

AZ IDENTITÁSFEJLŐDÉS FELMÉRÉSE SERDÜLŐKORBAN KÉRDŐÍV MAGYAR ADAPTÁCIÓJA (AIDA-HUNGARY) SERDÜLŐK NEM KLINIKAI MINTÁJÁN

RIVNYÁK ADRIENN¹ – LÁNG ANDRÁS¹ – PÉLEY BERNADETTE¹ –
NAGY GÁBOR² – NAGY EDE³ – BÓNA ADRIEN¹ – GOTH KIRSTIN⁴

¹Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet

²AMEOS Child and Youth Psychiatry, Psychosomatics and Psychotherapy Clinic,
Ueckermünde, Germany

³Institute for Medical Psychology, Heidelberg University Hospital, Heidelberg, Germany

⁴Child and Adolescent Psychiatric Hospital, Psychiatric University Hospitals Basel,
Basel, Switzerland

E-mail: rivnyak.adrienn@pte.hu

Benyújtva: 2019. augusztus 26. – *Elfogadva:* 2020. június 15.

Levelező szerzőként nyilatkozom arról, hogy a beküldött tanulmány más folyóiratban még nem jelent meg. A szerzői instrukciókat elolvastam. Az írás végleges változatát valamennyi szerzőtársam olvasta és jóváhagyta.

Háttér és célkitűzések: Az *Identitásfejlődés Felmérése Serdülőkorban kérdőív (AIDA)* az egészséges identitásfejlődés, a normatív identitáskrízis és az identitásdiffúzió elkülönítésére alkalmas önkitöltős módszer a serdülő korosztály részére. A diffúz identitásszerveződés a személyiségzavarok egyik átható jellemzője, ezáltal az AIDA hatékony indikátora lehet a serdülőkori személyiségzavarok korai felismerésének. Tanulmányunk célja az AIDA magyar nyelvre és kultúrára történő adaptációja és pszichometriai jellemzőinek vizsgálata volt nem klinikai mintán.

Módszer: A faktoranalízisekhez felhasznált minta 522 főből állt, az életkori átlag 15,6 (SD = 1,93) év volt. A validitásvizsgálatokat a teljes minta 366 fős almintáján végeztük el. Az érvényesség ellenőrzéséhez a *Képességek és Nehézségek Kérdőívet (SDQ)* és a *Borderline Személyiség Vonások skálát (BPFSC-11)* használtuk.

Eredmények: A megerősítő faktoranalízisek alapján a magyar nyelvű AIDA faktorstruktúrája megfelel az eredeti mérőeszköz kétskálás, hat alskálás szerkezetének. A kérdőív illeszkedési mutatói a tudományos kritériumoknak megfelelőek. Az AIDA skálái közepes erősségű korrelációt mutattak az Érzelmi tünetekkel, Viselkedési problémákkal és a Hiperaktivitás skálával, míg erős kapcsolatot mutattak a borderline vonásokkal. A regresszióanalízis alapján az AIDA Identitásdiffúzió összpontszám magas magyarázó erővel bír a borderline vonásokra nézve.

Következtetések: Az eredmények alapján az AIDA-Hungary egy megbízható és jól mérő kérdőív, amely alkalmasnak bizonyult a normatív és a patológia irányába mutató identitáskrízis elkülönítésére. Az AIDA ezáltal lehetővé teszi a serdülők identitásfejlődésének személyiségfunkciók szempontjából történő felmérését a 12–18 éves korosztálynál, illetve a személyiségfejlődési problémák korai felismerését.

Kulcsszavak: serdülőkör, identitásfejlődés, identitásdiffúzió, kulturális adaptáció

BEVEZETÉS

Az identitás fogalma központi helyet foglal el számos pszichoanalitikus és pszichodinamikus elméletben. A DSM-5 által javasolt személyiségzavarokat magyarázó alternatív elméleti modell (APA, 2013) pedig újból az identitáskonceptió fejlődési és fejlődési pszichopatológiai jelentőségére irányította a figyelmet. Az identitást általánosságban önazonosságként határozzuk meg, de egységes definíciót nehéz találni rá. A definíciós nehézség abból adódik, hogy a jelenség egyszerre intrapszichés és interperszonális (Akhtar és Samuel, 1996). Az identitásformálódásra tekinthetünk úgy, mint egy folyamatos egyensúlykeresési folyamatra a szelf és mások határai között, amely egyre kidolgozottabb és differenciáltabb identitásérzéshez vezet (Kroger, 2004).

A pszichodinamikus megközelítéseket tekintve elsőként Erikson (1956, 1968) elméletében vált hangsúlyossá az identitásfejlődés kérdése. Pszichoszociális elméletében számos fontos fogalmat vezetett be az énidentitás természetének és normatív fejlődésének leírása céljából. Az identitást kora gyermekkortól folyamatosan fejlődő konstruktumnak tartja, amely serdülőkorbán, az identitás- vagy szerepkonfúzió pszichoszociális krízise során válik hangsúlyossá és tudatossá. Ebben az életszakaszban a korábbi fejlődési szakaszok konfliktusai újraélednek, a korábbi azonosságok és folytonosságok megkérdőjeleződnek. A gyermekkori azonosulások immár nem elégségesek, így szükségessé válik a korábbi identifikációk (szerepszerű azonosulások) és introjekciók (külső tapasztalatok bevetítése) újraértékelése és magasabb szintű integrálása az énidentitásba. Ezen túl az egyre tágabb társadalmi kontextussal való találkozás megköveteli az egyéni és társas identitás megfeleltetését egymásnak. Ezeknek a folyamatoknak a végeredménye lesz az identitás, az integrált én érzése (Erikson, 1956, 1968).

Integrált identitás vs. identitásdiffúzió

Az integrált identitás a személy önazonosságának és önmaga folytonosságának érzését jelenti, amelynek alapja a koherens és stabil belső kép a szelfről és másokról. A tárgyakapcsolat-elméletek alapján az egyén identitása a fontos másokkal együtt kerül kidolgozásra a serdülőkori szeparációs-individuációs folyamat során (Koepeke és Denissen, 2012). Ebben az időszakban a szelfről és másokról alkotott mentális reprezentációk egyre komplexebbé válnak, és egyre magasabb szinteken integrálódnak. Kernberg (1978, 2005) az identitáskrízist az eltérő ütemű fizikai és pszichológiai változásokhoz köti, amelyek során megnövekedik a diszkrépancia az aktuális önészlelés és mások szelfről alkotott percepciója között. Az identitás megszilárdulásának alapvető ténye-

zójeként Kernberg (1978, 2005) az időn és szituációkon átívelő, a különböző szerepek megtapasztalása ellenére megélt szelffolytonosság érzését emeli ki. A koherens és integrált szelférettség elősegíti a pozitív önértékelést, önmagunk és mások reális értékelését, amely hozzájárul az interperszonális kapcsolatokban az érett egymástól való függés megteremtéséhez és az érzelmi elköteleződés kialakulásához. Az érett identitás nemcsak a kapcsolatok, hanem a szerepek, személyes célok iránti elköteleződés alapja is lesz. Támogatja a reflektív funkciók fejlődését és az autonómia megélését, továbbá hozzájárul ahhoz, hogy az egyén képes legyen saját képességeit, vágyait, céljait felismerni (Clarkin, Yeomans és Kernberg, 2006).

Ezzel szemben identitásdiffúzióról akkor beszélhetünk, ha az egyénnek nem sikerül feloldani a szeparáció-individuáció ambivalenciáját az újonnan szerzett képességekből fakadó függetlenség és a szülőkhöz való kötődés szükséglete között, és nem sikerül integrált képet kialakítani önmagáról és másokról (Kernberg, 1978, 2005). Fonagy, Gergely, Jurist és Target (2002) az identitás alakulása és megerősödése alappilléreinek a mentális reprezentációk fejlődését tartják, amelyek a reflektív funkciók fejlődésének eredményeként serdülőkorban szintén intenzív érésen mennek keresztül. Az identitásdiffúzió jellegzetes vonása az énről és másokról alkotott ellentmondásos és integrálatlan reprezentáció, amelynek következménye az alacsony szelfreflexió és a csökkent képesség az én definiálására. Sérül a realitástesztelés, így az egyénnek csökken a hozzáférése a valóság érzelmi színezetéhez. Az inkohérensia a kogníciókhoz, motivációkhoz való szegényes hozzáféréseben, a gyakran ellentmondásokkal teli, diffúz mentális reprezentációkban érhető tetten. Jellegzetes velejárója az elköteleződési nehézség – úgy az értékek és célok, mint a kapcsolatok iránt. Ez gyakran az elköteleződések közötti csapongásban érhető tetten (Clarkin és mtsai, 2006). A szelf folytonosságérzésének hiánya gyakran a krónikus ürességérzésben, ellentmondásos viselkedésben és az éngyengeség jeleiben manifesztálódik (Westen, Betan és Defife, 2011).

Az egészséges és patológiás identitásfejlődés központi fogalmak a személyiség szerveződés és így a személyiségzavarok etiológiájának szempontjából. Otto Kernberg (1975, 1984) volt az első, aki az identitás szerveződés, a védekező mechanizmusok és realitástesztelés jellemzői mentén írta le a személyiség szerveződés különböző szintjeit. Tekintve, hogy a személyiségzavarok korai jelei, amelyek fejlődési szakaszokon átívelő stabilitást mutatnak, már 18 éves kor előtt megnyilvánulnak, a normatív identáskriszisz és a diffúz identásszerveződés korai megkülönböztetése nagy jelentőséggel bír a klinikai intervenció szempontjából (Kernberg, Weiner és Bardenstein, 2000). A személyiségzavarok serdülőkori diagnosztizálását számos kérdés és kétely övezi, egyrészt a korai stigmatizáció kérdése miatt, másrészt mivel a serdülőkort a személyiségformálódás szempontjából szenzitív periódusnak tekintjük (Laurenssen, Hutsebaut, Feenstra, Van Busschbach és Luyten, 2013; Stepp, 2012). Azonban abban egyetértés mutatkozik, hogy a maladaptív személyiség szerveződés minél korábbi felismerése jobb intervenciók lehetőségeket biztosít.

Paulina Kernberg és munkatársai (2000) szintén az identásszerveződés problémáinak korai felismerését hangsúlyozzák. Az identásdiffúziót a későbbi patológiás személyiség szerveződés alapjának tekintik, amely számos maladaptív és diszfunkcionális viselkedés mintázatban jelenhet meg. Az én és a másik folyamatosan formálódó reprezentációira mint az identáskriszisz korai megnyilvánulására tekintenek. Az én- és

a tárgyrepresentációk integráltságának mértéke a későbbi identitászavar megbízható prediktora, amely már gyermekkortól kezdve tetten érhető. Akhtar és Samuel (1996) tanulmányukban összegyűjtötték az egészséges identitás komponenseit, amelyek figyelembevételével különbséget tehetünk az identitáskrizis és identitásdiffúzió között, akár már a preadoleszcens időszaktól kezdve. Munkájuk alapján a fő komponensek a reális testkép, a szubjektív önazonosság érzése, stabilitás és következetesség a személy attitűdjében és viselkedésében, az időbeli folytonosság érzése, egység és hitelesség, internalizált felettes én, valamint a nemi és etnikai identitás beépítése az identitáskonceptióba.

A személyiségzavarok alternatív modellje, amelyet a DSM-5-ben (APA, 2013) fogalmaztak meg, a személyiségfunkciók sérülését és a patológiás személyiségvonásokat állítja fókuszba. Otto Kernberg (1975, 1984) és Paulina Kernberg (2000) megközelítéséhez hasonlóan az identitást központi diagnosztikai kritériumként emelték be további három személyiségfunkció (önirányítottság, empátia és intimitás) mellett. Az alternatív modell kidolgozását a fejlődépszichopatológiai vonatkozások, illetve a személyiségzavarok életpályamodelljének klinikai gyakorlatba való integrálása tette indokolttá. A modell a szelf- és az interperszonális funkciók sérülésére mint a személyiségzavarok átható jellemzőjére tekint (Tackett és munkatársai, 2009; Schmeck, Schlüter-Müller, Foelsch és Doering, 2013). Habár az identitásdiffúziót legtöbbször a borderline személyiség szerveződés jellemzőjeként azonosítjuk, az identitásfejlődés zavara konzisztens jellemzője a B klaszteres személyiségzavaroknak (Fonagy és Bateman, 2008). Sharp és munkatársai (2015) megállapításukban ennél még tovább mentek. Egy nagy klinikai mintán végzett vizsgálat tanúsága szerint ugyanis a DSM-IV alapján értékelt hat személyiségzavar (borderline, elkerülő, narcisztikus, szkizotípiás, kényszeres és antiszociális) tünetei legjobban egy bifaktoros modellre illeszkedtek, ahol a tünetek egy általános személyiségzavar faktorra és az egyes személyiségzavarokat jellemző speciális faktorokra is tölthettek. Meglepő módon a borderline tünetek csak az általános személyiségzavar faktorra töltöttek, és ott a legerősebb hatást mutatták. Ebből a szerzők azt a következtetést vonják le, hogy a borderline tünetek a személyiségzavar általában vett központi jellegzetességeit jelenítik meg (Sharp és mtsai, 2015). Ha ez így van, és az identitásdiffúzióra a borderline személyiség szerveződés központi elemeként tekintünk, akkor azt mondhatjuk, hogy az identitásdiffúzió korai felismerése és a felszámolását célzó beavatkozások a személyiségzavarok prevenciójának és intervenciójának elsődleges eszközei lehetnek. A következőkben bemutatott AIDA kérdőív (Goth és mtsai, 2012a) ezt a korai felismerést teheti lehetővé.

Az AIDA kérdőív felépítése

Az AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence; Identitásfejlődés Felmérése Serdülőkorban) kérdőívet egy svéd–német–amerikai kutatócsoport (Goth és mtsai, 2012a) dolgozta ki a serdülőkori normatív identitásfejlődés, az aktuális identitáskrizis és az identitásdiffúzió elkülönítésének céljából. A kérdőív az identitás integratív modelljén alapul, amely kombinálja a pszichoanalitikus, pszichodinamikus és társas-kognitív elméleteket. A mérőeszköz kidolgozása deduktív módszerrel történt.

Ennek során törekedtek a fogalmak tiszta, egyértelmű meghatározására, a normál és a patológia irányába mutató identitásfejlődés elkülönítésére és az olyan befolyásoló tényezők hatásának minimalizálására, mint az életkor, a nem, a kultúra és a szocio-ökonómiai státusz (Goth és mtsai, 2012b).

Az AIDA önkitöltős kérdőív, amely elsősorban a 12–18 éves korosztály patológiás identitásfejlődésének mérésére szolgál a sérült személyiségfunkciók tükrében. Az AIDA itemei – amelyek a patológiás identitásfejlődés irányába mérnek – egy főskálába adódnak össze, amely az integrált identitás vs. diffúz identitás dimenziójában mér. Összhangban a társas kapcsolatok kognitív pszichológiájában és a pszichopatológia-orientált pszichodinamikus elméletekben megjelenő fogalmi dichotómiával, az identitásnak két fő komponensét azonosítják az integrált identitás vs. identitásdiffúzió különálló alstruktúrájaként. Ezek a kontinuitás (szelffolytonosság) és a koherencia (a szelf összefüggősége). A fenti struktúrák patológia irányába mutató vetületeként megjelenő Diszkontinuitás és Inkoherencia főskálák három pszichoszociális funkció – intraperszonális és interperszonális funkciók, valamint a mentális reprezentációk minősége – mentén további 3-3 alskálára differenciálódnak (1. táblázat).

A kontinuitás vagy folytonosság fogalma az én időn átívelő folytonos létezésének alapvető tapasztalatát és a szubjektív érzelmi önazonosság élményét jelenti, amely megfeleltethető a James (1890/1950) által leírt szubjektív szelf (angolul „I”) fogalmának. A kontinuitás érzése szoros összefüggésben áll az identitást adó célok, tulajdonságok, kapcsolatok és szerepek stabilitásával, valamint az érzelmekhez való magas hozzáférhetőséggel. A Diszkontinuitás skála nyolc facetből épül fel, amelyek három alskálába rendeződve lefedik a szelffunkciókat, az interperszonális funkciókat és a

1. táblázat. Az AIDA belső struktúrája az integrált identitás vs. identitásdiffúzió komponensei alapján: skálák, alskálák és facetek

	1. Skála: Folytonos identitás vs. Diszkontinuitás	2. Skála: Koherens identitás vs. Inkoherencia
	Én-stabilitás, intuitív-érzelmi én	Én-erő, jól definiált én
Szffel kapcsolatos funkciók <i>intrapersonális</i>	1.1 Stabil attribútumok és szerepek vs. Célok és perspektívák hiány F1: érdeklődési területek, tehetségek, perspektívák, életcélok iránti elköteleződés F2: stabil belső idővonal, történelmi-biografikus szelf, szubjektív önazonosság, kontinuitás érzése F3: erkölcsi irányvonalak és belső szabályok stabilitása	2.1 Konzisztens énkép vs. Ellentmondásos énkép F1: konzisztens viselkedés, azonos viselkedés és attitűd különböző barátokkal, vagy különféle helyzetekben F2: énkép többrétűsége, koherens énfogalom, nem jellemzik szubjektív ellentmondások F3: jól meghatározott belső mag
Szociális funkciók <i>interperszonális</i>	1.2 Stabil kapcsolatok és szerepek vs. Az elköteleződés hiánya F1: tartós kapcsolatokba fordított energia, és ezek stabilitása F2: pozitív azonosulás stabilizáló szerepekkel (etnikai, kulturális, családi szelf) F3: pozitív test érzet	2.2 Autonómia és énerő vs. Túlzott azonosulás és befolyásolhatóság F1: asszertivitás, én-erő túlzott azonosulás nélkül F2: önálló intrinzik önértékelés F3: autonóm ön szabályozás
Mentális reprezentációk <i>A saját és mások érzéseit, való motivációhoz való hozzáférhetőség</i>	1.3 Pozitív érzelmi szelf reflexió vs. Bizalmatlanság az érzelmek stabilitásával szemben F1: érzelmi hozzáférhetőség, saját érzések felismerése és megértése F2: mások érzéseinek megértése, mások érzéseinek stabilitásába vetett bizalom	2.3 Pozitív kognitív szelf reflexió vs. Felületes és diffúz reprezentációk F1: motivációk és viselkedés megértésének képessége, kognitív hozzáférhetőség F2: differenciált és koherens mentális reprezentációk

mentális reprezentációkat. A szelffunkciókhoz tartozó facetek az érdeklődési területek, tehetségek, perspektívák és életcélok iránti elköteleződés (Kernberg, 1978), stabil belső idővonal, kontinuitás érzése, történelmi-biografikus szelf (Livesley, 2006), szubjektív önazonosság (Erikson, 1968), valamint az erkölcsi irányvonalak és belső szabályok stabilitása (Akhtar és Samuel, 2009). Az interperszonális funkciókra vonatkozó facetek a tartós kapcsolatokba való investálás képességére és ezen kapcsolatok stabilitására (Kernberg, 1978), az identitást stabilizáló szerepekkel (etnikai, kulturális, családi szelf) való azonosulásra, illetve a pozitív testérzetre vonatkoznak (Akhtar és Samuel, 2009). A mentális reprezentációkat megragadó facetek a saját érzelmekhez való hozzáférhetőség és a saját érzések felismerésének és megértésének képessége, illetve mások érzéseinek megértése, mások érzéseinek stabilitásába vetett bizalom (Fonagy és mtsai, 2002).

A koherencia jelentése a világos, ellentmondásoktól mentes öndefiníció, mely az önnreflektív tudatosság és a James (1890/1950) által meghatározott objektív én (angolul „me”) kidolgozásának eredményeként jön létre. Jellemzői a következetes énkép, az autonómia érzése, az énerő és a differenciált mentális reprezentációk. Az Inkoherencia skáláját alkotó facetek az identitásdiffúzió állapotának olyan jellegzetességeire vonatkoznak, mint a Kernberg (1978) és Westen és munkatársai (2011) által leírt inkonzisztens viselkedés, ellentmondásos viselkedés és attitűd különböző személyekkel vagy különféle helyzetekben, ellentmondásos és alacsony komplexitású énkép, inkoherens énfogalom, jól meghatározott belső mag hiánya, amelyek a szelffunkciókat jelenítik meg. Az interperszonális funkciókra vonatkozó facetek az asszertivitás, intrinzik önértékelés, autonóm önszabályozás képessége, míg a mentális reprezentációkra vonatkozó facetek ezen a skálán belül a motivációk és viselkedés megértésének képessége, kognitív hozzáférhetőség, illetve a differenciált és koherens mentális reprezentációk (Fonagy és mtsai, 2002).

Az eredeti validáló tanulmány (Goth és mtsai, 2012a) alapján, amelyet német iskoláskorú serdülők és svájci klinikai betegek heterogén mintáján végeztek, az AIDA kérdőív jó pszichometriai jellemzőkkel bír. A kérdőív reliabilitásmutatói mind a teljes skála ($\alpha = .94$), mind a két főskála (Diszkontinuitás $\alpha = .86$; Inkoherencia $\alpha = .92$) és az alskálák ($\alpha = .73$ – $.86$) esetében is megfelelőek, ami a kérdőív megfelelő belső konzisztenciájára utal, valamint az alskálák különálló egységenként való használhatóságát is megerősíti. A klinikai és az egészséges serdülők identitásdiffúzió-pontszámainak összehasonlítása alapján a személyiségzavaros serdülők szignifikánsan magasabb identitásdiffúzió-pontértéket értek el, amit a magas hatáserősség-mutatók is igazolnak (Cohen's $d = 1.04$ – 2.56). A további elemzések arra is rámutattak, hogy a Diszkontinuitás és Inkoherencia főskálák szintén magas diszkriminatív erővel bírnak (Goth és mtsai, 2012b).

Az AIDA kérdőívet számos nyelvre lefordították, vagy adaptációja folyamatban van (Goth és mtsai, 2012b). Ugyanakkor az eredeti közleményen kívül csupán egy szisztematikus adaptációs tanulmányt találtunk, amely a kérdőív részletes pszichometriai jellemzőit is közli. Kassin, De Castro, Arango és Goth (2013) a mexikói spanyol nyelvű változat kapcsán a skálák és alskálák megfelelő szintű (Cronbach $\alpha \geq 0,70$) belső megbízhatóságáról, illetve négy állítástól eltekintve megfelelő ($r_{it} > 0,30$) erősségű item-tól korrelációkról számoltak be. Az elvégzett feltáró faktoranalízis (főkomponens-

elemzés) eredményei szerint, az adatokban mutatkozó variancia 25,4%-át egy faktor magyarázta, amelyen az állítások közül 43 a legerősebb értékkel töltődött.

A tudományos adatbázisokban (Science Direct, PubMed, Google Scholar) végzett keresésünk az AIDA-t empirikus kutatásban felhasználó két litván és egy cseh publikációt talált még. Az egyik litván felhasználó (Kriščiūnaitė-Ragelienė, 2014) csupán az összpontszámra vonatkozó belső megbízhatósági értékről számol be (Cronbach $\alpha = 0,93$). A másik litván tanulmány (Ragliene és Justickis, 2016) az AIDA kérdőív szintén magas belső megbízhatósági értékéről (Cronbach $\alpha = 0,93$) és feltehetően – bár ezt a szerzők nem jelzik explicit módon – az egydimenziós modell kiváló illeszkedéséről (CFI = 0,990; TLI = 0,983; RMSEA = 0,049) tesz tanúbizonyságot. Egy cseh diplomamunka (Šimečková, 2015) szintén csupán Cronbach α értékeket közöl, amelyek mind az összpontszám, mind a skálák és alszálák esetén megbízható belső konzisztenciáról árulkodnak (Cronbach $\alpha > 0,70$).

A kutatás célkitűzései

Jelen tanulmány az Identitásfejlődés Felmérése Serdülőkorban kérdőív adaptálási folyamatának első lépése. A tanulmány célja elsősorban a kérdőív faktorstruktúrájának és megbízhatóságának ellenőrzése. Hipotéziseink három fő pontba szerveződtek.

1. Feltételeztük, hogy a magyar nyelvű AIDA kérdőív belső struktúrája legjobban az eredeti modell (Goth és mtsai, 2012a) felépítéséhez illeszkedik. Ennek ellenőrzésére az eredeti modell mellett alternatív modellek illeszkedését is megvizsgáltuk.

2. Feltételezzük továbbá, hogy az AIDA kérdőív skálái magyar mintán is hasonlóan magas belső megbízhatóságot mutatnak, mint a nemzetközi tanulmányokban (Goth és mtsai, 2012a; Kassin és mtsai, 2013; Kriščiūnaitė-Ragelienė, 2014; Šimečková, 2015; Ragliene és Justickis, 2016).

3. A kérdőív validitásának ellenőrzésére az identitásdiffúzió borderline vonásokkal és érzelmi és viselkedéses tünetekkel való összefüggését vizsgáltuk meg. A borderline vonásokkal erős pozitív együtt járást feltételeztünk. Tekintve, hogy a borderline személyiség szerveződés központi eleme az identitásfejlődés érintettsége, a borderline vonásokat mint az identitásdiffúzióval egy irányba mutató pszichológiai konstruktumot emeltük be a vizsgálatba. Továbbá az identitásdiffúzió pozitív irányú összefüggését vártuk el a szorongásos és viselkedéses tünetekkel, amely azt jelezheti számunkra, hogy az AIDA által mért identitásdiffúzió nem csak az általános pszichés jóllétet befolyásolja, hanem a pszichés fejlődés zavarára utal.

MÓDSZER

Minta és eljárás

A későbbiekben ismertetendő kérdőívekből álló csomagot 12–19 éves korosztályba tartozó serdülők töltötték ki. A minta toborzása vidéki általános iskolák felső tagozatában, gimnáziumokban, szakgimnáziumokban és szakközépiskolákban, hozzáférhe-

2. táblázat. A teljes minta és a validáló almintá sajátosságai, az általuk kitöltött mérőeszközök

	Teljes minta	Validáló almintá
Elemszám	522	366
Életkori intervallum (év)	12–20	12–20
Életkori átlag és szórás (év)	15,61 ± 1,926	15,25 ± 2,021
Nemi megoszlás (fiú : lány)	253 : 269	168 : 191
AIDA	x	x
SDQ		x
BPFSC-11		x

tősegi alapon történt. A résztvevők osztályfőnöki óra keretében töltötték ki a kérdőív-csomagot papír-ceruza teszt formájában. A kérdőívek kitöltése minden esetben a szülő vagy gondviselő, illetve a serdülők tájékoztatott beleegyezése után történt. A vizsgálatban való részvétel minden esetben anonim és önkéntes volt. A vizsgálatot az Egyesített Pszichológiai Kutatásetikai Bizottság hagyta jóvá (engedélyszám: 2017/110).

A megerősítő faktoranalízishez, valamint a reliabilitásvizsgálathoz egy 522 főből álló mintát használtunk, míg a kritérium validitás-ellenőrzését a faktoranalízishez gyűjtött minta 366 fős almintáján végeztük el. Azért ezt a mintát alkalmaztuk, mivel ők vettek részt a validitás ellenőrzésére szánt kérdőíveket tartalmazó adatgyűjtésben.

Mérőeszközök

AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence, Identitásfejlődés Felmérése Serdülőkorban)

A serdülőkori identitásalakulás mérése a Goth és munkatársai (2012a) által kidolgozott *AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence)*, serdülőkori identitás fejlődésének értékelésére vonatkozó kérdéssorral történt. Az AIDA egy önbeszámoló kérdőív, amelyet a 12–18 (+/-2) éves serdülő korosztály számára dolgoztak ki. A mérőeszköz 58 itemet tartalmaz, melyeket 5-fokú Likert-skálán értékelnek a résztvevők. Az összes itemet magába foglaló teljes Identitásdiffúzió skála további két alskálára osztható, melyek a Diszkontinuitás és az Inkoherencia skálák. A Diszkontinuitás és Inkoherencia skálák további 3-3 alskálából épülnek fel. Ezek a Diszkontinuitás skála esetében a következők: attribútumok és célok, kapcsolatok és szerepek, érzelmi önreflexió. Az inkoherencia három alskálája a konzisztens énkép, az autonómia és énerő, valamint a kognitív szelfreflexió. A kérdőív minden egyes skálája a patológiás identitásfejlődés irányába mér (Goth és mtsai, 2012).

Az eljárás során nagy hangsúlyt fektettünk a nyelvi és kulturális adaptációra annak érdekében, hogy valóban egy, a magyar serdülők sajátosságaihoz illesztett kérdőív áll-

jon rendelkezésünkre. Így a jelen tanulmányban bemutatott adatgyűjtést számos előzetes lépés előzte meg:

1. Az AIDA itemeit német nyelvterületen dolgozó magyar pszichológusok fordították magyar nyelvre, amelyet az egyes itemek angol nyelvre történő visszafordítása követett független szakember által.

2. A teszt kidolgozójának (Kirstin Goth) jóváhagyását követően egy 11 főt magába foglaló beta teszt során felmértük a kérdőív alapvető alkalmazhatóságát és az egyes itemek értelmezhetőségét.

3. Ezt követően elővizsgálatot végeztünk ($n = 28$) az alapvető pszichometriai tulajdonságok ellenőrzése céljából. A skálák belső megbízhatóságát Cronbach-alfa mutatók segítségével mértük. Az egyes lefordított itemek bevalását pszichometriai mutatók mentén döntöttük el (item-skála összpontszám korreláció, itemátlag, hiányos kitöltések száma). Az eredmények alapján a problémás itemeket módosítottuk.

4. Ezt követte egy nagyobb elemszámú, klinikai mintát is tartalmazó elővizsgálat az egyes itemek, illetve skálák pszichometriai jellemzőinek vizsgálata céljából 169 serdülő bevonásával (ebből klinikai minta: 10 fő). A skálák belső megbízhatóságának értékelésére Cronbach alfa mutatókat alkalmaztunk, valamint megvizsgáltuk az egyes tételek együtt járását az alskálákkal és a skálákkal. Az AIDA diszkriminatív erejének felméré-

3. táblázat. A kérdőív adaptációja során jelentős módosításon átesett itemek

Item	Eredeti verzió	r_{it1}	r_{it2}	Végleges magyar verzió	r_{it1}	r_{it2}
8.	Már nem emlékszem, hogy gyerekként hogyan gondolkoztam és éreztem, most már teljesen más ember vagyok.	.07	.33	Olyan sokat változtam kisgyerekkorom óta, hogy úgy érzem, mintha nem is ugyanaz a személy lennék.	.21	.41
22.	Ha a barátaim nem osztják a véleményem vagy az ötleteim, vagy az ötleteim, úgy érzem magam, mintha elárultak volna.	.21	.54	Ha a barátaim nem osztják a véleményem, vagy az ötleteim, úgy érzem, mintha cserben hagytak volna.	.42	.40
33.	Az alapján milyen gyerek voltam és milyen most vagyok, könnyen el tudom képzelni, hogy egy-két év múlva milyen leszek.	.22	.19	El tudom képzelni, hogy milyen ember leszek néhány év múlva.	.48	.37
48.	Ha dicsérnek, vagy mások látják, hogy valamit jól csináltam, akkor az olyan érzés, mintha a mennyekben járnék.	.08	-.08	Sok dicséretre van szükségem, hogy képes legyek hinni magamban.	.61	.52
56.	Úgy érzem, van egy „erős belső tartásom”, mindegy mi történik körülöttem vagy, hogy kifelé milyen benyomást teszek.	-.10	.08	Még a nehéz helyzetekben is önmagam tudok maradni.	.32	.38

Megjegyzés: r_{it1} = item totál korreláció értéke az alskálára, r_{it2} = item totál korreláció értéke a skálára vonatkozóan.

séhez az iskolai és klinikai minta egyes skálákon elért átlagértékeit független mintás varianciaanalízissel vetettük össze.

A kérdőív adaptációjának minden lépése a teszt kidolgozójával együttműködésben történt. Az adaptálási folyamat során néhány tétel magyar verziója ismétlődően problémásnak bizonyult a magyar serdülők mintáján. Az itemek átdolgozása és a végső formula kialakítása minden esetben a kérdőív kidolgozóival (Goth és mtsai, 2012) együttműködésben, az ő jóváhagyásával történt. A 3. táblázatban bemutatott itemek jelentős módosításon mentek keresztül az adaptálás során.

Gyermek Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy)

A *Gyermek Képességek és Nehézségek Kérdőív* (SDQ-Magy; Birkás, Lakatos, Tóth és Gervai, 2008) önkitöltős verzióját alkalmaztuk a viselkedéses sajátosságok feltárására. A kérdőív 25 itemből épül fel, az egyes tételeket 0-tól 2-ig terjedő skálán értékelik a résztvevők. Az itemek öt skálába sorolhatók, amelyek a Hiperaktivitás, az Emocionális tünetek, a Magatartás problémák, a Kortárskapcsolatok nehézségei, valamint a Proszociális magatartás skála. Az első négy problémaskála összevont pontértéke adja meg az Összesített problémapontszámot. A problémaskálák esetében a magasabb pontszám a problémák súlyosságát jelzi, míg a Proszociális skálán az alacsonyabb pontérték utalhat problémára.

Borderline Személyiségvonások skála (BPFSC-11)

A gyermekkorban megragadható borderline személyiségvonások mérésére a szerzők jóváhagyásával és közreműködésével a BPFSC-11 (Borderline Personality Features Scale-11) kérdőívet használtuk (Sharp, Steinberg, Temple és Newlin, 2014). A kérdőív 11 itemből áll, amelyek a BDP főbb jellemzőiből – így az érzelmi instabilitás, érzelmi problémák, sérült társas kapcsolatok – eredő viselkedéses jegyeket hivatottak megragadni (pl. „Sokszor változik, milyennek látom magam”; „Aggódok, hogy a számomra fontos emberek elhagynak és nem jönnek vissza”). A kitöltőknek 1-től 5-ig terjedő Likert típusú skálán kell megjelölniük, mennyire jellemző rájuk az adott vonás.

Statisztikai elemzések

Az adatok feldolgozására és statisztikai elemzésére az IBM SPSS 23-as, valamint az AMOS 23-as verzióját használtuk. Megerősítő faktoranalízissel ellenőriztük, hogy az AIDA eredeti faktorstruktúrája magyar serdülők mintáján is megfelelő illeszkedést mutat-e, ill. két alternatív modellel is összehasonlítottuk. Pearson-féle korrelációs analízist végeztünk az AIDA-skálák és alskálák között a kérdőív konstruktumvaliditásának vizsgálata céljából. A korrelációs együtthatóknak egyrészt tükrözniük kell az identitáshoz tartozó egyes struktúrák közötti kapcsolatot ($r > .30-.50$) anélkül, hogy túlzott hasonlóságot ($r > .70$) mutatnának egymással. A konvergens és divergens validitás ellenőrzésére az SDQ és BPFSC-11 Méréseszközök alfejezetben bemutatott skáláinak és alskáláinak az összefüggéseit vizsgáltuk meg az Identitásdiffúzióval Pearson-féle korrelációs analízis alkalmazásával. A statisztikai próbákat megelőzően reliabilitásvizsgá-

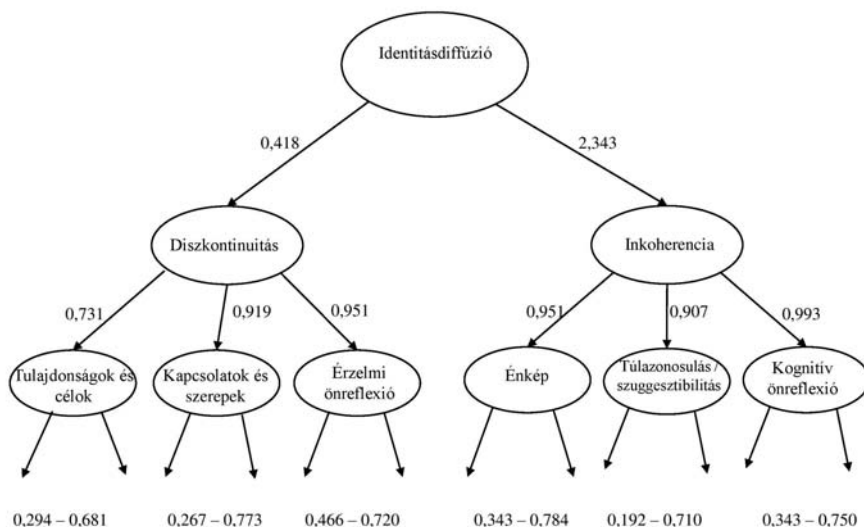
4. táblázat. A validitás ellenőrzésére használt skálák leíró statisztikai adatai és reliabilitásértékei

	M \pm SD	min-max	Cronbach α
SDQ Érzelmi tünetek	3,09 \pm 2,46	0–10	0,78
SDQ Viselkedési problémák	2,86 \pm 1,60	0–8	0,58
SDQ Hiperaktivitás	3,89 \pm 2,22	0–10	0,77
SDQ Kortárskapcsolati problémák	2,27 \pm 1,99	0–10	0,73
SDQ Proszociális viselkedés	6,89 \pm 2,15	0–10	0,86
SDQ Probléma skála	12,13 \pm 5,79	0–34	0,89
BPFSC-11	26,69 \pm 8,63	11–51	0,83

lattal ellenőriztük az SDQ és BPFSC-11 megbízhatóságát (4. táblázat). Végül az AIDA prediktív validitását független mintás t-próbával elemeztük az SDQ alapján klinikai tüneteket mutató és klinikai tünetektől mentes serdülők mintáján. Továbbá hierarchikus többszörös lineáris elemzést végeztünk abból a célból, hogy megismerjük az AIDA Identitásdiffúzió összpontszámának magyarázóerejét a borderline vonásokat illetően az SDQ összesített problémapontszám felett.

EREDMÉNYEK

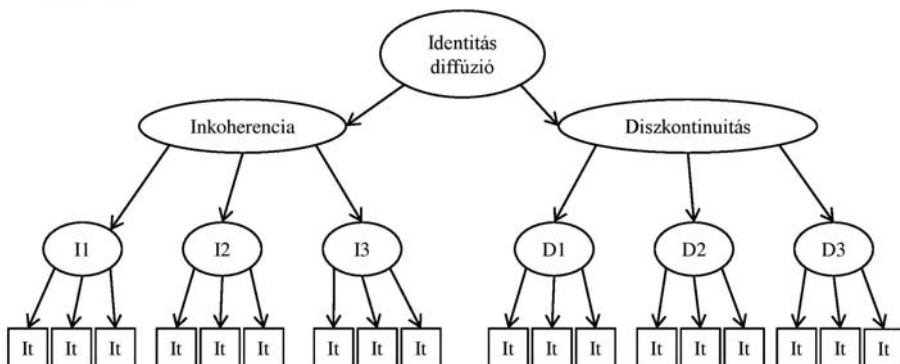
Elsőként azt vizsgáltuk meg, hogy az AIDA kérdőív magyar változatával nyert adatok illeszkednek-e az eredeti faktorstruktúrához (1. ábra). Ehhez megerősítő faktorelemzést alkalmaztunk. Az illeszkedést Kenny (2015) ajánlása nyomán χ^2/df értékkel, megközelítési négyzetes középérték hibával (RMSEA) és standardizált reziduális négyzetes



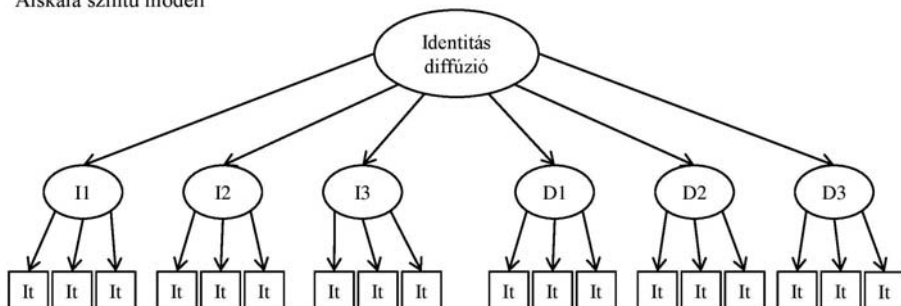
1. ábra. Az eredeti modell faktorstruktúrája

Megjegyzés: az áttekinthetőség kedvéért az itemek szintjén csak a leggyengébb és legerősebb faktorsúlyokat tüntettük fel

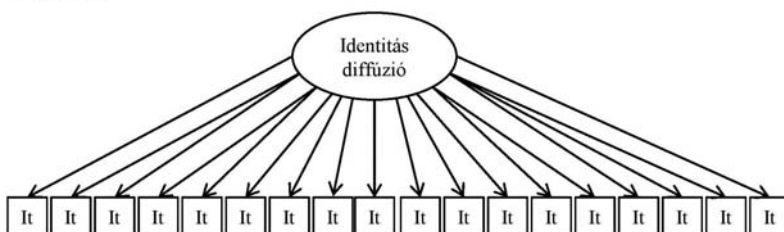
Eredeti modell



Alskála szintű modell



Egyfaktoros modell



Megjegyzés: I1 = Inkonzisztens énkép; I2 = Autonómia & én-erő; I3 = Kognitív szelf-reflexió hiánya; D1 = Attribútumok & célok hiánya; D2 = Zavart kapcsolatok & szerepek; D3 = Érzelmi szelf-reflexió hiánya
Az áttekinthetőség érdekében az itemek szintjét egyszerűsítve tüntettük fel, az egyes skálákba tartozó itemek száma az ábrán eltér a valóságtól.

2. ábra. A megerősítő faktorelemzés során tesztelt modellek

5. táblázat. A megerősítő faktoranalízis során vizsgált modellek illeszkedési mutatói

Modell	χ^2	df	χ^2/df	RMSEA	RMSEA 90% CI	CFI	TLI	SRMR	AIC
Eredeti	4649,282	1588	2,928	0,061	0,059 – 0,063	0,732	0,722	0,0711	5011,282
Alskála szintű	4652,583	1589	2,928	0,061	0,059 – 0,063	0,732	0,722	0,0712	5012,583
Egyfaktoros	5042,118	1595	3,161	0,064	0,062 – 0,066	0,699	0,688	0,0651	5390,118

A χ^2 érték minden esetben szignifikáns a $p < 0,001$ szinten.

középértékkel (SRMR) mértük, mivel a null-modellek RMSEA értéke 0,158 alattinak mutatkozott minden esetben. Ilyen esetekben – elsősorban komplex modelleknél – a relatív illeszkedési mutatók (pl. CFI, TLI) tévesen rossz illeszkedést jelezhetnek, így ezeket ugyan feltüntettük, de értelmezésüktől eltekintettünk. A fenti mutatókon kívül az Akaike Információs Kritériumot (AIC, Akaike, 1974) is megvizsgáltuk, illetve a χ^2 -értékek statisztikai összehasonlítását is elvégeztük, hogy az alternatív modelleket összehasonlíthassuk egymással.

A megerősítő faktorelemzések során az illeszkedés megfeleléségének elbírálásakor a Hu és Bentler (1999) által megállapított vágóértékekre támaszkodtunk. Eszerint a modell megfelelő illeszkedést mutat, amennyiben $\chi^2/df < 3$, RMSEA $< 0,06$ és SRMR $< 0,08$. Az AIC értékek esetében a kisebb érték jobban illeszkedő modellre utal.

A megerősítő faktorelemzések eredményeit az 5. táblázat és az 1–2. ábra foglalja össze. Az 5. táblázatban található illeszkedési mutatók alapján az eredeti modell (lásd 1. ábra) megfelelő illeszkedést mutatott. Ugyanakkor a Goth és munkatársai (2012a) által közölt feltáró faktoranalízis, illetve a Ragliene és Justickis (2016) egyfaktoros modellre végzett megerősítő faktorelemzése alapján egy egyfaktoros modell illeszkedését is teszteltük. Mivel az 1. ábrán is látható 1-es értéket meghaladó standardizált regressziós együttható a Diszkontinuitás és Inkoherencia skálák közötti multikollinearitásra utal, ezért egy olyan modellt is teszteltünk, ahol a hat alskála közvetlenül az Identitás-diffúzióra tölt (lásd 2. ábra; alskála szintű modell). Az 5. táblázat eredményei szerint mind a három versengő modell megfelelően illeszkedett adatainkra. Mind az eredeti modell ($\Delta\chi^2 = 392,836$; $\Delta df = 7$; $p < 0,001$), mind pedig az alskála szintű modell ($\Delta\chi^2 = 389,535$; $\Delta df = 6$; $p < 0,001$) szignifikánsan jobban illeszkedett az egyfaktoros modellnél. Ugyanakkor az eredeti modell és az alskála szintű modell illeszkedésének mértéke nem különbözött egymástól ($\Delta\chi^2 = 3,301$; $\Delta df = 1$; $p > 0,05$). Ezt a mintázatot az AIC értékek (5. táblázat) is megerősítették.

A magyar itemek faktorsúlyait tekintve az Érzelmi önreflexió (0,466–0,720), Inkoherencia az énképben (0,343–0,784) és a Kognitív önreflexió (0,343–0,750) skálákban minden item megfelelő faktortöltéssel rendelkezett, míg a Tulajdonságok és célok (0,294–0,681), Kapcsolatok és szerepek (0,267–0,773) és Túlazonosulás (0,192–0,710) skálákban egy-egy item alacsony faktortöltést mutatott. Mivel a három alacsony faktortöltésű item kivételével sem a kérdőív faktorstruktúrája, sem a skálák reliabilitása nem javult jelentős mértékben, az itemek megtartása mellett döntöttünk.

A következő lépésben az AIDA kérdőív összpontszámának, skáláinak és alskáláinak leíró statisztikai mutatóit és a közöttük lévő együtt járásokat számítottuk ki Pearson-féle korreláció segítségével. Az 6. táblázatban bemutatott eredmények szerint a skálák az összpontszámmal és egymással is erős korrelációt mutattak. Az egyes alskálák és a

főléljük rendelt skálák között erős korrelációt, míg a skálán belüli alskálák között közepes erősségű korrelációt találtunk. A leggyengébb – de még mindig legalább közepes erősségű – korreláció a skálák és a nem alájuk rendelt alskálák, illetve a különböző skálák alá rendelt alskálák között mutatkozott.

Ezt követően az AIDA kérdőív által mért identitásdiffúzió és az érzelmi és viselkedési tünetek, illetve borderline vonások közötti kapcsolatot vizsgáltuk Pearson-féle korreláció segítségével. Az AIDA Identitásdiffúzió összpontszám, a Diszkontinuitás skála és a hozzá tartozó három alskála, valamint az Inkonzisztencia skála és a hozzá tartozó három alskála nagyságrendileg ugyanolyan mértékben jártak együtt az érzelmi és viselkedési tünetekkel és a borderline vonásokkal (5. táblázat). Az AIDA-pontszámok közepes erősségű korrelációt mutattak a problémaösszpontszámmal, az érzelmi tünetekkel, a viselkedési problémákkal, a hiperaktivitással és a kortárskapcsolati problémákkal. Szignifikáns, de elhanyagolható erősségű korreláció mutatkozott az AIDA-pontszámok és a proszociális viselkedés között. Az AIDA-pontszámok legerősebben ($0,497 < r < 0,849$) a borderline vonások jelenlétével jártak együtt. Ezek alapján elmondhatjuk, hogy a nagyobb mértékben jelen lévő identitásdiffúzió gyakoribb depresszív és szorongásos tünetekkel, viselkedési problémákkal, túlmozgásos és impulzív megnyilvánulásokkal, kapcsolati nehézségekkel és intenzívebb borderline vonásokkal kapcsolódik össze.

Az AIDA kérdőív prediktív validitásának vizsgálatára két elemzést végeztünk. Először az SDQ kérdőív összesített problémapontszámának vágóértéke (Túri, Tóth és Gervai, 2011) alapján két csoportot képeztünk 366 fős almintánkban. Ezt követően a 300, klinikai tünetektől mentes és a 65, klinikai tüneteket mutató serdülő AIDA-pontszámait hasonlítottuk össze független mintás t-próbákkal. A klinikai tüneteket mutató csoport minden AIDA-pontszám esetében szignifikánsan magasabb értékeket ért el a klinikai tüneteket nem mutató csoportnál (6. táblázat). A két csoport pontszámai közötti különbség hatásmérete erősnek bizonyult ($1,14 < \text{Hedges}' g < 2,00$). Tehát az AIDA

6. táblázat. Az AIDA-skálák és -alskálák átlagai, szórásai és a skálák közötti együtt járások (n = 522); Pearson-féle korreláció eredményei

IdDiff	Diszk	D1	D2	D3	Inkoh	11	12	13
IdDiff	0,943***	0,689***	0,862***	0,871***	0,965***	0,893***	0,846***	0,862***
Diszk		0,809***	0,915***	0,845***	0,822***	0,781***	0,696***	0,743***
D1			0,618***	0,501***	0,537***	0,517***	0,431***	0,506***
D2				0,688***	0,751***	0,727***	0,635***	0,660***
D3					0,821***	0,755***	0,719***	0,744***
Inkoh						0,910***	0,897***	0,888***
11							0,688***	0,745***
12								0,709***
M	78,43	34,71	12,88	11,39	10,43	43,71	15,87	16,24
(SD)	(37,27)	(17,28)	(6,06)	(7,78)	(6,21)	(21,74)	(8,99)	(8,81)
Cronbach a	,949	,893	,715	,808	,793	,921	,845	,823
								,765

Megjegyzés: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. IdDiff = Identitásdiffúzió; Diszk = Diszkontinuitás; D1 = Diszkontinuitás a tulajdonságokban és célokban; D2 = Diszkontinuitás a kapcsolatokban és szerepekben; D3 = Diszkontinuitás az érzelmi önreflexióban; Inkoh = Inkoherencia; II = Inkoherencia az énképben; 12 = Túlazonosulás / szuggesztibilitás; 13 = Inkoherencia a kognitív önreflexióban.

pontszámok – különösen az Identitásdiffúzió összpontszám – megbízhatóan különíthetők el egymástól a klinikai tüneteket mutatók és nem mutatók csoportját mintánkban.

Másodikként egy olyan hierarchikus, többszörös lineáris elemzést végeztünk, ahol az AIDA Identitásdiffúzió összpontszám borderline vonásokat magyarázó erejét vizsgáltuk az SDQ összesített problémapontszám felett. Az elemzés során a prediktív változók között káros mértékű multikollinearitás nem mutatkozott (minden VIF < 2,660). A 7. táblázatban látható eredmények alapján az AIDA Identitásdiffúzió összpontszám az SDQ összesített problémapontszám ismeretében is a borderline vonásokban mutató variancia további szignifikáns hányadát – közel 17%-át – magyarázta. Tehát az AIDA Identitásdiffúzió összpontszám ismeretében biztosabb bejósolást tehetünk a borderline vonások jelenlétére, mint az SDQ-problémaösszpontszám ismeretében.

MEGBESZÉLÉS

A tanulmányunk célja az AIDA kérdőív magyar nyelvre és kultúrára történő adaptálása, faktorstruktúrájának és validitásának ellenőrzése volt. Az AIDA-t a pszichodinamikus és társas kapcsolatokra vonatkozó kognitív elméleteket ötvöző modell alapján dolgozták ki, elsődleges célja a normatív fejlődés részét képező identitáskrizis és a klinikai szempontból jelentős, patológiás fejlődés irányába mutató identitásdiffúzió elkülönítése serdülőkorban. Az identitásfejlődés útvonalainak tanulmányozása kiemelkedő jelentőségű, hiszen a patológiás személyiség szerveződés már serdülőkorban is tetten érhető, és ennek egyik fontos indikátora az identitás diffúz szerveződése. Kernberg (1975, 1978, 2005) a borderline személyiség szerveződés egyik központi vonásának tartja a diffúz identitást, amely a szelf és a jelentős mások integrált reprezentáció-

7. táblázat. Az SDQ és BPFSC-11 skálák (n = 366) átlagai, szórásai és együtt járásuk az AIDA-skálákkal és -alskálákkal. Pearson-féle korrelációk eredményei

	SDQ Összesített probléma pontszám	SDQ Érzelmi tünetek	SDQ Viselkedési problémák	SDQ Hiperaktivitás	SDQ Kortárskapcsolati problémák	SDQ Proszociális viselkedés	BPFSC-11
IdDiff	0,785***	0,716***	0,437***	0,465***	0,525***	-0,251***	0,849***
Diszk	0,759***	0,682***	0,422***	0,437***	0,536***	-0,315***	0,792***
D1	0,522***	0,476***	0,284***	0,320***	0,342***	0,340***	0,497***
D2	0,718***	0,625***	0,418***	0,386***	0,547***	0,334***	0,734***
D3	0,700***	0,648***	0,371***	0,419***	0,468***	-0,125*	0,796***
Inkoh	0,752***	0,694***	0,420***	0,456***	0,480***	0,184***	0,836***
11	0,719***	0,632***	0,432***	0,428***	0,483***	-0,219***	0,788***
12	0,650***	0,662***	0,304***	0,395***	0,384***	-0,129*	0,730***
13	0,683***	0,590***	0,421***	0,423***	0,444***	-0,147**	0,765***
	11,76	2,70	2,71	3,93	2,40	6,09	26,68
M (SD)	(5,28)	(2,41)	(1,46)	(2,04)	(1,80)	(2,66)	(8,60)

Megjegyzés: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001. IdDiff = Identitásdiffúzió; Diszk = Diszkontinuitás; D1 = Diszkontinuitás a tulajdonságokban és célokban; D2 = Diszkontinuitás a kapcsolatokban és szerepekben; D3 = Diszkontinuitás az érzelmi önreflexióban; Inkoh = Inkoherencia; 11 = Inkoherencia az énképben; 12 = Túlazonosulás / szuggesztibilitás; 13 = Inkoherencia a kognitív önreflexióban.

8. táblázat. Az SDQ Összesített probléma pontszám alapján klinikai tünetektől mentes és klinikai tüneteket mutató csoportok összehasonlítása az AIDA-skálákon és -alskálákon; független mintás t-próba eredményei és hatáserősség (Hedges' g)

	Klinikai tünetektől mentes (n = 300)		Klinikai tüneteket mutató (n = 65)		t	Hedges' g
	M	SD	M	SD		
IdDiff	66,67	30,63	128,64	32,10	-14,660	2,00
Diszk	30,15	14,08	57,20	16,33	-13,630	1,86
D1	11,89	5,26	18,18	6,46	-8,137	1,14
D2	9,41	6,46	21,23	7,99	-12,786	1,74
D3	8,85	5,39	17,78	5,48	-12,072	1,65
Inkoh	36,52	18,35	71,44	18,33	-13,914	1,90
11	13,23	7,70	26,38	7,96	-12,397	1,69
12	13,59	7,79	26,00	7,93	-11,595	1,58
13	9,69	5,31	19,06	6,13	-12,522	1,71

Megjegyzés: minden t-érték szignifikáns a $p < 0,001$ szinten; minden $df = 363$. IdDiff = Identitásdiffúzió; Diszk = Diszkontinuitás; D1 = Diszkontinuitás az tulajdonságokban és célokban; D2 = Diszkontinuitás a kapcsolatokban és szerepekben; D3 = Diszkontinuitás az érzelmi önreflexióban; Inkoh = Inkoherencia; 11 = Inkoherencia az énképben; 12 = Túlazonosulás / szuggesztibilitás; 13 = Inkoherencia a kognitív önreflexióban.

9. táblázat. Az AIDA-összpontszám (identitásdiffúzió) borderline vonások (BPFSC-11) jelenlétét bejósoló ereje a demográfiai jellemzők és az SDQ probléma összesített pontszám felett (n = 366); hierarchikus többszörös lineáris regresszióelemzés eredményei

Modell	Prediktor	β	t	AR^2
1.	nem	0,143	2,750**	0,058***
	kor	0,177	3,410**	
2.	nem	0,063	1,797	0,524***
	kor	0,055	1,570	
	SDQ Összesített probléma pontszám	0,740	21,059***	
3.	nem	-0,016	0,589	0,169***
	kor	0,024	0,871	
	SDQ Összesített probléma pontszám	0,225	5,233***	
	AIDA Identitásdiffúzió	0,671	15,489***	

Megjegyzés: függő változó = BPFSC-11. * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

jának hiányával jellemezhető. Ennek eredményeként a szelf töredezetté válik, sérül a személy képessége az öndefinícióra, hiányzik a koherencia érzése és az értékek, célok, kapcsolatok iránti elköteleződés. A DSM-5 (APA, 2013) által nyújtott személyiségzavarok alternatív modellje az interperszonális működés mellett szintén az énfunkciók sérülését tartja meghatározónak a személyiségzavarok szempontjából, amely az identitás és önirányítottság diszfunkcionalitásában jelenik meg. Az identitás ezen koncepciója és az identitásdiffúzió kernbergi (1978, 1984) megközelítése központi szerepet tulajdonít a diffúz identitásnak nem csak a borderline személyiség szerveződés, hanem általánosságban a személyiségzavarok szempontjából is. A fentiek alapján fontosnak

tartjuk hangsúlyozni, hogy a diffúz identitásszerveződést mérő AIDA fontos indikátora lehet a serdülőkori személyiségzavaroknak.

A megerősítő faktoranalízis és az itemanalízis eredményeként a végleges magyar változatot az eredetihez hasonlóan 58 tétel alkotja. Az AIDA belső struktúrájának ellenőrzésére több modellt is teszteltünk az eredeti modell mellett (lásd 1. ábra). Ragliene és Justickis (2016) eredményei alapján egy egyfaktoros modell illeszkedését is ellenőriztük, valamint a Diszkontinuitás és Inkoherenca skálák között megmutatózó multikollinearitás miatt egy olyan modellt is teszteltünk, ahol a hat alskála egy identitásdiffúzió skálára tölt. Az illeszkedési mutatók alapján az egyfaktoros modell bizonyult a leggyengébbnek (lásd 2. ábra). Az eredeti modell és az alskála szintű modell hasonlóan jó illeszkedést mutattak. Ugyanakkor a jövőbeni nemzetközi összehasonlító vizsgálatok szempontjából fontosnak tartottuk, hogy az eredeti faktorstruktúrát őrizzük meg. Így a későbbi elemzések során a magyar nyelvű AIDA felhasználásakor az eredeti kérdőív kétskálás, hat alskálás struktúrájához ragaszkodtunk.

Az AIDA-skálák és -alskálák között megjelenő korrelációs mintázat megfelelő belső struktúrára utal. A Diszkontinuitás és Inkoherenca skálák egymással és a teljes Identitásdiffúzió skálával is erős korrelációt mutatnak. Az alskálák magasan korreláltak a saját főskálájukkal, míg alacsonyabb korreláció mutatkozott meg a másik főskálával, illetve az annak alárendelt alskálákkal. Ezek az eredmények megerősítik az identitás klinikai szempontból elkülönülő komponensekre történő bontásának eredményességét és érvényességét (Goth és mtsai, 2012a). Továbbá a hat alskálából öt erős korrelációt, míg egy közepes erősségű korrelációt mutatott a teljes Identitásdiffúzió skálával, ami arra utal, hogy az alstruktúrák valóban egy átfogó Integrált identitás vs. identitásdiffúzió skálába szerveződnek. A reliabilitásvizsgálatok az AIDA skáláinak megbízhatóságát támasztották alá.

Az AIDA konstruktum validitásának ellenőrzése céljából a serdülőkori érzelmi és viselkedési tüneteket, illetve a borderline tüneteket mértük fel a vizsgált mintáknál. A korrelációs eredmények alapján a kérdőívek által mért tünetcsoportok – így a borderline vonások, az érzelmi és viselkedési tünetek – ugyanolyan mértékben járnak együtt a Diszkontinuitással és a hozzá tartozó három alskálával, mint az Inkoherenciával és a hozzá tartozó három alskálával. Az AIDA minden alskálája közepes vagy erős együttjárást mutatott a borderline tünetek előfordulásának mértékével. A borderline tüneteket mérő BPFSC-11 egyes itemei (pl. érzelmi instabilitásra, az identitás érintettségére vonatkozó itemek) jelentős átfedést mutatnak az AIDA által mért jelenségekkel, az erős korrelációs együtthatók feltételezhetően ennek is köszönhetőek. Ugyanakkor még a legerősebb ($r = 0,831$) korreláció is „csupán” 69%-os átfedést jelent az identitásdiffúzió és a borderline vonások megjelenésében. Ez az arány véleményünk szerint a statisztikai megjelenése annak, ahogyan Kernberg 2004-ben (61) az identitásdiffúziót úgy mutatja be, mint „az enyhébb karakterpatológia és a neurotikus személyiségsszerveződés, illetve a súlyos személyiségzavarok és a borderline szerveződés közti differenciáldiagnózis legfőbb lehorgonyzási pontja”. Ez a feltételezés összhangban van az SDQ-val kapott eredményeinkkel, amelyek szerint az AIDA magas megbízhatósággal képes elkülöníteni a klinikai tüneteket mutató és nem mutató serdülőket. Ez egyúttal arra is utal, hogy az AIDA valóban képes a diffúz identitásszerveződést a normatív serdülőkori identitáskrizistól elkülöníteni. Míg az identitáskrizis életkor-specifikus

jelenség, amelynek során természetes a viselkedésbeli regressziók megjelenése és az identitás újraszerveződése, a konfliktusok jellemzően a pszichoszociális szerepek köré szerveződnek anélkül, hogy a szelfélményt érintenék. Ezzel szemben a diffúz identitás-szerveződés gyökerei egészen kisgyermekkorig nyúlnak vissza, a konfliktusok a szelf szintjén is megjelennek, a szelf jellemzően éretlen, integrálatlan és ellentmondásokkal terhelt (Akhtar, 1984; Goth és mtsai, 2012a).

Az SDQ Összesített probléma pontszáma pozitív irányú, közepes erősségű kapcsolatot mutatott az AIDA minden skálájával és alskálájával. A problémaskálákat külön-külön nézve a legerősebb kapcsolat az Érzelmi tünetekkel jelent meg. A további problémaskálák közül a viselkedéses problémák, a hiperaktivitás és a kortárs kapcsolati problémák közepes pozitív irányú kapcsolatban állnak az egyes AIDA-alskálákkal.

Az identitásdiffúzió és az érzelmi tünetek közötti erőteljes kapcsolat összhangban van azokkal az elméleti feltevésekkel, amelyek központi jelentőséget tulajdonítanak a mentalizáció és érzelemszabályozás fejlődési zavarának az identitás diffúz szerveződésében (Fonagy és mtsai, 2002). A szelfről és másokról alkotott komplex mentális reprezentációk kialakulásának feltétele az interszubbektivitás, az érzelemszabályozás és a reflektív szelffunkciók fejlődése, hiszen ezek teszik lehetővé önmagunk és mások mentális állapotainak egyre mélyülő megismerését és megértését serdülőkorban, amely elengedhetetlen az érett identitás kialakulásához (Fonagy és mtsai, 2002). Az identitásdiffúzió és emocionális tünetek pozitív összefüggése továbbá megfelel azoknak a nemzetközi kutatási eredményeknek, amelyek szerint az identitásalakulás zavara esetén fokozott a szorongásos tünetek megjelenése. Berman, Weems és Stickle (2006) tanulmányukban rámutattak, hogy a serdülőkori megnövekedett egzisztenciális szorongás gyakran identitásfejlődési nehézségekkel társul. Luyckx és munkatársainak (2008) eredményei szintén azt támasztják alá, hogy a serdülőkori maladaptív identitásfejlődés depresszív és szorongásos tünetekkel jár együtt.

A viselkedéses és kortárs kapcsolati problémák együttjárása az identitásdiffúzióval szintén az AIDA validitása mellett szól. A tartós, stabil kapcsolatok kialakításának és az érzelmi elköteleződésnek a nehézségét, amelynek háttérében a diffúz identitás-szerveződés szerves részét képező integrálatlan belső reprezentációk és az érzelemszabályozás zavara áll, Kernberg (1975) óta a borderline személyiség-szerveződés jellegzetes vonásának tekintjük. Továbbá a szelffolytonosság és az önazonosság érzésének hiánya, miként azt Westen és munkatársai (2011) tanulmányukban kiemelték, szoros összefüggésben áll az én gyengeségével, amely az alacsony feszültségtoleranciában és az impulzuskontroll zavarában – összefoglalóan viselkedéses problémákban – érhető tetten. A hiperaktivitással mutatott közepes erősségű kapcsolat megfelel azoknak a tanulmányoknak, melyek a szelffejlődés zavarára mutattak rá ADHD-val diagnosztizált serdülőknél (Krueger és Kendall, 2001; Jones és Hesse, 2018). A szelffejlődési zavar következményeként a szelffunkciók nem tudják betölteni stabilizáló és szervező funkciójukat. További kutatások az érzelemszabályozás zavarát mind a borderline személyiség-szerveződés, mind az ADHD átható vonásaként azonosítják (Asherson, Young, Eich-Höchli, Moran, Porsdal és Deberdt, 2014; Moukhtarian, Mintah, Moran, Asherson, 2018). A teljes Identitásdiffúzió skála és a két főskála erős kapcsolatot, míg az egyes alskálák legalább közepes erősségű kapcsolatot mutattak a borderline tünetekkel. A megmutatkozó erős pozitív összefüggés – mind az intraperszonális, mind az in-

terperszonális funkciókkal, illetve a mentális reprezentációkat megragadó alsókálakkal – nagyon biztató, tekintve, hogy az identitásdiffúziót a borderline személyiségszerveződés egyik központi diagnosztikai kritériumaként tartjuk számon (pl. Kernberg 1975, 2005; APA, 2013).

Az AIDA kérdőív elsődleges funkciója a személyiségzavar irányába mutató serdülőkori fejlődés detektálása a normatív identitáskrizis és az identitásdiffúzió állapotának elkülönítése által. Az AIDA prediktív validitásának ellenőrzésére az SDQ alapján klinikai tüneteket mutató és klinikai tünetektől mentes serdülők csoportjainak AIDA-pontszámait hasonlítottuk össze. A klinikai tüneteket mutató csoport az identitásdiffúzió minden komponensében jelentősen magasabb pontértéket ért el a klinikai tünetektől mentes csoporthoz képest. Tehát a pszichés zavarok szempontjából magas rizikójú serdülőknél magasabb gyakorisággal jelentek meg a patológiás identitásfejlődés jellemzői (Jung, Pick, Schlüter-Müller, Schmeck, és Goth, 2013). A prediktív validitást másodikként hierarchikus többszörös lineáris regresszióanalízissel vizsgáltuk, melyben az AIDA Identitásdiffúzió összpontszám borderline vonásokat magyarázó erejét néztük meg az SDQ összesített problémapontszám tekintetében, miközben a nem és életkor hatását kontrolláltuk. Az eredmények arra mutatnak rá, hogy még az SDQ-összpontszám ismeretében is az AIDA Identitásdiffúzió összpontszám a borderline vonásokban mutatkozó variancia további 17%-át képes magyarázni. Ez azt jelenti, hogy a borderline vonások az AIDA Identitásdiffúzió alapján biztosabban előrejelezhetők, mint csupán az SDQ összesített problémapontszám ismeretében, azaz az AIDA magas arányban és érzékenységgel képes felmérni a borderline személyiségszerveződés rizikóját (Kernberg, 1978, 1984; Marcia, 2006). Mindezek nem csak az AIDA prediktív validitását, hanem az AIDA valószínűsíthető klinikai alkalmazhatóságát is alátámasztják. Ezen megállapításunkat arra alapozzuk, hogy egyrészt az AIDA képes elkülöníteni a klinikai szintű érzelmi és viselkedési tünetekről beszámoló serdülőket azoktól, akik nem számolnak be klinikai mértékű tünetekről. Másrészt, hogy az AIDA-összpontszám és a skálapontszámok is erős együttjárást mutatnak a borderline személyiségvonásokkal.

KÖVETKEZTETÉSEK ÉS LIMITÁCIÓK

Jelen publikáció az AIDA kérdőívvel végzett hazai kutatások első lépéseit mutatja be. Így kutatásunk számos korláttal rendelkezik. A kutatás során a pszichiátriai zavarok előfordulását nem mérték fel, azonban az epidemiológiai vizsgálatok alapján a populáció 10–25% százaléka érintett mentális betegségekben (Alonso és mtsai, 2004). Kutatásunkban az SDQ alapján a vizsgált minta megközelítőleg 17%-a mutatott klinikai figyelemre számot tartó intenzitású tüneteket. Habár az SDQ-val és a borderline tünetskálával kapott eredmények alapján az AIDA jó differenciáló erővel bír a tipikus és a klinikai figyelmet érdemlő tüneteket prezentáló serdülőket illetően, az AIDA normatív és kóros személyiségfejlődést elkülönítő képességére vonatkozó egyértelmű következtetéseket a folyamatban lévő, klinikai mintát is bevonó vizsgálatok után tudunk majd levonni. A kutatás további limitációja a hozzáférés-alapú mintavétel. Habár a mintavétel során törekedtünk arra, hogy a szocioökonómiai státuszt tekintve minél szélesebb réteget fedjünk le, a minta nem tekinthető reprezentatívnak.

Továbbá nem tekinthetünk el az osztálytermi – és osztályalapú –, önkitöltős kérdőívfelvétel hatásaitól sem. Egyrészt a társas helyzetben történő kitöltés megnövelhette a diákok szociális kíváncsiság irányába történő választorzítását. Ugyanakkor megjegyzendő, hogy a társas kíváncsiság lehetséges hatásait már az egyes állítások kialakításakor is próbáltuk kiszűrni. Tettük ezt úgy, hogy átfogalmaztuk azokat a tételket, amelyekkel a válaszadók szélsőségesen elfogadók vagy elutasítók voltak. Másrészt az osztályalapú kitöltéssel sérült, hogy a résztvevők „megfigyelései” egymástól valóban függetlenek legyenek.

Végezetül említenünk kell azt is, hogy az eredeti – kétskálás, hat alszkálás – faktorstruktúra melletti döntésünk kizárólag az adatokból és az eredményekből nem igazolható. Az eredeti és az alszkálásintű modell azonos mértékű illeszkedése azonban arra enged következtetni, hogy az identitásdiffúzióknak számos jól elkülönülő aspektusa van (Akhtar és Samuel, 1996; Goth és mtsai, 2012a). Így a jövőbeni vizsgálatokra és az azokat elvégző kutatókra vár, hogy a két lehetséges modell közül objektív, statisztikailag megalapozott döntésre hagyatkozva válasszák ki a megfelelőbbet.

A fenti korlátokkal együtt az AIDA magyar nyelvre és kultúrára történő adaptációja eredményeként egy pszichometriai szempontból megfelelő, megbízhatóan és érvényesen mérő kérdőívet kaptunk. Eredményeink a nemzetközi vizsgálatokkal konzisztensek. Az AIDA klinikai alkalmazhatóságát vetíti előre, hogy érzékenyen képes differenciálni a klinikai tüneteket mutató és nem mutató serdülők csoportjai között. Továbbá összhangban az elméleti alapokkal, amelyek az identitásdiffúziót a borderline személyiségzavar központi vonásaként határozzák meg, az AIDA magas magyarázóerővel bír a borderline vonásokra vonatkozóan. Az AIDA komplex megközelítése miatt újszerű és hiánypótló mérőeszköz lehet mind a tudományos kutatások, mind a klinikai felhasználás szempontjából.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg az EFOP-3.6.1.-16-2016-00004 Átfogó fejlesztések a Pécsi Tudományegyetemen az intelligens szakosodás megvalósítása érdekében című pályázat keretében.

IRODALOMJEGYZÉK

- Akaike, H. (1974). A New Look at the Statistical Model Identification. In Parzen, E., Tanabe, K., & Kitagawa, G. (Eds), *Selected Papers of Hirotugu Akaike. Springer Series in Statistics (Perspectives in Statistics)*. New York, NY: Springer.
- Akhtar, S. (1984). The syndrome of identity diffusion. *The American Journal of Psychiatry*, 141(11), 1381–1385.
- Akhtar, S., & Samuel, S. (1996). The concept of identity developmental origins, phenomenology, clinical relevance and measurement. *Harvard Review of Psychiatry*, 3(5), 254–267.
- Akhtar, S., & Samuel, S. (2009). The identity consolidation inventory (ICI): Development and application of a questionnaire for assessing the structuralization of individual identity. *The American Journal of Psychoanalysis*, 69(1), 53–61.

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., et al. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 21–27.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Asherson, P., Young A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current Medical Research and Opinion*, 30(8), 1657–1672.
- Berman, S. L., Weems, C. F., & Stickle, T. R. (2006). Existential Anxiety in Adolescents: Prevalence, Structure, Association with Psychological Symptoms and Identity Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(3), 303–310.
- Birkás, E., Lakatos, K., Tóth, I., & Gervai, J. (2008). Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívvel: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, 23(5), 358–365.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- Erikson, E. H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(1), 56–121.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. Oxford, England: Norton & Co.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7(3), 286–299.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder – A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4–21.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Jung, E., Pick, O., & Schmeck, K. (2012a). Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence – Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 27.
- Goth, K., Foelsch, P., Schlüter-Müller, S., & Schmeck, K. (2012b). *AIDA. A Self Report Questionnaire for Measuring Identity in Adolescence – Short Manual*. Basel: Child and Adolescent Psychiatric Hospital, Psychiatric University Hospitals.
- Hu, L., & Bentler, P. (1998). Fit Indices in Covariance Structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424–453.
- James, W. (1890/1950). *The principles of psychology*. New York: Dover publications.
- Jones, S., & Hesse, M. (2018). Adolescents With ADHD: Experiences of Having an ADHD Diagnosis and Negotiations of Self-Image and Identity. *Journal of Attention Disorders*, 22(1), 92–102.
- Jung, E., Pick, O., Schlüter-Müller, S., Schmeck, K., & Goth, K. (2013). Identity development in adolescents with mental problems. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1), 26.
- Kassin, M., De Castro, F., Arango, I., & Goth, K. (2013). Psychometric properties of a culture-adapted Spanish version of AIDA (Assessment of Identity Development in Adolescence) in Mexico. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(25).
- Kenny, D. A. (2015, November 24.). *Measuring Model Fit*. <http://davidakenny.net/cm/fit.htm> (Utolsó letöltés: 2019. 08. 21.)
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.

- Kernberg, O. F. (1978). The diagnosis of borderline conditions in adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 6, 298–319.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2004). *Aggressivity, narcissism, and selfdestructiveness in the psychotherapeutic relationship*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (2005). Identity Diffusion in Severe Personality Disorders. In S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 39–49.). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Bardenstein, K. K. (2000). *Personality disorders in children and adolescents*. New York, NY, US: Basic Books.
- Koepke, S., & Denissen, J. J. A. (2012). Dynamics of identity development and separation–individuation in parent–child relationships during adolescence and emerging adulthood – A conceptual integration. *Developmental Review*, 32(1), 67–88.
- Kriščiūnaitė-Ragelienė, T. (2014). Paauglių identiteto formavimosi, santykių su tėvais, savidiferenciacijos ir pasitenkinimo gyvenimu sąsajos. *Ugdymo psichologija Educational psychology*, 25, 32–49.
- Kroger J. (2004). *Identity in Adolescence. The Balance between Self and Other*. London: Routledge.
- Krueger, M., & Kendall, J. (2001). Description of Self: An Exploratory Study of Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 14(2), 61–72.
- Laurensen, E. M., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Van Busschbach, J. J., & Luyten, P. (2013). Diagnosis of personality disorders in adolescents: A study among psychologists. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7, 3–7.
- Livesley, W. J. (2006). *General assessment of personality disorder (GAPD)*. Department of Psychiatry, University of British Columbia.
- Luyckx, K., Schwartz, S., Berzonsky, M. D., Soenens, B., Vansteenkiste, M., Smits, I., & Goossens, L. (2008). Capturing ruminative exploration: Extending the four-dimensional model of identity formation in late adolescence. *Journal of Research in Personality*, 42(1), 58–82.
- Marcia, J. E. (2006). Ego identity and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 577–596.
- Moukhtarian, T. R., Mintah, R. S., Moran, P., & Asherson, P. (2018). Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(9).
- Ragelienė, T., & Justickis, V. (2016). Interrelations of adolescent's identity development, differentiation of self and parenting style. *Psychology*, 53, 24–43.
- Schmeck, K., Schlüter-Müller, S., Foelsch P. A., & Doering, S. (2013). The role of identity in the DSM-5 classification of personality disorders. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1).
- Sharp, C., Temple, J., Steinberg, L., & Newlin, E. (2014). An 11-Item Measure to Assess Borderline Traits in Adolescents: Refinement of the BPFSC Using IRT. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 70–78.
- Sharp, C., Wright, A. G. C., Fowler, J. C., Frueh, B. C., Allen, J. G., Oldham, J., & Clark, L. A. (2015). The Structure of Personality Pathology: Both General ('g') and Specific ('s') Factors? *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 387–398.
- Šimečková, P. (2015). „Who am I?” AIDA Assessment of Identity Development in Adolescence. (Unpublished master's thesis). Prague, Czech Republic: Charles University,
- Stapp, S. D. (2012). Development of borderline personality disorder in adolescence and young adulthood: Introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 1–5.

- Tackett, J., Balsis, S., Oltmanns, T., & Krueger, R. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Development and Psychopathology*, 21(3), 687–713.
- Turi, E., Tóth, I., & Gervai, J. (2011). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ-Magy) további vizsgálata nem-klinikai mintán, fiatal serdülők körében. *Psychiatria Hungarica*, 26(6), 415–426.
- Westen, D., Betan, E., & Defife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence: Associations with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 23(1), 305–313.

HUNGARIAN ADAPTATION OF ASSESSMENT OF IDENTITY DEVELOPMENT IN ADOLESCENCE (AIDA) QUESTIONNAIRE WITH A NON-CLINICAL SAMPLE

RIVNYÁK, ADRIENN – LÁNG, ANDRÁS – PÉLEY, BERNADETTE – NAGY, GÁBOR –
NAGY, EDE – BÓNA, ADRIEN – GOTH, KIRSTIN

Background and aims: Assessment of Identity Development in Adolescence (AIDA) is a self-report questionnaire in order to differentiate healthy identity development from normative identity crisis and from identity diffusion. Diffuse identity is a pervasive feature of personality disorders, thereby AIDA can be a useful indicator in early detection of personality disorders in adolescent. The aim of our study is the Hungarian cultural adaptation of AIDA and to examine its psychometric properties.

Method: The sample used for factor analysis consisted of 522 adolescents with an average age of 15.6 (SD=1.93). Validity tests were performed on a 366 sub-sample of the entire sample. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) and the Borderline Personality Features Scale-11 (BPFSC-11) were used for examine construct validity.

Results: Based on the confirmatory factor analysis, the factor structure of the Hungarian AIDA is consistent with the two scales and six subscales structure of the original instrument. The model-fit indices meet the scientific criteria. AIDA scales displayed moderate correlation with Emotional Symptoms, Behavior problems and Hyperactivity scale, while strong correlation was found with borderline traits. Based on the regression analysis, the AIDA Identity Diffusion total score has a high explanatory power on borderline traits.

Conclusion: Concerning our results we can assume AIDA-Hungary is a reliable and valid questionnaire, which has proven to be able to distinguish between normative and pathological identity crisis. Thereby it provides a new measurement for adolescents aged 12-18 years to assess identity development in terms of personality functioning and to identify problems of personality development.

Keywords: adolescence, identity development, identity diffusion, cultural adaptation

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)