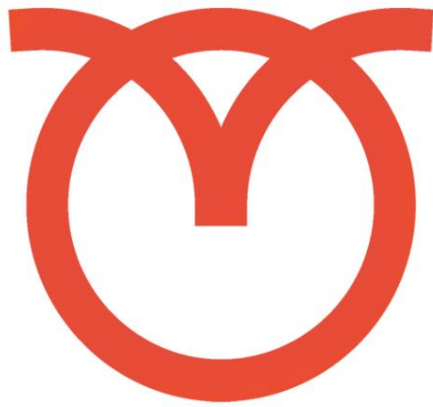


A nem öngyilkossági szándékú önsértés
az önkritikus rumináció és a székelyen összefüggésrendszerében, felnőtt mintában

36. ORSZÁGOS TUDOMÁNYOS DIÁKKÖRI KONFERENCIA



KÉSZÍTETTE: MAGYAR CSILLA
Eötvös Loránd Tudományegyetem
Pszichológia MA/ II. évfolyam

FELKÉSZÍTŐ TANÁR: DR. REINHARDT MELINDA
Eötvös Loránd Tudományegyetem

Tartalomjegyzék

Absztrakt	2
Előszó	3
1. Elméleti bevezetés	3
1.1. A nem öngyilkossági célú szándékos önsértés.....	3
1.2. A szégyen.....	7
1.3. Az önkritikus rumináció.....	9
2. Célkitűzések, hipotézisek	10
3. Módszer	11
3.1. Vizsgálati személyek.....	11
3.2. MÉRŐESZKÖZÖK.....	12
3.3. Eljárás.....	13
3.4. Adatelemzési terv.....	14
4. Eredmények	15
4.1. Leíró statisztikák.....	15
4.2. Hipotézisek tesztelése.....	15
5. Diskusszió	17
5.1. Az eredmények értelmezése.....	17
5.2. Limitációk.....	19
5.3. Konklúzió, kitekintés.....	20
Szakirodalmi jegyzék	22

Absztrakt

Célkitűzés: Jelen kutatás célja a nem öngyilkossági célú szándékos önsértés (non-suicidal self-injury, NSSI) vizsgálata olyan szakirodalmi szempontból releváns konstruktumokkal összefüggésben, mint a szégyen és az önkritikus rumináció. Az NSSI a saját test akaratlagos, de nem öngyilkossági szándékkal végrehajtott megsértését jelenti (Klonsky, Victor és Saffer, 2014). Több kutatás is rámutatott, hogy a szégyen és az önkritikus rumináció összefüggésben állnak a nem öngyilkossági szándékú önsértéssel (pl. Velotti és mtsai., 2016) azon a mechanizmuson keresztül, hogy a szégyennel való megküzdés céljából alkalmazott maladaptív érzelemreguláció ahhoz vezethet, hogy a személy önmaga felé irányítja agresszióját, mely nemszuicidális önsértésben is kifejeződhet.

Módszer: A vizsgálat nem klinikai populáció bevonásával zajlott. Mintáját 1873 fő alkotta, többségében nők (n=1404, 74,96%). Az átlagéletkor 34,88 év volt (SD=14,58). A mintában elkülönítettem a sohasem önsértő (n=1129, 60,27%), a korábban önsértő (n=512, 27,34%) és az aktuálisan önsértő (n=232, 12,39%) csoportokat, valamint a repetitív önsértőket (10 vagy több önsértési epizód, n=1225, 75,87% (Gratz és mtsai., 2015)) és az alkalmi önsértőket (10-nél kevesebb önsértési epizód, n=389, 24,13%). A vizsgálat hozzáférhetőségi mintavétellel zajlott, a kitöltők anonim módon vettek részt a vizsgálatban.

Elemzéseim során az alábbi mérőeszközöket használtam fel: Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (Inventory of Statements About Self-injury, Klonsky és Glenn, 2009); Szégyen Élmény Skála (Experience of Shame Scale, ESS, Andrews és mtsai, 2002); Önkritikus Rumináció Kérdőív (Self-Critical Rumination Scale, SCR, Smart és mtsai, 2016).

Eredmények: Eredményeim számos ponton összefüggéseket mutattak ki e három konstruktum összefüggésrendszerében. A jelenségek komplexebb összefüggéseit mediációs modellel teszteltem, ahol a szégyen és a nem öngyilkossági célú önsértés kapcsolatában az önkritikus rumináció mediáló szerepét térképeztem fel. A tanulmány további eredményei kimutatják a magasabb szégyenpontszám és többféle NSSI mód alkalmazása közötti együttjárást, valamint a magasabb szégyenpontszám és az önsértés időbeli aktualitása közötti pozitív kapcsolatot. A vizsgálat része a repetitív önsértők és alkalmi önsértők összevetése is, az önkritikus rumináció szempontjából, mely alapján az alkalmi önsértőket kevésbé jellemzi a rágódás ezen fajtája.

Kulcsszavak: nem öngyilkossági célú szándékos önsértés, szégyen, önkritikus rumináció

Előszó

A kutatás célja a nem öngyilkossági célú szándékos önsértés vizsgálata a szégyennel és az önkritikus ruminációval összefüggésben, ugyanis a kutatások szerint mindhárom konstruktumban jelentős szerepet játszik az énnel kapcsolatos negatív attitűd. A tanulmány relevanciáját bizonyítja, hogy bár felnőttek körében alacsonyabb az NSSI élettartam-prevalenciája, mint serdülők körében (Plener és mtsai., 2016), azonban az NSSI előfordulásának emelkedése figyelhető meg felnőtteknél is az utóbbi években: amerikai fiatal felnőtt populációban például 2008 és 2015 között 16%-ról 45%-ra nőtt az élettartam prevalencia arány (Wester, Trepal és King, 2018). Emellett a nem öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés további önsértő tendenciák és potenciális szuicidális viselkedés rizikófaktorai lehet (Muehlenkamp, Xhuanga és Brausch, 2019), így kiemelten fontos, hogy további kutatási eredményekkel bővítsük a szakirodalmat.

A jelenségek leíró adatain túl azok komplexebb összefüggéseit mediációs modellel teszteltem, ahol a szégyen és a nem öngyilkossági célú önsértés kapcsolatában az önkritikus rumináció lehetséges mediáló szerepét térképeztem fel.

1. Elméleti bevezetés

1.1. A nem öngyilkossági célú szándékos önsértés

Nem öngyilkossági célú szándékos önsértés (nonsuicidal self-injury, NSSI) alatt a saját test akaratlagos, de nem öngyilkossági szándékkal végrehajtott megsértését értjük (Klonsky, Victor és Saffer, 2014). Ide soroljuk például azt, ha a személy megvágja, megharapja, megégeti, erősen megcsípi, mélyen megkarmolja, beüti vagy megüti magát. Továbbá ide tartozik a bőr durva felületnek dörzsölése, tűvel szúrása, a haj kitépése, veszélyes anyag lenyelése, valamint az is, ha az önsértő szándékosan megakadályozza sebei gyógyulását, például a var letépésével (Klonsky és Glenn, 2009). Egy magyar kutatás során (Reinhardt és mtsai., 2021) serdülők között az önütés és a seb begyógyulásának megakadályozása bizonyult az önsértés leggyakrabban alkalmazott formájának. Xiao és munkatársai (2022) metaanalízise alapján az önsértők körében gyakoribb, hogy több módszert alkalmaznak, mint az, hogy egyetlen módot választanak. A szakirodalom szerint az önsértések során használt módszerek sokfélesége egy jelentős súlyossági mutatónak tekinthető (Gratz és mtsai., 2015). Az alkalmazott önsértési

módok száma mellett azok gyakorisága, és az NSSI-ből adódó kórházi ellátások mennyisége is az önsértés súlyosságának fontos mutatója (Ammerman és mtsai., 2017). Bizonyított, hogy az NSSI-cselekedetek megkezdésének korai időpontja bejósolja a nem öngyilkossági szándékkal elkövetett későbbi önsértések gyakoriságát, valamint a felhasznált módok figyelembevételével a súlyosságát (Ammerman és mtsai., 2017; Muehlenkamp, Xhuanga és Brausch, 2019). Kutatási eredmények bizonyítják, hogy az önsértő magatartás minél korábbi megjelenése növeli az önsértési alkalmak számát, s nem csak abból az okból kifolyólag, hogy a személynek a hosszabb időszak miatt több lehetősége volt önsértő cselekedetek végrehajtására, hiszen az utóbbi egy évben elkövetett önsértések száma is nagyobb ezen személyek esetében (Somer és mtsai., 2015, Ammerman és mtsai., 2017). Az önsértő magatartás minél korábbi fellépése bizonyítottan összefügg a későbbiekben alkalmazott önsértő módok szélesebb palettájával is (Somer és mtsai., 2015).

Bár az NSSI előfordulása serdülőkorban a leggyakoribb (Brown és Plener, 2017), mikor is megjelenési aránya nemklinikai mintákban akár a 40%-ot is megközelíti (Brunner és mtsai., 2014; Jacobson és Gould, 2007), figyelembe kell vennünk a nem öngyilkossági célú szándékos önsértés felnőttkori hatásait is. Brown és Plener kutatása alapján (2017) azok a személyek, akik serdülőként ismétlődő jelleggel folytattak nem öngyilkossági szándékkal történő önsértést, felnőttkorukban valószínűbb, hogy hosszútávon fennálló, mentális egészséget érintő problémáknak, szuicid veszélynek és a kockázatkereső magatartásformákba való nagyobb fokú bevonódásnak voltak kitéve.

Muehlenkamp és munkatársai kutatása is alátámasztja, hogy a nem öngyilkossági céllal elkövetett önsértés további önsértő tendenciák, valamint potenciális szuicidális viselkedés rizikófaktorak lehet (Muehlenkamp, Xhuanga & Brausch, 2019). Egy 2022-es, 62 kutatás eredményeit összesítő, szisztematikus áttekintés eredményei alapján tudjuk, hogy a nem klinikai populációban mért NSSI prevalenciája a 12 hónapos időszakra vetítve és az egész életen át mérhető gyakoriságot mérve is 22-23%-ra tehető (Xiao és mtsai., 2022). Fiatal felnőttek körében alacsonyabb az NSSI élettartam-prevalenciája a serdülőkhez képest (Plener és mtsai., 2016), azonban az NSSI cselekedetek előfordulásának emelkedése figyelhető meg felnőtteknél is az utóbbi években. Amerikai fiatalfelnőtt populációban például 2008 és 2015 között 16%-ról 45%-ra nőtt az élettartam prevalencia arány (Wester, Trepal és King, 2018). A szakirodalomban nem tisztázott, hogy a serdülők körében megjelenő nagyobb mértékű NSSI arra utal-e, hogy a jelenlegi kamasz populáció körében gyakoribb-e ez a jelenség, vagy arra, hogy a felnőtt korosztály nehezebben hívja elő a serdülőkori önsértései emlékeit a retrospektív vizsgálatokban (Klonsky, Victor és Saffer, 2014). Ez utóbbi lehetőséget támasztja alá az, hogy

egy olyan német mintán, mely nagyrészt felnőtteket és néhány serdülőt vont be, az NSSI cselekedetek kezdetét átlagban 17 éves korra tették a résztvevők (Plener és mtsai., 2016), míg egy kizárólag serdülőkkel dolgozó német kutatásban az első önsértést jóval korábban, átlagosan 13 éves korban állapítják meg a publikáció szerzői (Plener és mtsai., 2009). Magyar serdülőkkel végzett kutatásban 12-15 éves kor között volt legjellemzőbb a nem öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés indulása (Reinhardt és mtsai., 2021).

Egy, az utóbbi 10 év számos publikációját összesítő metaanalízis alapján feltételezhetjük, hogy az NSSI megjelenésének magasabb kockázatához vezet, ha a személy nőnemű, dohányzik, alkoholt fogyaszt, testvérei vannak, vagy egyszülős családban él (Xiao és mtsai., 2022). Továbbá rizikófaktorként azonosíthatjuk a bullyingot, a negatív szociális interakciókat, valamint a gyermekkori érzelmi bántalmazást is, azonban gyengébb összefüggést találtak a gyermekkori szexuális és fizikai abúzus esetében (Brown és Plener, 2017). Az NSSI cselekedetek megjelenése magasabb arányú a pszichiátriai betegek körében, valamint azoknál a személyeknél, akik az érzelmi distressz különböző formáiban (például negatív emocionalitás, elégtelen érzelemreguláció) érintettek (Klonsky, Victor és Saffer, 2014; Andover, Pepper és Ryabchenko, 2005; Klonsky és Muehlenkamp, 2007).

Egyes kutatások eredményei alapján kizárólag az alkalmazott módszerekben találunk nemi eltéréseket az NSSI-ben: a nők inkább önmaguk megvágását gyakorolják, míg a férfiak az önutást és az égetést preferálják (Klonsky és Muehlenkamp, 2007). Bizonyított, hogy az önsértés fokozottan jelen van nem heteroszexuálisan orientált populációkban és a kaukázusi (europid) nagyrasz tagjainál (Klonsky, Victor és Saffer, 2014). Bizonyos környezeti faktorok, mint a munkanélküliség, alacsonyabb jövedelem és az egyedül (nem partnerrel) élés növeli az önsértő magatartás megjelenési valószínűségét (Plener és mtsai., 2016). Az, hogy különböző környezeti faktorok (például kortársproblémák) a mentális egészség romlásához vezetnek, mely nem öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértést eredményezhet, magyar serdülő mintán is bizonyított (Győri és mtsai., 2021).

Aktuálisan önsértőnek azokat a személyeket tekintjük, akik az elmúlt egy hónapban végrehajtottak NSSI cselekedetet, így nem minden valaha önsértő személy számít jelenleg is önsértőnek (Gratz és mtsai., 2015). Az önsértés további alcsoportjai a következők: alkalmi (kipróbáló, occasional) és repetitív (ismétlő, recurrent) önsértők csoportja (Gratz és mtsai., 2015), melyek közül az előbbiek életük során kevesebb, mint 10 alkalommal önsértettek, míg utóbbiak minimum 10 epizódban vettek részt. Egy serdülőkkel folytatott magyar kutatás (Reinhardt és mtsai., 2021) eredményei alapján a vizsgálati személyek egyharmada minősült alkalmi, kétharmada pedig repetitíven önsértőnek.

Nock modellje szerint (Nock, 2010) négy lehetséges megerősítő folyamat tartja fenn az önsértést. Így aszerint, hogy a megerősítés pozitív vagy negatív, illetve az alapján, hogy az önsértés funkciója intraperszonális vagy interperszonális, négyféle kategóriát különböztethetünk meg: intraperszonális negatív megerősítést (mely az averzív gondolatok és érzelmek, pl. a harag azonnali csökkenésével vagy megszűnésével jár), intraperszonális pozitív megerősítést (mely által a vágyott gondolatok vagy érzések, pl. elégedettség válnak elérhetővé), interperszonális pozitív megerősítést (melyhez köthetően megjelenik egy vágyott szociális esemény vagy növekszik annak intenzitása, pl. az önsértő személyre irányuló figyelem és támogatás), valamint interperszonális negatív megerősítést (melyhez köthetően egy nemkívánatos szociális esemény, pl. bullying intenzitása csökken vagy akár szűnik meg). Repetitív NSSI-vel kapcsolatban serdülő lányok körében kimutatták az intraperszonális önsértési motivációk erőteljesebb jelenlétét a kipróbáló csoporthoz képest, ám az interperszonális motívumokban nem mutatkozott hasonló eltérés (Reinhardt és mtsai., 2021). Ennek lehetséges magyarázata, hogy az interperszonális funkciókhoz képest szorosabban kapcsolódnak az önsértő személy által megélt negatív érzelmek az NSSI gyakori megjelenéséhez.

Az önsértés motivációinak vizsgálatakor számos elmélettel találkozhatunk (Nock, 2010; Chapman, Gratz és Brown, 2006), azonban ezek közül fontos kiemelni azokat, melyek a szégyen, valamint az önkritikusság jelentőségét is kellően hangsúlyozzák. Xiao és munkatársai metaanalízise (2022) több ponton is kiemeli e két utóbbi konstruktum hatását. Eredményeik alapján az NSSI megjelenési valószínűségét növeli az, ha a serdülők a társaikhoz képest kisebbségnek érzik magukat és szégyent élnek át. A negatív érzelmi állapotok megjelenésekor (például szégyen megélése) nincsenek meg a megfelelő eszközeik érzelmeik szabályozására, így maladaptív megküzdési mechanizmusokat alkalmaznak (Xiao és mtsai., 2022).

A nem öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértés jelentős komorbiditást mutat többek között a borderline személyiségzavarral (melynek a DSM-5 szerint tünete is az önsértés), a szorongással és a depresszióval is (Klonsky és Glenn, 2009). Az NSSI cselekedetek megjelenése magasabb arányú azoknál a személyeknél, akik az érzelmi distressz különböző formáiban (például negatív emocionalitás, elégtelen érzelmreguláció) érintettek (Klonsky, Victor és Saffer, 2014; Andover, Pepper és Ryabchenko, 2005; Klonsky és Muehlenkamp, 2007). Ezt Jacobson és Gould (2007) áttekintő cikke is alátámasztja, mely rávilágít az elégtelen érzelmreguláció szerepére az önsértő magatartás megjelenésében. Az NSSI szorosan kapcsolódik a negatív érzelmekhez, egy kutatás során például mind serdülők, mind felnőttek

körében kimutatták, hogy a nem öngyilkossági céllal elkövetett önsértés kiemelkedően gyakori azon személyek körében, akiknél az elégtelen érzelmszabályozásra vagy a szégyenre (Klonsky, Victor és Saffer, 2014) és az önkritikára (Bentley és mtsai., 2015) való hajlam is megjelenik.

1.2. A szégyen

A szégyen fogalmának meghatározásához szükség volt arra, hogy kutatásokkal megerősítsék, hogy önálló affektív élményről van szó, nem pedig a büntudat (guilt) (Wicker, Payne és Morgan, 1983) vagy a feszengés, zavarban levés (embarrassment) (Tangney és mtsai., 1996) szinonimájáról. A definíció így egy intenzív negatív érzelmet ír le, melyhez hozzátartozik a kisebbségi érzés és tehetetlenség érzése, valamint a vágy, hogy a személy elrejtse hiányosságait (Andrews, Qian és Valentine, 2002). Morális érzelm lévén azonban fontos adaptív funkciókat tölthet be a személy döntéseiben: a szégyen motivációs hatással bír a szociális normák betartására és a személyes sztereotípiák elérésére is (Else-Quest és mtsai., 2012).

Andrews és munkatársai (2002) alapján megkülönböztethetünk karakterológiai (személyiségvonás-szintű), viselkedéses és test miatti szégyent, melyek angol mintán bizonyítottan 3 különböző faktorba rendeződnek, ezt magyar résztvevők bevonásával is megerősítették (Vizin, Urbán és Unoka, 2016). Andrews és munkatársai (2002) alapján a karakterológiai szégyen vonásszinten van jelen és a következőket foglalja magába: szégyen a személyes szokások, a modor, a személyes képességek és tulajdonságok miatt. A viselkedéses szégyen erősebb jelenléte esetén a szégyenérzetet a vétett hibák (cselekedetekben, beszédben, versenyhelyzetekben) hívják elő, míg a test miatti szégyen a teljes test vagy annak egy része miatt megélt szégyenként írható le (Andrews és mtsai., 2002).

Egy olaszok körében folytatott vizsgálat során (Velotti és mtsai., 2016) azt az eredményt kapták, hogy a nők a test miatti és a viselkedéses szégyen kategóriájában is magasabb értéket értek el. Ugyanezen a mintán azt is kimutatták, hogy a karakterológiai szégyen és az érzelmek elnyomása, valamint a testi szégyen és a harag közötti kapcsolat kizárólag nőknél jelent meg. Ezeknél a nőknél az érzelmek elnyomása mediálta a karakterológiai szégyen hosztilitásra és distresszre gyakorolt hatását, melyből arra következtethetünk, hogy a szégyennel összefüggő érzelmek mind externalizált (hosztilitás), mind internalizált (distressz) formáját a szégyenes érzelmreguláció magyarázza, ahelyett, hogy e kettő a szégyen hatásaként jelenne meg.

A szégyen további vizsgálatai alapján beszélhetünk a szituációban megélt, állapotszintű szégyenről (state shame) és vonásszintű változatról (trait shame). Ez utóbbi esetében a személy

hajlamosabb személyes kudarc gyakori megélésére, önmaga hibáztatására, valamint a szégyenérzet is gyakrabban előfordul (Turner, 2014). Velotti és munkatársai (2016) kutatásában a személyek alacsony önértékelését, hosztilitását és pszichológiai distresszt tekintve a karakterológiai és a test miatti szégyen jelentősebb prediktornak bizonyult, mint a vonásszintű szégyen. Velottiék eredményei alapján (2016) nemtől függetlenül megjelenik a szégyen és az alacsony önértékelés, valamint a hosztilitás és a pszichológiai disztressz közötti kapcsolat. A szégyenre való hajlam prediktorhatását a nem öngyilkossági célú szándékos önsértésre klinikai mintán is kimutatták, borderline személyiségzavarral élő személyek vizsgálata során (Cameron, Erisman és Reed, 2020).

Számos tanulmány bizonyítja, hogy a nők több megélt szégyenről számolnak be, mint a férfiak (Else-Quest és mtsai., 2012; Velotti és mtsai., 2016; Orth, Robins és Soto, 2010). Emellett az önsértéshez hasonlóan az önbevalláson alapuló szégyenérzetben is életkori fluktuációt feltételezhetünk: ezutóbbinál megfigyelhető a fiatal felnőttkorban kezdődő csökkenés (Bafunno és Camodeca, 2013; Orth, Robins és Soto, 2010). Orth és munkatársai (2010), akik a szégyen mélypontját (azaz ekkor a leggyengébb) 50 éves korban állapították meg, feltételezik, hogy az életkor előrehaladtával kevésbé leszünk hajlamosak olyan pszichológiailag maladaptív érzelmek megélésére, mint a szégyen, mivel a személyiség érése során adaptívabb személyiségjegyek fejlődnek ki. A szégyen és az NSSI közötti egyik fontos összefüggés, hogy a szégyen egy nehezebben szabályozható érzelm (Elison, Garofalo és Velotti, 2014), az önsértő személyek pedig elégtelen érzelemregulációs készségekkel jellemezhetők (Plener és mtsai., 2016). Mivel a nem öngyilkossági célú önsértés célja gyakran valamilyen negatív érzelmi állapot megszüntetése, feltételezhetjük, hogy az önsértő cselekedetek száma csökken, amint az életkor előrehaladtával a személy új megküzdési stratégiákkal gazdagodik az érzelemszabályozás területén (Plener és mtsai., 2016).

Az NSSI és a vonásszintű szégyen vizsgálatának relevanciáját továbbá, hogy a szégyen és az agresszió között a szégyen szabályozásának képessége, az érzelemreguláció mediál (Elison, Garofalo és Velotti, 2014), mely kiemelten fontos jelen kutatás szempontjából, hiszen az énré irányuló agresszió nem öngyilkossági céllal elkövetett szándékos önsértés formájában is megnyilvánulhat. Milligan és Andrews (2005) büntetés-végrehajtási intézményekben, női résztvevők bevonásával a szégyen és a különböző önsértő viselkedések közötti szignifikáns kapcsolatot mutattak ki. Eredményeik alapján a gyermekkori szexuális bántalmazás mellett a test miatti szégyen is kapcsolatban állt az NSSI cselekedetekkel. A szégyen számos esetben mediációs szerepet tölt be, többek közt a patológiás narcizmus és a szuicid ideációk között (Jakšić és mtsai., 2017), a depresszív tünetek és a személyiségszerkezet

között (Jakšić és mtsai., 2021), továbbá Milligan és Andrews kutatásában (2005) a test miatti szégyen erősen mediálta a gyermekkorban átélt nemi abúzus hatását a különböző önsértő viselkedésekre.

A szakirodalom alapján a magasabb szégyenérzet kifejezettebb önkritikus ruminációval társul (Smart, Peters és Baer, 2016), mellyel összefüggésben feltételezhetjük a súlyosabb önsértés jelenlétét is (Klonsky, Victor és Saffer, 2014). Gilbert és munkatársai (2010) szintén kiemelik az önsértés, a szégyen és az önkritikusság kapcsolatát.

1.3. Az önkritikus rumináció

Ruminációnak a repetitív gondolkodás egy maladaptív formáját nevezzük, mely a negatív önértékelés egyik fajtája (Smart és mtsai., 2016), valamint egy kognitív érzelemregulációs stratégia (Kamholz és mtsai., 2006). A rumináció különböző típusai közül (pl. általános rumináció, depresszív rumináció, harag rumináció) jelen tanulmány az önkritikus rumináció (self-critical rumination) jelenségét vizsgálja az NSSI-vel és a szégyennel összefüggésben. Az önkritikus rumináció során a személy anélkül fókuszálja figyelmét a magát kritizáló gondolataira, hogy változtatna körülményein vagy fejlesztené önmagát (Smart és mtsai., 2016; Kolubinski, Nikčević és Spada, 2020).

Szakirodalmi eredmények alapján az önkritikus rumináció mediálja az elégtelen érzelemreguláció és a különböző pszichopatológiák közötti kapcsolatot, tehát azok a személyek, akik érzelemszabályozási nehézségekkel küzdenek és önkritikusan rágódnak hibáikon, nagyobb valószínűséggel fognak pszichopatológias tüneteket tapasztalni (Martínez-Sanchis és mtsai., 2021).

Továbbá az önkritikus rumináció kifejezettebb formája bizonyítottan együttjár a magasabb szégyenérzettel (Smart és mtsai., 2016). Feltételezhetjük, hogy aki ruminációszerűen rágódik saját negatív tulajdonságain, valószínűleg annyira felerősíti a szégyenérzését, hogy az méginkább megerősíti az önsértés kockázatát. Habár kutatási eredmények bizonyítják, hogy a magasabb szégyenérzet kifejezettebb önkritikus ruminációval társul (Smart, Peters és Baer, 2016), amellyel összefüggésben feltételezhetjük a súlyosabb önsértés jelenlétét (Klonsky, Victor és Saffer, 2014), kérdés, hogy mi a magas szégyenérték eredője. Azoknál a serdülőknél, akiknek szüleire jellemző a kritikus attitűd, valószínűbb, hogy önsértéssel fognak megküzdeni negatív érzelmeikkel (Xiao és mtsai., 2022), mely utóbbiak a szülői hozzáállás eredményeként jelenhettek meg énképükkel kapcsolatban (Harris és Howard, 1984). Feltételezhetjük tehát, hogy az önsértéshez vezető magas szégyenérték hátterében a külső negatív megítélés és a

megszégyenítés áll, melyhez a szülői negatív vélemények átvétele mellett a kortárs-problémák is hozzájárulhatnak (Győri és mtsai., 2021). A környezet önkritikus ruminációban betöltött szerepére egy metaanalízis (Xiao és mtsai., 2022) eredményei is rámutatnak. A publikáció szerzői szerint, bár a serdülők nemszuicidális önsértéséhez alkalmanként az vezet, hogy egészséges megküzdési alternatívák ismerete hiányában nehezen fejezik ki érzelmeiket egy stresszes szituációban, más esetekben viszont éppen az áll az NSSI cselekedetek hátterében, hogy habár kifejezték érzelmeiket, szüleiktől kritikus hozzáállást tapasztaltak (Xiao és mtsai., 2022).

Az érzelemszabályozási nehézségek, például a rumináció, az NSSI rizikófaktorának tekinthetők (Bentley és mtsai., 2015). Reinhardt és munkatársai (2021) vizsgálatukban bizonyították, hogy a repetitív önsértők körében a maladaptív érzelemszabályozási formák dominálnak, köztük a fokozott önkritikusság. A repetitíven önsértő csoport magasabb pontszámot ért el az önkritikus rumináció vizsgálata során, mint az alkalmi önsértők (Reinhardt és mtsai., 2021), ennek hátterében az állhat, hogy a gyakrabban megjelenő önkritikus gondolatok gyakoribb NSSI cselekedetekhez vezetnek, hogy ezáltal a személy csatornázni tudja a ruminációval megjelenő, énrre irányuló negatív érzelmeiket, például a szégyent.

Jelen tanulmány a vizsgált konstruktumok közötti további összefüggések feltárását célozza, hiszen azon túl, hogy az önsértés, a szégyen és az önkritikusság kapcsolatát Gilbert és munkatársai (2010) is kimutatták, Velotti publikációja is felveti (Velotti és mtsai., 2016), hogy a szégyennel való megküzdés céljából alkalmazott maladaptív érzelmreguláció ahhoz vezethet, hogy a személy önmaga felé irányítja agresszióját, mely nemszuicidális önsértésben is kifejeződhet.

2. Célkitűzések, hipotézisek

A korábbiakban kifejtett szakirodalmi eredmények és ezek áttekintése alapján a következő hipotéziseket fogalmaztam meg.

H1: Hipotézisem szerint azok a felnőttek, akik életük során sohasem végeztek önsértést, szignifikánsan alacsonyabb szégyenpontszámot értek el a korábban vagy aktuálisan önsértőkhöz képest (Smart, Peters és Baer, 2016).

H2: Feltételezem, hogy a magasabb karakterológiai szégyenpontszám és a nem öngyilkossági célú önsértés súlyossága (felhasznált önsértési módok száma) között szignifikáns és pozitív kapcsolat várható (Klonsky, Victor és Saffer, 2014; Muehlenkamp, Xhuanga és Brausch, 2019).

H3: Feltételezem, hogy a repetitív önsértők szignifikánsan magasabb pontszámot érnek el az önkritikus ruminációban, mint az alkalmi önsértők (Reinhardt és mtsai., 2021).

H4: Feltételezem, hogy az első önsértés időpontja (minél korábbi) szignifikáns és fordított irányú összefüggést mutat az önsértési módok számával (minél több) (Ammerman és mtsai, 2017; Smart, Peters és Baer, 2016).

H5: Hipotézisem, hogy a vonásszintű szégyen és az önagresszió (önsértés) kapcsolatát az önkritikus rumináció (mint érzelemregulációs stratégia) részlegesen mediálja (Elison, Garofalo és Velotti, 2014).

3. Módszer

3.1. Vizsgálati személyek

A kutatás célcsoportját 18 év feletti személyek alkották. A vizsgálat nem klinikai populáció bevonásával zajlott. Végző – a hiányos kitöltések kizárása utáni – mintáját 1873 fő, többségében nők (n=1404, 74,96%, férfiak: n=469, 25,04%) alkották. Az átlagéletkor 34,88 év volt (SD=14,58), a résztvevők életkora 18 és 94 életév között mozgott. A kitöltők több mint fele párkapcsolatban vagy házasságban él, közel egyharmaduk pedig egyedülálló. Legtöbbük fővárosi lakos és egyetemi vagy főiskolai végzettséggel rendelkezik. A minta részletes demográfiai jellemzőit az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat: A minta demográfiai jellemzői

		N (%)
nem	nő	1404 (74,96)
	férfi	469 (25,04)
családi állapot	házas vagy kapcsolatban él	1117 (59,6)
	egyedülálló	587 (31,3)
	elvált	132 (7)
	özvegy	37 (2)
település	főváros	800 (42,7)
	más város	726 (38,8)
	község, falu	199 (10,6)
	külföld	148 (7,9)
legmagasabb végzettség	egyetem vagy főiskola	1048 (56)
	középiskola	746 (39,8)
	szakmunkás bizonyítvány	48 (2,6)
	általános iskola	31 (1,7)

A mintában elkülönítettem a sohasem önsértett (n=1129, 60,27%) korábban önsértő (n=512, 27,34%) és aktuálisan önsértő (n=232, 12,39%) csoportokat, valamint a repetitív önsértőket (10 vagy több önsértési epizód, n=1225, 75,87% (Gratz és mtsai., 2015)) és az alkalmi önsértőket (10-nél kevesebb önsértési epizód, n=389, 24,13%).

3.2. Méréseszközök

3.2.1. Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív (Inventory of Statements About Self-injury, ISAS-HU)

Az Állítások az Önsértés Kapcsán Kérdőív eredeti változatát Klonsky és Glenn (2009) készítette, magyar adaptációja pedig Reinhardt és munkatársai (2021) nevéhez köthető. A mérőeszköz két részre osztható, melyek közül az egyik az NSSI leíró adatairól szóló kérdéseket tartalmazza, míg a másik az önsértéshez vezető okokkal kapcsolatban tesz fel kérdéseket. Az első egység során a személy jelzi, hogy a 12 felsorolt módon (pl.: megvágta magát, megütötte magát) hány alkalommal végzett önsértést. Az itt 0 pontot elérő, azaz sohasem önsértő személyek számára véget ér a kérdőív. Akik a válaszaik alapján végeztek már önsértést, tovább haladhatnak a következő kérdésblokkra, mely különböző gyakorisági mutatókra, illetve az önsértés körülményeire kérdez rá.

A második egységben a kitöltők háromfokú Likert skálán, 26 tétel esetében jelölik az önsértés lehetséges okait (0=nem jellemző; 1=valamennyire jellemző, 2=nagyon jellemző). Végül nyitott kérdésekre is sor kerül, melyek a kérdőívben nem szereplő önsértési motivációkat tárják fel. Elemzéseimben a kérdőív első részét használtam fel.

3.2.2. Szégyen Élmény Skála (Experience of Shame Scale, ESS)

Az eredeti kérdőívet Andrews, Qian és Valentine (2002) dolgozták ki, melyet Vizin, Urbán és Unoka (2016) fordítottak magyar nyelvre. A 25 tételes kérdőív a szégyen 3 faktorát, a viselkedéses szégyent, a testi szégyent és a karakterológiai szégyent méri. A kitöltőknek azt kell jelölnie, hogy a kérdésekben megjelenő érzések mennyire jelentek meg náluk az elmúlt egy évben. A négyfokú válaszkálán az „Egyáltalán nem jellemző” lehetőség 1 pontot, a „Nagyon jellemző” lehetőség pedig 4 pontot jelent. Jelen kutatásban a Karakterológiai szégyen alszkálát használok fel, melyet az 1-12. tételek mérnek. A karakterológiai kérdéseket tartalmazó alszkálán

magasabb pontszámot elérő személyekre jellemzőbb, hogy a szégyen vonásszinten jelenik meg náluk.

3.2.3. Önkritikus Rumináció Kérdőív (Self-Critical Rumination Scale, SCR)

Az Önkritikus Rumináció kérdőívet Smart és munkatársai (2016) dolgozták ki, magyar változata jelenleg is adaptálás alatt áll, melyet Kökönyei és munkatársai végeznek. A kérdőív 10 állítást tartalmaz, melyekről négyfokú Likert-skálán jelölheti a kitöltő (1 = egyáltalán nem és 4 = nagyon), hogy mennyire illenek rá. A kérdőív egyfaktoros, a maximálisan szereshető pontszám 40 pont. A kérdőív belső reliabilitását (Cronbach- α = 0,92; Smart és mtsai, 2016) a magyar változatban is megerősítették (Cronbach- α = 0,91; Reinhardt és mtsai, 2021).

3.3. Eljárás

A vizsgálat célja a nem öngyilkossági célú szándékos önsértés vizsgálata volt hazai mintán, különböző pszichológiai konstruktumok mentén. A kutatás, melybe bekapcsolódtam önbeszámoló kérdőíves keresztmetszeti vizsgálat, mely online adatfelvétellel zajlott a Qualtrics felületén, mivel kutatási kérdéseim ezt a módszert tették a leginkább indokolttá a megbízható eredményekhez való hozzáférés érdekében. Az adatgyűjtés hozzáférhetőségi mintavétellel történt hallgatói terjesztésen keresztül és média platformokon meghirdetve. A kérdőív linkje egy rövid toborzószöveg kíséretében került megosztásra. A kérdőívet megnyitók először egy tájékoztató és beleegyező nyilatkozatot töltöttek ki, mely során rövid tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról, valamint a vizsgálat anonim és önkéntes voltáról, melyet bármikor következmények nélkül megszakíthattak, beleegyezésüket visszavonhatták. Ez után a beleegyező nyilatkozatot elfogadók egy demográfiai kérdésblokkot töltöttek ki, majd a kérdőívcsomag azon része következett, mely a jelen kutatásban felhasznált mérőeszközöket is tartalmazta. A résztvevők számára a kérdőív végén elérhető volt egy tájékoztató az NSSI jelenségéről és ezzel kapcsolatban a segítségkérés lehetőségeiről.

A kutatás etikai engedéllyel rendelkezik, melyet az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Kutatásetikai Bizottsága adott ki 2019. február 15-én. Az etikai engedély száma: 2019/39. A kutatás címe: A nem öngyilkossági szándékkal történő önsértés összefüggései az érzelemregulációs és az önértékelési folyamatokkal normatív felnőtt mintában. Kutatásvezető: Dr. Reinhardt Melinda.

A minta nagysága illeszkedik a kutatásomban megválaszolni kívánt kérdések vizsgálatához, továbbá a társadalom minden felnőtt korcsoportja képviseli magát, így az adatbázist nem szűkítettem le egy kisebb elemszámú mintára.

3.4. Adatelemzési terv

A statisztikai elemzésekhez az IBM SPSS Statistics programcsomag 21-es verzióját és a JASP statisztikai elemző program 0.14.1-es verzióját használtam.

Hipotéziseim vizsgálata előtt leíró statisztikákat és normalitásvizsgálatot végeztem, felállított hipotéziseim előfeltételeinek teljesülésének tesztelésére. A hipotéziseket a következő statisztikai eljárásokkal vizsgáltam: egyszempontos varianciaanalízis (H1), korreláció (H2; H4), független mintás t-próba (H3). Utolsó hipotézisem (H5) tesztelésére mediációs modellt állítottam fel.

Első feltételezésem tesztelésének esetében a sohasem önsértő, korábban önsértő és aktuálisan önsértő csoportok összehasonlítása egyszempontos varianciaanalízissel (ANOVA) történt, a hipotézis igazolása során Bonferroni-analízist is alkalmaztam, mivel nem csak egyetlen páronkénti összehasonlítást végeztem.

Második és negyedik hipotéziseim tesztelésére korrelációs eljárást alkalmaztam, mivel ezek esetében több változó páronkénti kapcsolatát feltételeztem. A változók normális eloszlása a Pearson-féle korrelációs eljárás előfeltétele. Ennek vizsgálatára Kolmogorov-Smirnov próbát használtam, hogy megállapítsam, szignifikánsan eltér-e az adott változó eloszlása az elvárt normális eloszlástól. Azonban fontos megjegyezni, hogy a Kolmogorov-Smirnov próba nagyon érzékeny a magas elemszámra, mely jellemzi az adatokat is, amelyekkel dolgozok. Minden vizsgált változó esetében szignifikáns eredményt mutatott a Kolmogorov-Smirnov próba, amely arra utal, hogy egyik változó esetében sem teljesült a normális eloszlás előfeltétele. Így a hipotézisek tesztelése során Pearson-féle korreláció helyett, robusztus, Spearman-féle korrelációt alkalmaztam.

Harmadik hipotézisem tesztelése során a repetitív és az alkalmi önsértő csoportokat független mintás t-próbával vettem össze, melyet megelőzve a normáloszlást is vizsgáltam.

Ötödik hipotézisem tesztelésére mediációs analízist futtattam le, melynek során a nemet és az életkort kontrolláltam. Ennek előfeltétele is megvalósult, miszerint mindhárom változó páronként korrelál.

A szignifikanciaszintet általánosságban 95%-os megbízhatósági szinten határoztam meg, a változók (skálák) belső konzisztencia értékét pedig akkor tekintettem megfelelőnek, ha az 0,7 felett volt (Nunnally és Bernstein, 1994).

4. Eredmények

4.1. Leíró statisztikák

A belső konzisztencia értékét a Cronbach- α mutató 0,7 feletti értékei esetén tekintettem elfogadhatónak (Nunnally és Bernstein, 1994). A skálák belső reliabilitását megfelelőnek találtam. A skálák átlaga, szórása és reliabilitása a 2. táblázatban látható.

2. táblázat: A vizsgálatban használt változók leíró és reliabilitási statisztikái

változók	M (SD)	α
ESS Szégyen skála	55,13 (18,23)	0,96
SCR Önkritikus rumináció skála	22,72 (8,23)	0,93

A Szégyen skála és az Önkritikus rumináció skála normális eloszlásának tesztelése során kapott eredményeket a 3. táblázatban közöltem.

3. táblázat: A normális eloszlás tesztelésére szolgáló Kolmogorov-Smirnov próba eredményei

skálák	Teszt statisztika	p érték
ESS Szégyen skála	0,096	<0,001
SCR Önkritikus rumináció skála	0,084	<0,001

4.2. Hipotézisek tesztelése

Első hipotézisem tesztelése során az egyszempontos varianciánális eredménye szignifikáns különbséget mutatott a 3 csoport (sohasem önsértő, korábban önsértő, aktuálisan önsértő) között ($F(2, 1870)=132,43$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,12$.) A Bonferroni-analízis eredményeképp mindhárom csoport között szignifikáns eredményt találtam a karakterológiai szégyen vizsgálatokor. Minél aktuálisabban önsértő csoportba tartozik a személy, annál magasabb

szégyenpontszámmal rendelkezik, így a legmagasabb értéket az aktuálisan önsértőknél találtam (aktuálisan önsértők: $M=30,85$, $SD=8,99$; korábban önsértők: $M=28,44$, $SD=8,96$; sohasem önsértők: $M=22,81$, $SD=8,19$). A szégyenpontszámban levő szóródás a nem öngyilkossági célú önsértés 12%-át magyarázza. Az elemzés a következő csoportok adatain zajlott: sohasem önsértők ($n=1129$), korábban önsértők ($n=512$), aktuálisan önsértők ($n=232$).

Második hipotézisemben Spearman-féle korrelációt használtam, mert nem teljesült a normalitás előfeltétele. Szignifikáns, közepes erősségű, pozitív irányú kapcsolatot találtam a magasabb karakterológiai szégyenpontszám és az önsértési módok száma között ($r=0,37$; $p < 0,001$). Tehát akik magasabb vonásszintű szégyennel jellemezhetők, többféle önsértési módot használtak a nem öngyilkossági célú önsértéseik során. Az elemzést az önsértő személyek csoportjának adatain végeztem ($n=1614$).

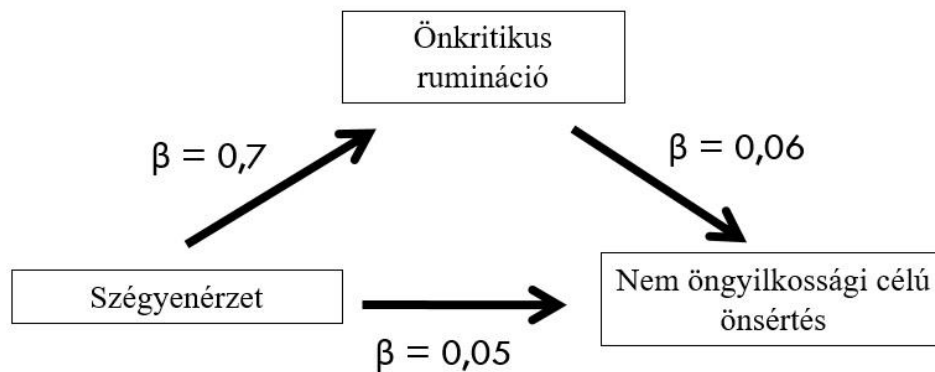
Harmadik hipotézisem előfeltételeként a normál eloszlást vizsgáltam az önkritikus rumináció összpontszámán. A parametrikusság sérülése miatt Mann-Whitney próbával teszteltem a hipotézist. A független mintás T-próba eredménye szignifikáns lett ($t=-5,025$; $p < 0,001$). Mintámban tehát a repetitív önsértőket nagyobb mértékű önkritikus rumináció jellemzi, mint az alkalmi önsértőket (repetitív önsértők: $M=26,61$, $SD=7,79$; alkalmi önsértők: $M=22,96$, $SD=7,94$). Az elemzést a repetitíven önsértő csoport ($n=1225$) és az alkalmi önsértő csoport ($n=389$) adatain végeztem.

Negyedik hipotézisemben az önsértés megjelenésének első időpontja és a felhasznált önsértési módok száma között gyenge, negatív irányú, szignifikáns korrelációt találtam ($r=-0,14$; $p = 0,001$). Az első nem öngyilkossági célú önsértés minél korábbi megjelenése ennek értelmében bár nem szorosan, de összefügg a későbbiekben felhasznált NSSI módok sokféleségével. Az elemzést az önsértő személyek csoportjának adatain végeztem ($n=1614$).

Az ötödik hipotézisem (teljes mintán történő) tesztelésére lefuttatott mediációs analízis szignifikáns direkt hatást ($\beta=0,05$, $z=5,71$, $p<0,001$, $CI = 0,04-0,08$), szignifikáns indirekt hatást ($\beta=0,04$, $z=5,47$, $p<0,001$, $CI=0,03-0,06$) és szignifikáns összhatást ($\beta=0,10$, $z=15,64$, $p<0,001$, $CI=0,08-0,11$) eredményezett. Ez részleges mediációra utal, vagyis a hipotézis igazolódott, a vonásszintű szégyen és a nem öngyilkossági célú önsértés jelenléte között az önkritikus rumináció részlegesen mediál.

Az eredményt az 1. ábrán illusztrálom.

1. ábra: A mediációs analízis eredménye



5. Diszkusszió

A kutatás célja a nem öngyilkossági célú szándékos önsértés vizsgálata volt a szégyennel és az önkritikus ruminációval összefüggésben. Eredményeim számos ponton összefüggéseket mutattak ki e három konstruktum viszonyrendszerében, ami megerősíti a korábbi kutatási eredményeket.

5.1. Az eredmények értelmezése

Eredményeim szerint az önsértés fokozott időbeli aktualitása esetén magasabb szégyenpontszámmal jellemezhető a személy. Ebből következően a legmagasabb értéket az aktuálisan önsértőknél találtam, ennél kevesebb szégyen jellemezte a valaha önsértőket, a legkevesebb szégyenérzetről pedig a sohasem önsértők számoltak be. Ez alátámasztja hipotézisemet, mely a szégyen és az NSSI közötti kapcsolatra vonatkozik, továbbá megerősít olyan korábbi elméleteket, mint amelyet Klonsky, Victor és Saffer (2014), Andover, Pepper és Ryabchenko (2005), Klonsky és Muehlenkamp (2007) vagy Jacobson és Gould (2007) fogalmazott meg a negatív érzelmek szerepéről a nemszuicidális célú önsértéssel kapcsolatban. Mindezek alapján az NSSI megjelenése szorosan kapcsolódik a negatív érzelmek és a szégyen jelenlétéhez. Az eredmény hátterében a szégyenérzet elégtelen regulációja állhat, a nem öngyilkossági szándékú önsértő magatartás magasabb megjelenési aránya pedig nagyobb mértékű megélt szégyennel magyarázható.

Hipotéziseim tesztelésekor beigazolódott, hogy a vonásszinten erősebb szégyennel jellemezhető személyek többféle önsértési módot használtak nem öngyilkossági célú

önsértéseik során. Ez a korábbi szakirodalmi eredmények sorába is beillik, hiszen tudjuk, hogy az NSSI szoros kapcsolatban áll a negatív érzelmekkel, például a szégyennel (Klonsky, Victor és Saffer, 2014). Ennek hátterében egyfelől valószínűleg a szégyenérzet elnyomása állhat, mely az elégtelen érzelemreguláció során önagresszióban nyilvánul meg. Másfelől magyarázója lehet a jelenségnek az is, hogy a megjelenő szégyenérzetet NSSI-cselekedeten keresztül próbálja a személy csatornázni (Milligan és Andrews 2005; Plener és mtsai., 2016; Elison, Garofalo és Velotti, 2014). Az NSSI súlyosságát a minél többféle felhasznált önsértési mód is növeli, mely súlyossági mutatónak tekinthető (Gratz és mtsai., 2015).

Ehhez kapcsolódik az a jelenség is, melyet adataim elemzésekor kaptam, miszerint a repetitív önsértőket nagyobb mértékű önkritikus rumináció jellemzi, mint az alkalmi önsértőket. Reinhardt és munkatársai (2021) kamaszok körében hasonló összefüggéseket mutattak ki, melynek lehetséges magyarázata, hogy a gyakrabban megjelenő nem szuicidális célú önsértés hátterében a gyakrabban felmerülő, ruminációszerűen jelenlevő gondolatok állnak. A kipróbáló önsértőknél ezzel szemben kevesebb önkritikus gondolat mérhető, így feltételezhető, hogy kevesebb negatív érzelmet élnek meg, mellyel NSSI cselekedeteken keresztül küzdenének meg. Az első nem öngyilkossági célú önsértés minél korábbi életkorban való megjelenése eredményeim alapján gyenge összefüggésben áll a későbbiekben felhasznált NSSI módok sokféleségével. Ez további vizsgálatok elvégzését teszi kiemelten indokolttá, hiszen erősebb kapcsolatról számolnak be olyan kutatások, melyekben fiatalabb korcsoportok képezték a mintát, például Ammerman és munkatársai (2017), Muehlenkamp, Xhuanga és Brausch (2019), illetve Somer és munkatársai (2015) publikációjában is. Egy lehetséges magyarázat, mely eredményem hátterében állhat: Jolliffe és munkatársai (2006) publikációja nyomán tudjuk, hogy a retrospektív önbeszámolás során, mely kutatásomat is jellemzi, az emlékezet torzíthatja az adatokat. Ez igaz többek között az első önsértési epizód időpontjára is. Alátámasztja ezen elképzelésemet Plener és munkatársai két kutatása is (2006, 2009), melyekben a kizárólag serdülőket bevonó kutatásnál 13 éves korra tették a résztvevők az első NSSI epizód időpontját, a felnőtt mintában azonban ez 17 éves korra átlagolódott.

Eredményeim bizonyítják azt a fontos összefüggést, mely az NSSI, az önkritikus rumináció és a szégyen közötti kapcsolatban mutatkozik meg. A szégyenérzet és a nem öngyilkossági célú önsértés között az önkritikus rumináció részlegesen mediál (modern elméletalkotók megközelítése alapján ahhoz, hogy a mediátor-hatást értelmezzük, nincs szükség teljes mediációra, továbbá a nagy elemszám hatását is figyelembe kell vennünk a mediációs modellnél, (Hayes, 2013)). A kapott eredmények alapján tehát feltételezhetjük, hogy az önsértő személyek szégyent élnek meg, ennek során önkritikusan szemlélik magukat, melynek

ruminatív formája megnöveli az NSSI valószínűségét. Ez igazolja az elégtelen érzelmszabályozás jelentőségét az önsértő cselekedeteket végző személyek esetében (Klonsky, Victor és Saffer, 2014). A fenti eredmények beleillenek a Nock-féle intraperszonális és interperszonális motivációkról szóló modellbe is (Nock, 2010), hiszen rámutatnak az intraperszonálisan megjelenő szégyen, valamint önkritikus formában megjelenő rumináció jelentőségére az NSSI megjelenésében.

5.2. Limitációk

Kutatásom limitációkkal is rendelkezik, melyeket figyelembe kell vennünk az eredmények értelmezésekor. Keresztmetszeti vizsgálat lévén nem tudunk ok-okozati következtetéseket levonni, hiszen nem lehet kizárni a változók közötti kétirányú kapcsolatok lehetőségét (pl. nem lehet tudni, hogy a szégyen hat-e a nem öngyilkossági szándékkal elkövetett önsértésre vagy fordítva, esetleg a kettő egymást cirkulárisan erősítő folyamat).

További limitáció, hogy nem vonhatunk le következtetést a tágabb populációra nézve, hiszen a hozzáférhetőségi mintavétel eredményeként (pl. social media platformon történő toborzás) előfordulhat, hogy a téma szempontjából motiváltabb résztvevők kerültek a mintába, így torzító hatást eredményezve. Kitöltőim nemi arányát jelentős eltolódás jellemezte a nők javára. Emellett a fővárosi, középiskolát vagy egyetemet végzett fiatal felnőttek felülreprezentáltak jelentek meg a kutatásban.

Hipotézistesztelésem során korrelációs eljárást is alkalmaztam. Ilyenkor (bár megfigyelhető volt a változók közötti kapcsolat), nem zárható ki annak a lehetősége, hogy egy harmadik (nem mért) változó magyarázza a kapcsolatot. Ebből kifolyólag érdemes lett volna olyan többváltozós elemzések elvégzésével vizsgálni a kapcsolatot, mint például a lineáris regresszió. A fentiekből kiindulva olyan változók is kimaradhattak az elemzésből, melyek hatását fontos lett volna figyelembe venni (pl. általános érzelmszabályozás). Bizonyos konstruktumokat nem foglaltam elemzéseimbe (például a rumináció tépelődés és töprengés formái), így nem került sor egyes esetekben a kapcsolatok teljeskörű kibontására.

Kutatásom limitációi között végül megemlíteném, hogy a retrospektív önbeszámolás során az emlékezet torzíthatja az adatokat (Jolliffe és mtsai, 2006), például az első önsértési epizód időpontját illetően.

5.3. Konklúzió, kitekintés

Kutatásom szignifikáns eredményei felhívják a figyelmet a téma jelentőségére és a további kutatások szükségességére, valamint a szégyen, az NSSI és a rumináció kapcsolatának átfogóbb vizsgálatának igényére, mely a kapcsolatok pontosabb megértésére fókuszál.

Az említett konstruktumok összefüggésrendszerének felismerése elősegítheti a nem öngyilkossági célú önsértéssel küzdők hatékonyabb segítségét.

Fontos megemlítenem a további kutatások kapcsán, hogy kifejezetten kevés, ezekkel a konstruktumokkal foglalkozó kutatás van, mely felnőtt, nem klinikai populációt vont be elemzéseibe, mivel az NSSI vizsgálatok sokkal inkább a serdülőkkel folytatott kutatások dominálnak. Ezt a hátrányt előnyként felhasználva megfontolandó lenne különböző longitudinális kutatások mihamarabbi megkezdése a pontosabb összefüggések feltérképezésének céljából. Tapasztalatok alapján a nem öngyilkossági célú önsértés vizsgálatában célszerűbb önbevallásos kérdőíveket alkalmazni, mint interjúk elrendezést (Plener és mtsai, 2016), így a jövőben folytatott kutatásokban is érdemes lehet a jelen tanulmányban alkalmazott módszertant követni.

Emellett olyan intervenciós programok tervezése is indokolt lehet, melyek egyszerre fókuszálnak az NSSI-re, valamint a karakterológiai szégyennel és az önkritikus ruminációval kapcsolatos pszichológiai munkára. Az önkritikus rumináció megjelenésének csökkentésére irányuló programok egyaránt hasznára válhatnak nem klinikai populációknak és a klinikai mintához tartozó személyeknek is, hiszen eredményeim alapján megmutatkozik ennek kiemelkedő szerepe az NSSI megjelenésében. A kapott eredmények kiválóan integrálhatók többek között kognitív viselkedésterápiával (Xiao és mtsai, 2022), illetve művészetterápiával dolgozó szakemberek által vezetett folyamatokba. Emellett számos lehetőséget nyitnak meg a pszichoedukációval foglalkozók számára is, mivel a különböző programokba és oktatási anyagokba való beépítésük prevenciós és intervenciós céllal is megvalósulhat. Magyarországon jelenleg nincsenek az NSSI-re szabott prevenciós és intervenciós kezdeményezések, kizárólag olyanok, melyek kapcsolódó kórképeket céloznak (Klonsky, Victor és Shaffer, 2014). A prevenciós programok megtervezésekor alapvető fókuszként szolgálhat a három vizsgált konstruktum által képzett negatív kör megszakítására való törekvés.

A fenti elméleti és gyakorlati hasznosíthatóságon túl jelen tanulmány eredményei interkulturális összehasonlításban is felhasználhatók lehetnek (pl. megfigyelhetőek-e különbségek a nem öngyilkossági célú szándékos önsértés és a szégyenérzet összefüggésének tekintetében a hazai adatok és más országokban jellemző mintázatok között).

A készítő önálló része: a felhasznált konstruktumok kiválasztása a szakirodalom ismeretében; kérdésfelvetés; statisztikai próbák kiválasztása; skálaképzés, majd a próbák lefuttatása; a hipotézistesztesztelés eredményein alapulva önálló következtetések levonása és azok integrálása a korábbi szakirodalmi eredmények közé.

Lezárás dátuma: 2023. 01. 11.

Szakirodalom-jegyzék

Ammerman, B. A., Jacobucci, R., Kleiman, E. M., Uyeji, L. L., & McCloskey, M. S. (2017). The relationship between nonsuicidal self-injury age of onset and severity of self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 31-37.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12330>

Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35(5), 581–591. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.581>

Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29–42. <https://doi.org/10.1348/014466502163778>

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. doi: [10.1016/j.cpr.2015.02.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.006)

Brown, R. C., & Plener, P. L. (2017). Non-suicidal self-injury in adolescence. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 20.
doi: 10.1007/s11920-017-0767-9

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., & Hoven, C. W. és mtsai. (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.
doi: 10.1111/jcpp.12166

Cameron, A. Y., Erisman, S., & Palm Reed, K. (2020). The relationship among shame, nonsuicidal self-injury, and suicidal behaviors in borderline personality disorder. *Psychological Reports*, 123(3), 648-659.
<https://doi.org/10.1177/0033294118818091>

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.

Elison, J., Garofalo, C., & Velotti, P. (2014). Shame and aggression: Theoretical considerations. *Aggression and Violent Behavior*, 19, 447–453.

Else-Quest, N. M., Higgins, A., Allison, C., & Morton, L. C. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(5), 947–981.
<https://doi.org/10.1037/a0027930>

Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 563–576.
<https://doi.org/10.1348/014466509X479771>

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.
<https://doi.org/10.1177/1073191114565878>

Győri, D., Farkas, B.F., Horváth, L.O., Komáromy, D.; Mészáros, G., Szentiványi, D.; Balázs, J. (2021). The association of Nonsuicidal Self-Injury with Quality of Life and Mental Disorders in Clinical Adolescents—A Network Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1840.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18041840>

Harris, I. D., & Howard, K. I. (1984). Parental criticism and the adolescent experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 13(2), 113-121.

Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. *Guilford Press*, New York.

Jakšić, N., Marčinko, D., Bjedov, S., Mustač, F. & Bilić, V. (2022). Personality Organization and Depressive Symptoms Among Psychiatric Outpatients. The Mediating Role of Shame. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 210 (8), 590-595.
doi: 10.1097/NMD.0000000000001494

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.
doi: 10.1080/13811110701247602

Jolliffe, D., Farrington, D. P., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Hill, K. G., & Kosterman, R. (2003). Predictive, concurrent, prospective and retrospective validity of self-reported delinquency. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 179-197.

Kamholz, B. W., Hayes, A. M., Carver, C. S., Gulliver, S. B., Perlman, C. A. (2006). Identification and evaluation of cognitive affect-regulation strategies: Development of a self-report measure. *Cognitive Therapy and Research*, 30(2) (2006), 227-262

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., Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20412>

Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 565–568.
doi:10.1177/070674371405901101

Kolubinski, D. C., Nikčević, A. V. & Spada, M. M. (2021). The Effect of State and Trait Self-Critical Rumination on Acute Distress: An Exploratory Experimental Investigation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 39, 306–321.

<https://doi.org/10.1007/s10942-020-00370-3>

Martínez-Sanchis, M., Navarrete, J., Cebolla, A., Molinari, G., Vara, M. D., Baños, R. M., & Herrero, R. (2021). Exploring the mediator role of self-critical rumination between emotion regulation and psychopathology: A validation study of the Self-Critical Rumination Scale (SCRS) in a Spanish-speaking sample. *Personality and Individual Differences*, 183, 111115. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111115>

Milligan, R.-J., & Andrews, B. (2005). Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: The role of shame, anger and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*, 10(1), 13–25. <https://doi.org/10.1348/135532504X15439>

Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N. & Brausch, A. M. (2019) Self-injury Age of Onset: A Risk Factor for NSSI Severity and Suicidal Behavior, *Archives of Suicide Research*, 23(4), 551-563. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>

Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258

Nunnally, J.C., & Bernstein I. (1994). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.

Orth, U., Robins, R. W., & Soto, C. J. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt, and pride across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99(6), 1061–1071. <https://doi.org/10.1037/a0021342>

Plener, P.L., Allroggen, M., Kapusta, N.D., Brähler, E., Fegert, J. M., Groschwitz, R. C. (2016). The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry* 16, 353. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1060-x>

Plener, P.L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J.M., Muehlenkamp, J.J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine* 39(9), 1549–58.

Reinhardt, M., Kökönyei, Gy., Drubina, B., 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, 515–548
doi:10.1556/0016.2021.00030

Smart, L. M., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2016). Development and Validation of a Measure of Self-Critical Rumination. *Assessment*, 23(3), 321–332. <https://doi.org/10.1177/1073191115573300>

Somer, O., Bildik, T., Kabukcu-Basay, B., Güngör, D., Basay, 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*, 7, 1163–1171. doi:10.1111/sltb.12330

Tangney, J.P., Miller, R.S., Flicker, L. & Barlow, D.H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1256.

<https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1256>

Turner, J. E. (2014). Researching State Shame With the Experiential Shame Scale. *Journal of Psychology*, 148(5), 577–601.

<https://doi.org/10.1080/00223980.2013.818927>

Xiao, Q., Song, X., Huang, L., Hou, D. & Huang, X. (2022). Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 912441.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.912441>

Velotti, P., Garofalo, C., Bottazzi, F., & Caretti, V. (2016). Faces of Shame: Implications for Self-Esteem, Emotion Regulation, Aggression, and Well-Being. *The Journal of Psychology*, 151(2), 171–184. <https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1248809>

Vizin, G., Urbán, R., & Unoka, Z. (2016). Shame, trauma, temperament and psychopathology: Construct validity of the Experience of Shame Scale. *Psychiatry Research*, 246, 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.09.017>

Wester, K., Trepal, H., & King, K. (2018). Nonsuicidal self-injury: Increased prevalence in engagement. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(6), 690–698.

<https://doi.org/10.1111/sltb.12389>

Wicker, F.W., Payne, G.C., Morgan, R.D. (1983). Participant descriptions of guilt and shame. *Motivation and Emotion*, 7 (1), 25–39.