású érzelmekhez vezethetnek, amelyek azért aktiválnak önsértést, hogy annak segítségével a személy elkerülhesse a fájdalmas érzelmi élményeket (Chapman és mtsai, 2006). Brereton és McGlinchey (2019) arra is felhívja a figyelmet, hogy csupán két olyan tanulmányt találtak, amely serdülők körében tesztelte a tapasztalati elkerülés és az NSSI kapcsolatát.

Az NSSI-viselkedéssel gyakran társulnak továbbá hangulati és szorongásos tünetek, illetve zavarok, sőt a nem szuicidális önsértés mint transzdiagnosztikus jelenség a mentális zavarok teljes spektrumában előfordulhat (Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala és Barlow, 2015).

A nem szuicidális önsértés felmérése

A fentiek is rámutatnak arra, hogy a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés egy összetett jelenség. Ezzel szoros összefüggésben a felmérésében is érvényesülnie kell ennek a komplexitásnak. A dichotóm formájú (végzett-e önsértést vagy sem) becsléseket meghaladva érdemes az NSSI-cselekedeteket részletesebben feltárni. Az elmúlt évtizedekben több mérőeszközt is kifejlesztettek az NSSI-viselkedés mérésére (ld. Sansone és Sansone [2010] összefoglalóját). Ezek közül azonban számos csak az önsértő viselkedés fajtáit, megjelenését és előfordulási gyakoriságát méri fel (pl. Deliberate Self-Harm Inventory, DSHI; Gratz, 2001). Mások rendkívül hosszúak (pl. Self-Harm Behavior Survey; Favazza, 1986), vagy az öngyilkosságra is rákérdeznek (pl. DSHI; Gratz, 2001). Kevés olyan kérdőív van, amely a jelenség átfogó felmérését adja. Hazánkban eddig egy összetett, a nem szuicidális önsértés feltérképezésére alkalmas eszközt vezettek be a teszthasználatba, a Self-Injury Questionnaire–Treatment Related (SIQ-TR, Claes és Vandereycken, 2007; magyarul: Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív; Reinhardt, Drubina, Horváth és Kökönyei, 2020) elnevezésű mérőeszközt. Ez azonban

terjedelmes, s leginkább a klinikai gyakorlatban alkalmazható kérdőív. Tanulmányunk fő célja ezért egy összetett, normatív populációkban is alkalmazható NSSI-mérőeszköz bevezetése volt a magyar tesztállományba.

Az eredeti kérdőív bemutatása

Az Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS; Klonsky és Glenn, 2009) felépítése

A mérőeszköz, mely megtalálható a Függelékben, két nagy részből áll: az (I) első rész (Behaviors) a nem szuicidális önsértés leíró adataira, míg a (II) második rész (Functions) az annak háttérében meghúzódó okokra kérdez rá. A kérdőívet bevezető instrukció tisztán definiálja, mit tekintünk önsértő viselkedésnek: kiemeli annak szándékos és a saját személyre (testre) irányuló voltát, valamint azt, hogy az ilyen cselekedetek háttérében nem áll öngyilkossági készletetés.

Az (I) első egység először 12 önsértési formát sorol fel (pl. megvágta magát, megharapta magát, nagyon erősen/mélyen megkarmolta magát, beütötte vagy megütötte magát, megakadályozta a sebeid gyógyulását). Lehetőség van arra is, hogy egy 13., addig fel nem sorolt önsértési módot is beírjon a személy. A kitöltőnek (a) azt kell megbecsülnie, hogy élete folyamán körülbelül hányszor sértette meg magát a felsorolt módokon. Amennyiben sohasem, akkor 0-at kell beírnia. A kérdőív kitöltését azok folytatják, akik valamilyen módon végeztek életük során önsértő cselekvést. Ők a következő területeket fedik fel az önsértés kapcsán: (b) megjelölik a számukra legjellemzőbb, leggyakoribb önsértési módot, (c) megadják, hogy hány évesen végeztek először önsértést, és mikor önsértettek legutoljára, (d) tapasztaltak-e fizikai fájdalmat önsértés közben, (e) egyedül voltak-e önsértés közben, (f) általában mennyi idő telik el aközött, hogy készletetést éreznek az önsértésre, és azt meg is teszik, illetve (g) szeretnék volna-e/szeretnék-e abbahagyni az önsértő viselkedést.

A (II) második egység 39 tétellel az önsértés háttérében meghúzódó lehetséges okokat tárja fel a személyre jellemzően. A kitöltő háromfokú skálán (0 = *nem jellemző*, 1 = *valamennyire jellemző*, 2 = *nagyon jellemző*) ítéli meg, hogy az adott állítás mennyire vonatkoztatható rá, amikor önsértést végez („Amikor önsértést végzek, akkor azáltal...”). Klonsky és Glenn (2009) az önsértés 13 lehetséges okát azonosította: (1) Érzelemszabályozó funkció (1., 14., 27. tétel); (2) Személyközi határok szabályozása (2., 15., 28. tétel); (3) Önbüntetés (3., 16., 29. tétel); (4) Gondoskodás önmagáról (4., 17., 30. tétel); (5) Disszociáció megszüntetése/érzések generálása (5., 18., 31. tétel); (6) Öngyilkossági gondolatok megelőzése (6., 19., 32. tétel); (7) Szenzoros élménykeresés (7., 20., 33. tétel); (8) Kötődés a kortársakhoz (8., 21., 34. tétel); (9) Interperszonális figyelem kiváltása (9., 22., 35. tétel); (10) Szívósság kifejezése (10., 23., 36. tétel); (11) Distressz jelzése (11., 24., 37. tétel); (12) Bosszú kifejezése (12., 25., 38. tétel) és (13) Autonómia kifejezése (13., 26., 39. tétel). Mind a 13 okra 3-3 tétel töltődik, s mindegyiken minimum 0 (nem jellemző az adott ok az önsértés háttérében), maximum 6 pont (az adott motiváció kifejezetten jelen van az önsértés során) szerezhető. Washburn és munkatársai (2012) kialakították az ISAS második részének rövid változatát. Ebben a 13 okot 26 tétel méri fel, mindegyik funkciót a hosszú változat két-két

legjellemzőbb tétele fedi le, így funkcióként minimum 0, maximum 4 pont szerezhető. A Függelék végén bemutatjuk a rövid változat tégeit és kiértékelését is.

A kérdőív két opcionálisan megválaszolható nyitott kérdéssel zárul, melyek szabad kifejtést biztosítanak azzal kapcsolatban, hogy van-e olyan ok a személy önsértése hátterében, amely nem szerepelt a kérdőívben, illetve mit gondol, van-e olyan motiváció az önsértés hátterében, amelyet a kérdőív nem sorolt fel, de jellemző lehet, vagy előfordulhat.

Az Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS; Klonsky és Glenn, 2009) pszichometriai jellemzői

Az ISAS első egységénél előfordulásra (pl. mikor végzett legutoljára önsértést) és gyakoriságra (pl. hányszor vágta meg magát szándékosan a személy életében) vonatkozó adatokat, továbbá dichotóm (igen vagy nem) vagy diszkrét (igen, néha, nem) változókkal jellemezhető önsértés-demográfiai adatokat kapunk. Ezek lehetőséget adnak a különböző nemzetközi vagy hazai kutatásokban az összehasonlításra.

A második kérdőívegységénél elemezhetjük a 13 funkció elért átlagokat, így az önsértés hátterében álló legjellemzőbb motívumokat. Klonsky és Glenn (2009) a 13 okot feltáró faktorelemzéssel (Exploratory Factor Analysis; EFA) két tágabb funkciókörbe rendezték: egy intraperszonális és egy interperszonális faktort azonosítottak. Ez a két nagy faktor harmonikusan megerősíti Nock és Prinstein (2004) Négy Funkció Modelljét (Four Function Model, FFM), mely a nem szuicidális önsértés motivációit teoretikusan kategorizálja. Nock és Prinstein (2004) felosztásában az önsértő cselekedetek (1) csökkentik a negatív érzéseket, vagy (2) pozitív, vágyott érzelmi állapotokat generalizálnak. Előbbit intraperszonális negatív megerősítő, utóbbit intraperszonális pozitív megerősítő funkciónak nevezik. Az önsértő viselkedés továbbá szociális tapasztalatokat is (3) csökkenthet vagy éppen (4) indukálhat (pl. eltávolít másoktól, vagy közös tapasztalatot képez a kortársakkal). Előbbit interperszonális negatív, utóbbit interperszonális pozitív megerősítésként címkézik. Az önsértés tehát történhet intraperszonális (érzelmek kezelése) és interperszonális (társas hatások kezelése) motívumok mentén. Az intraperszonális motívumokat gyakrabban azonosítják az önsértés hátterében álló tényezőkként (Brackman és Andover, 2017; Taylor, Jomar, Dhingra, Forrester és Shahmalak, 2018). Ezek közül is különösen az érzelemszabályozó és az önbüntető tendenciákat emelik ki a kutatások (Klonsky, 2007; Kortge, Mead és Tennant, 2013).

Klonsky és Glenn (2009) faktorelemzése intraperszonális motívumként írja le az Érzelemszabályozó, a Disszociáció megszüntetése, az Öngyilkossági gondolatok megelőzése, a Distressz jelzése és az Önbüntetés skálákat. Az interperszonális motívumkörbe pedig a következő nyolc faktor került az elemzés szerint: Autonómia kifejezése, Személyközi határok szabályozása, Interperszonális figyelem kiváltása, Kötődés a kortársakhoz, Bosszú kifejezése, Gondoskodás önmagáról, Szenzoros élménykeresés, valamint a Szívósság kifejezése. A faktorszerkezetben egyetlen bizonytalanság mutatkozott. Az Önmagáról való gondoskodás skála közel azonos – közepes – mértékben töltődött mind az intra-, mind az interperszonális faktorokra. Másrészt a skála tartalmilag jobban kötődik az intraperszonális okokhoz, hiszen arra utal, hogy a személy

az önsértéssel létrehoz egy fizikai sebet, melyről gondoskodhat ahelyett, hogy a saját érzelmi distresszét élné meg.

A mérőeszköz bevezető tanulmányában a két nagy faktor kiváló belső konzisztenciával bírt (Cronbach- α = 0,80 az intraperszonális és Cronbach- α = 0,88 az interperszonális faktor esetében), ahogyan érvényessége is megerősítést nyert. A konvergens validitási adatok szerint mind az intra-, mind az interperszonális motívumok pozitív kapcsolatban álltak az öngyilkossági gondolatokkal, a depresszív tünetekkel és az érzelmileg labilis személyiségzavarral egyetemista mintában. Az intraperszonális motívumok pedig erőteljesebben asszociálódtak a depresszív tünetekkel és az öngyilkossági gondolatokkal, mint az interperszonális funkciók (Klonsky és Glenn, 2009).

A kiváló validitás- és reliabilitásadatoknak köszönhetően a kérdőív hamar elterjedt az utóbbi évtized önsértéskutatásaiban. Minden további kutatás megerősítette a két felsőbbrendű funkciófaktort. Például egy széles életkori övezetet felölelő klinikai mintán alapuló (Klonsky, Glenn, Styer, Olino és Washburn, 2015) és egy angol nyelvű országokat (USA, Nagy-Britannia, Kanada, Ausztrália) bevonó nagy mintás kutatás is (Kortge és mtsai, 2013). Török (Bildik, Somer, Kabukcu Basay, Basay és Ozbaran, 2013), koreai (Kim, Kim és Hur, 2019) és spanyol (Pérez, García-Alandete, Cañabate és Marco, 2020) kutatások megerősítő faktorelemzéssel (Confirmatory Factor Analysis, CFA) is alátámasztották, hogy a motívumok két faktorba rendeződtek. Az Önmagáról való gondoskodás skála továbbra is bizonytalanságot mutatott: bizonyos kutatásokban az intraperszonális (pl. Kortge és mtsai, 2013), más kutatásokban az interperszonális (pl. Bildik és mtsai, 2013) faktorhoz kötődött. Megjegyezzük azonban, hogy a török középiskolás mintában kimutatott két nagy látens faktor olyan magasan korrelált egymással ($r = 0,92$; Bildik és mtsai, 2013), hogy az felveti egy specifikus motivációkat összefogó, általános funkciófaktor jelenlétét az önsértés hátterében. Kiemeljük, hogy az önsértés hátterében álló okok nemi különbségeit eddig rendkívül kevés kutatás vizsgálta. Ezek szerint a lányok önsértésének hátterében jóval gyakoribb az önbüntető tendencia és valamilyen nem kívánt érzelmi állapot elkerülése, mint a fiúk esetében (Rodham, Hawton és Evans, 2004; Scoliers és mtsai, 2009). Scoliers és munkatársai (2009) ehhez még hozzáteszik, hogy a serdülő lányok több okot sorolnak fel az önsértésbe való bevonódás kapcsán, mint a fiúk, valamint gyakrabban említik önsértésük háttereként, hogy mennyire reménytelennek érzik magukat. Az ISAS funkcióskála nemi invarianciáját pedig még nem tesztelték.

Jelen vizsgálat célkitűzései

Célunk az ISAS magyar változatát, az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőívet (ISAS-HU) – annak pszichometriai tesztelésével – bevezetni a hazai tesztállományba. Az adaptációs folyamat részeként magyar serdülők mintáján a kérdőív leíró adatait is közöljük. Ez hiánypótló a hazai szakirodalomban: nagy, normatív serdülő mintán először adunk részletes – az NSSI számos aspektusára kiterjedő – jellemzést a középiskolás korosztály nem szuicidális önsértéssel kapcsolatos adatairól. Az önsértéssel kapcsolatban ugyanis nem pusztán az egyes önsértési módok prevalenciaértékeit, hanem

az önsértéshez kapcsolódó attitűdinális és motivációs komponensek leíró adatait is közöljük. A magas mintaelemszám lehetővé teszi, hogy a kérdőív-validáció keretében elvégezzük az ISAS II. részének megerősítő faktorelemzését is. Ennek során versengő modelleket tesztelünk és választjuk ki a pszichometriailag legjobban illeszkedő faktorstruktúrát. A kérdőív második felének (funkcióskála) faktorszerkezete mellett annak nemi invarianciáját, reliabilitását és validitását is tesztelni kívánjuk. Vizsgáljuk továbbá az életük folyamán (1) sohasem, a (2) valaha és a (3) jelenleg önsértő kamaszok mentális egészségszintjében (internalizáló és externalizáló tünetek), valamint általános és specifikus érzelmszabályozó stratégiáiban (önkritikus rumináció és tapasztalati elkerülés) megmutatkozó különbségeket. Hipotézisünk szerint azok a serdülők, akik életük során sohasem végeztek önsértést, jobb érzelemregulációs színvonallal és kevesebb mentális betegség tünettel jellemezhetők a korábban vagy aktuálisan önsértőkhöz képest.

MÓDSZER

Minta

A vizsgálatban való részvételt 1059 középiskolás tanuló vállalta. Hiányos kitöltés miatt 44 kitöltő adatát zártuk ki, a végső mintát így 1015 fő alkotta. Közülük 66,1% (N = 671) lány volt, 33,7% pedig fiú (N = 342), ketten (0,2%) nem adták meg a nemüket. 27%-uk (N = 274) 9. osztályos, 25,2% (N = 256) 10. osztályos, 24,2% (N = 246) 11. évfolyamos, míg 23%-uk (N = 233) 12. osztályos tanuló volt. Hatan (0,6%) nem jelölték meg évfolyamukat. A 14 és 20 év közötti kitöltők átlagéletkora 16,81 év volt (szórás = 1,42). A minta nagy része városban él (25% Budapesten, 44% más városban), közel egyharmada (31%) pedig községben. A lányok (á = 16,84; szórás = 1,40) és a fiúk (á = 16,75; szórás = 1,45) között nem volt eltérés életkori átlagukat tekintve [$t(1005) = 1,05$; $p = 0,295$; $d = 0,06$]. Nem mutatkozott továbbá nemi különbség a lakóhelytípus megoszlását illetően sem [$\chi^2(2) = 5,81$; $p = 0,055$; $\phi = 0,08$]. A szülők legnagyobb arányban felsőfokú (apák 44%-a; anyák 51%-a) vagy középfokú végzettséggel rendelkeztek (apák 24%-a; anyák 30%-a).

Eszközök

A fejezetben a demográfiai kérdések (pl. nem, kor, évfolyam, lakóhely típusa, szülők iskolai végzettsége) mellett az elemzésekben szereplő, a validáció szempontjából kiemelt öt mérőeszközt mutatjuk be.

Az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív magyar nyelvű változatának elkészítése

A kérdőív eredeti, angol nyelvű változatát (Inventory of Statements About Self-Injury; ISAS) és annak kiértékelését E. David Klonsky, a kérdőív kialakítója bocsátotta Reinhardt Melinda rendelkezésére a mérőeszköz magyar adaptációja céljából. A ma-

gyar fordítást Reinhardt Melinda és Kőkőnyi Gyöngyi végezték 2018-ban. A fordítási folyamat visszafordítással is kiegészült. A visszafordított változatot Klonsky professzor vetette össze az eredetivel, észrevételei alapján készült el a végső magyar nyelvű kérdőív. A magyar változat az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (ISAS-HU) elnevezést kapta, amely szerkezetében és tartalmában teljesen paralel az eredeti (ISAS) kérdőívvel. A mérőeszköz részletes leírása az elméleti bevezetőben, magyar nyelvű változata pedig a Függelékben található meg. Kutatási célokra az eredeti és a magyar változat egyaránt szabadon felhasználható.

Magányosság felmérése

A magány érzését egy általunk kialakított kérdéssel mértük fel: *Szoktad-e magányosnak érezni magad?* A kérdésre négyfokozatú skálán jelölte be válaszát a kitöltő (1 = *igen, nagyon gyakran* és 4 = *nem, soha*).

Képességek és Nehézségek Kérdőív

A mentális betegségtüneteket a Képességek és Nehézségek Kérdőívvel (Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ; Goodman, Meltzer és Bailey, 1998) összegeztük. A 25 tételes önbeszámolás kérdőív mind az internalizáló, mind az externalizáló pszichés problémákat azonosítja. Öt skála építi fel: (1) érzelmi tünetek; (2) viselkedési problémák; (3) hiperaktivitás, figyelmi problémák; (4) kortárskapcsolati problémák és (5) proszociális viselkedés. Az első négy skála összpontszámából egy összprobléma-pontszám is számítható. Az internalizáló tünetkör az (1) érzelmi tünetek és a (4) kortárskapcsolati problémák összeadásából, míg az externalizáló tünetek a (2) viselkedési és a (3) hiperaktivitás, figyelmi problémák összegzéséből adódnak. A kitöltők 0-tól (*nem igaz*) 2-ig (*határozottan igaz*) tudják a tételeket értékelni. Az (1)–(4) skála esetén a magasabb pontszám súlyosabb problémákat jelez, míg a (5) proszocialitás skála esetében a magasabb pont több proszociális aktivitást jelez. Vizsgálatunkban az összprobléma-pontszámmal, az internalizáló és az externalizáló tünet, valamint a proszocialitás skálával dolgoztunk. Az eredeti vizsgálatban az összprobléma skála belső megbízhatósága (Cronbach- α = 0,82) kiválóan bizonyult, míg a proszocialitás skála reliabilitása (Cronbach- α = 0,65) csak közelítette az elfogadható értéket (Goodman és mtsai, 1998). Saját vizsgálatunkban a reliabilitásértékek az összprobléma (Cronbach- α = 0,75) és az internalizáló tünetek (Cronbach- α = 0,75) skálák esetében jónak bizonyultak, míg az externalizáló tünetek (Cronbach- α = 0,64) és a proszocialitás skála (Cronbach- α = 0,67) esetében csak közelítették az elfogadható értéket. A kérdőív jól elkülöníti a tüneteint alapján a normatív és a klinikai csoportokat (Goodman és mtsai, 1998). Magyar adaptációja Turi, Tóth és Gervai (2011) munkája.

Érzelemszabályozási Nehézségek Kérdőív rövid változat (DERS-16)

Munkánkban az érzelemszabályozás területén mutatkozó különböző nehézségeket az Érzelemszabályozási Nehézség Kérdőív (Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS; Gratz és Roemer, 2004) rövidített változatával (Brief version of the Difficul-

ties in Emotion Regulation Scale; DERS-16; Bjureberg és mtsai, 2016) mértük fel. A DERS-16 az eredeti, 36 tételes kérdőív (DERS) hat faktora közül ötöt őrzött meg: az Érzelmi tudatosság hiánya faktor (mennyre figyel valaki az érzelmi jelzéseire) ugyanis a rövid változatban nem jelenik meg. A DERS-16-ot az alábbi skálák építik fel: (1) az *Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága* faktor azt a folyamatot ragadja meg, amikor a személy negatív érzelmeire további negatív érzelmekkel reagál; a (2) *Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában* faktor a negatív érzelmek nyomán megjelenő koncentrációs nehézségeket jelzi; az (3) *Impulzuskontroll nehézségek* faktor a negatív emóciókra adott viselkedésszabályozási problémákat méri fel; az (4) *Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés* faktor a negatív érzelmek megjelenéséhez kapcsolódó azon hiedelmet írja le, mely szerint az ilyen állapot elhúzódó lesz. Végül az (5) *Érzelmi tisztaság hiánya* faktor azt összegzi, hogy valaki milyen mértékben képes azonosítani az éppen általa átélt érzelmet. A tételekre 1-től (szinte soha [az esetek 0–10%-ában]) 5-ig (szinte mindig [az esetek 91–100%-ában]) tartó skálán lehet válaszolni. A kérdőív összpontszáma általában mutatja meg az érzelemreguláció terén mutatkozó problémákat, míg az egyes skálák összesített pontszáma az adott érzelemszabályozó alapstratégia működési nehézségét jelzi. A teljes DERS-16 reliabilitása kiváló (Cronbach- $\alpha = 0,92$), konstruktrumvaliditása pedig az eredeti változattal (DERS) megegyező volt (Bjureberg és mtsai, 2016). Saját vizsgálatunkban a kérdőív szintén kiváló megbízhatóságot mutatott (Cronbach- $\alpha = 0,92$). A DERS magyar változatát Kökönyei és munkatársai készítették el (Kökönyei, Urbán, Reinhardt, Józán és Demetrovics, 2014).

Önkritikus Rumináció Kérdőív

Az énré irányuló perszeveratív kritikus gondolkodási stílust a tíztételes Önkritikus Rumináció Kérdőívvél (Self-Critical Rumination Scale; SCRS; Smart, Peters és Baer, 2016) mértük fel. A tételeket négyfokú skálán (1 = *egyáltalán nem* és 4 = *nagyon* között) értékeli a kitöltő. Maximum 40 pont szerezhető az egyfaktoros kérdőíven, amely kiváló reliabilitást mutatott annak bevezető tanulmányában (Cronbach- $\alpha = 0,92$; Smart és mtsai, 2016). Ezt saját vizsgálatunk is megerősítette (Cronbach- $\alpha = 0,91$). A kifejezettebb önkritikus rumináció negatívabb önértékeléssel, magasabb depresszió-, szorongás- és distresszpontszámokkal, valamint magasabb szégyenérzettel társult (Smart és mtsai, 2016). A magyar változatot Kökönyei Gyöngyi és munkacsoportja készítette, a kérdőív magyar adaptációja folyamatban van.

Tapasztalati Elkerülés Kérdőív

A Tapasztalati Elkerülés Kérdőív (Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth, AFQ-Y8; Greco, Lambert és Baer, 2008) a kognitív rugalmasság/rugalmatlanság nyolctételes, egyfaktoros mérőeszköze: a tapasztalatok (pl. emlékek, gondolatok, érzelmek) elkerülésének tendenciáit azonosítja. Az elkerülés amiatt történik, mert a személy úgy véli, hogy kognitív folyamatai összefutnak, megzavarják működési folyamatait. Tételeit ötfokozatú skálán ítéli meg magára vonatkozóan a kitöltő 0-tól (*egyáltalán nem igaz*) 4-ig (*nagyon igaz*). Az összpontszám így 0-tól (magas pszichés rugalmasság) 32-ig (magas pszichológiai rugalmatlanság) változhat. A magasabb pontszám viselkedési prob-

lémákkal, valamint mentális és szomatikus betegségtünetekkel asszociálódik (Greco és mtsai, 2008). A kognitív inflexibilitás mellett Renshaw (2017) vizsgálata szerint a kérdőív – 15 pont felett – klinikai szintű internalizáló tünetképzést is jelez. A mérőeszköz reliabilitása kiváló (Cronbach- α = 0,83; Greco és mtsai, 2008). Magyar változata is megfelelő belső megbízhatósággal (Cronbach- α = 0,74) jellemezhető (Szemenyei és mtsai, 2020). Ugyanezt erősítette meg jelen kutatás is (Cronbach- α = 0,70).

Eljárás

Keresztmetszeti kérdőíves kutatásunkat 2019 februárja és 2020 januárja között folytattuk le 14 középiskolában (gimnáziumokban és szakgimnáziumokban), 9., 10., 11. és 12. évfolyamos tanulók körében. Összesen 5 fővárosi és 9 vidéki középiskola vett részt a felmérésben hozzáférhetőségi mintavétellel. Az intézményvezetők írásos engedélyét követően a középiskolákban képzett vizsgálatvezetők ismertették a kamasszokkal a vizsgálat célját egy osztályfőnöki óra elején. A fiatalok egy-egy tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot vittek haza saját maguk és szüleik részére. A vizsgálatban azok a 14 éven felüli fiatalok vehettek részt, akik és akiknek a szülője ahhoz írásos beleegyezését adta. A kérdőívcsomag kitöltése a beleegyező nyilatkozatok beérkezését követően egy osztályfőnöki óra keretében zajlott – az iskolák informatikai felszereltségétől függően – vagy online formában egy számítógépteremben ($N = 524$; 51,6%), vagy nyomtatott formában a tanulók osztálytermében ($N = 491$; 48,4%). A kétféle kitöltési forma gyakoriságában nemi különbség nem mutatkozott ($\chi^2[1] = 2,51$; $p = 0,113$; $\phi = 0,05$). Ugyanakkor az életkor [$t(1007) = 3,47$; $p < 0,001$; $d = 1,26$] és a lakóhely típusa szerint szignifikáns különbség körvonalazódott a két kitöltési mód között. Az online formában kitöltést végzők átlagéletkora 16,66 év volt ($SD = 1,49$), míg az osztálytermi kitöltésben részt vevők átlagosan 16,97 évesen ($SD = 1,31$) végezték a kitöltést. A Budapesten élők közül szignifikánsan több diák töltötte ki online a kérdőívet (83,4%-uk), mint a vidéki városok tanulói (34,9%-uk), a községben élők körében e tekintetben nem volt különbség [$\chi^2(2) = 153,03$; $p < 0,0001$; $\phi = 0,40$].

A kitöltést a vizsgálatvezetők felügyelték, annak során az iskola személyzete nem volt jelen. A vizsgálatban való részvételért jutalom nem járt. A vizsgálatot követően minden tanuló kapott egy brosúrát, amelyben pszichológiai segítségnyújtás konkrét elérhetőségei szerepeltek. Továbbá a vizsgálatvezetők az adatfelvételt követően az iskolában maradtak, hogy igény szerint a kamasszok felvetődő kérdéseit megválaszolhassák.

Statistikai elemzés

A minta leíró jellemzőinek megadása mellett (gyakoriság, átlag, szórás) a kutatásban validált kérdőív (ISAS-HU) két nagyobb egységének mintánkra vonatkozó eredményeit szintén gyakorisági adatokkal és átlagértékekkel mutatjuk be. A demográfiai adatokat és az ISAS-HU leíró statisztikai adatait független mintás t-próbával és χ^2 -négyzet próbával hasonlítottuk össze a lányok és a fiúk mintájában. Az összefüggések erősségét független mintás t-próba esetén Cohen-d (Cohen, 1992), χ^2 -négyzet próbánál pedig ϕ

hatásméret-mutatóval teszteltük. A kérdőívek belső konzisztenciáját a Cronbach-alfa mutatóval adtuk meg.

Az ISAS-HU kérdőív adaptációjának fontos lépéseként elvégeztük a mérőeszköz II. részének megerősítő faktorelemzését (Confirmatory Factor Analysis, CFA és Exploratory Structural Equation Modeling, ESEM-elemzések segítségével). CFA esetében a kereszttöltéseket 0-ban rögzítjük, az ESEM-elemzés esetében azonban azokat 0-hoz közelítve specifikáljuk, ezzel a CFA-val azonosított faktorok közötti esetleges magas korreláció csökkenhet, a faktorszerkezetről ezzel komplexebb, realisabb kép jelenik meg. Az ESEM-elemzést azok a korábbi eredmények is indokolták, melyek rámutattak, hogy az ISAS II. felének bizonyos tételei (pl. az Önmagáról való gondoskodás) mindkét (intra- és interperszonális) faktorra erősebben töltődnek (Klonsky és Glenn, 2009). Becslési eljárásaként a WLSMV (súlyozott legkisebb négyzetes becslési eljárás, Weighted Least Squares Mean and Variance adjusted; Finney és DiStefano, 2006) módszert alkalmaztuk. Ez a becslési eljárás a tételekre adott válaszokat – a faktorok indikátorait – ordinális változóként kezeli, ami megfelelő azokban az esetekben, ahol plafon- vagy padlóhatás várható a válaszok eloszlásában. A tesztelt modellek illeszkedését CFI- (összehasonlító illeszkedési mutató, Comparative Fit Index), TLI (Tucker–Lewis illeszkedési mutató) és RMSEA- (a megközelítés hibáját a modell komplexitását figyelembe vevő módon mérő index, Root Mean Square Error of Approximation) mutatókkal ellenőriztük. A CFI- és a TLI-mutatók esetében a 0,95 vagy az afölötti értékeket, az RMSEA-mutatónál pedig a 0,05 vagy az annál kisebb értéket tekintettük megfelelőnek. Elsőként egy egyfaktoros, majd a Klonsky és Glenn (2009) által leírt kétfaktoros megoldásokat teszteltük CFA-val, végül a kétfaktoros szerkezetet ESEM-elemzéssel. Az ISAS-HU II. felének nemi invariancia tesztelését a faktortöltésekben a lányok és a fiúk között mutatkozó nagy eltérések miatt nem tudtuk elvégezni.

A kérdőív-validáció keretében az ISAS-HU skála második felének konvergens validitását Pearson-féle korrelációs elemzéssel, Bonferroni-korrektúrával kiegészítve teszteltük. A kipróbáló és a repetitív önsértő csoportokat a különböző mentális egészségmutatók mentén független mintás t-próbával vetettük össze, minden esetben a hatásméretet (Cohen-d) is meghatároztuk. Az aktuálisan önsértők, a korábban önsértők és a sohasem önsértők összehasonlítása a felmért változók mentén pedig egy szempontos varianciaanalízissel (ANOVA) történt. A csoportok páronkénti összehasonlítására Tukey-féle utóelemzést alkalmaztunk. A hatásméretet f^2 -vel (Cohen, 1988) becsültük.

Elemzéseinkhez az SPSS 26.0 és az Mplus 8.0 (Muthén és Muthén, 1998–2017) statisztikai programcsomagokat alkalmaztuk.

A szignifikanciaszintet általánosságban 95%-os megbízhatósági szinten határoztuk meg, korrelációs elemzések esetében pedig Bonferroni-korrektúra alapján.

Etikai vonatkozások

A kutatás megkezdéséhez és lefolytatásához szükséges etikai engedélyt az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Kutatásetikai Bizottsága adta ki 2018 decemberében. Továbbá a vizsgálatvezetők a kutatást a Helsinki Nyilatko-

zat (WHO, 2001) etikai alapelveivel összhangban folytatták le. A tesztcsomagot csak azok a kamaszok tölthették ki, akik és akiknek az egyik szülője – a vizsgálat céljáról és körülményeiről való írásos tájékoztatást követően – írásos beleegyezésüket adták a részvételhez. A kérdőívek kitöltésénél személyes beazonosításra alkalmas adatot nem gyűjtöttünk. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt.

EREDMÉNYEK

Az önsértő viselkedés leíró jellemzői a mintában

A vizsgált serdülők 58,8%-a ($N = 597$) sohasem végzett önsértést, míg 41,2%-uk ($N = 418$) beszámolt arról, hogy már önsértett legalább egyszer valamilyen módon (a lányok 44%-a [$N = 295$], míg a fiúk 35,7%-a [$N = 122$]). Az életükben legalább egyszer önsértést végzők közül 77% ($N = 322$, a teljes minta 31,7%-a) az elmúlt hónapban követett el valamilyen önsértést. Az önsértő státuszban – kis hatásméret mellett – nemi különbséget mutattunk ki [$\chi^2(2) = 10,220$; $p = 0,006$; $\phi = 0,100$]. A lányok nagyobb arányban folytatnak aktuálisan valamilyen önsértő viselkedést. Ezzel összhangban a fiúk közül többen, mint a lányok sohasem végeztek önsértést életük folyamán. A női nem közel másfélszeresére emeli az esélyét az önsértés élettartam-prevalenciájának ($OR = 1,42$ [$1,08$ – $1,85$], $p = 0,011$).

Az aktuálisan önsértők többsége (88,5%, $N = 284$) az elmúlt hónapban 1–5 nap között végzett önsértést, 3,7%-uk ($N = 12$) 6–10 nap közötti gyakorisággal, 2,2%-uk ($N = 7$) 11–15 nap között, míg 5,6%-uk ($N = 18$) több mint a hónap felében jelezte önsértő cselekedet előfordulását. Az önsértés súlyosságának egyik fontos mutatója a többféle önsértési mód alkalmazása (versatility; Gratz, Dixon-Gordon, Chapman és Tull, 2015). Mintánkban a jelenleg (az elmúlt egy hónapban) önsértők egyötöde (21,7%; $N = 70$) egyféle önsértést használ, a többség azonban többféle módot (78,3%; $N = 252$). E tekintetben nemi különbség nem mutatkozott.

Az önsértés leggyakoribb módjai az önütés (54,8%; $N = 176$) és a sebgyógyulás megakadályozása (53,9%; $N = 173$). Gyakori még a harapás (41,7%; $N = 134$), a vágás (41,4%; $N = 133$), a testfelület megcsípése (38,6%; $N = 124$) és megkarmolása (38,3%; $N = 123$). A legritkább önsértési mód a mintánkban a veszélyes anyag lenyelése (7,5%; $N = 24$) volt. A lányok körében a bőr megvágása, az abba való belevésés és annak erős megkarmolása szignifikánsan gyakoribb, mint a fiúknál, míg az önütés a fiúknál fordul elő nagyobb arányban. A részletes eredményeket az 1. táblázat tartalmazza.

Az életük folyamán önsértésről beszámoló fiatalok ($N = 418$) átlagosan 12 éves korukban ($\bar{a}_{kor} = 11,97$; $SD = 3,55$) végeztek először önsértést. Az önsértés kipróbálása, illetve indulása a 12 és 15 éves kor közötti időszakban volt a legjellemzőbb a mintánkban. A valaha vagy aktuálisan önsértők kétharmada (68,7%; $N = 287$) A valaha vagy aktuálisan önsértők kétharmada (68,7%; $N=287$) ún. repetitív önsértő (recurrent NSSI; Gratz és mtsai., 2015), akik 10 vagy annál több önsértési epizód előfordulásáról számoltak be életük során. Az önsértő serdülők közel egyharmada (31,3%; $N=131$) pedig ún. kipróbáló önsértő (occasional self-harmers; Gratz és mtsai., 2015): ők életük folyamán kevesebb mint 10 önsértési epizódban vettek részt. Nemi különbséget az önsér-

1. táblázat. A mintára jellemző önsértési adatok

Változó	<i>Teljes minta</i> N = 1015 % (N)	<i>Lány</i> N = 671* % (N)	<i>Fiú</i> N = 342* % (N)	A csoportok közötti különbséget jelző próbastatisztika
Önsértő-e				
sohasem	58,8 (597)	56,0 (376)	64,3 (220)	$\chi^2(2) = 10,220$; p = 0,006; $\varphi = 0,100$
korábban	9,5 (96)	9,0 (60)	10,6 (36)	
jelenleg	31,7 (322)	35,0 (235)	25,1 (86)	
Jelenleg önsértő hány önsértési módot használ				
egyféle	21,7 (70)	20,8 (49)	24,5, (21)	$\chi^2(11) = 10,224$; p = 0,510 $\varphi = 0,178$
többféle	78,3 (252)	79,2 (186)	75,5 (65)	
Önsértés havi gyakorisága az elmúlt hónapban				
1–5 nap között	88,5 (285)	88,1 (207)	89,6 (77)	$\chi^2(3) = 0,662$; p = 0,882; $\varphi = 0,045$
6–10 nap között	3,7 (12)	4,3 (10)	2,3 (2)	
11–15 nap között	2,2 (7)	2,1 (5)	2,3 (2)	
több mint 15 napon	5,6 (18)	5,5 (13)	5,8 (5)	
Önsértési módok gyakorisága a jelenleg önsértők körében				
vágás	41,4 (133)	47,2 (111)	25,6 (22)	$\chi^2(1) = 12,164$; $p < 0,0001$; $\varphi = 0,195$
harapás	41,7 (134)	41,7 (98)	41,9 (36)	$\chi^2(1) = 0,001$; p = 0,980; $\varphi = 0,001$
égetés	20,9 (67)	19,1 (45)	25,6 (22)	$\chi^2(1) = 1,577$; p = 0,209; $\varphi = 0,070$
bőrbe vésés	31,5 (101)	34,5 (81)	23,3 (20)	$\chi^2(1) = 3,670$; $p = 0,055$; $\varphi = 0,107$
erős csípés	38,6 (124)	40,9 (96)	32,6 (28)	$\chi^2(1) = 1,826$; p = 0,177; $\varphi = 0,075$
hajkitépés	18,4 (59)	19,6 (46)	15,1 (13)	$\chi^2(1) = 0,834$; p = 0,361; $\varphi = 0,051$
erős karmolás	38,3 (123)	43,0 (101)	25,6 22)	$\chi^2(1) = 8,062$; $p = 0,005$; $\varphi = 0,158$

Változó	Teljes minta N = 1015 % (N)	Lány N = 671* % (N)	Fiú N = 342* % (N)	A csoportok közötti különbséget jelző próbastatisztika
önütés	54,8 (176)	50,6 (119)	66,3 (57)	$\chi^2(1) = 6,219$; $p = 0,013$; $\varphi = 0,139$
sebgyógyulás megakadályozása	53,9 (173)	56,2 (132)	47,7 (41)	$\chi^2(1) = 1,829$; $p = 0,176$; $\varphi = 0,075$
bőr fálnak dör- zsölése	19,3 (62)	18,7 (44)	20,9 (18)	$\chi^2(1) = 0,197$; $p = 0,657$; $\varphi = 0,025$
bőr megszúrása tűvel	27,1 (87)	27,7 (65)	25,6 (22)	$\chi^2(1) = 0,138$; $p = 0,711$; $\varphi = 0,021$
veszélyes anyag lenyelése	7,5 (24)	6,8 (16)	9,3 (8)	$\chi^2(1) = 0,566$; $p = 0,452$; $\varphi = 0,042$

Megjegyzés: *Két fő nem adta meg a nemét.

tés gyakoriságában (kipróbáló vagy ismétlődő önsértés) nem igazoltunk [$\chi^2(1) = 2,15$; $p = 0,14$; $\varphi = 0,07$].

A teljes (korábban és jelenleg) önsértő minta 33,8%-a (N = 129) fájdalomként élte meg az önsértő epizódokat, 44,1%-uk (N = 157) csak ritkán tapasztalt fájdalmat, míg 25,1%-uk (N = 96) egyáltalán nem számolt be az önsértéshez kapcsolódó fájdalomélményről. A legtöbb önsértő (62,2%; N = 237) egyedül végezte az önsértést, 22,8%-uk (N = 87) olykor egyedül, máskor másokkal együtt önsértett, 15% (N = 57) mindig mások társaságában volt az önsértés során. Az önsértésre való készítettség kapcsán két szélsőség jellemezte mintánkat: 42,2% (N = 154) az önsértésre irányuló készíttetés megjelenését követő egy órában végre is hajtotta tettét, míg körülbelül ugyanennyien (44,4%; N = 162) több mint egy napot is képesek várni a megjelenő motiváció és a végrehajtás között. A legtöbb önsértő (82,3%; N = 302) szeretne volna vagy szeretné, ha abba tudná hagyni az önsértést, a többiek (17,7%, N = 65) azonban ragaszkodnak az önsértő viselkedéshez.

Az önsértés háttérben álló okok dimenziói – Az ISAS-HU megerősítő faktorelemzésének eredményei

Az ISAS-HU II. részének megerősítő faktorelemzése során a legjobban illeszkedő faktorszerkezet kiválasztása érdekében három modellt vizsgáltunk: (1) egy CFA-n alapuló egyfaktoros modellt; (2) egy CFA-val tesztelt kétfaktoros modellt és (3) egy ESEM-elemzésen alapuló kétfaktoros modellt. A kétfaktoros modellek megegyeztek az eredeti Klonsky és Glenn (2009) féle faktorszerkezettel. Az eredmények szerint a tételek keresztöltéseit is megengedő kétfaktoros ESEM-megoldás megfelelő illeszkedést mutatott. A modifikációs indexek vizsgálatát követően a Szívósság kifejezése és a

Szenzoros élménykeresés alszkálák között megengedett hibakorreláció tovább növelte a modell illeszkedését (4. modell). A 4. modell illeszkedését a fiúk és a lányok almin-táiban külön-külön is teszteltük. Az egyes modellek illeszkedési mutatóit a 2. táblázat-ban foglaltuk össze.

2. táblázat. Illeszkedési mutatók az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív II. részének (funkciók) versengő modelljei között

	χ^2	df	CFI	TLI	RMSEA [90%CI]
Modell 1: Egyfaktoros CFA	621,5	65	0,689	0,627	0,157 [0,146–0,168]
Modell 2: Kétfaktoros CFA (Klonsky és Glenn, 2009)	489,9	64	0,762	0,710	0,138 [0,127–0,150]
Modell 3: Kétfaktoros ESEM-modell (Klonsky és Glenn, 2009)	175,2	53	0,932	0,900	0,081 [0,068–0,095]
Modell 4: Kétfaktoros ESEM-modell (Klonsky és Glenn, 2009) módosítással*	134,3	52	0,954	0,931	0,067 [0,053–0,081]
Illeszkedési mutatók a két nem eseté- ben (Modell 4 alapján)					
Fiúk	89,1	52	0,960	0,940	0,086 [0,054–0,116]
Lányok	102,2	52	0,954	0,931	0,062 [0,044–0,080]

Megjegyzés: * = Megengedett hibatagok közötti korreláció a Szívósság kifejezése és a Szenzoros élménykере-
sés alszkálák között. χ^2 = Khí-négyzet teszt; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker–Lewis Index; RMSEA
= Root Mean Squared Error of Approximation. A Khí-négyzet teszt minimum $p < 0,05$ szinten szignifikáns.
N = 349.

Eredményeink két faktor – egy intra- és egy interperszonális funkciókör – markáns jelenlétét jelzik a teljes önsértő mintában, és a két nem esetében külön-külön is. A Sze-mélyközi határok szabályozása, a Szívósság kifejezése, a Distressz jelzése és az Autonó-mia kifejezése alszkálák között erős keresztöltés figyelhető meg a teljes mintában és a lányok csoportjában. Ezek az alszkálák mind az intra-, mind az interperszonális faktorra súlyozódnak. A fiúknál az alszkálák között több esetben figyelhető meg keresztöltés, valamint kiemelendő, hogy minden alszkála erős súlyozódást mutat az interperszoná-lis faktorra. A faktortöltés mintázat különbözősége felveti, hogy a két nem esetében eltérő lehet a faktorstruktúra. Ugyanakkor az önsértő fiúk alacsony száma ($N < 100$) miatt a nemi invariancia tesztelésétől elemzéseinkben el kellett tekintenünk. A faktor-töltéseket a 3. táblázatban szerepeltetjük.

A teljes mintában a két faktor jó megbízhatósági értékekkel írható le (Cron-bach- $\alpha_{\text{intrapersonális}} = 0,84$ és Cronbach- $\alpha_{\text{interperszonális}} = 0,82$). Hasonlóképpen a lányok mintájában is megfelelőek a reliabilitás adatai (Cronbach- $\alpha_{\text{intrapersonális}} = 0,84$ és Cron-bach- $\alpha_{\text{interperszonális}} = 0,79$) (4. táblázat).

3. táblázat. Standardizált faktortöltések a kétfaktoros ESEM-megoldás (Modell 4) esetén

Funkciók	Teljes minta		Fiúk		Lányok	
	Intra-perszo-nális faktor	Interper-szonális faktor	Intra-perszo-nális faktor	Interper-szonális faktor	Intra-perszo-nális faktor	Interper-szonális faktor
Érzelemszabályozás	0,781	0,134	-0,096	0,566	0,810	0,158
Önbüntetés	0,753	0,157	0,021	0,611	0,770	0,155
Disszociáció megszüntetése	0,806	0,247	-0,065	0,739	0,833	0,244
Öngyilkossági gondolatok megelőzése	0,029	0,540	0,584	0,504	-0,001	0,528
Distress jelzése	0,686	0,517	0,161	0,904	0,692	0,494
Személyközi határok szabályozása	0,524	0,525	0,335	0,699	0,582	0,529
Gondoskodás önmagáról	0,127	0,732	0,670	0,720	0,128	0,694
Szenzoros élménykeresés	0,272	0,484	0,371	0,697	0,325	0,380
Kötődés a kortársakhoz	-0,178	0,772	0,998	0,570	-0,195	0,707
Interperszonális figyelem kiváltása	0,153	0,700	0,518	0,740	0,109	0,705
Szívósság kifejezése	0,406	0,452	-0,116	0,532	0,441	0,545
Autonómia kifejezése	0,300	0,784	0,492	0,743	0,333	0,821
Bosszú kifejezése	0,242	0,704	0,665	0,787	0,295	0,613
Faktorok közötti korreláció	-0,25		-0,34		-0,33	

Megjegyzés: Target rotáció került alkalmazásra, mely megengedi, hogy közvetlenül vizsgáljuk az elforgatott faktor töltésmátrixa és az elvart faktortöltés mintázata közötti egyezést. A jelentős (0,30 feletti) faktortöltések dőlttel szedve. $N = 348$. $N_{fiúk} = 96$. $N_{lányok} = 252$.

A vizsgált változók kapcsolata – Az ISAS-HU konvergens validitása a lányok mintájában

Mivel a faktorszerkezet tesztelésekor felvetődött annak különbözősége a lányok és a fiúk között, ezért további elemzéseinket csak az önsértő lányok körében végeztük el. Ennek szükségességét erősítette az önsértő fiúk alacsony mintaelemszáma is. A lányok körében elsőként feltártuk az önsértés funkcióinak (intra- és interperszonális funkciókör) a vizsgált mentális egészségváltozókkal való kapcsolatát (4. táblázat). Az elvártak szerint az önsértés intraperszonális háttere közepes mértékben, pozitív irányban jár együtt a fokozott magányossággal, a mentálisbetegség-tünetek mutatóival, így az internalizáló pszichés problémákkal, valamint az érzelemszabályozás nehézségeivel, az önkritikus rágódással és a kognitív inflexibilitással. Továbbá szintén egyenes irányban, de gyenge mértékben kapcsolódik az externalizáló pszichés tünetekkel. Az önsértés inter-

4. táblázat. Az önsértés intra- és interperszonális okainak összefüggései a vizsgált változókkal a lányok mintájában

	ISAS-HU funkciók	
	Intraperszonális faktor	Interperszonális faktor
kor	0,06	-0,10
magányosság ⁺	-0,38***	0,07
SDQ összprobléma	0,37***	0,09
SDQ internalizáló tünetek	0,35***	-0,01
SDQ externalizáló tünetek	0,23***	0,17**
SDQ proszocialitás	-0,02	0,04
DERS-16 össz	0,42***	0,06
SCRS össz	0,44***	-0,03
AFQ-Y8 össz	0,44***	0,06

Megjegyzés: N = 253. ISAS-HU = Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív. SDQ = Képességek és Nehézségek Kérdőív. DERS-16 = Érzelemszabályozási Nehézség Kérdőív rövid változat. SCRS = Önkritikus Rumináció Kérdőív. AFQ-Y8 = Tapasztalati Elkerülés Kérdőív. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0001$. Vastaggal szedve a Bonferroni-korrekciót ($p < 0,0028$) követően is szignifikáns értékek. ⁺ = fordított skála.

perszonális motivációi ugyanakkor nem mutattak kapcsolatot ezekkel a változókkal. Az életkor és a proszociális magatartás egyik önsértő funkciókörrel sincs kapcsolatban.

Az önsértést valaha vagy aktuálisan folytató lányok között felmértük továbbá az ún. kipróbálók (kevesebb mint 10 önsértési epizód az előzményben; Gratz és munkatársai, 2015) és a repetitív önsértők (10 vagy annál több önsértési epizód az élet folyamán; Gratz és munkatársai, 2015) pszichés státuszának különbségeit. Eredményeink egyértelműen rámutattak, hogy a repetitív önsértő kamaszlányok önsértésének hátterében erőteljesebben húzódnak meg az intraperszonális motívumok, mint a kipróbálók motivációjában. Az önsértés interperszonális motivációjában azonban nem mutatkozott eltérés a két súlyosságú csoport között. A repetitív önsértők szignifikánsan több pszichés tünettel és érzelemszabályozási nehézséggel küzdenek, és magányosabbnak érzik magukat, mint a kipróbálók. Továbbá a repetitív önsértők a mentális betegségek kialakulásában transzdiagnosztikus rizikófaktorként értékelhető önkritikus rumináció és kognitív rugalmatlanság (Im és Kahler, 2020) tekintetében is magasabb pontszámot értek el, mint a kipróbálók. Érdemes kiemelni, hogy az önsértést csupán kipróbáló lányok a kognitív inflexibilitást (tapasztalati elkerülést) felmérő kérdőíven a Renshaw (2017) által megállapított, klinikai szintű neurotikus tünetképzést jelző 15 pontos vágóérték alatti átlagpontszámot ($\bar{x} = 13,19$; $SD = 5,20$) érték el. Ellenben a repetitív önsértő lányok e tekintetben átlagosan már a veszélyzónába ($\bar{x} = 16,44$; $SD = 5,69$) kerültek.

Önsértő csoportok összehasonlítása a mentális egészség mutatói alapján a teljes mintában

Végül a teljes mintára összpontosítva összehasonlítottuk a sohasem, a korábban (több mint egy hónapja) és az aktuálisan (egy hónapon belül) önsértő kamaszokat a mentális egészség fentebb bemutatott markerei (magányosság érzése, internalizáló és ex-

5. táblázat. A kipróbáló és a repetitív önsértő lányok összehasonlítása a mentális egészség és az érzelmszabályozás mutatói mentén

Változó	Kipróbáló önsértő N = 54 Átlag (SD)	Repetitív önsértő N = 183 Átlag (SD)	A csoportok közötti különbséget jelző próbastatisztika	Cohen-d
Önsértés intraperszo- nális funkciói	4,48 (3,82)	6,79 (4,18)	$t_{(235)} = 3,636^{***}$	0,58
Önsértés interperszo- nális funkciói	6,41 (6,21)	7,20 (5,10)	$t_{(235)} = 0,949$	0,14
Magányosság [†]	2,79 (0,66)	2,46 (0,88)	$t_{(306)} = 3,510^{**}$	0,42
SDQ összprobléma	13,54 (4,76)	16,71 (5,49)	$t_{(306)} = 4,675^{***}$	0,62
SDQ internalizáló tünetek	7,29 (3,53)	9,01 (3,78)	$t_{(306)} = 3,640^{***}$	0,47
SDQ externalizáló tünetek	6,25 (2,80)	7,69 (3,16)	$t_{(306)} = 3,679^{***}$	0,48
SDQ proszocialitás	7,80 (1,69)	7,64 (1,93)	$t_{(306)} = 0,666$	0,09
DERS-16 össz	42,54 (11,14)	49,75 (13,74)	$t_{(306)} = 4,633^{***}$	0,58
SCRS össz	26,57 (6,19)	29,86 (7,04)	$t_{(306)} = 3,766^{***}$	0,50
AFQ-Y8 össz	13,19 (5,20)	16,44 (5,69)	$t_{(306)} = 4,570^{***}$	0,58

Megjegyzés: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,0001$. A hatásméret-mutató (Cohen-d) értékeit Cohen (1992) alapján az alábbiak szerint értelmeztük: 0,20: kis hatás, 0,50: közepes hatás, 0,80: nagymértékű hatás. Dőlttel szedve a közepes hatásméreteket. SDQ = Képességek és Nehézségek Kérdőív. DERS-16 = Érzelmszabályozási Nehézség Kérdőív rövid változat. SCRS = Önkritikus Rumináció Kérdőív. AFQ-Y8 = Tapasztalati Elkerülés Kérdőív. [†] = fordított skála.

6. táblázat. Különböző önsértő csoportok összehasonlítása a felmért változók mentén a teljes mintában

Változó	Sohasem önsértők (N = 596) M (SD)	Korábban önsértők (N = 96) M (SD)	Aktuálisan önsértők (N = 322) M (SD)	Statisztikai próba értéke (p); hatásméret-mutató	Csoportok közötti kü- lönbségek*
Magányosság [†]	3,10 (0,73)	2,79 (0,87)	2,58 (0,89)	$F(2) = 45,86 (<0,0001)$ $f = 0,26$	$S > K = V$
SDQ összprobléma	11,66 (4,78)	14,01 (4,78)	15,84 (5,79)	$F(2) = 70,79 (<0,0001)$ $f = 0,85$	$S < K < V$
SDQ internalizáló tünetek	5,60 (3,31)	7,14 (3,45)	8,31 (3,97)	$F(2) = 62,39 (<0,0001)$ $f = 0,66$	$S < K < V$
SDQ externalizáló tünetek	6,06 (2,89)	6,88 (2,93)	7,53 (3,24)	$F(2) = 25,29 (<0,0001)$ $f = 0,39$	$S < K = V$
SDQ proszocialitás	7,61 (1,93)	7,68 (1,77)	7,43 (1,91)	$F(2) = 1,11 (=0,331)$ $f = 0,07$	$S = K = V$
DERS-16 össz	37,23 (12,71)	43,45 (13,72)	46,46 (14,23)	$F(2) = 50,64 (<0,0001)$ $f = 1,16$	$S < K = V$
SCRS össz	23,09 (7,15)	26,57 (7,09)	28,08 (7,43)	$F(2) = 52,41 (<0,0001)$ $f = 0,86$	$S < K = V$
AFQ-Y8 össz	11,97 (4,94)	13,73 (5,20)	15,35 (5,75)	$F(2) = 44,29 (<0,0001)$ $f = 0,67$	$S < K < V$

Megjegyzés: *A jelzett csoportok közötti különbségek minimum $p < 0,05$ szinten szignifikánsak. f = hatásméret-mutató: 0,10 = kis hatásméret; 0,25 = közepes hatásméret; $f = 0,40$ erős hatásméret (Cohen, 1988). S = Sohasem önsértők, K = Korábban önsértők, A = Aktuálisan önsértők. SDQ = Képességek és Nehézségek Kérdőív. DERS-16 = Érzelmszabályozási Nehézség Kérdőív rövid változat. SCRS = Önkritikus Rumináció Kérdőív. AFQ-Y8 = Tapasztalati Elkerülés Kérdőív. [†] = fordított skála.

ternalizáló pszichés tünetek, érzelemregulációs problémák, önkritikus rumináció és kognitív rugalmatlanság) mentén. Lényeges eredmény, hogy a sohasem önsértők a két önsértő csoporthoz képest erős hatásméret-mutatók mellett mindegyik pszichés nehézséget jelző változó tekintetében szignifikánsan a legalacsonyabb értékeket képviselték. Az aktuálisan önsértő csoport szignifikánsan markánsabb összprobléma-pontszámot, internalizáló tüneteket és pszichés rugalmatlanságot jelzett a korábban önsértőkhöz képest is. Ezzel ellentétben a két önsértő csoport nem tért el a magányosságérzet, az externalizáló tünetek, az érzelmszabályozási nehézségek és az önkritikus rumináció tekintetében. Az önbevalláson alapuló proszociális viselkedés pedig mindhárom csoportban azonos szintet mutatott.

MEGBESZÉLÉS

Az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőívet Klonsky és Glenn (2009) a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés részletes felmérésére dolgozta ki. Fontosnak tartottuk, hogy ezt a normatív populációkban is jól használható, az önsértést mint tünetet (NSSI) és nem mint szindrómát (NSSID) felmérő komplex önkitöltős kérdőívet a hazai tesztállomány részévé tegyük. Ez azért is lényeges, mert bár számos tanulmány az NSSI-viselkedések növekvő előfordulását jelzi nem klinikai serdülő és fiatal felnőtt mintákban (Brunner és mtsai, 2014; Cipriano, Cella és Cotrufo 2017; Wester és mtsai, 2018), a nemzetközi szakirodalomban is kevés számú valid, megbízhatóan mérő, összetett NSSI-kérdőív található. Ráadásul ezen mérőeszközök pszichometriai mutatóinak tesztelése még a külföldi kutatásokban is hiányos.

Az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív magyar változatával (ISAS-HU) felmért 1015 középiskolás serdülő több mint 40%-a legalább egyszer már végzett önsértést életében, közel 32%-uk pedig ezt az elmúlt hónapban tette, azaz az aktuálisan önsértők közé sorolható. A magas élet- és pontprevalencia-értékek az elmúlt évtized nemzetközi trendjeit (Brunner és mtsai, 2014; Cipriano és mtsai, 2017; Wester és mtsai, 2018) egyértelműen megerősítik. A serdülő és a posztadoleszcens korosztályban a legalább kipróbálásszintű önsértés majdnem minden második vagy harmadik kamaszt érinthet. A gyakoriság emelkedése a jelenség elmélyültebb vizsgálatának és a prevenció kiterjesztésének szükségességét igazolja. Egy 2020-ban publikált magyar felmérés (Horváth és mtsai, 2020) adataihoz képest a vizsgált serdülők körében 17%-kal magasabb az önsértés életprevalencia-értéke. Ennek hátterében több tényező is állhat. Jelen vizsgálat hatszor nagyobb mintaelemszámmal dolgozott, 14 budapesti és vidéki középiskola 9–12. évfolyamos tanulóit közel egyenlő arányban vont be a felmérésbe. Az általunk használt kérdőív tisztán az NSSI felmérésére szolgál, egyéb önkárosító magatartásformát nem azonosít. Az NSSI-t továbbá az ISAS-HU kérdőív összetettségében, több szempont szerint ragadta meg. Horváth és munkatársai (2020) 16 önsértő viselkedésforma pusztán előfordulását mérték fel a DSHI-kérdőívvel 161 budapesti középiskolás körében 2015 és 2017 között. Elképzelhető, hogy a vizsgálatunkban megmutatkozó NSSI-gyakoriság részben az NSSI-jelenség növekedési trendjeit is leképezi. Végül kiemeljük, hogy vizsgálatunkban mind élettartam-, mind pontprevalencia-értékeket megragadtunk az árnyaltabb NSSI-feltárás érdekében.

Megjegyezzük azonban azt is, hogy azon serdülők kétharmada, akik életük során beszámoltak önsértésről, több mint 10 önsértési epizódot jeleztek mintánkban. Őket ún. "repetitív" vagy "ismétlő" önsértőkként (Gratz és mtsai, 2015) tarthatjuk számon. Kutatásunkban a lányok almintájában összehasonlítottuk a kipróbáló és a repetitív önsértők pszichés állapotát. A repetitív önsértők egyértelműen több mentális betegségtünetet és érzelmszabályozási problémát jeleztek: mind a hangulati élet, mind a magatartás terén konfliktusosabb állapotokat élnek meg. Érzelmek szabályozásában pedig a maladaptívnek tekinthető formák – így a fokozott önkritikusság, az érzelmek elnyomása, illetve a negatív érzelmek kapcsán megjelenő kognitív és viselkedésszabályozási problémák – dominálnak. Mindennek nyomán az önsértés motivációjában felerősödhet az intraperszonális motívumok dominanciája: a repetitív önsértők mintánkban inkább használják az önsértést érzelmek szabályozására, mint a kipróbáló önsértők. Ráadásul a repetitív önsértők a kipróbálókhoz képest átlagosan magasabb tapasztalati elkerülést jeleztek, és a klinikai szintű neurotikus folyamatokra is veszélyeztetettebbek (Renshaw, 2017). Mindez jól beleilleszthető az önsértés egyik folyamatmodelljének, a Tapasztalati Elkerülés Modellnek (Chapman és mtsai, 2006) a keretrendszerébe. A modell szerint ugyanis az érzelmszabályozásban jelentkező problémák rosszabb distressztűrő képességhez és mentális egészséghez vezetnek, aminek talaján az erőteljesebb érzelmek éppen azért válhatnak ki önsértő viselkedésformákat, mert a személy – maladaptív módon – azokkal próbálja az őt elöntő averzív affektusokat csökkenteni (Chapman és mtsai, 2006). További, longitudinális elrendezésű kutatások tisztázhatják, hogy milyen hatótényezők játszhatnak szerepet abban, hogy az önsértést kipróbáló kamaszok közül kik „ragadnak bele” ebbe a viselkedésformába, azaz kik válnak repetitív önsértőkké, és mely tényezők segíthetik az abból való kilábalást.

Kutatásunk is megerősítette az önsértés szakirodalmában (pl. Bresin és Schoenleber, 2015) régóta jelzett összefüggést: a kamaszlányok veszélyeztetettebbek az önsértő viselkedésformák tekintetében. Ennek háttere lehet, hogy az önsértés rizikófaktoraként azonosított érzelmszabályozási nehézségek (pl. rumináció, tapasztalati elkerülés) és hangulati panaszok (pl. depresszív tünetek) (Bentley és mtsai, 2015; Brereton és McGlinchey, 2019) gyakoribbak a lányoknál (Nolen-Hoeksema, Larson és Grayson, 1999). Szintén a korábbi szakirodalmi adatokra rímel (Barrocas és mtsai, 2012), hogy a lányok körében a bőr megvágása, megkarmolása és az abba való belevésés gyakoribb, mint a fiúknál. Míg a fiúk körében önmaguk megütése vagy valamely testrészük beütése gyakoribb a lányokhoz képest. A jellemző önsértési módokban megjelenő nemi különbségek pszichológiai, motivációs hátterét erre fókuszáló további kutatások tisztázhatják. Ugyanakkor azt leszögezhetjük, hogy a nők valószínűbben vesznek részt olyan önsértési formákban, melyekben a vér/vérzés is szerepet játszik (vágás, karmolás) (Bresin és Schoenleber, 2015; Sornberger, Heath, Toste és McLouth, 2012), de olyan önsértési formákban is, melyekhez vérzés nem kapcsolódik (pl. hajkitépés, csípés) (Bresin és Schoenleber, 2015). A vér látványának a szerepe az önsértésben és az önsértésben mutató nemi különbségek tekintetében még tisztázatlan (Glenn és Klonsky, 2011). Általánosságban is, további kutatások szükségesek az NSSI-módokban mutató nemi eltérések pszichodinamikai magyarázatára. A leggyakoribb önsértési mód mindkét nem esetében a sebek gyógyulásának megakadályozása volt, míg a legritkább valamilyen veszélyes anyag lenyelése. Előbbi összefüggésben lehet azzal, hogy

ennek az önsértési módnak az esetében vehető észre a legkevésbé a szándékos önsértés a környezet számára. Itt jegyezzük meg, hogy a kamaszok többsége azt jelezte egy, az önsértéssel kapcsolatos aggodalmak felmérését célzó kérdésünk kapcsán, hogy a leginkább attól tart, hogy a környezetük észreveszi az önsértés jeleit. A veszélyes anyag fogyasztásának ritkasága annak invazív és drasztikus jellegével kapcsolódhat össze. Ehhez köthető az is, hogy a veszélyes anyag lenyelése inkább az öngyilkossági kísérletekkel asszociálódik (WHO, 2019).

Az NSSI demográfiai jellemzői között meg kell említenünk azt is, hogy – hasonlóképpen, mint korábbi tanulmányokban (pl. Glenn és Klonsky, 2009; Kostić, Žikić, Stankovic és Nikolić, 2019) – a vizsgálatunkban részt vevő kamaszok legtöbbször 12 és 15 éves kora közé tette az önsértés első megjelenését. Az, hogy az első önsértési epizód előfordulásának átlaga 12 éves korra tehető, felveti az önsértés-prevenció általános iskola felső tagozatos bevezetésének szükségességét. Ebben a folyamatban jelentős szerephez juthat az önsértés kapcsán számos szempontot felmérő ISAS-HU, mely szűrő kérdőívként funkcionálhat a primer és a szekunder prevenció során.

A kérdőív második felének, az önsértés háttérében álló lehetséges motívumoknak a faktorelemzése megerősítette az eredeti változat szerkezetét (Klonsky és Glenn, 2009). Egy markáns intraperszonális és egy interperszonális funkciókör rajzolódott ki (Klonsky és Glenn, 2009; Bildik és mtsai, 2013; Kortge és mtsai, 2013; Klonsky és mtsai, 2015; Kim és mtsai, 2019; Pérez és mtsai, 2020). Az intraperszonális faktort az önsértés érzelmszabályozó, önbüntető, disszociációt megszüntető és distresszt jelző motivációi építik fel. Ezek mindegyike az önsértés olyan motivációját mutatja fel, mely az elviselhetetlen érzelmi élmények kezelésében próbál segíteni. Ezek az eredmények megerősítik az önsértés Négy Funkció Modelljének (Nock és Prinstein, 2004) automatikus (intrapersonális) negatív funkciókörének érvényességét. Az eredeti modell-től (Klonsky és Glenn, 2009) az ISAS-HU egy tekintetben azonban eltér: az önsértés öngyilkossági gondolatokat megelőző funkciója ugyanis tisztán az interperszonális faktorra töltődött. Ennek lehetséges magyarázataként tarthatjuk számon, hogy serdülőkorban az öngyilkossági gondolatokhoz gyakran társulnak a közeli családtagok és barátok tetteire adott reakcióit elővételező, sokszor büntudattal átitatott fantáziák. A kamaszok ennek nyomán az öngyilkossági gondolatokhoz interperszonális aspektusokat köthetnek, ezzel az öngyilkossági gondolatokat elnyomó önsértéshez pedig kapcsolati érték kötődhet. Az ISAS-HU interperszonális motívum faktora így az alábbi, önsértésre okot adó területeket összegzi: öngyilkossági gondolatok megelőzése, személyközi határok szabályozása, önmagáról való gondoskodás, szenzoros élménykeresés, a kortársakhoz való kötődés, interperszonális figyelem kiváltása, szívósság és autonómia, valamint bosszú kifejezése.

Ugyanakkor fontos eredmény, hogy a fiúk almintájában minden alskála erősen kötődik az interperszonális faktorhoz, illetve több alskála mindkét faktorra hasonlóképpen súlyozódik. Mindez felveti a mérőeszköz faktorstruktúrájának nemi különbségét, ezzel pedig azt, hogy más tartalma van az intraperszonális és az interperszonális önsértő motivációknak a két nem esetében – legalábbis kamaszkorban. A fiúk körében az önsértés mindegyik motivációs faktora az interperszonális háttérmechanizmusokhoz (is) kapcsolódik. A fiúk alacsony mintabeli száma miatt azonban körükben a faktor-szerkezet további tesztelésétől el kellett tekintenünk. Mindezt későbbi – harmonikus

fiú-lány arányt felmutató – vizsgálatok segíthetnek tisztázni. A faktorszerkezetre vonatkozó vizsgálataink azonban két szempontból is előremutatóak. Tudásunk szerint ugyanis ESEM-elemzést, mely a faktorszerkezet realisztikusabb, árnyaltabb leírását adja, eddig nem végeztek az ISAS kapcsán a szakirodalomban. Másrészt eddig nem tesztelték a kérdőív faktorszerkezetének esetleges nemi eltéréseit, annak lehetőségére eredményeink mutattak rá.

A fentiek miatt a lányok mintájára szorítkozva feltártuk a két kirajzolódó önsértés motivációk kör kapcsolatrendszerét más felmért változókkal. Elvárásainknak megfelelően az önsértés intraperszonális motivációi a magányossággal, a pszichés problémákkal és az érzelemreguláció nehézségeivel kapcsolódtak össze. Mindez tovább erősíti a Tapasztalati Elkerülés Modell (Chapman és mtsai, 2006) érvényességét: a maladaptív, rugalmatlan érzelmszabályozás és a támogató (kor)társkapcsolatok hiánya rosszabb mentális állapothoz vezethet, ami felerősítheti az önsértést aktiváló intraperszonális motívumokat. A folyamat egy idő után öngerjesztő lehet. Az intraperszonális okokon alapuló önsértés mint maladaptív érzelemregulációs mód (Chapman és mtsai, 2006) tovább fokozza a rossz érzelmszabályozást, a pszichés tüneteket, és a környezettől is elszigetel. Utóbbi jelenséget erősíti, hogy mintánk önsértő résztvevőinek közel kétharmada egyedül volt, amikor önsértést végzett.

A teljes mintán azt is feltérképeztük, hogy a sohasem, a korábban és a jelenleg önsértők között milyen különbségek vannak a mentális egészség tekintetében. A legjobb pszichés állapottal a sohasem önsértők írhatók le, míg az aktuálisan önsértők jellemezhetők a legrosszabb mentális státusszal. Körükben magas a neurotikus tünetek száma, és ők igyekeznek leginkább távol tartani magukat belső állapotaiktól, így érzelmeiktől, emlékeiktől, gondolataiktól. A korábban és az aktuálisan önsértők azonban hasonló értékeket mutattak a magányérzés, az externalizáló tünetek, az érzelmszabályozási nehézségek és az önkritikus rumináció tekintetében. Annak tisztázása további kutatások feladata, hogy a már nem önsértő kamaszoknak mi segített eltávolodni az önsértéstől, ha bizonyos érzelemregulációs problémák még mindig jellemzőek rájuk. További kutatási cél lehet azoknak a moderátorváltozóknak az azonosítása is, melyek az érzelmszabályozásban mutatkozó nehézségek és azok lehetséges kimenetelei (pl. önsértés és/vagy internalizáló problémák és/vagy externalizáló problémák) között közvetíthetnek.

Korlátok

Vizsgálatunk legfőbb limitációja a kamaszfiúk viszonylag alacsony részvételi aránya. A további kutatásokban fontos lenne törekedni a kiegyensúlyozott nemi megoszlásra. Ez abban is segítené, hogy a kipróbáló és a repetitív módon önsértést folytató kamaszok jellemzőinek esetleges nemi különbségeit is tesztelhessük.

Kutatásunkban általánosságban véve sine morbo kamasz populációt szólítottunk meg. Ugyanakkor lehetséges, hogy abban olyan középiskolás kamaszok is részt vettek, akik korábban vagy a kérdőívcsomag felvételének időpontjában pszichés zavarral küzdöttek. Etikai okok miatt pszichológiai/pszichiátriai és ezzel összefüggésben gyógyszeres kezelésre nem kérdeztünk rá. Az internalizáló és externalizáló pszichés tünetek

felmérésével és az elemzésekbe való bevonásukkal kívántuk a mentális egészség szintjét letapogatni. Vizsgálatunk további korlátja, hogy a bevezetett kérdőív funkcióskálájának konvergens validitását csak a lányok mintáján tudtuk tesztelni. Ez az adaptációs folyamat gyenge pontja, így további – nagy mintás – kutatásokban fontos lesz azt fiúk/férfiak körében is elemezni. Kiemeljük továbbá, hogy az ISAS-HU intraperszonális és interperszonális faktora közötti gyenge korreláció arra utal, hogy azok egymástól független faktorok. A validáció során alkalmazott kérdőívek az intraperszonális folyamatokat mérik fel, kevéssé az interperszonális folyamatokat, ennek következtében az ISAS-HU intraperszonális funkciófaktorának konvergens validitását tudtuk ellenőrizni. Az intraperszonális faktortól függetlenül viselkedő interperszonális faktor validitásának tesztelésére további vizsgálatok szükségesek.

Végül hátrányként tarthatjuk számon a vizsgálat keresztmetszeti elrendezését, amely ok-okozati kapcsolatok feltárását nem tette lehetővé. Hasonlóképpen módszertani negatívumként értékelhetjük, hogy a kamaszok – bár az iskolai személyzet jelenléte nélkül – az iskolában, kortársaik körében töltötték ki a kérdőívcsomagot. Mindez a téma fokozott érzékenysége és a társas kíváncsiságnak való megfelelés miatt megnövelhette a nem teljesen őszinte válaszok számát.

KÖVETKEZTETÉSEK

Eredményeink alapján az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív magyar változata (ISAS-HU) pszichometriailag jól működő, a nem szuicidális önsértést számos szempontból könnyen és gyorsan felmérő összetett mérőeszköz. Ezen tulajdonságai alapján mind nagy mintás vizsgálatokban, mind egyéni konzultációs helyzetekben megbízhatóan alkalmazható.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) a PD 128332 számmal elnyert pályázat keretében támogatja. Kökönyei Gyöngyi a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) FK 128614 számú pályázatának keretében, illetve a Nemzeti Agykutató Program (2017-1.2.1-NKP-2017-00002) keretében részesül támogatásban. Urbán Róbertet a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) TKP2020-IKA-05 számú Térmaterületi Kiválósági Programja támogatja.

IRODALOM

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andover, M. S., & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101–105.

- Baetens, I., Claes, L., Muehlenkamp, J., Grietens, H., & Onghena, P. (2012). Differences in psychological symptoms and self-competencies in non-suicidal self-injurious Flemish adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 753–759.
- Barrocas, A. L., Hankin, B. L., Young, J. F., & Abela, J. R. (2012). Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample. *Pediatrics*, 130(1), 39–45.
- Batey, H., May, J., & Andrade, J. (2010). Negative intrusive thoughts and dissociation as risk factors for self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 35–49.
- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2015). The Association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72–88.
- Bildik, T., Somer, O., Kabukcu Basay, B., Basay, O., & Ozbaran, B. (2013). The validity and reliability of the Turkish version of the Inventory of Statements About Self-injury. *Turkish Journal of Psychiatry*, 24(1), 49–57.
- Bjoreberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L-G., et al. (2016). Development and validation of a brief version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38, 284–296.
- Brackman, E. H., & Andover, A. S. (2017). Non-suicidal self-injury. In D. McKay, D. S. Abramowitz & E. A. Storch (Eds), *Treatments for Psychological Problems and Syndromes* (pp. 328–344). New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Brereton, A., & McGlinchey, E. (2019). Self-harm, emotion regulation, and experiential avoidance: A systematic review. *Archives of Suicide Research*. Advance online publication. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1563575>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64.
- Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 20.
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., & Hoven, C. W., et al. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371–394.
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–14.
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007). The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. In P. M. Goldfarb (Ed.), *Psychological tests and testing research trends* (pp. 111–139). New York: Nova Science Publishers.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York, NY: Routledge Academic.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Favazza, A. (1986). *Self-harm behavior survey*. Columbia, MI: Author.
- Finney, S. J., & DiStefano, C. (2006). Nonnormal and categorical data in structural equation modeling. In G. R. Hancock & R. O. Mueller (Eds), *Structural equation modeling: A second course* (pp. 269–314). Greenwich, CT: Information Age.
- Fox, K. R., Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Bentley, K. H., & Nock, M. K. (2015). Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychology Review*, 42, 156–167.

- Glenn, C. R., Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, 25–29.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). Prospective prediction of nonsuicidal self-injury: A 1-year longitudinal study in young adults. *Behavior Therapy*, 46, 25–29.
- Glenn, J. J., Michel, B. D., Franklin, J. C., Hooley, J. M., & Nock, M. K. (2014). Pain analgesia among adolescent self-injurers. *Psychiatry Research*, 220, 921–926.
- Goodman, R., Meltzer, H., & Bailey, V. (1998). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 7(3), 125–130.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253–263.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
- Gratz, K. L., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Tull, M. T. (2015). Diagnosis and characterization of DSM-5 Nonsuicidal Self-Injury Disorder using the Clinician-Administered Nonsuicidal Self-Injury Disorder Index. *Assessment*, 22, 527–539.
- Greco, L. A., Lambert, W., & Baer, R. A. (2008). Psychological Inflexibility in Childhood and Adolescence: Development and Evaluation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Psychological Assessment*, 20, 93–102.
- Horváth, L. O., Györi, D., Komáromy, D., Mészáros, G., Szentiványi, D., & Balázs, J. (2020). Non-suicidal self-injury and suicide: The role of life events in clinical and non-clinical populations of adolescents. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 370.
- Im, S., & Kahler, J. (2020). Evaluating the empirical evidence for three transdiagnostic mechanisms in anxiety and mood disorders. *The Journal of General Psychology*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00221309.2020.1828252>
- International Society for the Study of Self-Injury (2018, May). *What is self-injury?* Letöltve 2020. 12. 10-én: <https://itriples.org/about-self-injury/what-is-self-injury>
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 129–147.
- Kim, S., Kim, Y., & Hur, W. (2019). Non-suicidal self-injury among Korean Young adults: A validation of the Korean version of the Inventory of Statements About Self-Injury. *Psychiatry Investigation*, 16(4), 270–278.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239.
- 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.
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Non-suicidal self-injury: What we know, and what we need to know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 565–568.
- Klonsky, E. D., Glenn, C. R., Styer, D. M., Olino, T. M., & Washburn, J. J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 44.
- Kortge, R., Meade, T., & Tennant, A. (2013). Interpersonal and intrapersonal functions of deliberate self-harm (DSH): a psychometric examination of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) scale. *Behaviour Change*, 30, 24–35.

- Kostić, J., Žikić, O., Stankovic, M., & Nikolić, G. (2019). Nonsuicidal self-injury among adolescents in South Eastern Serbia. *International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 6, 131–134.
- Kököneyi, Gy., Urbán, R., Reinhardt, M., Józán, A., & Demetrovics, Zs. (2014). The Difficulties in Emotion Regulation Scale: Factor structure in chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 589–600.
- 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*, 18(3), 251–258.
- 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.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2017). *Mplus: Statistical analysis with latent variables. User's guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Psychological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28–38.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Psychology*, 72, 885–890.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061–1072.
- Pérez, S., García-Alandete, J., Cañabate, M., & Marco, J. H. (2020). Confirmatory factor analysis of the Inventory of Statement About Self-injury in a Spanish clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 102–117.
- Reinhardt, M., Drubina, B., Horváth, Zs., & Kököneyi, Gy. (2020). A nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés komplex felmérése – a Kezelésközpontú Önsértés Kérdőív (SIQ-TR) magyar adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 21(2), 121–175.
- Renshaw, T. L. (2017). Screening for psychological inflexibility: Initial validation of the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth as a school mental health screener. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 35(5), 482–493.
- Rodham, K., Hawton, K., & Ewans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and self-cutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 80–87.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Measuring self-harm behavior with the Self-Harm Inventory. *Psychiatry*, 7(4), 16–20.
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., & De Wilde, E. J., et al. (2009). Reasons for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or a cry for help? Findings from the Child & Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 601–607.
- Smart, L. M., Peters, J. R., & Baer, R. (2016). Development and validation of a measure of self-critical rumination. *Assessment*, 23(3), 321–332.
- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., & McLouth, R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42, 266–278.
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of non-suicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303.

- Szemenyei, E., Reinhardt, M., Szabó, E., Szabó, K. G., Urbán, R., Harvey, S. T., et al. (2020). Measuring Psychological Inflexibility in Children and Adolescents: Evaluating the Avoidance and Fusion Questionnaire for Youth. *Assessment*, 27(8), 1810–1820.
- Taylor, P. J., Jomar, K., Dhingra, K., Forrester, R., & Shahmalak, U. (2018). A meta-analysis of the prevalence of different functions of non-suicidal self-injury. *Journal of Affective Disorders*, 227, 759–769.
- Turi, E., Tóth, I., & Gervai, J. (2011). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica*, 26, 415–426.
- Washburn, J. J., Klonsky, E. D., Styer, D. M., Gebhardt, M., Juzwin, K. R., & Aldridge, D. (2012). *Short form of the Inventory of Statements About Self-Injury*. Poster presentation at the 7th annual meeting of the International Society for the Study of Self-Injury. Chapel Hill, NC.
- Wester, K., Trepal, H., & King, K. (2018). Nonsuicidal self-injury: Increased prevalence in engagement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(6), 690–698.
- World Health Organization (WHO) (2001). Declaration of Helsinki. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 373–374.
- World Health Organization (WHO) (2019). *Suicide*. Letöltve 2020. 12. 17-én: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 31.

FÜGGELÉK

Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (ISAS-HU)

Az önsértő viselkedés a saját test felületének különböző módú, **szándékos**, önmagunk által okozott megsértését jelenti (pl. saját magunk megvágása, megégetése), de mindez **öngyilkossági szándék nélkül** történik (azaz, aki ezt teszi, nem akar meghalni).

Ez a kérdőív különféle szándékos önsértő viselkedésekről kérdez. Kérünk, **csak akkor jelölj be egy viselkedésformát, ha azt szándékosan (azaz tudatosan), de nem öngyilkossági szándékkal tetted (azaz nem akartál meghalni).**

1. Kérjük, becsüld meg, hogy az életed folyamán hányszor sértetted meg önmagad szándékosan (azaz tudatosan) az alább felsorolt önsértési módokkal (pl. 0-szor, 10-szer, 100-szor, 500-szor).

megvágta magát _____	nagyon erősen/mélyen megkarmolta magát _____
megharapta magát _____	beütötte vagy megütötte magát _____
megégette magát _____	megakadályozta a sebeid gyógyulását _____
	(pl. azzal, hogy letépte a vart a sebedről)
belevéstél valamit a bőrödbe _____	durva felületnek dörzsöltél a bőrödet _____
belecsíptél magadba (erősen) _____	tűvel megszúrtad magad _____
kitépte a hajad _____	veszélyes anyagot nyeltél le _____
Más forma (ha volt ilyen, írd ide): _____, gyakorisága: _____	

Fontos: Ha a fent felsorolt viselkedések közül egyet vagy többet csináltál már, kérjük, folytasd a kérdőív kitöltését. Amennyiben nem csináltad a fentiek közül egyiket sem, akkor ezt a kérdőívet nem kell tovább kitöltened.

2. Ha úgy érzed, hogy van az önsértésnek egy olyan formája, amelyik a leginkább jellemző rád (a legtöbbször csinálod/csináltad), kérjük, karikázd be a fentebbi listából azt a viselkedést vagy viselkedéseket.

3. Hány éves voltál, amikor először sértetted meg magad valamilyen módon a fentiek közül?

_____ éves voltam

Mikor sértetted meg magad legutoljára valamilyen módon a fentiek közül?

(ha nem tudod pontosan, akkor írd megközelítő dátumot: év, hónap, nap)

4. Éreztél-e fizikai (testi) fájdalmat az önsértés közben? Karikázd be az alábbi lehetőségek közül!

IGEN

NÉHA

NEM

5. Egyedül voltál, amikor az önsértést csináltad? Karikázd be válaszd az alábbi lehetőségek közül!

IGEN

NÉHA

NEM

6. Általában mennyi idő telik el aközött, hogy késztetést érzel az önsértésre és aközött, hogy meg is teszed? Karikázd be válaszd az alábbi lehetőségek közül!

kevesebb mint 1 óra

1–3 óra

3–6 óra

6–12 óra

12–24 óra

több mint egy nap

7. Szeretted volna valaha / szeretnéd-e abbahagyni az önsértést? Karikázd be válaszd az alábbi lehetőségek közül!

IGEN

NEM

Ez a mérőeszköz azért készült, hogy jobban megérthessük a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés során tapasztaltakat. Lentebb olyan állításokat találsz, melyek talán jellemzőek az önsértéssel kapcsolatos tapasztalataidra, talán nem. Kérjük, jelöld azokat az állításokat, melyek a leginkább jellemzőek rád:

- Karikázd be a **0-át**, ha az állítás **egyáltalán nem jellemző** rád.
- Karikázd be az **1-est**, ha az állítás **valamennyire jellemző** rád.
- Karikázd be a **2-est**, ha az állítás **nagyon jellemző** rád.

0 = nem jellemző 1 = valamennyire jellemző 2 = nagyon jellemző

Amikor önsértést végzek, akkor azáltal...	Válasz		
1. ...lenyugtatom / megnyugtatom magam.	0	1	2
2. ...határt húzok magam és mások közé.	0	1	2
3. ...megbüntetem magam.	0	1	2
4. ...egyfajta lehetőséget teremtek arra, hogy törődjek magammal (azáltal, hogy a sebeket ápolom).	0	1	2
5. ...fájdalmat okozok magamnak, hogy megszüntessem a tompultság/dermedtség érzését.	0	1	2
6. ...nem érzek késztetést arra, hogy öngyilkosságot kíséreljek meg.	0	1	2

Amikor önsértést végzek, akkor azáltal...	Válasz		
7. ...olyasmit csinálok, ami izgatottságot vagy vidámságot okoz.	0	1	2
8. ...úgy érzem, hogy kapcsolódni tudok a kortársaimhoz.	0	1	2
9. ...tudtára adom másoknak az érzelmi fájdalmam mélységét.	0	1	2
10. ...láthatom, hogy vajon kibírom-e a fájdalmat.	0	1	2
11. ...egy látható (testi) jelet hozok létre, hogy szörnyen érzem magam.	0	1	2
12. ...visszavágok valakinek.	0	1	2
13. ...bizonyítom az önállóságomat.	0	1	2
14. ...csökkentem azt az érzelmi nyomást, ami kialakult bennem.	0	1	2
15. ...bizonyítom, hogy független vagyok másoktól.	0	1	2
16. ...kifejezem a haragomat saját magam felé, amiért értéktelen vagy buta vagyok.	0	1	2
17. ...olyan testi sérülést okozok, amivel könnyebb foglalkozni, mint az érzelmi szenvedéssel.	0	1	2
18. ...megpróbálok érezni valamit (ami más, mint a semmi), még akkor is, ha az testi fájdalom.	0	1	2
19. ...az öngyilkossági gondolataimra reagálok anélkül, hogy valójában öngyilkosságot kísérelnék meg.	0	1	2
20. ...szórakoztatom magam vagy másokat azzal, hogy valami szélsőséges /extrém dolgot csinálok.	0	1	2
21. ...összehangolódom másokkal / hasonlóvá válok a többiekhez.	0	1	2
22. ...gondoskodást vagy segítséget keresek másoktól.	0	1	2
23. ...bebizonyítom, hogy kemény vagy erős vagyok.	0	1	2
24. ...bebizonyítom magamnak, hogy az érzelmi fájdalmam valóságos.	0	1	2
25. ...bosszút állok másokon.	0	1	2
26. ...bebizonyítom, hogy nincs szükségem arra, hogy mások segítségére támaszkodjak.	0	1	2
27. ...csökkentem a szorongást, a csalódottságot, a haragot vagy bármely más nyomasztó érzelmet.	0	1	2
28. ...akadályt építek magam és mások közé.	0	1	2
29. ...arra reagálok, hogy boldogtalanságot vagy undort érzek önmagammal kapcsolatban.	0	1	2
30. ...lehetőséget teremtek arra, hogy a sérülésem kezelésére koncentráljak, ami örömet vagy kielégülést okoz.	0	1	2
31. ...megbizonyosodom arról, hogy még élek, amikor már úgy érzem, hogy nem is létezek, amikor már semmi sem tűnik valóságosnak.	0	1	2

Amikor önsértést végzek, akkor azáltal...	Válasz		
32. ...leállítom az öngyilkossági gondolataimat.	0	1	2
33. ...feszítem a határaitam úgy, mintha ejtőernyőznék, vagy más extrém sportot űznék.	0	1	2
34. ...a barátságot vagy az odatartozást jelzem a barátaim vagy a szeretteim felé.	0	1	2
35. ...megakadályozom, hogy egy szerettem elhagyjon vagy magamra hagyjon.	0	1	2
36. ...bebizonyítom, hogy el tudom viselni a fizikai fájdalmat.	0	1	2
37. ...kifejezésre juttatom az érzelmi szenvedésemet.	0	1	2
38. ...megpróbálok megbántani valakit, aki közel áll hozzám.	0	1	2
39. ...megmutatom, hogy önálló/független vagyok.	0	1	2

Választható, hogy válaszolsz-e a következő kérdésre: Kérjük, fogalmazz meg olyan állításokat, melyekről úgy érzed, hogy a fentebb felsoroltaknál pontosabban megfogalmazzák, mi jellemző rád, amikor önsértést végzel.

Választható, hogy válaszolsz-e a következő kérdésre: Kérjük, sorolj fel olyan állításokat, melyekről úgy érzed, hogy hozzá kellene tenni a fentebb felsoroltakhoz, még akkor is, ha nem feltétlenül vonatkoznak rád.

Az ISAS funkció skála hosszú változatának kiértékelése:

(1) Érzelemszabályozó funkció (1., 14., 27. tétel); (2) Személyközi határok szabályozása (2., 15., 28. tétel); (3) Önbüntetés (3., 16., 29. tétel); (4) Gondoskodás önmagáról (4., 17., 30. tétel); (5) Disszociáció megszüntetése/érzések generálása (5., 18., 31. tétel); (6) Öngyilkossági gondolatok megelőzése (6., 19., 32. tétel); (7) Szenzoros élménykeresés (7., 20., 33. tétel); (8) Kötődés a kortársakhoz (8., 21., 34. tétel); (9) Interperszonális figyelem kiváltása (9., 22., 35. tétel); (10) Szívósság kifejezése (10., 23., 36. tétel); (11) Distressz jelzése (11., 24., 37. tétel); (12) Boszszú kifejezése (12., 25., 38. tétel) és (13) Autonómia kifejezése (13., 26., 39. tétel).

Az ISAS funkció skálájának rövid változata és kiértékelése

Amikor önsértést végzek, akkor azáltal...	Válasz		
1. ...határt húzok magam és mások közé.	0	1	2
2. ...egyfajta lehetőséget teremtek arra, hogy törődjek magammal (azáltal, hogy a sebeket ápolom).	0	1	2
3. ...fájdalmat okozok magamnak, hogy megszüntessem a tompultság/dermedtség érzését.	0	1	2
4. ...nem érzek késztetést arra, hogy öngyilkosságot kíséreljek meg.	0	1	2
5. ...úgy érzem, hogy kapcsolódni tudok a kortársaimhoz.	0	1	2
6. ...tudtára adom másoknak az érzelmi fájdalmam mélységét.	0	1	2
7. ...láthatom, hogy vajon kibírom-e a fájdalmat.	0	1	2

Amikor önsértést végzek, akkor azáltal...	Válasz		
8. ...egy látható (testi) jelet hozok létre, hogy szörnyen érzem magam.	0	1	2
9. ...visszavágok valakinek.	0	1	2
10. ...csökkentem azt az érzelmi nyomást, ami kialakult bennem.	0	1	2
11. ...kifejezem a haragomat saját magam felé, amiért értéktelen vagy buta vagyok.	0	1	2
12. ...megpróbálok érezni valamit (ami más, mint a semmi), még akkor is, ha az testi fájdalom.	0	1	2
13. ...szórakoztatom magam vagy másokat azzal, hogy valami szélsőséges / extrém dolgot csinállok.	0	1	2
14. ...gondoskodást vagy segítséget keresek másoktól.	0	1	2
15. ...bosszút állok másokon.	0	1	2
16. ...bebizonyítom, hogy nincs szükségem arra, hogy mások segítségére támaszkodjak.	0	1	2
17. ...csökkentem a szorongást, a csalódottságot, a haragot vagy bármely más nyomasztó érzelmet.	0	1	2
18. ...akadályt építek magam és mások közé.	0	1	2
19. ...arra reagálok, hogy boldogtalanságot vagy undort érzek önmagammal kapcsolatban.	0	1	2
20. ...lehetőséget teremtek arra, hogy a sérülésem kezelésére koncentráljak, ami örömet vagy kielégülést okoz.	0	1	2
21. ...leállítom az öngyilkossági gondolataimat.	0	1	2
22. ...feszítem a határaitam úgy, mintha ejtőernyőznék, vagy más extrém sportot űznék.	0	1	2
23. ...a barátságot vagy az odatartozást jelzem a barátaim vagy a szeretteim felé.	0	1	2
24. ...bebizonyítom, hogy el tudom viselni a fizikai fájdalmat.	0	1	2
25. ...kifejezésre juttatom az érzelmi szenvedésemet.	0	1	2
26. ...megmutatom, hogy önálló/független vagyok.	0	1	2

(1) Érzelemszabályozó funkció (10., 17. tétel); (2) Személyközi határok szabályozása (1., 18. tétel); (3) Önbüntetés (11., 19. tétel); (4) Gondoskodás önmagáról (2., 20. tétel); (5) Disszociáció megszüntetése/érzések generálása (3., 12. tétel); (6) Öngyilkossági gondolatok megelőzése (4., 21. tétel); (7) Szenzoros élménykeresés (13., 22. tétel); (8) Kötődés a kortársakhoz (5., 23. tétel); (9) Interperszonális figyelem kiváltása (6., 14. tétel); (10) Szívósság kifejezése (7., 24. tétel); (11) Distressz jelzése (8., 25. tétel); (12) Bosszú kifejezése (9., 15. tétel) és (13) Autonómia kifejezése (16., 26. tétel).

MEASURING NON-SUICIDAL SELF-INJURY AND ITS MOTIVATION AMONG ADOLESCENTS: HUNGARIAN ADAPTATION OF THE INVENTORY OF STATEMENTS ABOUT SELF-INJURY

REINHARDT, MELINDA – KÖKÖNYEI, GYÖNGYI – DRUBINA, BOGLÁRKA –
URBÁN, RÓBERT

Background and aims: *Lifetime prevalence of non-suicidal self-injury (e.g., direct cutting or hitting the own body) is estimated between 18 % and 40% in community adolescents samples. However, limited number of complex, non-suicidal self-injurious behavior screening questionnaires exist. Therefore, the main aim of our research was to introduce a detailed self-injury questionnaire, the Hungarian version of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS-HU) into the Hungarian test system.*

Methods: *High school students (N=1015; 66.1% girls (N=671); mean age was 16.81; SD=1.42) filled out questionnaires on emotion regulation, mental health aspects, and self-injurious behaviours.*

Results: *Nearly 60% of the adolescents (58.8%; N=597) have never, while 41.2% (N=418) have already engaged in self-harm at least once in their life. Thirty two percent of the whole sample (N=322) engaged in self-harm in the previous month. Girls are at one and a half times greater risk for self-harm than boys. Adolescents who have never engaged in self-harm enjoyed the best psychological health. We provide further descriptives of attitudinal components of self-harm behaviour. Exploratory Structural Equation Modeling, which allows cross-loadings of the items, strengthened the original two-factor structure of the second part of the ISAS-HU; an intrapersonal and an interpersonal function factor emerged with good reliability. Among girls intrapersonal functions of self-harm associated with poorer mental health and more maladaptive emotion regulation. Repetitive self-harmers, in comparison with occasional self-harmers, engaged in self-harm mainly because of intrapersonal motives.*

Conclusions: *ISAS-HU is a psychometrically valid tool which can assess non-suicidal self-injury easily, quick and in its complexity.*

Keywords: *non-suicidal self-injury; Inventory of Statements About Self-Injury; measurement adaptation; psychometrics; adolescents*

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