

Az önkritikus perfekcionizmus mint mentális betegségtünet és nem szuicidális önsértés prediktor kamaszok körében

Reinhardt Melinda^{1,2*} , Drubina Boglárka^{1,3,4} és Kökönyei Gyöngyi^{1,5,6}

¹ ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Magyarország

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

³ ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Doktori Iskola, Magyarország

⁴ Területi Gyermekvédelmi Központ és Fővárosi Gyermekvédelmi Szakszolgálat, Szakértői Bizottság, Magyarország

⁵ NAP3.0-SE Neuropszichofarmakológiai Kutatócsoport, Nemzeti Agykutatási Program, Semmelweis Egyetem, Magyarország

⁶ Gyógyszerhatástani Intézet, Semmelweis Egyetem, Magyarország

EREDETI KÖZLEMÉNY

Beérkezett: 2022. szeptember 20. • Átdolgozott kézirat érkezett: 2023. január 10 • Elfogadva: 2023. február 11.

Megjelent az interneten: 2023. április 25.

© 2023 A szerző(k)



Háttér és célkitűzések: A diszpozicionális perfekcionizmus többdimenziós jelenség, mely a személy önmagával szemben állított magas sztenderdjei (perfekcionista törekvések) mellett irreális elvárásokat (perfekcionista aggodalmak) is magában foglalhat. Azt, hogy a személyiségműködésben a perfekcionizmus egészséges vagy maladaptív, önkritikus vonulata a meghatározó, a két perfekcionizmuskomponens aránya határozza meg. Utóbbit különböző pszichopatológiai jelenségek rizikó- és fenntartó faktoraként tartják számon. Kutatásunk célja nem klinikai kamaszpopulációban a multidimenzionális perfekcionizmus különböző mentális egészségmutatókkal (pl. pszichés tünetek, nem szuicidális önsértés) való összefüggéseinek feltárása volt. *Módszer:* Vizsgálatunkban 1015 középiskolás (66,1% lány; átlagéletkor 16,81 év; szórás = 1,42) vett részt. A perfekcionizmus komponenseit a Majdnem Tökéletes Skála rövid változatával, az önsértő viselkedést az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőívvel mértük fel. A pszichés tüneteket a Képességek és Nehézségek Kérdőívvel, míg a mentális jóllétet a Serdülő Mentális Egészség Kontinuum Skála rövid változatával térképeztük fel. *Eredmények:*

* Levelező szerző. E-mail: reinhardt.melinda@ppk.elte.hu

Az önkritikus perfekcionista csoportba sorolható tanulók jelzik a legrosszabb mentális állapotot, körükben a legmagasabb – közel 50% – az aktuális önsértők aránya. Többszörös lineáris és multinomiális regressziós modelleken alapulva rámutattunk, hogy az önkritikus perfekcionizmus jelenléte növeli, míg az adaptív perfekcionista hozzáállás csökkenti mind a mentális betegség tüneteinek számát, mind az egy hónapon belüli önsértés esélyét. A látens klaszterezéssel azonosított önsértő csoportok közül a Súlyos önsértők csoportjában a legmarkánsabb az önkritikus perfekcionista hozzáállás és a legalacsonyabb a szubjektív jóllét. *Következtetések:* Hazai középiskolák mintában is megerősítést nyert, hogy a perfekcionizmus önkritikus komponense rizikófaktorként határozható meg a rosszabb lelki egészségmutatók, kiemelten a nem szuicidális önsértés tekintetében. Az összefüggések alapján a mentális egészség szűrésében és fejlesztésében iskolai közegben is megfontolandó a tanulók perfekcionizmusjellemzőinek azonosítása.

KULCSSZAVAK

önkritikus perfekcionizmus, internalizáló tünetek, externalizáló tünetek, nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés, serdülőkör

BEVEZETÉS

Az, hogy a perfekcionizmus többdimenziós természetű jelenség, már közel negyven éve konszenzusos a szakirodalomban (Stoeber, 2011). A perfekcionizmus egyik legszélesebb körben elfogadott konceptualizációja szerint a két legfontosabb perfekcionizmuskomponens a perfekcionista törekvések vagy más néven standardok és a perfekcionista aggodalmak vagy diszkrepancia (Stoeber és Otto, 2006). A perfekcionista törekvések a saját teljesítménnyel kapcsolatos magas elvárásokat takarják, míg a perfekcionista aggodalmak a túlzott önkritikusságra, az esetleges hibázás miatti fokozott szorongásra és arra vonatkoznak, hogy a személy azt éli meg, hogy önmagával szemben támasztott elvárásait nem tudja beteljesíteni (Flett és Hewitt, 2002). A perfekcionista törekvéseket, a kiváló teljesítmény elérésének fokozott igényét önmagában a kutatók a perfekcionizmus pozitív vonulataként azonosítják, amit az empirikus kutatások nagy része is megerősít (Frost, Heimberg, Holt, Mattia és Neubauer, 1993). A perfekcionista törekvéseket ezért gyakran egészséges, adaptív, normál vagy pozitív perfekcionizmusdimenzióként említik (pl. Andrews, Burns és Dueling, 2014; Hamachek, 1978). A perfekcionista aggodalmak a tökéletlenségtől való félelem miatt negatív érzésekkel és élményekkel asszociálódnak, ezért azt negatív, egészségtelen, maladaptív vagy neurotikus perfekcionizmuskomponensként aposztrofálják (pl. Flett és Hewitt, 2002; Hamachek, 1978; Rice, Ashby és Slaney, 1998). Az utóbbi évek szakirodalmában pedig a perfekcionista aggodalmak faktor annak kifejezett önkritikussága miatt gyakorta önkritikus perfekcionizmusként is hivatkozott jelenség (Dunkley és Blankstein, 2000). Minél nagyobb a távolság a teljesítményelvárások és a valós vagy vélt teljesítmény között, annál erőteljesebb az elégedetlenség, az önkritika, így a szorongás és a szegény (Stoeber és Otto, 2006).

A perfekcionizmus dimenzióin alapuló perfekcionista csoportok

A perfekcionizmus mint összetett konstruktum pszichés működésre kifejtett hatását jelentősen befolyásolja, hogy két nagy összetevője – a magas standardok és a teljesítménnyel kapcsolatos kifejezett aggodalmak – közül melyik dominánsabb, illetve milyen arányban jelennek meg (Terry-Short, Owens, Slade és Dewey, 1995). Az egyes magasabb rendű dimenziók



kombinációjának értelmezése azonban nem egységes a szakirodalomban, ahogyan az sem, hogy mely kombinációt tekintik nem perfekcionista hozzáállásnak.

A perfekcionizmus 2×2 -es modellje azokat tekinti nem perfekcionistaáknak, akiknél egyik perfekcionizmuskomponens sem aktív a személyiségszerveződésben (Gaudreau és Thompson, 2010). Adaptív/egészséges perfekcionista a modell keretében azok, akik magas törekvésekkel, de alacsony aggodalmakkal jellemezhetők. A maladaptív/egésztelen/önkritikus perfekcionista pedig azok, akik vagy magas törekvéseik mellett magas aggodalmakkal bírnak, vagy csak magas perfekcionista aggodalmakkal jellemezhetők, de perfekcionista törekvéseik alacsonyak. Utóbbi csoportot „tisztán perfekcionista aggódóknak” nevezik, és egyértelműen a maladaptív perfekcionista csoportjába sorolják őket (Gaudreau és Thompson, 2010).

A 2×2 -es perfekcionizmus modellel ellentétben mind Stoeber (2011), mind Rice és Ashby (2007) azt a csoportot is nem perfekcionistaának tekintik, akiknél csak a perfekcionista aggodalmak erősek, de a perfekcionista törekvések alacsonyak. Mindezt azzal az érveléssel támasztják alá, hogy a perfekcionizmus semmilyen formája nem azonosítható magas törekvések nélkül. Jelen munkánkban ez utóbbi érvelést és modellt követtük a perfekcionista csoportok kialakításánál.

Perfekcionizmus serdülőkorban

A serdülőkor mint szenzitív életperiódus a perfekcionizmusra is hatással van. Serdülőkorban a növekvő öntudatosság és a teljesítménnyel kapcsolatos elvárások magasabb tudatossági foka, valamint a szociokulturális elvárások a perfekcionizmus előtérbe kerülését alapozzák meg (Flett, Hewitt, Oliver és MacDonald, 2002). Az eddigi eredmények vegyesek abban a tekintetben, hogy a perfekcionizmus és dimenziói hogyan változnak a kamaszkor folyamán. Számos tanulmány ezek erősödését jelezte a serdülőkor előrehaladtával, míg mások ezt azzal finomították, hogy nem a globális perfekcionizmus pontszám változik, hanem bizonyos életterületeken (pl. teljesítmény) lesz kifejezettebb a perfekcionista attitűd (Stoeber és Stoeber, 2009).

Míg gyermekkorban a perfekcionista személyiségvonások a lányoknál jellemzőbbek, addig ez a nemi különbség a középső és késő serdülőkorra felszámolódik. Ugyanakkor az önkritikus perfekcionista aggodalmak fiatal felnőtteknél ismét megerősödnek a lányoknál, míg a perfekcionista standardokban nemi különbség nem mutatható ki (Sand, Bøe, Shafran, Stormark és Hysing, 2021).

Az önkritikus perfekcionizmus kapcsolata a mentális egészséggel

A fokozott perfekcionista aggodalmak egyik alapvető komponense a kifejezett önkritikusság. Az önkritikus perfekcionizmus a saját viselkedés szinte állandó és erősen kritikus önvizsgálatával megakadályozza még a sikerekkel és a jó teljesítménnyel kapcsolatos megelégedés átélését is (Dunkley, Zuroff és Blankstein, 2003). Az ezzel együtt járó krónikus aggodalom a vizsgálatok szerint markánsan összekapcsolódik az emelkedett depresszív tünetesszámmal (pl. Dunkley és Blankstein, 2000), valamint a negatív affektivitás magas és a pozitív affektusok alacsony szintjével (pl. Mongrain és Zuroff, 1995).

Hasonló összefüggések igazak az önkritikus perfekcionizmus magas szintje által meghatározott maladaptív/önkritikus perfekcionista csoportra (Stoeber, 1998). A stoeberi felosztáson alapuló vizsgálatok rendre az adaptív/egészséges perfekcionista jobb egészségmutatóit igazolják a maladaptív/önkritikus perfekcionista csoporthoz képest (Dunkley és mtsai, 2003). Míg az adaptív perfekcionista aktív, problémamegoldó megküzdésükkel a perfekcionizmusuk által



felderősített stressz negatív hatásait csökkenteni tudják (Dunkley, Blankstein, Halsall, Williams és Winkwort, 2000), addig az önkritikus perfekcionista tehetetlenek a stresszel szemben, ami aláássa a problémafókuszú megküzdést (Flett, Hewitt, Blankstein, Solnik és Van Brunschot, 1996). A tehetetlenség háttérében az az önkritikus perfekcionista meggyőződés állhat, hogy hiányosságai miatt képtelenek a stresszhelyzetet kezelni, ezért önmagukat hibáztatják. Ennek nyomán aktív helyzetkezelés helyett igyekeznek a számukra fenyegető helyzetet elkerülni. A (mindennapi) stresszes szituációk az önkritikus perfekcionista számára fokozottabban megterhelőek, mivel érzelmileg reaktívabbak azokra a stresszorokra, amelyekkel kapcsolatban úgy érzik, hogy elvesztik a kontrollt, hibázni fognak vagy mások kritikával illetik őket. Mindez egy idő után krónikus diszfóriaérzetet kelt (Dunkley és mtsai, 2003). Mindezt egy kétéves longitudinális vizsgálat is alátámasztotta: az önkritikus perfekcionista – szemben az adaptív perfekcionistaakkal – alacsonyabb önegyüttérzésről számoltak be, ami két évvel később magasabb distressz (depresszió és szorongás) szinthez vezetett (Tobin és Dunkley, 2021).

A perfekcionizmus maladaptív, önkritikus formáját az utóbbi években egyenesen transzdiagnosztikus jelenségként tartják számon: számos mentális betegségben és maladaptív pszichés folyamatban szerepet játszó tényezőként értelmezhetjük (Shafran és Mansell, 2001). Limburg, Watson, Hagger és Egan (2017) azonban metaanalízisükben arra is rámutattak, hogy míg az önkritikus perfekcionizmus erősen, addig a perfekcionista standardok gyengén kapcsolódnak számos pszichopatológiai kimenethez, így a fokozott stresszhez, depresszív, szorongásos kényszeres tünetekhez, szándékos önsértéshez és öngyilkossági gondolatokhoz. Egyetlen kivételnek az étkezési problémák számítotnak, esetükben a perfekcionizmus mindkét komponense számottevően hozzájuk kapcsolódott.

Az önkritikus perfekcionizmus összefüggése a nem szuicidális önsértéssel

Mind a rossz mentális egészség, mind az önkritikus perfekcionizmus jelentős meghatározói, egyben fenntartó tényezői is a nem szuicidális önsértésnek (nonsuicidal self-injury, NSSI; Hooley és Franklin, 2018). A nem öngyilkossági szándékkal történő szándékos önsértés egy ernyőfogalom, amely olyan direkt önsértő tetteket (pl. vágás, karmolás, ütés, égetés) foglal magában, amelyek háttérében nem áll öngyilkossági gondolat, terv vagy szándék (International Society for the Study of Self-Injury, 2022). A különböző önsértési módok prevalenciájában nemi különbségekre mutattak rá: a nők gyakrabban vesznek részt önmaguk megvágásában és megkarmolásában, míg a férfiak nagyobb valószínűséggel ütnek meg vagy be magukat szándékosan (Barrocas, Hankin, Young és Abela, 2012). Fontos az önsértés tekintetében az idői tényezőt is figyelembe venni: konszenzusosan az egy hónapon belül történt önsértést tekintjük aktuális önsértésnek (Claes és Vandereycken, 2007). A gyakoriság és az önsértési módok diverzitása az önsértés súlyosságának két alapvető jelzője: minél gyakrabban és minél többféle módon végez valaki önsértést, annál súlyosabbnak tekintjük azt.

Az utóbbi évtizedben az NSSI előfordulásának jelentős növekedését rögzítették nem klinikai kamasz (pl. Cipriano, Cella és Cotrufo, 2017) és fiatal felnőtt mintákban (Wester, Trepal és King, 2018). Ennek alapján nem ritka az 50% feletti élettartam-prevalencia sem (Calvete, Orue, Aizpuru és Brotherton, 2015). Az NSSI indulása jellemzően 12–14 éves kor közé tehető (Glenn és Klonsky, 2009), longitudinális kutatások ugyanakkor arra is rámutattak, hogy az önsértés pontprevalenciájában csökkenés tapasztalható a középső és késő kamaszkorban (Plener, Schumacher, Munz és Groschwitz, 2015). Serdülőkorban a stresszre szenzitív agyterületek



fejlődési változásai és a még nem teljesen érett prefrontális kéreg jelentős mértékben hozzájárul az életkorra jellemző érzelmi és pszichoszociális egyensúlytalansághoz (Spear, 2000). Ez az életkorfüggő érzékenység kifejezett hatást gyakorol az önszabályozásra és az érzelemregulációra, ami a nem szuicidális önsértés jellemzően kora kamaszkori indulását alapozhatja meg (Glenn és Klonsky, 2009).

Az NSSI kialakulásának és fennmaradásának egyik összetett modellje (Nock, 2009) szerint önsértés azért jelenik meg és folytatódik, mert ezek a viselkedésformák azonnal képesek a személy számára kezelhetetlen affektív és szociális tapasztalatokat szabályozni. Távoli (pl. genetikailag megalapozott fokozott érzelmi reaktivitás, erős családi kritikusság) és közeli (pl. alacsony stressztűrő képesség) rizikófaktorok, valamint önsértés-specifikus érzékeny tényezők (pl. nagymértékű önkritikusság) egyaránt felerősíthetik a nem szuicidális önsértés mint maladaptív megküzdési mód megjelenését (Nock, 2010). Érdemes azt is megemlíteni, hogy az önkritikusság és az önbüntetés az önsértés hátterében álló leggyakoribb okok közé tartoznak (Nock és Prinstein, 2004). Ezek a „self-abuzív” tényezők egyben a maladaptív perfekcionizmus alapvető komponensei is.

A perfekcionizmus és a nem szuicidális önsértés közötti kapcsolatot eddig kevés vizsgálat tesztelte (részletesen ld. Györi és mtsai, 2021 áttekintő tanulmányát), annak ellenére, hogy a fokozott perfekcionista aggodalmak az önsértés megjelenésének rizikóját az eddigi adatok szerint egyértelműen növelik (ld. Limburg és mtsai, 2017 metaanalízisét). Az adatok szerint a nem szuicidális önsértést folytatók mind a nem önsértő, egészséges kontrollszemélyekhez (pl. Hooley, Ho, Slater és Lockshin, 2010), mind az önsértés indirekt formáiban (pl. szerhasználat, ételmegvonás) részt vevőkhöz képest (pl. St. Germain és Hooley, 2012) erőteljesebben önkritikusak. Nock, Prinstein és Sterba (2009) élmény-mintavételezési eljárással pedig serdülők körében igazolta, hogy az önsértésben való részvétel esélyét egyértelműen növelte a self felé irányuló düh érzése és az önutálat, azaz az extrém önkritikus attitűd.

Az NSSI-t és a perfekcionista aggodalmakat egyaránt meghatározó közös mechanizmus az erőteljes önbüntetésre, önkritikára és szégyenre való hajlam lehet (Flett, Goldstein, Hewitt és Wekerle, 2012). Mivel a perfekcionizmus maladaptív folyamatai emelkedett negatív érzésekkel és rosszabb szubjektív jólléttel asszociálódnak (Fedewa, Burns és Gomez, 2005), másrészt az NSSI egyik alapvető célja a negatív érzelmi állapotok szabályozása (Nock, 2009), elképzelhetőnek tűnik, hogy a nem szuicidális önsértés a leggyakrabban éppen az emelkedett önkritika és perfekcionista aggodalmak keltette negatív érzéseket célozza csökkenteni (Chester, Merwin és DeWall, 2015). Az extrém negatív, önkritikus, önbüntető selfsémák mintegy „lebontják” a saját testtel szembeni agresszió gátjait. Ez a folyamat magyarázná azt a jelenséget is, hogy az önsértők fájdalomküszöbe magasabb, mint a nem önsértő személyeké (Hooley és St. Germain, 2014).

Jelen vizsgálat célkitűzései

Kutatásunk célja a multidimenziális perfekcionizmus különböző mentális egészségmutatókkal való kapcsolatának feltárása volt magyar középiskolások körében. Ennek megfelelően a perfekcionizmus formáinak (egészséges, önkritikus, nem perfekcionista) leíró és összehasonlító adatainak közlése mellett a perfekcionista működésmódok magyarázó szerepét is vizsgáltuk számos mentális tüneti tényező tekintetében. Végül, önsértő és nem önsértő csoportokban, valamint súlyossági mutatók alapján látens klaszterelemzéssel azonosított önsértő csoportokban teszteltük



a perfekcionizmus különböző aspektusainak (magas standardok, magas önkritikus elégedetlenség) jelenlétét.

Nagymintás kérdőíves felmérésünk újdonsága, hogy a perfekcionizmus többdimenziós felfogását alapul véve közöl részletes adatokat a perfekcionizmus és a pszichés betegségtünetek, valamint a nem szuicidális önsértés kapcsolatáról. Az eredmények serdülőpopulációra vonatkozó általánosíthatóságát a magas mintaméret mellett tovább erősíti, hogy a középső és a késő kamaszkor időszakát (14–21 éves korig) egyaránt és egyenletesen sikerült leképeznünk.

Hipotézisünk szerint a magas önkritikus perfekcionista attitűddel bíró fiatalok jellemezhetők a legrosszabb mentális egészséggel, valamint körükben a legmagasabb a nem szuicidális önsértés esélye. A korábbi szakirodalmi eredmények alapján jelen mintával kapcsolatban is azt feltételezzük, hogy az önkritikus perfekcionizmus rizikófaktora az emelkedett pszichés tünetszámnak és a nem szuicidális önsértés elkövetésének. A látens klaszterelemzéssel azonosított önsértő csoportok esetében – mivel maga a módszer feltáró jellegű – előzetes elvárásunk pedig arra korlátozódik, hogy a súlyosság mentén különböző önsértő csoportok emelkednek ki, s a súlyossági mutatók alapján legérzékenyebb önsértő csoportban detektálható a legmagasabb önkritikus perfekcionista beállítódás.

MÓDSZER

Minta

Keresztmetszeti elrendezésű vizsgálatunkban 14 középiskolából 1015 középiskolás kamasz adatait elemeztük. A kérdőívcsomag kitöltését kezdetben 1059 serdülő vállalta, azonban 44 főt hiányos kitöltés (adott skálán 5-nél több kihagyott válasz) miatt ki kellett zárunk az adatelemzésből. Az elemzett mintában a lányok (66,1%; $N = 671$) többségben voltak a fiúkhoz képest (33,7%; $N = 342$), két fő (0,2%) pedig nem adta meg a nemét. A tanulók átlagéletkora közel 17 év volt ($\bar{a}_{kor} = 16,81$; szórás = 1,42; min. = 14 év, max. = 20 év). Ebben nemek közötti eltérés nem jelent meg ($t[1005] = 1,05$; $p = 0,295$; $d = 0,06$). A 9. osztályosok 27%-kal ($N = 274$), a 10. osztályos tanulók 25,2%-kal ($N = 256$), míg a 11. osztályosok 24,2%-kal ($N = 246$) és a 12. évfolyamosok 23%-kal ($N = 233$) reprezentálódtak a mintában. Hat fő (0,6%) nem jelezte az osztályfokát. A lakóhely szerinti eloszlás a következő mintázatot mutatta: 24,9% ($N = 253$) fővárosi, 44,3% ($N = 450$) más városban él, 30,6% ($N = 311$) pedig községben, egy fő nem adta meg ezt az adatot. E tekintetben sem detektáltunk nemek közötti különbséget ($\chi^2[2] = 5,81$; $p = 0,055$; $\phi = 0,08$). A középiskolások szülei jórészt felsőfokú (apák 44%-a; anyák 51%-a) és középfokú végzettségűek voltak (apák 24%-a; anyák 30%-a).

A mintaleírásban lényeges jelezniünk a nem szuicidális önsértésben érintett tanulók arányát, mivel a csak rájuk vonatkozó elemzéseket ezen az – önmagában is heterogén – almintán végezhetjük el. A teljes minta 41,2%-a ($N = 418$) jelezte azt, hogy életében legalább egyszer nem öngyilkossági szándékkal szándékos önsértést végzett. A teljes önsértő almintának az átlagéletkora szintén közel 17 év volt ($\bar{a}_{kor} = 16,86$; szórás = 1,45; min. = 14 év, max. = 20 év). A nemi eloszlás is hasonlóan alakult, mint a teljes mintában (70,6%-uk [$N = 295$] lány, 29,3%-uk [$N = 122$] fiú volt, míg egy fő [0,2%] nem adta meg a nemét). Az osztályfokok eloszlása az önsértő csoportban hasonló mintázatot mutatott, mint a teljes mintában: 28% ($N = 117$) 9. osztályos, 23,2% ($N = 97$) 10. évfolyamos, 25,6% ($N = 107$) 11.-es, míg 22,2% ($N = 93$) 12. osztályos tanuló volt, 4 fő (1%) nem adta meg az osztályfokot.



Eszközök

Az alapvető demográfiai kérdések (nem, életkor, osztályfok, lakóhely típusa, szülők iskolai végzettsége) mellett jelen elemzésekben az alábbi mérőeszközökkel szerzett eredményeket használtuk fel.

Majdnem Tökéletes Skála – rövid változat. A perfekcionizmust az annak többtényezős jellegét leképezni képes Majdnem Tökéletes Skála rövid változatának (Short Almost Perfect Scale, SAPS; Rice, Richardson és Tueller, 2014) magyar verziójával (Reinhardt, 2022) mértük fel. A 8 tételes kérdőív 4 tétele a kitöltő önmaga elé állított sztenderdjei és teljesítményelvárásainak mértékét (törekvések) méri fel, míg másik 4 tétele a személyes törekvésektől észlelt távolságot, valamint az ezzel kapcsolatos szorongást és önkritikát összegzi (diszkrepancia). Míg a törekvések skála a perfekcionizmus egészséges, adaptív (pl. „Magasak az elvárásaim önmagammal szemben.”), addig a diszkrepancia skála a perfekcionizmus nem egészséges, maladaptív vonulatára (pl. „Szinte sohasem vagyok elégedett a teljesítményemmel.”) reflektál. Utóbbi kifejezett önkritikus jellege miatt az elmúlt évek szakirodalmában gyakran önkritikus perfekcionizmus elnevezéssel jelenik meg (Dunkley és mtsai, 2003). Mindkét faktoron minimum 4, maximum 28 pont szerezhető, mivel az egyes tételeket egy 1-től (*egyáltalán nem értek egyet*) 7-ig (*teljes mértékben egyetértek*) tartó skálán értékelheti önmagára nézve a kitöltő. A két skála között a legtöbb kutatás nem mutatott ki szignifikáns együttjárást (pl. Rice és mtsai, 2014), ami azok teoretikus elkülöníthetőségét empirikusan is megerősíti. Mindkét skála kiváló reliabilitásértékekkel bír. Az eredeti vizsgálatban (Rice és mtsai, 2014) a törekvések Cronbach-alfa-mutatója 0,85, míg a diszkrepanciáé 0,87 volt. Jelen felmérésben a törekvések Cronbach-alfa-értéke 0,85, a diszkrepancia skáláé pedig 0,76 volt. A mérőeszköz a két perfekcionizmus faktorból (törekvések és diszkrepancia) származtatott háromosztályos felosztás elkészítésére is alkalmas: (1) egészséges vagy adaptív perfekcionistaiknak tekinthetjük azokat, akiknél magasak a törekvések, de alacsony a diszkrepancia; (2) a nem egészséges vagy maladaptív perfekcionistaik azok, akik egyszerre érnek el magas értékeket mind a törekvések, mind a jelentős szorongást jelző diszkrepancia skálákon – ezt a csoportot aposztrofálják a szakirodalomban önkritikus perfekcionistaiként (Dunkley és mtsai, 2003); végül (3) a nem perfekcionista személyek azok, akik vagy mindkét dimenzió mentén alacsony értékeket mutatnak, vagy alacsony törekvések – magas(abb) diszkrepancia értékekkel bírnak (Rice és Ashby, 2007). Utóbbi felosztás hátterét az a perfekcionizmus-szakirodalomban elfogadott álláspont adja, hogy a perfekcionizmus vezető eleme a magas személyes törekvések köre, annak hiánya a perfekcionista beállítódás hiányát jelzi (Stoeber, 2012). A kérdőív megfelelő kritériumvaliditást mutat: a törekvések skála fokozott lelkiismeretességgel és kognitív rugalmassággal kapcsolódott össze, a diszkrepancia skála pedig magas érzelmi labilitással, depresszív tünetsszámmal és a hibázással összefüggő erős aggodalommal társult (Rice és mtsai, 2014).

Képességek és Nehézségek Kérdőív. A pszichés tüneteket a 25 tételes Képességek és Nehézségek Kérdőívvel (Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ; Goodman, Meltzer és Bailey, 1998) térképeztük fel. A kérdőívet magyarra Turi, Tóth és Gervai (2011) adaptálta. Öt alskálájából – (1) érzelmi tünetek; (2) viselkedési problémák; (3) hiperaktivitás és figyelmi nehézségek; (4) kortárskapcsolati problémák és (5) proszociális viselkedés – három főskála határozható meg. Az első négy alskála (1–4) összértéke egy összesített problémapontszámot jelez, az (1) érzelmi és a (4) kortárskapcsolati problémák együttesen képzik le az internalizáló tüneteket, míg a (2) viselkedési és a (3) hipermotil, valamint figyelmi nehézségek összessége az



externalizáló tünetkört adja (Goodman és mtsai, 1998). A proszociális viselkedés skálán elért magasabb érték az önzetlen, együttműködő, segítségnyújtó attitűdöt és magatartást jelzi. Minden tételt egy 0-tól (*nem igaz*) 2-ig (*határozottan igaz*) terjedő skálán értékelhet a kitöltő. Az össz-probléma skála reliabilitásértéke mind az eredeti (Cronbach- α = 0,82; Goodman és munkatársai, 1998), mind saját vizsgálatunkban (Cronbach- α = 0,75) megfelelőnek bizonyult. Jelen vizsgálatban továbbá az internalizáló tünetskála megfelelő belső konzisztenciával (Cronbach- α = 0,75) bírt, az externalizáló tünetskála azonban csak közelítette az elfogadható értéket (Cronbach- α = 0,64).

Serdülő Mentális Egészség Kontinuum Skála rövid változat. A mentális egészség – betegség spektrum pozitív végének feltárása érdekében a szubjektív jóllét dimenzióit is feltártuk. Ehhez a Corey L. M. Keyes (2006) által kidolgozott, 14 tételes Serdülő Mentális Egészség Kontinuum Skála magyar változatát (Reinhardt, Horváth, Morgan és Kökönyei, 2020) használtuk, mely a globális jóllét három összetevőjét méri fel: (1) az érzelmi, (2) a pszichológiai és (3) a társas jóllét szintereit. A kamaszok az elmúlt hónap pozitív mentáliségeség-tapasztalatait becsülték meg a *soha* (0) és a *minden nap* (5) válaszadási kontinuumon. Rogoza és munkatársai vizsgálatukban kiváló megbízhatósági mutatókat azonosítottak: mind a teljes skálára (ω = 0,91), mind az egyes alszkálákra (ω = 0,89, 0,84 és 0,82 az érzelmi, a pszichológiai és a társas jóllét esetében; Rogoza, Truong Thi, Rózycka-Tran, Piotrowski és Žemojtel-Piotrowska, 2018). Jelen vizsgálatunk hasonlóan jó megbízhatóságot erősített meg a Cronbach- α -számítás alapján: a teljes skálára 0,90, az érzelmi jóllét esetében 0,83, a pszichológiai jóllét terén 0,82 és a szociális jóllét skálán 0,73 értékeket kaptunk.

A mérőeszköz értékelésénél lehetőség nyílik egy háromkategóriás felosztásra is annak alapján, hogy a három szubjektív jóllét terület milyen mértékben megélt a válaszadónál (Keyes, 2002). Az ún. virágzó személyek mindhárom jóllét szintéren magas értékekkel bírnak, míg az ún. hervadók kifejezetten alacsony fokban tapasztalják meg a szubjektív jóllét összetevőit. Közöttük a mérsékelt mentális egészséggel bírók helyezkednek el, akik átlagos övezetét élik meg a szubjektív jóllét területeinek. A háromosztályos jóllét index használata azért is indokolt, mert a három szubjektív jóllét skála egymással erős korrelációban áll (Rogoza és mtsai, 2018).

Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív. A nem szuicidális szándékos önsértés jellemzőit az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (Inventory of Statements about Self-Injury, ISAS; Klonsky és Glenn, 2009) magyar változatával (ISAS-HU; Reinhardt, Drubina, Kökönyei és Urbán, 2021) mértük fel. A kérdőív első egysége 12 önsértési mód (pl. vágás, karmolás, ütés, harapás, égetés) élettartam-prevalenciáját detektálja. További öt kérdés ebben a részben az önsértő viselkedés járulékos jellemzőit (pl. mikor sértette meg magát szándékosan a kitöltő először és utoljára; tapasztalt-e fájdalmat önsértés közben; az önsértő tett elkövetésére való sürgetettség idői jellemzői) térképezi fel. A mérőeszköz második része az önsértés hátterében álló lehetséges okokra kérdez rá. Mindegyik tétel egy 0-tól (*nem jellemző*) 2-ig (*nagyon jellemző*) terjedő skálán értékelhető. A 13-féle motiváció két főfaktorba rendeződik: intraperszonális okok és interperszonális okok. Az önsértés intraperszonális funkciói intrapszichés érzelmregulációs aspektusokat fednek le (érzelemszabályozás, disszociáció megszüntetése, distressz jelzése, önbüntetés és öngyilkossági gondolatok megelőzése). Az interperszonális motivációk pedig a társas közegből származó hatások önsértéssel történő „kezelésének” okait sűrítik (autonómia kifejezése, személyközi határok szabályozása, interperszonális figyelem kiváltása, kortársakhoz való kötődés, bosszú kifejezése, öngondoskodás, szenzoros élménykeresés, szívvósság kifejezése) (Klonsky és Glenn, 2009). Vizsgálatunkban a kérdőív második felének rövid, 26 tételes változatát



(Washburn és mtsai, 2012) használtuk. Mind az intraperszonális (Cronbach- $\alpha = 0,80$; Klonsky és Glenn, 2009 és 0,76 saját vizsgálatunkban), mind az interperszonális okok faktora kielégítő belső konzisztenciaadatokat mutat (Cronbach- $\alpha = 0,88$; Klonsky és Glenn, 2009 és 0,82 jelen adatokon).

Eljárás

Hozzáférhetőségi mintavétellel 5 budapesti és 9 vidéki gimnáziumban és szakgimnáziumban értünk el 9–12. évfolyamos tanulókat 2019. február és 2020. január között. Írásos intézményvezetői hozzájárulást követően a serdülőkkel osztályfőnöki órák keretében ismertettük a vizsgálat célját, s ezt követően kiosztottuk a szülőknek és a kamaszoknak szóló tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot. Összesen 1232 tanulónak osztottunk ki ilyen nyilatkozatokat, 173 tanuló azonban vagy nem hozta vissza azokat, vagy később, az adatgyűjtés során hiányzott. A kérdőívcsomag kitöltése az abba írásban beleegyezettek részére osztályfőnöki órák keretében történt vagy online formában, a Qualtrics platformon keresztül ($N = 524$; 51,6%), vagy nyomtatott füzetformátumban ($N = 491$; 48,4%) az iskolák számítástechnikai felszereltségétől függően. Nemi különbség nem jelent meg a kétféle kitöltési forma gyakoriságában ($\chi^2[1] = 2,51$; $p = 0,113$; $\varphi = 0,05$). A teljes folyamatot képzett vizsgálatvezetők felügyelték, akik szükség esetén válaszoltak a tanulók kérdéseire, s a kitöltést követően is a teremben maradtak az esetleges további kérdések megválaszolására. A vizsgálat végén minden tanulónak kiosztásra került egy brosúra a nem szuicidális önsértésről, az abból való kilábalás lehetőségeiről, valamint a pszichológiai támogatás konkrét elérhetőségeiről. A vizsgálatban való részvételért anyagi ellentételezést senki nem kapott. Iskolai személyzet nem volt jelen az adatfelvétel során.

Statisztikai elemzés

Elsőként a felmért konstruktumok leíró jellemzőit (átlag, szórás, gyakoriság, együttjárások) adjuk meg. A kérdőívek belső konzisztenciáját a Cronbach-alfa-mutatóval vizsgáljuk. A perfekcionista csoportok különböző szempontok szerinti összehasonlítását egyszempontos ANOVA-val, illetve Khí-négyzet-próbával végezzük el, az összefüggések erősségét előbbi esetben η^2 mutatóval, utóbbiban a Phi-értékkel (φ) adjuk meg. A csoportok páronkénti összehasonlítására Tukey-féle utóelemzést alkalmazunk. A három perfekcionista csoportot – adaptív; maladaptív/önkritikus és nem perfekcionista – a Majdnem Tökéletes Skála rövid változata bemutatásánál részletezett szempontok szerint alakítjuk ki. A perfekcionista működésmódok magyarázószerepét a tüneti kép tekintetében többváltozós lineáris regressziós elemzéssel, az önsértő státusz tekintetében pedig multinomiális logisztikus regresszióval teszteljük. Ezekhez az elemzésekhez az SPSS 28.0 változatát használjuk.

Az önsértés súlyossági mutatóit alapul vevő látens klaszterelemzéssel a középiskolás kamaszmintában megmutatkozó diverzitást szerettük volna feltárni a nem szuicidális önsértés tekintetében. Ezzel a személyorientált módszerrel a kitöltők válaszai alapján csoportokat azonosíthatunk a 12 önsértési módban való részvétel (gyakoriság és módok száma) alapján. A következő statisztikai mutatók mentén határozzuk meg a legjobban illeszkedő modellt: a Consistent Akaike Information Criterion (CAIC), a Bayesian Information Criterion (BIC) és a sample-adjusted BIC (SABIC) mutatók esetében a minél kisebb érték utal a jobban illeszkedő modellre. A Lo-Mendell-Rubin (LMR) likelihood ratio tesztet és a parametric bootstrap (BLRT; McLachlan és Peel, 2000) eljárást pedig azért alkalmazzuk, hogy összehasonlítsuk a k-klasztort a k-1 klaszterrel. Amennyiben az



LMR vagy a BLRT érték szignifikáns, a vizsgált k-klaszter modell statisztikailag jobban illeszkedik, mint a megelőző k-1 klaszter modell. Figyelembe vesszük továbbá az entrópia értékét is, mely 0,80-as érték körül, illetve felett tisztábban elkülönülő klaszterek jelenlétét erősíti meg. A statisztikai mutatók mellett fontos gyakorlati szempont az is, hogy a kirajzolódó klaszterek értelmezhető-e és a klaszterek elemszáma nem túl alacsony-e. Miután kiválasztjuk a legjobban illeszkedő modellt, a kirajzolódó osztályokat a mentálisegészség-mutatók és a perfekcionizmus tekintetében hasonlítjuk össze. A mentálisegészség-mutatókat, a perfekcionizmus dimenzióit, a nemet (0 = lányok; 1 = fiúk) és az életkort prediktorváltozóként kezeljük. Asparouhov és Muthén (2014) nyomán a prediktorváltozók és a klaszterek közötti összefüggések elemzésére az R3STEP kiegészítő elemzés is elvégezzük. Az R3STEP multinomiális logisztikus regresszioelemzés sorozatban az adott osztály kapcsán becsült prediktorhatások a referenciacsoporthal kerülnek összehasonlításra. A látens klaszterelemzéshez és az R3STEP elemzéshez az Mplus 8.0 (Muthén és Muthén, 1998–2021) statisztikai programcsomagot alkalmazzuk.

A szignifikanciaszintet általánosságban 95%-os megbízhatósági szinten határozzuk meg.

Etikai vonatkozások

Vizsgálatunkat a Helsinki Nyilatkozat (WHO, 2001) etikai alapelveivel összhangban folytattuk le. Arra etikai engedélyt az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Kutatásetikai Bizottsága adott ki 2018. decemberében. A kérdőívkitöltés során nem kértünk olyan adatot, amely a vizsgálati személyek bármilyen beazonosítására alkalmas lett volna. A részvétel önkéntes és a vizsgálat során bármikor visszavonható volt. A részvétel kapcsán továbbá mind a kamasz, mind valamely szülőjének az előzetes írásos beleegyezése is feltételként szerepelt.

EREDMÉNYEK

A perfekcionizmus, a pszichés tünetek és az önsértő viselkedés leíró jellemzői a mintában

A vizsgált középiskolások között többségben vannak az egészséges perfekcionizmussal jellemezhető kamaszok (52,9%; $N = 537$). Közel negyedük maladaptív, önkritikus perfekcionistaként (23,6%; $N = 240$) írható le, szintén negyedük pedig nem perfekcionistaként (23,4%; $N = 238$). A kognitív-viselkedéses perfekcionista jellemzőkben nemi különbséget azonosítottunk: a kamaszlányok szignifikánsan nagyobb valószínűséggel – bár gyenge hatásméret mellett – tartoznak az önkritikus perfekcionista csoportba, míg a fiúk a nem perfekcionista köze ($\chi^2[2] = 42,54$; $p < 0,001$; $\phi = 0,21$). A részletes adatok az 1. táblázatban olvashatók.

1. táblázat. A perfekcionizmus és a nem összefüggései

Nem	Perfekcionista csoportok			Össz N (%)
	Adaptív N (%)	Önkritikus N (%)	Nem perfekcionista N (%)	
Fiú	194 (56,7)	42 (12,3)	106 (31,0)	342 (100)
Lány	342 (51,0)	198 (29,5)	131 (19,5)	671 (100)
Össz	536 (100)	240 (100)	237 (100)	1013 (100)



Az életükben valaha önsértést végző kamaszok (41,2%; $N = 418$) közül 96 fő (a teljes minta 9,5%-a) egy hónapnál korábbi önsértésről számolt be (valaha önsértők), míg 322-en (a teljes minta 31,7%-a) egy hónapon belüli önsértésről (aktuális önsértők). A minta 58,8%-a ($N = 597$) sohasem végzett önsértést. Az önsértő státuszban is – kis hatásméret mellett – nemi különbség jelent meg ($\chi^2[2] = 10,220$; $p = 0,006$; $\varphi = 0,100$). A lányok körében magasabb az aktuálisan önsértést folytatók aránya. Az önsértés megjelenésének esélyét a női nem másfélszeresére emeli serdülő mintánkban ($OR = 1,42 [1,08-1,85]$, $p = 0,011$). Érdemes kiemelni, hogy a teljes önsértő minta jó része (68,7%-a; $N = 287$) ismétlődő önsértésről (10 vagy annál több önsértési epizódról; Gratz, Dixon-Gordon, Chapman és Tull, 2015) számolt be. Egyharmaduk (31,3%; $N = 131$) pedig kevesebb mint 10 alkalommal végzett önsértést, azaz ún. kipróbálónak tekinthető (Gratz és mtsai, 2015). Az önsértés további súlyossági mutatója az alkalmazott önsértési módok száma. Ez mintánkban átlagosan közel négyféle önsértési mód volt ($M = 3,95$; $SD = 2,58$; min. = 1, max. = 11), az önsértők 20,3%-a ($N = 80$) használt egyféle önsértési módot.

A fejezetet a perfekcionizmus skála, valamint a pszichés tünetek és a szubjektív jóllétmutatók leíró adatainak közlésével zárjuk (2. táblázat).

A perfekcionizmus dimenziói és a mentális egészségmutatók közötti kapcsolat

A három perfekcionista csoportot összehasonlítottuk a felmért mentális egészségmutatók tekintetében. Az elvártaknak megfelelően az adaptív perfekcionista csoport tagjai jellemezhetők a legkevesebb mentálisbetegség-tünettel (3. táblázat), egyben a legtöbb pozitív mentálisegészségmutatóval (3. táblázat), valamint a körükben a legalacsonyabb a nem szuicidális önsértés előfordulása (5. táblázat). Fontos kiemelni, hogy az externalizáló problémakör kivételével – ahol az önkritikus perfekcionista csoport nem különbözött a nem perfekcionistaától – minden változó tekintetében mindhárom perfekcionista csoport szignifikánsan eltért egymástól. Az adaptív perfekcionista van a legkedvezőbb mentális állapotban, őket a nem perfekcionista személyek követik, végül az önkritikus perfekcionista következnek. Utóbbiak körében – amennyiben a szubjektív jóllét háromkategóriás felosztását vesszük alapul – szignifikánsan a legmagasabb a hervadó fiatalok aránya, azaz azoké, akik mindhárom szubjektív jóllét területen kifejezetten alacsony értékeket mutatnak. Az adaptív perfekcionista ezzel ellentétben kimagasló mértékben

2. táblázat. A vizsgálatban alkalmazott skálák leíró adatai

	Min.	Max.	Átlag	Szórás
SAPS standardok	4	28	20,33	5,31
SAPS diszkrepancia	4	28	16,38	5,52
SDQ össz	1	33	13,21	5,46
SDQ internalizáló	0	18	6,61	3,75
SDQ externalizáló	0	18	6,60	3,08
MHC-SF össz	4	67	40,17	12,81
MHC-SF érzelmi jóllét	0	15	9,47	3,28
MHC-SF pszichés jóllét	1	30	19,25	6,15
MHC-SF szociális jóllét	0	24	11,45	5,04

Megjegyzés: $N = 1014 - 1015$. SAPS = Majdnem Tökéletes Skála rövid változat. SDQ = Képességek és Nehézségek Kérdőív. MHC-SF = Serdülő Mentális Egészség Kontinuum Skála.



3. táblázat. Perfekcionista csoportok összehasonlítása a mentális egészség spektrum tekintetében

Változó	Adaptív perfekcionista (N = 537) M (SD)	Önkritikus perfekcionista (N = 240) M (SD)	Nem perfekcionista (N = 237) M (SD)	Statistikai próba értéke (p); hatásméret- mutató	Csoportok közötti különbségek*
SDQ összprobléma	11,66 (4,90)	16,48 (5,18)	13,42 (5,48)	$F(2) = 74,18$ ($<0,001$) $\eta^2 = 0,13$	$A < N < \ddot{O}$
SDQ internalizáló tünetek	5,59 (3,33)	9,09 (3,57)	6,40 (3,69)	$F(2) = 84,75$ ($<0,001$) $\eta^2 = 0,14$	$A < N < \ddot{O}$
SDQ externalizáló tünetek	6,07 (2,88)	7,39 (3,24)	7,02 (3,12)	$F(2) = 18,69$ ($<0,001$) $\eta^2 = 0,04$	$A < N = \ddot{O}$
MHC-SF össz	44,07 (11,34)	33,06 (12,97)	38,53 (12,37)	$F(2) = 72,84$ ($<0,001$) $\eta^2 = 0,13$	$A > N > \ddot{O}$
MHC-SF érzelmi jóllét	10,37 (2,90)	7,50 (3,25)	9,43 (3,27)	$F(2) = 71,98$ ($<0,001$) $\eta^2 = 0,13$	$A > N > \ddot{O}$
MHC-SF pszichológiai jóllét	21,16 (5,32)	16,09 (6,57)	18,12 (5,91)	$F(2) = 69,85$ ($<0,001$) $\eta^2 = 0,12$	$A > N > \ddot{O}$
MHC-SF szociális jóllét	12,55 (4,91)	9,47 (4,77)	10,97 (4,95)	$F(2) = 34,37$ ($<0,001$) $\eta^2 = 0,06$	$A > N > \ddot{O}$

Megjegyzés: *A jelzett csoportok közötti különbségek $p < 0,01$ szinten szignifikánsak. η^2 = hatásméret-mutató: 0,01 = kis hatásméret; 0,06 = közepes hatásméret; $>0,14$ erős hatásméret (Cohen, 1988). A = Adaptív perfekcionista, Ö = Önkritikus perfekcionista, N = Nem perfekcionista. SDQ = Képességek és Nehézségek Kérdőív. MHC-SF = Serdülő Mentális Egészség Kontinuum Skála.

jellemezhetők a virágzás állapotával ($\chi^2[4] = 79,63$; $p < 0,001$; $\varphi = 0,28$). Ezeket az eredményeket a 4. táblázat foglalja össze.

Az önsértő státuszt vizsgálva az önkritikus perfekcionista csoportjában a legmagasabb az aktuálisan önsértők aránya, közel kétszerese az adaptív perfekcionista csoportban előforduló arálynak ($\chi^2[4] = 48,75$; $p < 0,001$; $\varphi = 0,22$). Az adaptív perfekcionista és a nem perfekcionista

4. táblázat. A perfekcionista csoportok szubjektív jólléte

Mentális egészség	Perfekcionista csoportok		
	Adaptív N (%)	Önkritikus N (%)	Nem perfekcionista N (%)
Virágzó	222 (41,3)	37 (15,4)	61 (25,6)
Mérsékelt	282 (52,5)	150 (62,5)	144 (60,5)
Hervadó	33 (6,1)	53 (22,1)	33 (13,9)
Össz	537 (100)	240 (100)	238 (100)



csoport e tekintetben jelentősen nem tér el egymástól. Kiemelendő, hogy az önkritikus perfekcionista közel fele egy hónapon belüli önsértő epizódról számol be. Eredményeinket az 5. táblázatban közöljük.

A perfekcionista státuszt tekintve az életükben legalább egyszer önsértésről beszámoló körében teszteltük az önsértés egyik fontos súlyossági mutatóját (hányféle önsértési módot használ valaki) és az önsértés hátterében álló okcsoportok megjelenését is. Az önkritikus perfekcionista szignifikánsan többféle önsértési módot alkalmaznak, s önmagukat inkább intraperszonális – érzelmszabályozási – okokból bántják az adaptív és a nem perfekcionista csoportokhoz képest. Az interperszonális – azaz társas hatások miatt elkövetett – önsértésmotivációban nem volt különbség a csoportok között (6. táblázat).

A perfekcionista működésmódok magyarázószerepe a mentális betegségtünetek és az önsértés tekintetében

Többváltozós lineáris regressziós modellben teszteltük a perfekcionizmus adaptív, valamint maladaptív/önkritikus vonulatának hatását a mentális betegségtünetekre, illetve multinomiális regressziós modellben az önsértés előfordulására. Mindkét modellben kontrolláltuk a nem, az életkor és az

5. táblázat. Önsértő státusz a perfekcionista csoportokban

Önsértő státusz	Perfekcionista csoportok		
	Adaptív N (%)	Önkritikus N (%)	Nem perfekcionista N (%)
aktuálisan	136 (25,3)	115 (47,9)	71 (29,8)
valaha	47 (8,8)	29 (12,1)	20 (8,4)
sohasem	354 (65,9)	96 (40,0)	147 (61,8)
össz	537 (100)	240 (100)	238 (100)

6. táblázat. Perfekcionista csoportok összehasonlítása az önsértés súlyossága és okai mentén

Változó	Adaptív perfekcionista (N = 174) M (SD)	Önkritikus perfekcionista (N = 135) M (SD)	Nem perfekcionista (N = 86) M (SD)	Statisztikai próba értéke (p); hatásméret- mutató	Csoportok közötti különbségek*
Önsértési módok száma	3,44 (2,30)	4,75 (2,77)	3,72 (2,54)	F(2) = 10,74 (<0,001) $\eta^2 = 0,05$	A = N < Ö
Önsértés intraperszonális okból	4,68 (3,91)	7,02 (4,30)	5,50 (3,82)	F(2) = 11,66 (<0,001) $\eta^2 = 0,06$	A = N < Ö
Önsértés interperszonális okból	7,64 (6,20)	6,99 (5,13)	7,16 (5,74)	F(2) = 0,46 (=0,63) $\eta^2 = 0,003$	A = N = Ö

Megjegyzés: *A jelzett csoportok közötti különbségek min. $p < 0,05$ szinten szignifikánsak. η^2 = hatásméret-mutató: 0,01 = kis hatásméret; 0,06 = közepes hatásméret; >0,14 erős hatásméret (Cohen, 1988).

A = Adaptív perfekcionista, Ö = Önkritikus perfekcionista, N = Nem perfekcionista.



iskolai teljesítmény hatását. A perfekcionizmus két – prediktor változóként kezelt – komponensét folytonos változóként kezeltük: a Majdnem Tökéletes Skála rövid változatának standardok skálája az adaptív, diszkrepancia skálája pedig a maladaptív/önkritikus vonulatnak feleltethető meg (Rice és mtsai, 2014). Eredményeink szerint az önkritikus perfekcionizmus jelenléte növeli ($OR = 0,54$ [$0,47 - 0,60$]; $t = 16,69$; $p < 0,001$), míg az adaptív perfekcionista hozzáállás csökkenti ($OR = -0,25$ [$-0,32 - -0,19$]; $t = -7,34$; $p < 0,001$) a mentális betegség tünetszámot ($F[5] = 81,93$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,29$). Az összefüggés külön-külön, az internalizáló ($F[5] = 85,61$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,30$) és az externalizáló tünetek ($F[5] = 34,17$; $p < 0,001$; $R^2 = 0,14$) esetében is igaznak bizonyult. A kontrollváltozók közül az életkornak nem volt szignifikáns hatása, a női nem ($OR = 0,10$ [$0,50 - 1,75$]; $t = 3,54$; $p < 0,001$) és a rosszabb iskolai teljesítmény ($OR = 0,10$ [$0,27 - 1,11$]; $t = 3,25$; $p < 0,001$) azonban az ösztüntetszám növekedési esélyével kapcsolódott össze. Az internalizáló tünetek növekedésével a kontrollváltozók közül a női nem ($OR = 0,21$ [$1,20 - 2,06$]; $t = 7,51$; $p < 0,001$) asszociálódott, míg az externalizáló tünetekkel a férfi nem ($OR = -0,08$ [$-0,89 - -0,12$]; $t = -2,56$; $p = 0,011$) és a rosszabb iskolai teljesítmény ($OR = 0,18$ [$0,47 - 0,99$]; $t = 5,53$; $p < 0,001$).

Fontos eredmény, hogy a perfekcionizmus önkritikus vonulata ($OR = 1,08$ [$1,03 - 1,14$]; Wald = 9,68; $p = 0,002$) és az idősebb életkor ($OR = 1,29$ [$1,10 - 1,52$]; Wald = 10,07; $p = 0,002$) megnövelte a múltbeli önsértés előfordulási esélyét, míg erre az adaptív perfekcionista beállítódásnak, a nemnek és az iskolai teljesítménynek nem volt hatása. Az aktuálisan, azaz egy hónapon belüli önsértés esélyét az önkritikus perfekcionizmus ($OR = 1,12$ [$1,08 - 1,16$]; Wald = 45,26; $p < 0,001$) növelte, ellenben az adaptív perfekcionizmus, azaz a magas standardok csökkentették ($OR = 0,96$ [$0,93 - 0,99$]; Wald = 5,54; $p = 0,019$). Míg az önkritikus perfekcionizmus egységnyi fokozódása közel 12%-kal növeli a jelenlegi önsértés kockázatát, addig a standardokban bekövetkezett egységnyi növekedés 4%-kal csökkenteni képes azt. Itt a kontrollált változók nem bírtak hatással. A modell illeszkedése megfelelő volt (Nagelkerke $R^2 = 0,97$; $\chi^2[10] = 84,33$; $p < 0,001$).

Látens klaszterelemzéssel azonosított önsértő csoportok perfekcionizmus jellemzői

A felmért tizenkét önsértési módot és azok gyakoriságát alapul vevő látens klaszterezéssel különböző számú önsértő csoportot azonosítottunk az önsértő almintában. Az illeszkedési mutatók és a klasszifikáció eredményei a 7. táblázatban olvashatók. A mutatók (kifejezetten az LMR-érték) a három- és a négyosztályos modelleket egyaránt támogatták. Mind a három-, mind a négyosztályos felosztás entrópiaértéke az egyes csoportok megfelelő elkülöníthetőségét mutatta fel. A háromklaszteres modell első csoportjába az önsértő almintá 18%-a ($N = 82$) sorolódott, a második csoportba 62% ($N = 285$) tartozott, míg a harmadik csoport 20%-ot képviselt ($N = 90$). A négyosztályos megoldás esetében az első csoportba az önsértők 16%-a ($N = 75$) sorolódott, a második csoportba 48%-uk ($N = 218$), a harmadik csoportba 21%-uk ($N = 97$), míg a negyedikbe 15%-uk ($N = 69$) esett. A három- és a négyosztályos modellek legvalószínűbb osztálytagságának összevetése feltárta, hogy a négyosztályos modell negyedik csoportja a háromosztályos modell második csoportjának az egyik alcsoportjaként értelmezhető. Ráadásul a háromosztályos modell harmadik csoportja 100%-ban leképződött a négyosztályos modell harmadik csoportjában. A tizenkét önsértési mód megjelenésének (alkalmazásának) feltételes valószínűsége a három- és a négyosztályos modellek esetén a 8. táblázatban látható. Az első és a harmadik osztály mindkét modell esetében intenzív szöveti károsodással járó



7. táblázat. A látens klaszterelemzés illeszkedési mutatói és az osztályba sorolás pontosságának adatai

Modell	k	#fp	LL	CAIC	BIC	SABIC	Entrópia	LMR <i>p</i>	BLRT <i>p</i>
Egy osztály	1	12	-3129,33	6344,21	6332,21	6294,13			
Két osztály	2	25	-2887,96	5954,14	5929,14	5849,80	0,780	<0,0001	<0,0001
Három osztály	3	38	-2847,25	5965,40	5927,40	5806,80	0,790	0,035	<0,0001
Négy osztály	4	51	-2824,97	6013,52	5962,52	5800,66	0,749	0,032	<0,0001
Öt osztály	5	64	-2805,55	6067,36	6003,36	5800,24	0,738	0,634	<0,0001
Hat osztály	6	77	-2784,41	6117,76	6040,76	5796,39	0,745	0,158	<0,0001

Megjegyzés: A dőlttel szedett modellek az illeszkedési és osztályba sorolásai mutatók jósága alapján versengő modellek. *k* = klaszterek száma. #fp = a szabad paraméterek száma. LL = model log likelihood; CAIC = Consistent Akaike Information Criterion; BIC = Bayesian Information Criterion; SABIC = a mintamérethez igazított BIC; LMR = Lo, Mendell és Rubin likelihood ratio test; BLRT = bootstrap likelihood ratio test.

8. táblázat. Az egyes önsértési módok csoportilleszkedési mutatói a három- és a négyosztályos látens klaszter modellekben

Önsértési mód	Háromosztályos modell			Négyosztályos modell			
	1. csoport	2. csoport	3. csoport	1. csoport	2. csoport	3. csoport	4. csoport
Vágás	0,322	0,264	0,809	0,344	0,120	0,799	0,661
Harapás	0,717	0,205	0,623	0,735	0,247	0,624	0,079
Égetés	0,058	0,088	0,656	0,042	0,071	0,645	0,112
Bőrbe vésés	0,211	0,137	0,680	0,248	0,015	0,654	0,475
Erős csípés	0,951	0,168	0,545	1 ^a	0,221	0,527	0,037
Hajkitépés	0,384	0,071	0,361	0,398	0,100	0,343	0 ^a
Erős karmolás	0,715	0,091	0,744	0,729	0,125	0,731	0 ^a
Önütés	0,720	0,410	0,761	0,717	0,444	0,753	0,323
Sebgyógyulás megakadályozása	0,551	0,450	0,805	0,551	0,499	0,779	0,307
Bőr falnak dörzsölése	0,190	0,062	0,482	0,210	0,049	0,447	0,104
Bőr megszurása tűvel	0,317	0,084	0,694	0,329	0,082	0,674	0,072
Veszélyes anyag lenyelése	0,022	0,043	0,197	0,016	0,053	0,189	0,013

Megjegyzés: ^aRögzített értékek a modelloptimalizáció érdekében. 1 = az igen válasz legmagasabb valószínűsége. 0 = az igen válasz legalacsonyabb valószínűsége.

önsértési módok használatát jelzi, s mindkét modell esetében a harmadik osztályba tartozó önsértők – az első osztály tagjaihoz viszonyítva – többféle és erőteljesebb kárt okoznak a saját testükön (pl. vágás, harapás, égetés, karmolás, ütés, sebgyógyulás megakadályozása, tűszúrás). A második csoportba mindkét modell esetében olyan önsértők kerültek, akik relatíve kicsi valószínűséggel végeznek önsértést, s maga az önsértő tett kevésbé súlyos: leginkább önütés és a sebgyógyulás megakadályozása jelenik meg mint önsértő cselekedet. A négyosztályos felosztásban a negyedik csoportba tartozó önsértők egyedi jellemzője, hogy leginkább a vágást (falcolást) és a bőrbe vésést használják mint önsértő módot, a többi önsértési technikát azonban elenyésző



valószínűséggel alkalmazzák. Az értelmezésben a négyosztályos felosztást tartottuk meg, mert az megfelelő illeszkedési mutatói mellett az önsértő csoportok finomabb felosztását teszi lehetővé. A négy látens csoportot az alábbiak szerint neveztük el. Az első csoport tagjai (16%-a az önsértőknek) alapvetően olyan önsértési módokat használnak, melyekhez eszköz nem szükséges, így a harapást, a karmolást és az ütést. Figyelembe véve az önsértő módok számát és gyakoriságát, ennek az osztálynak a Közepes mértékű önsértők elnevezést adtuk. A második csoport, az önsértők legnépesebb tábor (48%-a) közepes mértékben használja az önütést, amelyhez más önsértési módok ritkán és enyhe mértékben kapcsolódnak. Ezért ezt a csoportot Önütőknek neveztük el. A harmadik csoport (az önsértők 21%-a) szinte az összes önsértési módot alkalmazza, ezek legtöbbször (pl. vágás, harapás, égetés, bőrbe vésés, erős csípés, karmolás, ütés, sebgyógyulás megakadályozása) jelentős mértékben és gyakran. A súlyosság eme fokát figyelembe véve a harmadik csoportot Súlyos önsértőknek neveztük el. A negyedik csoport (az önsértők 15%-a) egy sajátos önsértési mód konstellációt mutatott: kiemelkedően gyakori és jelentős mértékű vágást (falcolást) és kisebb gyakoriságú és közepes mértékű bőrbe vésést és ütést jeleztek. A vágás uralkodó volta miatt ezt a csoportot Falcolóknak neveztük el.

A négy önsértő csoportot ezt követően az R3STEP multinomiális regresszióelemzési módszerrel hasonlítottuk össze. A páronkénti összehasonlítás regressziós együtthatói a [9. táblázat](#)ban olvashatók. Ennek alapján a fiúk nagyobb valószínűséggel kerülnek az Önütők csoportjába, mint a Közepes mértékű önsértők közé, illetve a lányok tendenciaszinten nagyobb valószínűséggel kerülnek a Súlyos önsértők közé, mint a Közepes mértékben önsértők csoportjába. A Súlyos önsértők csoportjában erőteljesebb az önkritikus perfekcionista hozzáállás és alacsonyabb a szubjektív jóllét, mint a Közepes mértékben önsértők között. Tendenciaszinten pedig a Közepes mértékben önsértők csoportjában magasabb az önkritikus perfekcionizmus, mint az Önütők körében. Az intraperszonális önsértési motiváció különböztette meg a legtöbb önsértő csoportot: az Önütők önsértenek a legkevésbé intraperszonális okokból, míg a Falcolók, illetve a Közepes mértékben és a Súlyosan önsértők önsértésének hátterében jelentősebb az intraperszonális motiváció. Az életkor, a perfekcionista standardok és az interperszonális önsértési motiváció egyik önsértő csoportot sem különböztette meg.

MEGBESZÉLÉS

Kutatásunk fókuszába középiskolások perfekcionizmusjellemzőit, kiemelten a perfekcionizmus egészségtelen vonulataként számontartott önkritikus perfekcionizmust helyeztük. Mivel a nemzetközi kutatásokban indokolatlanul elhanyagolt terület, áttekintettük a különböző perfekcionizmus-komponensek mentálisegészség-mutatókkal – így a pszichés betegségi tünetekkel, a szubjektív jóllét összetevőivel, valamint a nem öngyilkossági szándékkal történő önsértéssel – való kapcsolatát.

Eredményeink szerint a kamaszok többsége, kicsivel több, mint a fele, az egészséges perfekcionista csoportba sorolható. Magas belső standardok által motivált a teljesítményük, céljaik elérése érdekében hatékonyan képesek erőfeszítéseket tenni (Stoeber és Otto, 2006). A serdülők körülbelül negyedénél azonban a perfekcionizmus egészségtelen, maladaptív komponense is magas. Ők önkritikus perfekcionistaaként írhatók le: bár magas elvárásokat állítanak önmaguk elé, de erősen szoronganak a hibázás és mások negatív megítélése miatt. Elvárásaik és teljesítményük között jelentősebb távolságot élnek meg, így gyakorta elégedetlenek magukkal (Dunkley és mtsai, 2003). Ez a fokozott önkritikusság negatív érzelmi következményekhez vezet (Dunkley és Blansztein, 2000). Ebbe a csoportba a lányok nagyobb valószínűséggel tartoznak, mint a fiúk.



9. táblázat. Az önsértő csoporttagság prediktorváltozói – multinomiális logisztikus regressziós eredmények

Csoportok összevetése	Prediktor	Becsülés	S. E.	p
1. csop. vs. 4. csop.	Nem	3,03	6,41	0,636
	Kor	0,29	0,18	0,103
	Perf. standardok	0,16	0,22	0,479
	Perf. diszkrepancia	0,16	0,21	0,434
	Szubjektív jóllét	-0,22	0,37	0,552
	Intrapersonális okok	0,07	0,06	0,214
	Interperszonális okok	-0,01	0,05	0,880
2. csop. vs. 4. csop.	Nem	4,35	6,47	0,501
	Kor	0,29	0,18	0,103
	Perf. standardok	0,04	0,19	0,829
	Perf. diszkrepancia	-0,10	0,22	0,661
	Szubjektív jóllét	0,24	0,41	0,563
	Intrapersonális okok	-0,19	0,07	0,008
	Interperszonális okok	0,01	0,06	0,918
3. csop. vs. 4. csop.	Nem	3,68	6,41	0,565
	Kor	0,12	0,17	0,480
	Perf. standardok	-0,07	0,20	0,731
	Perf. diszkrepancia	0,30	0,22	0,183
	Szubjektív jóllét	-0,69	0,39	0,078
	Intrapersonális okok	0,13	0,06	0,026
	Interperszonális okok	0,04	0,04	0,388
2. csop. vs. 1. csop.	Nem	1,32	0,50	0,008
	Kor	-0,01	0,14	0,973
	Perf. standardok	-0,11	0,19	0,557
	Perf. diszkrepancia	-0,26	0,14	0,074
	Szubjektív jóllét	0,46	0,32	0,147
	Intrapersonális okok	-0,26	0,07	0,0001
	Interperszonális okok	0,01	0,06	0,825
3. csop. vs. 1. csop.	Nem	0,65	0,58	0,259
	Kor	-0,17	0,15	0,258
	Perf. standardok	-0,22	0,21	0,288
	Perf. diszkrepancia	0,14	0,18	0,440
	Szubjektív jóllét	-0,47	0,33	0,155
	Intrapersonális okok	0,05	0,06	0,389
	Interperszonális okok	0,04	0,05	0,346
3. csop. vs. 2. csop.	Nem	-0,67	0,34	0,052
	Kor	-0,17	0,11	0,128
	Perf. standardok	-0,11	0,13	0,380
	Perf. diszkrepancia	0,39	0,16	0,011
	Szubjektív jóllét	-0,93	0,28	0,001
	Intrapersonális okok	0,31	0,07	0,0001
	Interperszonális okok	0,03	0,05	0,556

Megjegyzés: S. E. = standard hiba. A nem esetében 0 = lány és 1 = fiú. A szubjektív jóllét a Mentális Egészség Kontinuum Skála rövid változatának ordinális kiértékelésén alapul, ahol 0 = hervadó, 1 = mérsékelt mentális egészségű és 2 = virágzó.



Az önkritikus perfekcionizmus és a nem kapcsolata az eddigi kutatásokban nem egyértelmű eredményeket hozott. Saját kutatásunk azokat a fiatal felnőttkorban, jellemzően a felsőoktatásban töltött években kapott nemzetközi eredményeket erősíti meg, amelyek szerint a perfekcionista törekvésekben nem mutatható ki nemi különbség, a lányok esetében azonban a perfekcionista diszkrepancia, a perfekcionizmus önkritikus komponense markánsabb (Sand és mtsai, 2021). Mindez összefüggésben állhat azzal a konzekvensen kimutatott nemi „szakadékkal”, hogy a nők alacsonyabb önértékeléssel bírnak a férfiakhoz képest (Bleidorn és mtsai, 2016), valamint a szelf-fókuszú negatív rumináció is erősebben kötődik a női nemhez (Johnson és Wishman, 2013). A kamaszok szintén negyede körében nincsenek jelen magas elvárások, a teljesítményt húzó erők, így nem perfekcionista attitűddel jellemezhetők.

A perfekcionista csoportok megoszlása serdülő mintánkban tendenciájában összhangban van számos nemzetközi – látens profil vagy látens osztályelemzéssel dolgozó – kutatással, melyekben hasonlóképpen 13–27% körül mozog a nem perfekcionista aránya, míg a legtöbben (39–62%) az adaptív perfekcionista csoportba sorolódnak, őket követi a maladaptív perfekcionista jelenléte (13–34%) (pl. Gilman, Rice és Carboni, 2014; Moate, Gnlika, West és Bruns, 2016; Wang, Permyakova és Sheveleva, 2016). Egy, az 1989 és 2016 közötti angolszász egyetemista kohortkutatásokat elemző metaanalízis arra mutatott rá, hogy a perfekcionizmus minden formája és komponense időben lineáris növekedést mutatott (Curran és Hill, 2019). Ennek a háttere lehet, hogy napjaink felnövekvő generációi gyakran kerülnek olyan környezeti nyomás alá, amely „mindig a legjobb” teljesítményt várja el tőlük (Stoerber, 2018). A jelenség nyomán megjelent a perfekcionista generáció elnevezés is. Ugyanakkor egy újabb, spanyol serdülőpopulációbéli kutatás (Ruiz-Esteban, Méndez, Fernández-Sogorb és Álvarez Teruel, 2021) a nem perfekcionista tanulók számbeli fölényét (67%) és kevesebb adaptív perfekcionista (9%) detektált a maladaptív perfekcionista (24%) hasonló aránya mellett. A különbségek kapcsán a kulturális háttér mellett felvetődik a módszertani eltérések hatása, így az eltérő perfekcionizmus komponenseket azonosító modelleken alapuló mérőeszközök szerepe is.

A perfekcionista szelf-reprezentáció minőségeit tekintve – a korábbi szakirodalmi eredményeknek és elvárásainknak megfelelően – az egészséges perfekcionista csoport bír a legkiválóbb mentális egészséggel: alacsony pszichés problémaszinttel és magas szubjektív jólléttel, valamint a legalacsonyabb veszélyeztetettséggel az aktuális nem szuicidális önsértést tekintve. A legrosszabb mentális állapotban az önkritikus perfekcionista vannak, míg a két elkülönülő perfekcionista csoport közé a nem perfekcionista „ékelődtek be”. Utóbbiak mentálisegészség-mutatói nem kiemelkedőek, de kevésbé veszélyeztetettek negatív mentális kimenetek tekintetében, mint az önkritikus perfekcionista csoport tagjai.

Érdemes kiemelni, hogy az egészséges/adaptív perfekcionista körében magas – 40% feletti – azoknak az aránya, akik kiemelkedő értékeket jeleztek mind az érzelmi, mind a pszichológiai, mind a társas jóllét területén, azaz ún. virágzóknak tekinthetők. Ezzel párhuzamosan körükben alacsony – 6% – az ún. hervadók jelenléte. Ezek az előfordulási arányok teljes mértékben egybeesnek korábbi, nem klinikai kamaszközösségekben mért értékekkel (Keyes, 2006). Az önkritikus perfekcionista csoportban éppen fordított a kép: az egészséges perfekcionistahoz képest közel háromszor ritkább a virágzás, s több mint háromszor gyakoribb a hervadás lélektani állapota. A hervadók mindhárom szubjektív jóllét területen rosszul érzik magukat, mintegy „vegetálnak” (Keyes, 2006): alacsony a pozitív érzelmek előfordulása mindennapjaikban, elégedetlenebbek az életükkel, önel fogadásuk, autonómiájuk, hatóképesség-érzetük csökkent, ahogyan társas kapcsolataikban is csekélyebb integráltságot élnek meg (Keyes, 2006). Ez a mentális állapot a depresszív tünetképződést tekintve jelentős rizikófaktornak számít (Keyes, Dhingra és Simoes, 2010).



Habár középiskolás mintánkban magas, közel 32% az egy hónapon belül legalább egyszer önsértést végzők aránya, úgy tűnik a perfekcionizmus egészséges vonulatával jellemezhető kamaszok e tekintetben védettebbek, mint az önkritikus perfekcionistaik. Míg az előbbiek negyede, addig az utóbbiak közel fele bántotta magát fizikailag valamilyen módon a megelőző hónapban. Ez a jelentős különbség abból fakadhat, hogy a perfekcionista aggodalmak, a nyomasztó önkritikusság megterhelő érzelmi állapotot idéz elő (Chester és mtsai, 2015). Ezt a feltételezett mechanizmust a nem szuicidális önsértés fejlődési modellje (Nock, 2010) is támogatja, melyben a magas önkritikusság az önsértés tekintetében specifikus sérülékenységi tényezőként jelenik meg. Az önkritikus perfekcionista énreprezentáció által felfokozott negatív érzelmeket segíthet – maladaptív módon – csökkenteni a saját test ellen irányuló agresszió (Chester és mtsai, 2015). Ezt a gondolatmenetet erősíti az az eredmény is, hogy az önkritikus perfekcionista csoportba tartozók önsértése hátterében jellemzőbb az érzelmszabályozási motivációval végzett önagresszió. Ráadásul körükben gyakoribb a többféle önsértési mód alkalmazása, ami a nem szuicidális önsértés egyik legmarkánsabb súlyossági mutatója.

Többváltozós modellekben azt is kimutattuk, hogy az önkritikus perfekcionista kognitív-affektív stílus felerősíti a pszichés problémák és az aktuális önsértő magatartás megjelenési valószínűségét, ugyanakkor az egészséges perfekcionizmus csökkenteni képes azok előfordulási esélyét.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy egy személyorientált elemzési eljárással, a látens klaszterezési módszerével milyen csoportok emelkednek ki az életükben legalább egyszer önsértők körében, s ez a diverzitás milyen kapcsolatot mutat a perfekcionizmus két alapvonulatával, az egészséges/adaptív és az önkritikus/maladaptív perfekcionista jellemzőkkel. Kamaszok körében eddig kevés tanulmány tapogatta le önsértő csoportok heterogenitását látens klaszterelemzéssel. A feltárt négy klaszter (1. Közepes mértékű önsértők; 2. Önütők; 3. Súlyos önsértők; 4. Falcolók) jelentős átfedést mutat egy szintén középiskolások körében végzett reprezentatív török kutatás (Somer és mtsai, 2015) eredményeivel. Vizsgálatunkban a legsúlyosabb önsértő csoport (Súlyos önsértők) tagjai gyakran végeztek/végeznek önsértést, és sokféle önsértési módot alkalmaztak/alkalmaznak. Ebbe a klaszterbe jellemzőbben lányok kerültek, körükben felerősödött az önkritikus perfekcionizmus, egyben meggyengült a szubjektív jóllét, s az önsértést hangsúlyosan intraperszonális, azaz érzelmszabályozási okokból végzik. Feltételezhető, hogy ebben a csoportban az önsértés egy könnyen elérhető maladaptív érzelmszabályozási eszköz a nyomasztó érzelmekkel és gondolatokkal szemben (Klonsky és Glenn, 2009). Egy olyan életszakaszban, amely fokozott kihívásokkal teli, ám az érzelmszabályozás még fejlődő terület (Spear, 2000), az önsértés közvetlenül elérhető az elárasztó emocionális és a társas élmények kezelésére (Nock, 2009). Feltárt eredményeink alapján valószínűsíthető, hogy ezek a megterhelő élmények felerősítik az önkritikusságot és a perfekcionista aggodalmakat, ami az önsértés súlyosabb formáinak ágyazhat meg (Chester és mtsai, 2015). Ezt támasztja alá, hogy az önsértés hátterében az egyik leggyakoribb intraperszonális ok az önbüntetés, ami egy – maladaptív – válasz lehet a fokozott önkritikusság, az énnel való elégedetlenség „kezelésére” (Kortge, Meade és Tennant, 2013). Lényeges, hogy az önmagukban magas perfekcionista standardok, azaz a perfekcionizmus adaptív vonulata a négy önsértő csoportban nem különbözt.

Eredményeink felhívják a figyelmet, hogy iskolai közegben – különböző célzott szűrőprogramokkal – érdemes a magas önkritikus perfekcionizmus és a súlyos önsértés szempontjából veszélyeztetett serdülők beazonosítása. Ezen tanulók speciális igényeihez hatékony intervenciók tervezhetők: ajánlott lehet a szubjektív jóllét területek (pl. pozitív érzelmek megtapasztalása, célállítás, autonómia) erősítése, egyben az önkritikusság, a szelftel kapcsolatos elégedetlenség csökkentése és a magas standardok valós teljesítményhez való közelítése.



Korlátok

Vizsgálatunk keresztmetszeti elrendezése nem tette lehetővé a perfekcionizmuskomponensek és a mentálisbetegség-tünetek, valamint a nem szuicidális önsértés kapcsolatának kauzális leképezését. A kérdőíves módszertan is beszűkíti a válaszok részletezettségét, mélységét. Ahogyan a hozzáférhetőségi mintavétel is csökkenti az eredmények általánosíthatóságát. Bár a 14 felkeresett középiskola egyike sem szerepelt adott évben a középiskolai rangsor első 10 helyén, a gimnáziumi képzés felülreprezentált volt mintánkban, csupán az elért iskolák kevesebb mint harmada volt szakközépiskola. Ez az arány is hozzájárulhatott a perfekcionizmus hangsúlyosabb jelenlétéhez a vizsgált populációban. Az iskolai közegben, a kortársak jelenlétében történő válaszadás – bár a vizsgálatvezetők igyekeztek annak befolyásoló hatásait megelőzni és kezelni – pedig a nem teljesen őszinte válaszok megjelenési valószínűségét fokozta. Továbbá a minta nemi arányai kiegyenlítetlenek voltak: kétszer annyi lány vett részt a vizsgálatban, mint fiú. Végül fontos kiemelni azt is, hogy – etikai okok miatt a megcélzott nem klinikai kamaszpopulációban – nem kérdeztük le a pszichiátriai betegség- és kezeléstörténetet, így lehetséges az is, hogy a mintában pszichiátriai betegséggel küzdő serdülők is szerepeltek, aminek a hatását nem tudtuk az elemzésekben kontrollálni.

KÖVETKEZTETÉSEK

Hazai középiskolás mintában is megerősítést nyert, hogy a perfekcionizmus maladaptív, önkritikus komponense rizikófaktorként határozható meg a rosszabb lelki egészségmutatók, így a mentálisbetegség-tünetek és a nem öngyilkossági szándékkal végzett önsértés esetében. A perfekcionizmus adaptív vonulata ezzel szemben éppen a szubjektív jóllét szintet képes növelni. Az összefüggések alapján a mentális egészség szűrésében és fejlesztésében iskolai közegben is megfontolandó a tanulók perfekcionizmusjellegzetességeinek és az ebből felépülő csoportok (adaptív, maladaptív/önkritikus, nem perfekcionista) azonosítása, különösen az önkritikus perfekcionizmuskomponens szintjének felmérése, majd intervenciók leépítése.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Reinhardt Melindát a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal - NKFIH az FK 138604 számú pályázat keretében támogatja.

Kököneyi Gyöngyi a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal - NKFIH FK 128614 és K 143764 számú pályázatának, illetve a Nemzeti Agykutató Program (2017-1.2.1-NKP-2017-00002), valamint a Nemzeti Agykutató Program 3.0 (NAP2022-I-4/2022) keretében részesül támogatásban.

IRODALOM

Andrews, D. M., Burns, L. R., & Duelling, J. K. (2014). Positive perfectionism: Seeking the healthy “should”, or should we? *Open Journal of Social Sciences*, 2, 27–34.



- Asparouhov, T., & Muthén, B. (2014). Auxiliary variables in mixture modeling: Using the BCH method in Mplus to estimate a distal outcome model and an arbitrary secondary model. https://www.statmodel.com/download/asparouhov_muthen_2014.pdf [Letöltve 30 Oct 2021].
- 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, 39–45.
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., & Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem — A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111, 396–410.
- Calvete, E., Orue, I., Aizpuru, L., & Brotherton, H. (2015). Prevalence and functions of non-suicidal self-injury in Spanish adolescents. *Psychotema*, 27, 223–228.
- Chester, D. S., Merwin, L. M., & DeWall, C. N. (2015). Maladaptive perfectionism's link to aggression and self-harm: Emotion regulation as a mechanism. *Aggressive Behavior*, 41, 443–454.
- 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.
- Curran, T., & Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of brit cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145, 410–429.
- Dunkley, D. M., & Blankstein, K. R. (2000). Self-critical perfectionism, coping, hassles, and current distress: A structural equation modeling approach. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 713–730.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Halsall, J., Williams, M., & Winkworth, G. (2000). The relation between perfectionism and distress: Hassles, coping, and perceived social support as mediators and moderators. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 437–453.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C., & Blankstein, K. R. (2003). Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(1), 234–252.
- Fedewa, B. A., Burns, L. R., & Gomez, A. A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: Adaptive and maladaptive characteristics. *Personality and Individual Differences*, 38, 1609–1619.
- Flett, G. L., Goldstein, A. L., Hewitt, P. L., & Wekerle, C. (2012). Predictors of deliberate self-harm behavior among emerging adolescents: An initial test of a self-punitiveness model. *Current Psychology*, 31, 49–64.
- Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and maladjustment: An overview of theoretical, definitional, and treatment issues. In P. L. Hewitt, & G. L. Flett (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 5–31). Washington, DC: American Psychological Association.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Blankstein, K. R., Solnik, M., & Van Brunschot, M. (1996). Perfectionism, social problem-solving ability, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behaviour Therapy*, 14, 245–274.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L., Oliver, J. M., & MacDonald, S. (2002). Perfectionism in children and their parents: A developmental analysis. In P. L. Hewitt, & G. L. Flett (Eds.), *Perfectionism: Theory, research, and treatment* (pp. 89–132). Washington, DC: American Psychological Association.
- Frost, R. O., Heimberg, E. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. I. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 14, 119–126.



- Gaudreau, P., & Thompson, A. (2010). Testing a 2×2 model of dispositional perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 48, 532–537.
- Gilman, R., Rice, K. G., & Carboni, I. (2014). Perfectionism, perspective taking, and social connection in adolescents. *Psychology in the Schools*, 51, 947–959.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Social context during non-suicidal self-injury indicates suicide risk. *Personality and Individual Differences*, 46, 25–29.
- 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, 125–130.
- 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.
- Gyori, D., & Balazs, J. (2021). Nonsuicidal self-injury and perfectionism: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 691147.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 15, 27–33.
- Hooley, J. M., & Franklin, J. C. (2018). Why do people hurt themselves? A new conceptual model of nonsuicidal self-injury. *Clinical Psychological Science*, 6, 428–451.
- Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., & Lockshin, A. (2010). Pain perception and non-suicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 170–179.
- Hooley, J. M., & St. Germain, S. A. (2014). Nonsuicidal self-injury, pain, and self-criticism: Does changing self-worth change pain endurance in people who engage in self-injury. *Clinical Psychological Science*, 2, 297–305.
- International Society for the Study of Self-Injury (2022). *What is self-injury?* <https://www.itriples.org/what-is-nssi> [Letöltve 31 May 2022].
- Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 55, 367–374.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207–222.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395–402.
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100, 2366–2371.
- 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, 215–219.
- 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.
- Limburg, K., Watson, H. J., Hagger, M. S., & Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1301–1326.
- McLachlan, G., & Peel, D. (2000). *Finite mixture models*. Wiley Series in Probability and Statistics, John Wiley & Sons, Inc. <http://dx.doi.org/10.1002/0471721182> [Letöltve 30 Oct 2021].
- Moate, R. M., Gnilka, P. B., West, E. M., & Bruns, K. L. (2016). Stress and burnout among counselor educators: Differences between adaptive perfectionists, maladaptive perfectionists and nonperfectionists. *Journal of Counseling and Development*, 94, 161–171.



- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1995). Motivational and affective correlates of dependency and self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 18, 347–354.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998–2021). *Mplus: Statistical analysis with latent variables. User's guide* (8th ed.) Muthén & Muthén.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78–83.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339–363.
- 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.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J., & Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 816–827.
- Plener, P., Schumacher, T., Munz, L., & Groschwitz, R. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2.
- Reinhardt M. (2022). Majdnem Tökéletes Skála – rövid változat. In Horváth Zs., Urbán, R., Kökönyei, Gy., & Demetrovics, Zs. (Szerk.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban* (pp. 43–46). Budapest: Medicina.
- Reinhardt, M., Drubina, B., Kökönyei, Gy., & Urbán, R. (2021). A nem szuicidális önsértés és motivációjának mérése serdülőknél: Az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (ISAS-HU) magyar adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 76(3–4), 515–548.
- Reinhardt, M., Horváth, Zs., Morgan, A., & Kökönyei, Gy. (2020). Well-being profiles in adolescence: Psychometric properties and latent profile analysis of the mental health continuum model – a methodological study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 95. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01332-0>.
- Rice, K. G., & Ashby, J. S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 72–85.
- Rice, K. G., Ashby, J. S., & Slaney, R. B. (1998). Self-esteem as a mediator between perfectionism and depression: A structural equations analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 304–314.
- Rice, K. G., Richardson, C. M. E., & Tueller, S. (2014). The short form of the revised almost perfect scale. *Journal of Personality Assessment*, 96, 368–379.
- Rogoza, R., Truong Thi, K. H., Różycka-Tran, J., Piotrowski, J., & Żemojtel-Piotrowska, M. (2018). Psychometric properties of the MHC-SF: An integration of the existing measurement approaches. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 1742–1758.
- Ruiz-Esteban, C., Méndez, I., Fernández-Sogorb, A., & Álvarez Teruel, J. D. (2021). Perfectionism classes and aggression in adolescents. *Frontiers in Psychology*, 12, 686380. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.686380>.
- Sand, L., Bøe, T., Shafran, R., Stormark, K. M., & Hysing, M. (2021). Perfectionism in adolescence: Associations with gender, age, and socioeconomic status in a Norwegian sample. *Frontiers in Public Health*, 9, 688811. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.688811>.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21, 879–906.
- Somer, O., Bildik, T., Kabukçu-Başay, B., Güngör, D., Başay, Ö., & Farmer, R. F. (2015). Prevalence of non-suicidal self-injury and distinct groups of self-injurers in a community sample of adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1163–1171.



- Spear, L. P. (2000). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 417–463.
- St. Germain, S. A., & Hooley, J. M. (2012). Direct and indirect forms of non-suicidal self-injury: Evidence for a distinction. *Psychiatry Research*, 197, 78–84.
- Stoeber, J. (1998). The Frost Multidimensional Perfectionism Scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences*, 24, 481–491.
- Stoeber, J. (2011). The dual nature of perfectionism in sports: Relationships with emotions, motivation, and performance. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 4, 128–145.
- Stoeber, J. (2012). Perfectionism and performance. In S. M. Murphy (Ed.), *The Oxford handbook of sport and performance psychology* (pp. 294–306). New York: Oxford University Press.
- Stoeber, J. (2018). The psychology of perfectionism: Critical issues, open questions, and future directions. In J. Stoeber (Ed.), *The psychology of perfectionism: Theory, research, applications* (pp. 333–352). London: Routledge.
- Stoeber, J., & Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10, 295–319.
- Stoeber, J., & Stoeber, F. S. (2009). Domains of perfectionism: Prevalence and relationships with perfectionism, gender, age, and satisfaction with life. *Personality and Individual Differences*, 46, 530–535.
- Terry-Short, L. A., Owens, R. G., Slade, P. D., & Dewey, M. E. (1995). Positive and negative perfectionism. *Personality and Individual Differences*, 18, 663–668.
- Tobin, R., & Dunkley, D. M. (2021). Self-critical perfectionism and lower mindfulness and self-compassion predict anxious and depressive symptoms over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 136, 103780. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103780>.
- Turi, E., Tóth, I., & Gervai, J. (2011). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálat a nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica*, 26, 415–426.
- Wang, K. T., Permyakova, T. M., & Sheveleva, M. S. (2016). Assessing perfectionism in Russia: Classifying perfectionists with the short almost perfect scale. *Personality and Individual Differences*, 92, 174–179.
- 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. In *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, 690–698.
- World Health Organization (WHO) (2001). Declaration of Helsinki. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(4), 373–374.

Self-critical perfectionism as a key component in predicting mental illness symptoms and nonsuicidal self-injury among adolescents

Melinda Reinhardt, Boglárka Drubina and Gyöngyi Kökönyei

Background and aims: Dispositional perfectionism is a multidimensional phenomenon which includes high inner standards (perfectionistic strivings) and unrealistic expectations (perfectionistic concerns). The rate of these two components specifies whether the healthy or the unhealthy, self-critical aspects of perfectionism



is dominant in personality. Perfectionistic concerns or self-critical perfectionism is considered as risk and maintaining factor of different types of psychopathology. The main aim of our study was to examine the associations between multidimensional perfectionism and various mental health indicators (such as mental health symptoms and nonsuicidal self-injury; NSSI). *Methods:* More than one thousand ($N = 1015$) high school students participated in the study (66.1% girls; mean age = 16.81; $SD = 1.42$). Perfectionistic dimensions were measured with the Short Almost Perfect Scale (Rice et al., 2014), nonsuicidal self-injury was assessed with the Inventory of Statements About Self-Injury (Klonsky & Glenn, 2009). Mental health problems were detected with the Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman et al., 2003), while positive mental health mapped with the Adolescent Mental Health Continuum Short Form (Keyes, 2006). *Results:* Students were identified in the self-critical perfectionistic group showed the worst mental health state, nearly 50% of them reported current self-injurious acts. Based on multiple linear and multinomial regression models, we presented that self-critical perfectionism increased, while healthy perfectionism decreased both mental illness symptoms and the risk of nonsuicidal self-injury within one month. We identified latent classes based on the endorsement of different nonsuicidal self-injurious behaviours. In the Severe NSSI group were the highest the self-critical perfectionistic attitude and the lowest the subjective well-being. *Conclusions:* In a Hungarian high school sample is also confirmed that the self-critical component of perfectionism can be defined as a risk factor for poor mental health, in particular, for NSSI. On the basis of our results, it is worth assessing the characteristics of perfectionism in school settings.

KEYWORDS

self-critical perfectionism, internalizing symptoms, externalizing symptoms, nonsuicidal self-injury, adolescence

Open Access. 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)

