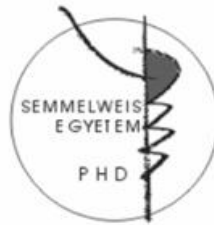


# Önsértő viselkedés és rizikótényezőinek vizsgálata serdülőkorban

Doktori tézisek

**Dr. Mészáros Gergely**

Semmelweis Egyetem  
Mentális egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Balázs Judit, DSc., egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Purebl György, Ph.D., egyetemi tanár  
Dr. Fekete Sándor, Ph.D., habil., egyetemi tanár

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Faludi Gábor, DSc., prof. emeritus

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Tolna Judit, Ph.D., egyetemi docens  
Dr. Csorba János, Ph.D., egyetemi oktató

Budapest  
2021

# **1. BEVEZETÉS**

## **1.1. Nem-szuicidális önsértés**

A nem-szuicidális önsértés (nonsuicidalsself-injury – NSSI) a test felszínének akarattal, de nem öngyilkossági szándékkal történő megsértését jelenti, amelyet el kell különíteni a szociálisan elfogadott önsértési formáktól (piercing, tetoválás, stb.), valamint a mentális elmaradáshoz kapcsolódó repetitív, sztereotíp önsértési formáktól. Az NSSI helyet kapott a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve 5. Kiadása (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. kiadása: DSM-5) „További kutatásra javasolt állapotok” fejezetében. A DSM-5 NSSI meghatározása is a jelenség leginkább nem adaptív megküzdési mód jellegét, érzelemregulációs szerepét hangsúlyozza. Populációs mintákban az NSSI előfordulási gyakorisága 25-30%-ra tehető, míg gyermekpszichiátriai populációban az 50%-ot is meghaladhatja. Kezelésében leginkább pszichoterápiás módszereknek lehet szerepe, ugyanakkor kiemelt jelentősége van a gyakori közösségi előfordulás miatt az elsődleges prevenciónak is.

## **1.2. Az NSSI rizikófaktorai**

Az öngyilkossági gondolatokhoz és viselkedéshez hasonlóan az önsértés is multikauzális jelenségként értelmezhető, melynek számos rizikófaktor van. Ezeket a következőképpen csoportosíthatjuk: *demográfiai rizikófaktorok* (női nem, serdülő életkor, stb.), *családi*

*rizikófaktorok* probléma a (elvált szülők, konfliktusok a szülő-gyermek kapcsolatban, stb.), *komorbid pszichiátriai zavarok*, *rossz bánásmód*(fizikai elhanyagolás, érzelmi elhanyagolás, szexuális abúzus, stb.), *korábbi önsértés és öngyilkos magatartás*. Külön érdemes kiemelni a komorbid pszichiátriai zavarokat, melyek jelenléte inkább szabályszerűségnek, mint ritkaságnak tekinthető NSSI mellett. Mind az internalizáló, mind az externalizáló tünettani dimenzióba sorolható pszichiátriai zavarok egyértelműen összefüggnek az NSSI-vel.

### **1.3. Patológiás internethasználat**

Patológiás internethasználatnak (pathological internet use – PIU) az internethasználat azon módját nevezzük, amely magán hordozza a viselkedéses addikciók sajátosságait: azaz amikor az internethasználat válik az érzelmi problémamegoldás eszközévé, azzal szemben tolerancia alakul ki, korlátozza a mindennapi funkciók ellátását, és az internetmegvonás hiányérzet kialakulásához vezet. A PIU önmagában nem, de annak egy részjelensége az „Internetes játék zavar” szintén bekerült a DSM-5 „További kutatásra javasolt állapotok” fejezetébe. Gyakoriságára vonatkozóan az irodalmi adatok rendkívüli szórást mutatnak, populációs mintákban a prevalenciát 0,6 és 50% között mérték. Rizikótényezői tekintetében szintén multikauzális jelenségről van szó, a rizikótényezők az NSSI rizikóihoz hasonlóan csoportosíthatóak, és jelentős átfedésben vannak azzal. A PIU

kezelésében szintén elsősorban pszichoterápiás eszközöknek van szerepe.

#### **1.4. A nem-szucidális önsértés és a patológiás internethasználat**

Az önsértés gyakorisága a 2000-es évek elején jelentős növekedésnek indult, majd ezen a magas szinten stabilizálódott, amely időszak egybeesik az internet széleskörű elterjedésével. Ez az időbeli egybeesés felveti, hogy az internet és az NSSI között összefüggés van, amelyben szerepe lehet kulturális hatásoknak (internetes szubkultúrák, web 2.0 közösségek), ugyanakkor az internetet, mint „szert” használók különösen veszélyben lehetnek egy másik maladaptív megküzdés, az önsértés szempontjából, ezt a lehetőséget a közös rizikófaktorok csak tovább erősítik. Az eddigi tanulmányok amelyek a PIU és az NSSI lehetséges összefüggését vizsgálták is arra jutottak, hogy a két jelenség együttjárást mutat. Ugyanakkor eddig kisszámú ilyen vizsgálat született, és azok is zömében távol-keleti mintákon, illetve nem mindig az önsértésnek leginkább kitett serdülő életkorú populációban. A tanulmányok annak tekintetében is megoszlanak hogy a két jelenség között direkt összefüggés van, vagy azt az egyéb rizikótényezők is befolyásolják.

## 2. CÉLKITÚZÉSEK

Doktori munkám két részből tevődik össze:

Az **I. vizsgálat** nemzetközi együttműködés keretében, európai serdülők mentális egészségét, rizikós magatartását, prevenció program kidolgozását célzó populációs vizsgálat volt. Témámhoz kapcsolódó szűkebb célkitűzése a vizsgálatnak az önsértés epidemiológiai adatainak egységes módszertannal történő felmérése, továbbá pszichoszociális rizikótényezőinek jobb megértése, valamint az önsértés után kapott egészségügyi ellátás arányának megismerése volt 11 európai országban, különös tekintettel a rizikótényezők interkulturális interakcióira.

A **II. vizsgálat** egy hazai klinikai csoportba és normál populációba tartozó serdülők önsértő viselkedését célzó vizsgálat volt. Témámhoz kapcsolódó szűkebb célkitűzése a vizsgálatnak dimenzionális szemléletben az önsértés pszichopatológiával való együttjárásának, és az önsértők és nem önsértők patológiás internethasználatának vizsgálata volt, különös tekintettel arra, hogy a pszichiátriai zavarok jelenléte hogyan befolyásolja az önsértés és a patológiás internethasználat esetleges összefüggését.

### 3. MÓDSZEREK

#### 3.1. Az I. vizsgálat módszertana

**Eljárás és résztvevők:** A vizsgálat az Európai Unió FP7-es keretprogram támogatásával megvalósult „Saving and Empowering Young Lives in Europe” (SEYLE) keretében történt. Ennek fő célja szuicidum prevenciós módszerek hatékonyságának összehasonlítása volt randomizált-kontrollált elrendezésben. Hazánkban a vizsgálatot az Egészségügyi Minisztérium Egészségügyi és Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának (ETT TUKEB) engedélyével végeztük (84-366/2008-1108/EKU). A vizsgálatban összesen 11 európai országból 14 és 16 év közötti fiatalok vettek részt, olyan iskolákat kerestünk fel, amelyek érettségit adtak, és 40-60%-os nemi aránytól nem tértek el a diákok egyik irányba sem. A vizsgálat eredeti célkitűzéseire kapcsolódóan az adatfelvétel 3 időpontban történt az intervenciók hatékonyságának mérése érdekében, a jelen vizsgálati részben az önsértés és rizikótényezői szempontjából a kezdeti, alapfelmérés keresztmetszeti adatait elemeztük. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt.

**Mérőeszközök:** Az adatgyűjtéshez önkitöltős kérdőíveket használtunk. A résztvevők demográfiai adataira, családi összetételére, szülőikkel-, kortársakkal való kapcsolatára, vallásosságára, kockázatos viselkedésére vonatkozó kérdéseket korábbi tanulmányok (Global School-Based Pupil Health Survey, Európai Értékkutatás) kérdései alapján tettük fel. Az önsértés mérésére a *Szándékos Önsértés Kérdőív (Deliberate Self-Harm Inventory - DSHI)* módosított változatát

használtuk, amelynek révén NSSI-t nem, hanem az önsértés nem letális, de nem meghatározott szándékú formáját a direct self-injuriuos behaviourt (D-SIB) tudtuk mérni. A részt vevők pszichopatológiai tüneteinek mérésére a *Beck Depresszió Kérdőív II. (Beck Depression Inventory – BDI-II)* és a *Zung Skála (Zung Self-Rating Anxiety Scale – SAS)* szolgált. Az öngyilkossági gondolatokat és késztetéseket pedig a *Paykel Öngyilkossági Skála (Paykel Suicide Scale – PSS)* segítségével térképeztük fel.

**Statisztikai elemzés:** Leíró statisztikai elemzést végeztünk. A prevalencia adatok összevetésére Bonferroni teszt Wald féle módosítását használtuk. Ezután egy többváltozós logisztikus regressziós modellben a D-SIB szerinti kategóriákat tekintettük függő változónak, az országokat pedig magyarázó faktornak. Egyváltozós és többváltozós logisztikus regressziós modellben is megvizsgáltuk a D-SIB-et, mint függő változót, és a pszichoszociális tényezőket, mint magyarázó faktorokat. A pszichoszociális faktor és ország interakciókat egy többszörös logisztikus regressziós modellbe illesztve határoztuk meg, az országot használva magyarázó faktorként.

### **3.2. A II. vizsgálat módszertana**

**Eljárás és résztvevők:** A vizsgálatot az ETT-TUKEB engedélyezte az 5750/2015/EKU regisztrációs szám alatt. Ebben a vizsgálatban a résztvevők egy része klinikai mintából került ki, ők a Vadaskert Gyermekpszichiátriai Kórház és Szakambulancia Serdülő Osztályára felvettek voltak, a résztvevők másik része populációs mintából

származott, ők budapesti általános- és középiskolákba jártak. A résztvevők életkora 13 és 17 év közé esett. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt.

**Mérőeszközök:** A résztvevők pszichiátriai zavarainak mérésére a *Gyermek Mini Neuropszichiátriai Strukturált Interjú 2.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview Kid – M.I.N.I. Kid)* strukturált pszichiátriai interjút használtuk, amelyet kiképzett pszichológus MA és orvostanhallgatók vettek fel, szupervízió mellett. Ezen kívül önkitöltős kérdőíveket használtunk. Az önsértést az eredeti *DSHI* kérdőívvel mértük fel, amely ebben a formájában *NSSI*, azaz egyértelműen nem öngyilkossági szándékú önsértés mérésére is alkalmas. A patológiás internethasználat mérésére a *Young féle diagnosztikus internetfüggőségi kérdőívet (Young Diagnostic Questionnaire for Internet Addiction – YDQ)* használtuk. A résztvevők pszichopatológiai tüneteit pedig a *Képességek és nehézségek kérdőív (Strength and Difficulties Questionnaire – SDQ)* serdülő önkitöltős változatával térképeztük fel.

**Statistikai elemzés:** A folytonos változók összehasonlítására Mann-Whitney U tesztet használtunk, a kategoriális változók összehasonlítását pedig khí-négyzet próbával végeztük el. A Kruskal-Wallis tesztet és a Mann-Whitney U tesztet az alcsoportok közötti különbségek megállapítására használtuk a vizsgálati mintán belül. Az SDQ-n elért pontszámok alapján a résztvevőket négy csoportba osztottuk: *internalizáló, externalizáló, kevert és küszöb alatti*. Az YDQ-n elért pontszámok alapján pedig három kategóriát hoztunk



létre:*normál*-, *maladaptív*- és *patológias* internethasználókra bontva a teljes mintát. Dimenzionális megközelítésünkkel összhangban a teljes mintát vettük figyelembe a kategóriák kialakításakor. A mediátor elemzés során szintén a teljes minta adatait egyben elemeztük. A mediátor elemzésnél Bootstrap módszert használtunk (5000 minta visszatevéssel), ugyanis ez egy olyan módszer, amelynek nem előfeltétele az adatok normális eloszlása. A résztvevők nemét és korát kovariánsként használtuk.

## 4. EREDMÉNYEK

### 4.1. Az I. vizsgálat eredményei

A teljes SEYLE vizsgálatból jelen elemzésünkhöz 12 068 fiatal adatait tudtuk felhasználni (6717 lány, 5351 fiú), átlagéletkoruk 14,9 év (SD=0,89) volt. A D-SIB élettartam prevalenciája a teljes mintában 27,56% (N=3326) volt. Összességében szignifikánsan magasabb volt az önsértő lányok aránya ( $\chi^2(2)=41,99$ ;  $p<0,001$ ). Az országok között a D-SIB prevalencia szignifikánsan különbözött, a legalacsonyabb érték, hazánkban 17,12%, a legmagasabb érték, Franciaországban 38,55% volt ( $\chi^2(10)=266,96$ ;  $p<0,001$ ).

A D-SIB legerősebb prediktorai az egyváltozós regressziós modellben a következők voltak: szuicidalitás (OR=6,31; 95% CI: 5,65-7,04, szorongásos (OR=5,65; 95% CI: 4,89-6,53) és depressziós (OR=4,84; 95% CI: 4,38-5,3) tünetek, illegális szerhasználat (OR=3,69; 95% CI: 3,1-4,4), kortárs bántalmazottság elszenvedése (OR=3,39; 95% CI: 2,96-3,89), élménykeresés és törvény megsértése (OR=3,22; 95% CI: 2,83-3,68), dohányzás (OR=3,11; 95% CI: 2,84-3,42), alkohol használat (OR=2,75; 95% CI: 2,53-3), „fiatal problémáit meg nem értő szülők” (OR=2,2; 95% CI: 2,03-2,39), „fiatalra nem odafigyelő szülők” (OR=2,11; 95% CI: 1,94-2,29), szülői munkanélküliség (OR=1,73; 95% CI: 1,53-1,96). Ugyanezek a tényezők a többváltozós modellben is független hatással bírtak az önsértésre (OR: 2,85 és 1,3 között). A vallásosság (OR=0,7; 95% CI: 0,64-0,76) negatív predikciós értékkel bírt, azaz protektív tényezőt jelentett a D-SIB szempontjából.

A tekintetben, hogy mely országban élő fiatalokat érte az adott hatás az önsértés szempontjából a következő általunk vizsgált pszichoszociális tényezőknek volt szerepe: vallásosság (D-SIB p érték változás különbsége – kül: 29,6%; tartománya – tart: -15,5%-14,1%), szülői munkanélküliség (kül: 19,2%; tart: 2,4%-21,6%), „fiatal problémáit meg nem értő szülők” (kül: 16,8%; tart: 6,6%-23,4%), „fiatalra nem odafigyelő szülők” (kül: 16,5%; tart: 3,5%-20%), kortárskapcsolati problémák (kül: 39,9%; tart: 18,7%-58,6%), kortárs bántalmazottság (kül: 36,2%; tart: 1,2%-37,4%), depresszió (kül: 20,4%; tart: 23,6%-44%),szuicidalitás (kül: 27,3%; tart: 24,7%-52%), élménykeresés(kül: 22,5%; tart: 21%-43,5%), alkohol használat (kül: 26,8%; tart: 13,3%-40,1%).

Összességében a D-SIB-et elkövetők alig néhány százaléka kap egészségügyi ellátást, a legkisebb ez az arány Olaszországban (0,76%), a legmagasabb pedig Izraelben (5,69%). Az országok között szignifikáns különbség van az egészségügyi ellátás tekintetében ( $\chi^2(10)=39,90$ ;  $p<0,001$ ).

## 4.2. A II. vizsgálat eredményei

A teljes minta 361 főből állt. A résztvevők átlagéletkora 15,12 év (SD=1,31) volt. A minta fele volt lány (183 fő; 50,7%). A teljes mintában NSSI-ről 145-en (39,9%) számoltak be. Nemenkénti bontásban: 42 fiúnál (29%), és 103 lánynál (71%) fordult elő NSSI valaha életükben. Ez a nemi különbség elérte a szignifikáns mértéket ( $\chi^2(1)=41,071$   $p<0,001$ ).

Mind az SDQ-internalizáló (U=4045,000  $z=-5,567$   $p<0,001$ ), mind az SDQ-externalizáló (U=294,000  $z=-4,784$   $p<0,001$ ), mind pedig az SDQ-kevert (U=2127,000  $z=-6,170$   $p<0,001$ ) csoport tagjai szignifikánsan gyakoribb NSSI-ről számoltak be, mint az SDQ-küszöb alatti csoport tagjai. Ugyanakkor az SDQ-internalizáló, az SDQ-externalizáló (U=1946,000  $z=-0,212$   $p=0,832$ ) és az SDQ-kevert (U=1637,500  $z=-0,876$   $p=0,381$ ) csoportok között nem volt szignifikáns különbség az NSSI gyakorisága szempontjából.

Mind a maladaptív (U=5800,500  $z=-2,586$   $p<0,017$   $p=0,010$ ), mind a patológiás (U=2020,000  $z=-2,501$   $p<0,017$   $p=0,012$ ) internethasználó csoportban szignifikánsan nagyobb NSSI gyakoriságot tapasztaltunk, mint a normál internethasználó csoportban. Ugyanakkor a két patológiás csoport között nem volt szignifikáns különbség az NSSI gyakoriságában (U=625,500  $z=-0,017$   $p>0,017$   $p=0,986$ ).

A mediátor elemzés eredményeit az 1. táblázatban mutatom be. Ezek alapján szignifikáns direkt hatás az internethasználat és az NSSI között egyik mediátor modellben sem jelent meg. Míg a PIU és az

NSSI között indirekt összefüggés van, a következő mediáló pszichiátriai zavarok fennállása esetén: *hangulatzavarok, szorongásos zavarok, ADHD, CD és ODD, pszichoaktív szer abúzus/dependencia, pszichotikus zavarok, öngyilkosság.*

1. Táblázat *A mediátor modell eredményeinek összefoglalása*

Mediátor modell	Hatás	SE	t	p	95% CI
Hangulatzavarok (d)	-0,005	0,068	-0,067	0,947	
Hangulatzavarok (i)	0,188*	0,042			0,119-0,284
Szorongásos zavarok (d)	0,061	0,068	0,889	0,374	
Szorongásos zavarok (i)	0,122*	0,042			0,050-0,220
OCD (d)	0,116	0,071	1,643	0,101	
OCD (i)	0,067	0,031			0,018-0,114
ADHD (i)	0,092	0,075	1,229	0,220	
ADHD (d)	0,099*	0,029			0,053-0,171
CD és ODD (d)	0,077	0,074	1,048	0,295	
CD és ODD (i)	0,144*	0,033			0,059-0,191
Alkohol használati zav. (d)	0,155	0,075	2,074	0,038	
Alkohol használati zav (i)	0,051	0,030			0,007-0,124
Szerhasználati zav. (d)	0,107	0,071	1,515	0,131	
Szerhasználati zav. (i)	0,081*	0,033			0,029-0,163
Pszichotikus zav. (d)	0,075	0,068	1,105	0,270	
Pszichotikus zav. (i)	0,149*	0,046			0,056-0,204
Öngyilkosság (d)	0,034	0,065	0,524	0,601	
Öngyilkosság (i)	0,149*	0,046			0,072-0,255
Alkalmazkodási zav. (d)	0,165	0,076	2,179	0,030	
Alkalmazkodási zav. (i)	0,320	0,023			0,001-0,096

\* $p < 0,005$ ; Hatás: nem sztenderdizált regressziós együttható; SE: a nem sztenderdizált regressziós együtthatók sztenderd hibája; Bootstrapping 95% CI: 95%-os CI; 5000 minta visszatevéses Bootstrap mellett; OCD: obsessive-compulsive disorder, kényszerbetegség; (d): direkt hatás; (i): indirekt hatás; ADHD: attention deficit hiperactivity disorder, figyelemhiányos hiperaktivitási zavar; CD: conduct disorder, viselkedészavar; ODD: opposition defiant disorder, oppozíciós zavar

## 5. KÖVETKEZTETÉSEK

### 5.1. Az I. vizsgálat megbeszélése

Doktori munkám keretében végzett első vizsgálatunk egy széleskörű európai populációs mintán térképezte fel az önsértés prevalencia adatait és pszichoszociális rizikótényezőit, valamint ezen rizikótényezőknek a résztvevők származási országával való interakcióját, illetve az önsértést követően kapott professzionális egészségügyi ellátás gyakoriságát. Eredményeink alapján az önsértés prevalenciája a korábbi populációs vizsgálatokhoz hasonlóan magas (27,6%), szignifikáns nemi különbséget tapasztaltunk az önsértés prevalenciájában, és az az országok között is volt szignifikáns különbség. Az önsértés következő pszichoszociális rizikótényezőit azonosítottuk: *depressziós és szorongásos tünetek, szuicidalitás, máskockázatos magatartásformák* (illegális drog használat, élménykereső és törvénysértő viselkedés), *kortársak általi bántalmazottság, rosszabb családi kapcsolatok*. Eredményeink alapján az, hogy az adott rizikótényező milyen erős hatással bír, összefügg a résztvevők származási országával, azaz kulturális adottságaival is. Eredményeink e mellett arra is rámutatnak, hogy önsértést követően mindössze a fiatalok töredéke, kb. 2%-a kap professzionális egészségügyi ellátást. Holott, ha az önsértés önmagában pszichiátriai osztályos kezelést nem is feltétlen igényel, a megfelelő professzionális támogatás nagyon fontos lenne, hiszen az önsértés helyett érdemesebb lenne kevésbé veszélyes megküzdési módokat elsajátítania a fiataloknak, különös tekintettel arra, hogy az

önsértés a későbbi esetleges öngyilkossági gondolatok és cselekedetek egyik jelentős rizikótényezője.

### **5.1.1. Az I. vizsgálat limitációi**

Vizsgálatunkban keresztmetszeti elrendezést használtunk, így az nem alkalmas ok-okozati összefüggések vizsgálatára.

Önkitöltős kérdőívek használtunk, így nem tudtuk kontrollálni, hogy valaki esetleg disszimulálja, vagy felnagyítja a nehézségeit.

Mivel a vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, így a populációs mintából könnyen lehet, hogy éppen azok maradtak ki, akik a legtöbb nehézséggel küzdenek, és ezzel összefüggésben rejtőzködni kívántak.

A DSHI kérdőív módosított változata nem különíti el az öngyilkossági szándékú és a nem-szuicidális önsértést.

## **5.2. A II. vizsgálat megbeszélése**

Doktori munkám második vizsgálatában bár kisebb elemszámú, de vegyesen klinikai mintából és populációs mintából származó résztvevők adatait elemezve igyekeztünk az önsértés rizikótényezőit tovább vizsgálni, különös tekintettel a PIU-ra. Kiemelt figyelmet fordítva arra, hogy az NSSI és a PIU közötti összefüggést pszichopatológiai tényezők hogyan befolyásolják. A teljes mintánkban az önsértés gyakorisága 39,9% volt, szignifikáns nemi különbséget észleltünk a lányok javára. Egyértelmű összefüggést találtunk az NSSI és a PIU között, a mediátor elemzés alapján

ugyanakkor ez az összefüggés nem közvetlenül jelenik meg, hanem a következő pszichopatológiai tényezők mediálóját képezi: *hangulatzavarok, szorongásos zavarok, ADHD, CD és ODD, pszichoaktív szerabúzus/dependencia, pszichotikus zavarok, öngyilkosság.*

### **5.2.1. A II. vizsgálat limitációi**

Vizsgálatunkban keresztmetszeti elrendezést használtunk, így az nem alkalmas ok-okozati összefüggések vizsgálatára.

Önkitöltős kérdőíveket használtunk, így nem tudtuk kontrollálni, hogy valaki esetleg disszimulálja, vagy felnagyítja a nehézségeit.

Mivel a vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, így a populációs mintából könnyen lehet, hogy éppen azok maradtak ki, akik a legtöbb nehézséggel küzdenek, és ezzel összefüggésben rejtőzködni kívántak.

### **5.3. A két vizsgálat eredményeinek összefoglaló megbeszélése az ismert irodalmi adatok tükrében**

- Az önsértés gyakorisági adatai vonatkozásában a nemzetközi irodalomban fellelhetővel azonos nagyságrendű gyakoriságot kaptunk a vizsgálati sorozatban.
- Mindkét vizsgálatban szignifikánsan több önsértő lányt, mint önsértő fiút találtunk.



- Korábbi vizsgálatokkal összhangban az önsértés számos pszichoszociális rizikótényezőjét azonosítottuk.
- A PIU önsértésben betöltött rizikótényező voltát is alátámasztottuk.

#### **5.4. Doktori munkám új eredményei**

- A pszichoszociális rizikótényezők szempontjából új eredményünk, hogy abban, az adott rizikófaktornak milyen mértékű és irányú hatása van az egyénre nagyon fontos szerepet játszik a különböző rizikótényezők egymással való keresztthatása, és a rizikótényezőt elszenvedő származási országa, azaz interkulturális hatások is.
- Az internethasználat és az önsértés összefüggéseinek vonatkozásában új eredmény, hogy a PIU és az NSSI közötti összefüggés nem direkt módon érvényesül, hanem pszichiátriai zavarok közvetítő hatásán át.

## 7. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

### 7.1. A doktori dolgozathoz közvetlenül kapcsolódó írásos közlemények:

Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., ... **Meszaros, G.**... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. *J Child Psychol Psychiatry*, 55(4), 337-348. doi:10.1111/jcpp.12166 – *IF*: 6,459

**Meszaros, G.**, Horvath, L. O., & Balazs, J. (2017). Self-injury and externalizing pathology: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 17(1), 160. doi:10.1186/s12888-017-1326-y – *IF*: 2,419

**Mészáros, G.**, Győri, D., Horváth, L. O., Szentiványi, D., & Balázs, J. (2020). Nonsuicidal Self-Injury: Its Associations With Pathological Internet Use and Psychopathology Among Adolescents. *Front Psychiatry*, 11, 814. doi:10.3389/fpsy.2020.00814 – *IF*: 4,157

### 7.2. A doktori dolgozathoz közvetlenül nem kapcsolódó további közleményeim:

Angyal, N., Halasz, J., **Meszaros, G.**, Kovacs, J. K., Kruk, E., & Nemoda, Z. (2016). Potential salivary biomarkers and their genetic effects in a pilot study of adolescent boys with externalizing problems. *Neuropsychopharmacol Hung*, 18(4), 173-179.

Balázs, J., Győri, D., Horváth, L. O., **Mészáros, G.**, & Szentiványi, D. (2018). Attention-deficit hyperactivity disorder and nonsuicidal self-injury in a clinical sample of adolescents: the role of comorbidities and gender. *BMC Psychiatry*, 18(1), 34. doi:10.1186/s12888-018-1620-3 – *IF*: 2,666

- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., . **Meszáros, G.** ... Wasserman, D. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107(12), 2210-2222. doi:10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x – *IF*: 4,746
- Farkas, B. F., Gyori, D., Horváth L. O., **Mészáros, G.**, Balázs, J. (2019). Overview Of The Current Knowledge On Nonsuicidal Self-Injury. *Asociata Balint din Romania*.
- Gyori, D., Farkas, B. F., Horvath, L. O., Komaromy, D., **Meszáros, G.**, Szentivanyi, D., & Balazs, J. (2021). The Association of Nonsuicidal Self-Injury with Quality of Life and Mental Disorders in Clinical Adolescents-A Network Approach. *Int J Environ Res Public Health*, 18(4). doi:10.3390/ijerph18041840 – *IF*: 3,390
- Horváth, L. O., Balint, M., Ferenczi-Dallos, G., Farkas, L., Gadoros, J., Gyori, D., . **Meszáros, G.** . . Balazs, J. (2018). Direct Self-Injurious Behavior (D-SIB) and Life Events among Vocational School and High School Students. *Int J Environ Res Public Health*, 15(6). doi:10.3390/ijerph15061068 – *IF*: 2,468
- Horváth, L. O., Győri, D., Komáromy, D., **Mészáros, G.**, Szentiványi, D., & Balázs, J. (2020). Nonsuicidal Self-Injury and Suicide: The Role of Life Events in Clinical and Non-Clinical Populations of Adolescents. *Front Psychiatry*, 11, 370. doi:10.3389/fpsyt.2020.00370 – *IF*: 4,157
- Horváth, L. O., **Mészáros, G.**, & Balázs, J. (2020). [When is self-injury nonsuicidal? Reviewing the relationship between suicidal and nonsuicidal self-injury]. *Psychiatr Hung*, 35(4), 476-483.
- Horvath, O. L., **Meszáros, G.**, & Balazs, J. (2015). [Non-suicidal self-injury in adolescents: current issues]. *Neuropsychopharmacol Hung*, 17(1), 14-22.
- Hökby, S., Hadlaczky, G., Westerlund, J., Wasserman, D., Balazs, J., Germanavicius, A., . **Meszáros, G.** . Carli, V. (2016). Are Mental Health Effects of Internet Use Attributable to the Web-Based Content or Perceived Consequences of

Usage? A Longitudinal Study of European Adolescents. *JMIR Ment Health*, 3(3), e31. doi:10.2196/mental.5925 – *IF*: 3,535

Kaess, M., Klar, J., Kindler, J., Parzer, P., Brunner, R., Carli, V., . . . **Mészáros, G.**, . . . Wasserman, D. (2021). Excessive and pathological Internet use - Risk-behavior or psychopathology? *Addict Behav*, 123, 107045. doi:10.1016/j.addbeh.2021.107045 – *IF*: 3,913

Kahn, J. P., Cohen, R. F., Tubiana, A., Legrand, K., Wasserman, C., Carli, V., . . . **Meszaros, G.** . . . Wasserman, D. (2020). Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29(12), 1671-1681. doi:10.1007/s00787-020-01476-w – *IF*: 4,785

**Mészáros, G.**, Tárnok, Z., Oláh, S., Gáboros, J. (2008). Gyermekkori pszichiátriai kórképek frontostriatális érintettségének neuropszichológiai vizsgálata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 63, 117-141.

Szentiványi, D., Halász, J., Horváth, L. O., **Mészáros, G.**, Miklós, M., Miklósi, M., . . . Balázs, J. (2017). [Cross-Informant Agreement Between Parent-Reported and Adolescent Self-Reported Quality of Life in children with externalising symptoms]. *Psychiatr Hung*, 32(3), 332-339.