

Mentalizáció és reziliencia összefüggései ADHD-s és tipikus fejlődésű gyermekek és serdülők körében

F Földi R, Németh Kata, Takács Szabolcs, Hadházi Éva, Törő Krisztina, Csikós Gábor, Kövesdi Andrea

Absztrakt

Az ADHD nemzetközileg is az egyik leggyakrabban diagnosztizált neuropszichiátriai rendellenesség gyermek- és serdülőkorban, amely befolyásolja az életminőséget és funkcióromlást idéz elő az egyén számára. Az ADHD-val küzdők, mintegy 20%-a mégis sikeresen boldogul az élet valamennyi területén. Ezzel kapcsolatban a vizsgálatunk fókuszában a sikeres alkalmazkodást segítő reziliencia, illetve a szociális nehézségekkel összefüggésbe hozott mentalizációs képesség áll.

A vizsgálat célja: az ADHD-s gyermekek és serdülők tüneteinek erőssége, mentalizációs képességei, és a lelki ellenálló képességük közötti összefüggések, valamint a tipikus fejlődésű csoport közötti eltérések megállapítása. A vizsgálatban a CD-RISK Reziliencia kérdőív,(Connor és Davidson, 2003; Járai és mtsai, 2015) Faux Pas hamisvélekedés teszt,(Faux Pas teszt Baron-Cohen és mtsai., 1999) a Conners Gyermekviselkedés -Szülői változat / Tanári változat (Conners és mtsai., 1998; Perczel-Forintos, 2018) valamint az SDQ kérdőív által mért változók közti kapcsolatot vizsgáltuk. (SDQ (Strength and Difficulties Questionnaire – Képességek és Nehézségek Kérdőív)

Módszerek: noninvazív keresztmetszeti vizsgálat 9-16 éves gyermekekből és serdülőkből álló 64 fős klinikai (32 fő ADHD) és nem klinikai (32 fő tipikus fejlődésű) mintán. Az ADHD tüneteinek erőssége szerint valamennyi felhasznált tesztben eltérést találtunk a tipikusan fejlődő és az ADHD csoport között. Az SDQ alsóskálái közül a hiperaktív, az érzelmi és a viselkedési problémák tüneteinek és a proszociális viselkedést jelző alsóskálák pontszáma korrelál a CD – RISK skálán mért összpontszámmal a tipikusan fejlődő csoportban, míg az ADHD-s csoportban a proszociális skála mutat összefüggést. A Faux Pas teszt esetében a történetmegértés dimenzió bizonyult szignifikánsan alacsonyabbnak az ADHD-sok körében. A Faux Pas „helyes azonosítása”, az „összpontszám” és a „történetmegértés” dimenzióiban mutat pozitív összefüggést a proszociális viselkedéssel az ADHD -s csoportban. Eredményeink alapján úgy látjuk, hogy a proszociális viselkedés olyan protektív faktorként lehet jelen, amely elősegíti a reziliencia magasabb szintű működését. A szakirodalom és vizsgálatunk alapján feltételezzük, hogy a reziliencia kapcsán a protektív faktor (protective factor) az egyén vagy a környezet olyan tulajdonsága, amely a veszélyeztető élethelyzetben a kedvező kimenetel létrejöttét jósolja be a rizikótényezők megjelenése közben is (Masten, 2001).

Kulcsszavak: ADHD, figyelemhiányos hiperaktivitás zavar, funkcióromlás, életminőség, reziliencia, szociális nehézségek, mentalizáció, CD – RISK, Faux Pas, SDQ, Conners Gyermekviselkedés Kérdőív

Bevezetés

Az ADHD (attention deficit hyperactivity disorder), figyelemhiányos hiperaktivitás zavar a viselkedés, a figyelem, a gondolkodás, valamint az érzelemszabályozás zavara, mely gyermek- és serdülőkorban az egyik leggyakrabban diagnosztizált neuropszichiátriai rendellenesség. (Csiky, 2015; Somogyi, Máté és Miklósi, 2015; Kooij és mtsai. 2019). A rendellenesség potenciálisan befolyásolja az érintettek iskolai teljesítményét, szociális alkalmazkodását, és későbbi életminőségét. A DSM-5 (Nussbaum, 2013) alapján a diagnózis felállításához szükséges, hogy a figyelemzavar, illetve a hiperaktivitás - impulzivitás tünetcsoportokon belül felsorolt tünetek közül legalább az egyikből 6 vagy több (17 éves kor fölött 5), legkevesebb hat hónapos időintervallumon keresztül, legalább kétféle élethelyzetben fennálljon.

Fókuszban a végrehajtó funkciók

A figyelem, végrehajtó működés és memória területén számos neuropszichológiai vizsgálat bizonyítja az ADHD-s gyerekeknél kimutatható deficiteket. Több kutatás a prefrontális lebeny működéséhez köthető végrehajtó funkciók sérülését hangsúlyozza, mint az ADHD egyik legfőbb kockázati tényezőjét. (Balázs, 2017.; Kooij és mtsai., 2019) A legújabb átfogó vizsgálatok eredménye szerint azonban ezek az agyi strukturális elváltozások gyermekek esetében a hangsúlyosabbak, míg felnőttkorra csak minimálisan mutathatók ki. (Kooij és mtsai, 2019) A végrehajtó működés elsősorban az önszabályozás, a viselkedéstervezés és szervezés, a célirányos gondolkodás, a célvezérelt mozgások végrehajtása, továbbá a válaszgátlás és a munkamemória zavara, a fókuszálás és a figyelem irányításának nehézségében nyilvánul meg. (Csiky, 2015; Kooij és mtsai., 2019, Somogyi, Máté és Miklósi, 2015, Földi-Ujlaky 2014). Ezek a deficitek azonban nem specifikusak, de a motivációs és aktivációs rendszer működési zavara, a megnövekedett jutalomérzékenység és a késleltetés, valamint az averzív visszajelzés feldolgozásának problémái miatt az önmotiválás, önmonitorozás is sérülhet. Összességében tehát befolyásolják a rugalmas alkalmazkodást. (Csiky, 2015; Sonuga – Barke, 2002 in: Somogyi, Máté és Miklósi, 2015).

Habár a legtöbb ADHD-val diagnosztizált gyermek különböző mértékű érzelmi, viselkedéses, társas vagy iskolai teljesítménybeli nehézségekkel küzd, mégis a vizsgálatok szerint a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral élők megközelítőleg 20 %-a jól alkalmazkodik, és az ADHD a tüneti megjelenés ellenére náluk nem jár funkcióromlással társas, érzelmi és iskolai teljesítmény terén. A másik 20 % kifejezetten rosszul, míg 60 % közepesen teljesít ezeken a területeken. (Regalla és mtsai., 2015) Többek között ez a jelenség szolgáltatja az alapot azoknak a vizsgálatoknak, melyek az ADHD és a reziliencia összefüggéseit kutatják. (Dvorsky & Langberg, 2016; Mackenzie, 2017; Regalla és mtsai., 2015; Schei és mtsai., 2018; Shi és mtsai., 2018)

ADHD és szociális nehézségek

Az ADHD -ban az életminőséget is befolyásoló, gyakran funkcióromlással járó egyik terület a társas kapcsolatokat érinti, mert a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral élő gyermekek az átlagosnál gyakrabban küzdenek problémákkal a kortárs kapcsolatokban, gyakran szenvednek elutasítást a társaiktól, vagy élnek meg szociális izolációt a mindennapokban (de Boo és Prins, 2007).

Több kutatás is meggyőző eredményekkel szolgál a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral küzdőket illetően a szociális kogníció területén. Az ADHD figyelemhiányos tünetei kapcsolatot mutatnak többek között az érzelem felismerés hiányosságaival; úgy tűnik, hogy mind a gyermekek, mind pedig a felnőttek esetében az érzelmefelismerés során a negatív érzelmek jelentik a legnagyobb akadályt a figyelemzavarral élők esetében (Perroud és mtsai., 2017). A terület kutatói szerint a figyelmi nehézségek szerepet játszhatnak az empátiás készséget érintő eltérésekben; a figyelem fenntartásának nehezítettsége az interakciók közben problémát okozhat mások érzéseinek megértésében és mások nézőpontjába való behelyezkedésben (Braaten és Rosen, 2000; Marton és mtsai., 2009; Perroud és mtsai., 2017).

Deschamps és munkatársai (2014) az empátiás készséget és az empátiához köthető proszociális viselkedést (pl. segítségnyújtás, osztozkodás, mások megvigasztalása) vizsgálták diszruptív viselkedészavar, illetve ADHD diagnózissal rendelkező gyerekeknél 6-7 éves korban. Azokra az ADHD-s gyermekekre, akik párhuzamosan diszruptív viselkedészavarral is rendelkeztek kevésbé volt jellemző az empátiához köthető proszociális viselkedés.

A szakirodalom alapján feltételezhető, hogy a hiányos empátia és a zavart szenvedő szociális kogníció, melyet az ADHD-val diagnosztizált személyeknél kimutattak, eredhetnek a figyelmi problémákon kívül a végrehajtó funkciók sérüléséből, valamint a mentalizációs képességek deficitjéből is. (Maoz és mtsai., 2017; Perroud és mtsai., 2017; Pineda-Alhucem és mtsai., 2018)

Mentalizáció

Fónagy és Target (1998) reflektív funkciónak nevezi az ember azon képességét, melynek segítségével, nem csak a másik személy felszíni viselkedésére tudunk reagálni, hanem saját magunknak a másik vélekedéseiről, érzéseiről, vágyairól vagy terveiről alkotott elképzeléseire is a mentális állapotok függvényében. A reflektív funkció egy olyan multidimenzionális fogalom, mely részben átfedésben van olyan szűkebben meghatározott szociális kognitív jelenségekkel, mint az empátia vagy a tudatelmélet (Theory of Mind). A reflektív funkció fogalma azonban interperszonális kontextusban igyekszik megragadni a saját magunkról és másokról való gondolkodás érzelmi és kognitív mivoltának összetettségét (Perroud és mtsai., 2017). Lényegében ezt a reflektív funkciót nevezi Fónagy és Target (1998) mentalizációs képességnek, amely lehetővé teszi az ember számára mások gondolatainak "olvasását", tudatállapotok megértését, amely segítségével más személyek viselkedése értelmezhetővé és értelmessé válik ezáltal elősegítve az adaptív magatartást az interperszonális helyzetekben. A mentalizációs képesség nagy szerepet játszik abban, hogy együttműködjünk másokkal vagy empaticizáljunk mások felé; hogy befolyásoljunk vagy félrevezessünk másokat, illetve, hogy mások testbeszédét értelmezzük, viselkedését pedig megjósolni tudjuk (Gál, 2015; Herold,

2004). A fogalom társas-kognitív képességként írható le; alapját képezi az érzelemszabályozásnak, az impulzuskontrollnak, és az önmonitorozásnak is. A szociális alkalmazkodás egyik kiemelkedően fontos képessége, melynek kialakulásában és fejlődésében nagy szerepet játszanak a korai szociális ingerek, interakciók (Fónagy és Target, 1998; Gál, 2015). Fónagy és Target (1998) elképzelése szerint a mentalizáció elsajátítása a csecsemő és gondozója közötti interszubjektív folyamat része, melynek során a gyermek vágyak és érzelmi állapotok tulajdonításával kezdi el értelmezni saját, illetve mások cselekedeteit. Szerintük a mentalizációs képesség fejlődésének egyik lehetséges mediátora a kortárs interakció. A kortársakkal történő interakciók növelik annak a lehetőségét, hogy a gyermeknek el kelljen képzelnie, szimulálnia kelljen, hogy mit gondolna, érezne, látna, ha ő lenne a másik helyzetében.

Az utóbbi évtizedekben végzett kutatások eredményei arra engednek következtetni, hogy a társas kapcsolatokban a magasabb szintű tudatelméleti működéssel/mentalizációs képességgel rendelkező gyerekek sikeresebbek, mint az alacsonyabb szintű mentalizációs képességgel rendelkező gyerekek. A kutatási eredmények azonban ellentmondásosak, a mérések alapján az együttes előfordulások összességében meglehetősen gyengén, vagy alig közepes erősséggel mutathatóak ki, az ok-okozati viszonyok pedig nem tisztázottak egyértelműen (Gál, 2015). Az iskolai zaklatásokkal kapcsolatos vizsgálatok eredményei például azt mutatják, hogy vannak, akik a jó tudatelméleti működést antiszociális célra használják, ami természetesen nem értékelhető sikeres társas működésnek (Slaughter és Repacholi, 2003; Sutton, 2003 in: Gál, 2015).

A vizsgálatok közül kiemelhető Banerjee és Watling (2005) egy longitudinális kutatása, melynek keretein belül a társas baklövést mérő Faux Pas teszttel vizsgálták a gyermekek tudatelméleti működését a teszten elért teljesítményt a gyermek szociometriai helyzetével összefüggésbe állítva egy 308 fős mintában. A kapott eredmények azt mutatták, hogy azok a gyerekek, akik több negatív szociometriai jelölést kaptak a társaiktól, a Faux Pas teszten is alacsonyabb teljesítményt értek el. Azt találták, hogy az erősen negatív szociális kapcsolatok jelenléte sokkal inkább bejósolja a Faux Pas helyzetben fellépő nehézségeket, mint az erősen pozitív kapcsolatok hiánya. Az összefüggések erőteljesebben mutatkoztak meg az idősebb, 8-9 éves korosztályban, míg az 5-6 éves gyermekek esetében ez nem volt megfigyelhető, hiszen a Faux Pas megértés ebben a korban még nem elvárható. A szerzők, 2011-es munkája, a gyermekek 24 hónapos utánkövetéses vizsgálatát mutatta be, melyben szintén a Faux Pas teszten nyújtott teljesítmény került összehasonlításra a gyermekek szociometrián mért társak általi elutasítottságának mértékével. A Faux Pas teljesítmény átlaga egyenletes növekedést mutatott az életkorral arányosan. Eszerint a 7 éves kori, társak általi elutasítás sikeresen bejósolja az alacsonyabb szintű Faux Pas megértést 8 éves korban. Ugyanilyen jellegű korrelációt találtak a 9 éves kori elutasítottság és a 10 éves kori Faux Pas megértés között. Ezen felül a 9 évesen mért magasabb szintű Faux Pas megértés összefüggést mutatott a 10 éves korban mért társak általi elfogadottsággal. A 10 éves korban mért alacsonyabb szintű Faux Pas megértés sikeresen bejósolta a 11 éves kori elutasítottságot a szociometriai mérésben. Az eredmények jól mutatják, hogy a társak általi elutasítás visszaveti a Faux Pas sikeres megértésének tanulási folyamatát

egy olyan életkorban, amikor ez a megértés tipikusan növekedő tendenciát kellene, hogy mutasson. (Banerjee, és mtsai., 2011)

Mentalizáció és ADHD

Szakirodalmak alapján feltételezhető, hogy a hiperaktivitáshoz a mentalizációs folyamatok alacsonyabb szintje társul, mely hatással lehet többek között a társas alkalmazkodásra is (Földi és mtsai., 2016). A mentalizációval kapcsolatos vizsgálatok az autizmus spektrumzavarral élők esetében mutatták ki először a mentalizációs képesség sérülését és a társas kapcsolatokkal való összefüggését. (Banerjee és mtsai., 2005) A további kutatások mentalizációs deficitet mutattak ki többek között a Williams -szindróma, a bipoláris affektív zavar, az antiszociális-, és borderline személyiségzavarok, bizonyos demenciák, valamint az ADHD esetében is (Herold, 2004).

Fónagy és Target (1998) szerint olyan biológiai alapú sérülések, mint a hiperaktivitás, a figyelmi problémák, az alacsony impulzuskontroll, valószínűleg akadályozzák, hogy a gyermek mentalizáló reflektív modellt alakítson ki valamilyen konfliktushoz kötődő társas helyzetben. Szerintük ez lehet az oka annak is, hogy az agresszív viselkedéses problémák gyakran járnak együtt hiperaktivitással vagy figyelemi nehézségekkel.

Perroud és munkatársai (2017) figyelemhiányos hiperaktivitás zavar diagnózissal rendelkező felnőttek esetében vizsgálták a mentalizációs képességeket összehasonlítva sine morbo, illetve borderline személyiségzavaros kontrollcsoportokkal. Vizsgálatukban Reflective Function Questionnaire (RFQ) kérdőívet használtak. 101 ADHD-s vizsgálati személy (41 nő, 60 férfi) vett részt a kutatásban. Eredményeik azt mutatják, hogy az ADHD-val küzdő vizsgálati személyek mentalizációs kérdőívben elért pontszámai a sine morbo és a borderline személyiségzavaros kontrollcsoportok között helyezkednek el. Az ADHD tünetek súlyosságával negatívan korreláltak a pontszámok, valamint az ADHD-s vizsgálati személyek csoportjában az impulzivitást és az indulatkezelés nehézségeit mutató vizsgálati személyek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el. Végül pedig arra jutottak, hogy mások megértése során a másik személy mentális állapotáról való meggyőződés vagy bizonytalanság alapján szignifikánsan elkülöníthető az ADHD-s csoport a másik két kontrollcsoporttól. A kutatók arra következtetnek, hogy az eredmények azt sugallják, hogy az ADHD-s vizsgálati személyek nem gondolkodnak a saját vagy mások mentális állapotáról olyan gyakran, amikor megpróbálják megérteni azokat.

Pineda-Alhucema és munkatársai (2018) szisztematikus áttekintő tanulmányában azoknak a kutatásoknak az eredményeit dolgozta fel, mely ADHD-s gyermekek végrehajtó funkcióinak és tudatelméleti képességeinek/mentalizációjának összefüggéseit vizsgálták a szociális funkcióromlás tükrében. Nyolcból csupán két vizsgálat nem mutatott ki szignifikáns összefüggéseket. A tudatelméleti/mentalizációs képességek ADHD esetén összefüggést mutattak a végrehajtó funkciók közül a gátlási funkciókkal, a munkamemóriával és a kognitív rugalmassággal. A szerzők szerint a gátlási funkciók megfelelő működése elengedhetetlen az olyan kognitív és érzelmi folyamatok kezeléséhez, melyek szerepet játszanak abban, hogy az ember a tervezést, döntéshozatalt, problémamegoldást, önkontrollt és érzelmszabályozást

igénylő helyzetekben megfelelően tudjon reagálni. Több vizsgálatban a figyelem is összefüggést mutatott a tudatelméleti működéssel. Összességében azonban az áttekintett vizsgálatok a végrehajtó funkciók és a tudatelméleti működés egyértelmű kapcsolata ellenére is csak gyenge vagy közepes erősségű összefüggéseket mutattak ki a szociális nehézségek függvényében vizsgálva a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral élőket.

Korábbi kutatásunkban (Földi és munkatársai, 2016) ADHD-s gyermekek végrehajtó funkcióinak és mentalizációs képességének összefüggéseit vizsgáltuk. A vizsgálat kiinduló gondolata volt, hogy minél súlyosabbak a hiperaktivitáshoz kapcsolódó tünetek (figyelemzavar, impulzivitás), minél inkább detektálja ezeket a tüneteket a gyermek környezete, annál inkább mutatkozik deficit a gyermek mentalizációs folyamataiban. A vizsgálatban $n=31$ hiperaktivitással diagnosztizált 12-17 éves korú gyermek, valamint hasonló létszámú és életkorú kontroll csoportba tartozó tipikus fejlődésű gyermek vett részt. A két csoport átlagainak összehasonlítását követően szignifikáns eredményeket kapunk az SDQ teszt kortárs kapcsolatokat tesztelő alsóskálájának átlagaiban, míg a Faux Pas teszt történetmegértési rész átlagainak összehasonlításában tendencia szintű eltérés mutatkozott. A kontroll csoport kevésbé volt hajlamos elkövetni az úgynevezett társas baklövést.

Obioha és munkatársai (2017) New York és környékén végzett kutatásukban többek között szintén ADHD-val küzdő gyermekek és serdülők mentalizációs képességeit vizsgálták Baron – Cohen módosított Faux Pas tesztjének segítségével. Az ADHD diagnózissal rendelkező gyermekek szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a Faux Pas tesztben. Az életkor tekintetében a 7-8 évesek szignifikánsan alacsonyabban teljesítettek a Faux Pas felismerés tekintetében.

Mentalizáció és reziliencia

Annak ellenére, hogy az eddigiekből láthatjuk a mentalizáció és a reziliencia fogalmainak vannak egymást átfedő területei, a szakirodalomban igen kevés információt találunk a tudatelméleti működés és a reziliencia esetleges összefüggéseiről. Fónagy és munkatársai (1994) tanulmányukban leírják, hogy az extrém veszélyeztető tapasztalatok gátló hatással lehetnek a reflektív funkció működésére, így a személy minden olyan interakcióban sebezhetővé válik, ami a másik vagy a saját mentális állapotainak megítélését megkívánja. A magasfokú mentalizációs képességekkel rendelkező személyek így feltételezhetően reziliensebbek a stresszes körülményekkel szemben (Fónagy és Bateman, 2016). A mentalizáció és a reziliencia összefüggéseire azonban empirikus eredményt nem találtunk a szakirodalom áttekintése során.

A vizsgálat célja

A kutatás a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet Fejlődéslélektani Kutatócsoport (Reziliens Fejlődés - Pozitív Kutatócsoportot) beavatkozással nem járó ETT TUKEB engedéllyel rendelkező, (engedély száma: 19024-2/2019/EKU) munkája.

A vizsgálat célja, hogy az ADHD-s gyermekek és serdülők kortárs kapcsolataiban szerepet játszó tényezőket a kontroll csoporttal összevetve vizsgálja, és ennek alapján az adaptív környezeti alkalmazkodást segítő lehetőségeket állítsa a középpontba.

Minta

A vizsgálatban 9-16 éves ADHD diagnózissal rendelkező gyermekek, valamint a kontroll csoport vett részt, amelyet hasonló életkorú tipikus fejlődésű, sine morbo gyermekek és serdülők képeztek. A teszteket a vizsgálati csoport, és a kontroll csoport esetében is az intézményvezetők hozzájárulásával, és a szülők írásbeli beleegyező nyilatkozata alapján személyes tesztfelvétel módszerével vettük fel.

Az ADHD-s csoport tagjai az iskolában megtalálható pszichológiai anyaguk alapján, célzottan, diagnózis szerint lettek kiválasztva az intézmény szakmai segítségével. A kontroll csoport kialakítása az ADHD-s csoport létszámához igazítva bármely pszichiátria diagnózis kizárásával történt. A kutatásban összesen 83 vizsgálati személy, 41 ADHD diagnózissal rendelkező, valamint 42 tipikus fejlődésű mutató gyermek és serdülő vett részt, ami az adatok tisztítása után, - részlegesen hiányzó adatok miatt, - a következőképpen alakult:

ADHD-s csoport n=32 (8 lány, 27 fiú, átlag életkor:12,8 év,a minta tisztítása során 3 fő adatai hiányosnak bizonyultak,

Tipikus fejlődésű kontroll csoport: n=32 (14 lány, 21 fiú, átlagéletkor:12,91) fő, a hiányos adatokat nem vettük a mintába)

Hipotézisek

1. Az ADHD –val diagnosztizált gyermekek és serdülők a reziliencia (CD – RISK) teszt összpontszámában alacsonyabb pontszámot érnek el, mint a kontroll csoport. (Dvorsky & Langberg, 2016; Mackenzie, 2017; Regalla és mtsai., 2015; Shi és mtsai., 2018).
2. Conners Gyermekviselkedés Kérdőív az ADHD externalizációs tüneteinek súlyossága alapján az Oppozíciós, Kognitív, alszálákban feltételezünk jelentős eltérést, melyek a szociális helyzeteket és interakciókat befolyásolják, ami hatással van a kortárskapcsolatok alakulására. (Braaten és Rosen, 2000; Marton és mtsai., 2009; Perroud és mtsai., 2017).
3. Összefüggést feltételezünk az SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alszálákban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok és a reziliencia mértéke között. (Dvorsky & Langberg, 2016).
4. Szignifikánsan alacsonyabban teljesítenek az ADHD – val küzdő személyek a tipikus fejlődésűekkel rendelkezőkhöz képest a mentalizációt mutató Faux Pas- tesztben,

elsősorban a társas helyzetek (történetmegértés) megértésében. (Földi és mtsai., 2016; Perroud és mtsai., 2017; Pineda-Alhucema és mtsai., 2018; Obioha és mtsai., 2017)

5. Összefüggés feltételezünk az SDQ Kortárs kapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alskáláiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok, illetve a mentalizációt mérő Faux Pas történetmegértés szintje között. (Banerjee és Watling, 2005; Banerjee, és mtsai, 2011).

Mérőeszközök

- **Conners Gyermekviselkedés Kérdőív** tanári, illetve szülői változata, (Conners és mtsai. 1998; Perczel-Forintos, 2018) A szakemberek által évtizedek óta széles körben használt skála szülői, illetve tanári verziója viselkedéses jellemzőket leíró itemekből áll. (externalizációs tünetek) Ezek segítségével a szülő, illetve a gyermeket régóta tanító pedagógus egy 4 – fokú skálán jelöli a viselkedéses jellemzőket.(Benyák, 2007). A tanári változat használata kiemelkedően fontos a klinikumban abból a szempontból, hogy a figyelemhiányos hiperaktivitás zavar diagnosztikus kritériumainak megfelelően mérhető információ szülessen arról, hogy a tünetek az iskolában is megjelennek. A kérdőív Oppozíciós, Kognitív, Hiperaktív alskálákkal, valamint egy alskálának nem minősülő ADHD -indexxel rendelkezik (Conners és mtsai. 1998).
- **SDQ** (Strengths and Difficulties Questionnaire – Képességek és Nehézségek Kérdőív) önkitöltős változata. A szülők, gyermekek, valamint pedagógusok által egyaránt kitölthető rövid Képességek és Nehézségek Kérdőívet a gyermekkori viselkedési problémák és pszichés zavarok felmérésére, valamint szűrésére, használják a világ több országában a klinikai kivizsgálás részeként, terápiák hatásvizsgálata esetén, illetve kutatási eszközként. A Goodman (1997) által megalkotott kérdőív 4 éves kortól a szülői és a pedagógus által is kitölthető változata alkalmazható, 11 éves kortól pedig ezeken felül önkitöltős formában is használható. Az SDQ abban különbözik a többi hasonló mérőeszköztől, hogy a gyermekek erősségeit, képességeit és proszociális viselkedését mérő alskálákban és a többi tétel jó részének pozitív megfogalmazása által figyelembe véve ad képet a gyermek viselkedéséről és esetleges nehézségeiről,a tételket egy 3-fokú skálán jelölve. (Turi és mtsai., 2014 A kérdőív tartalmaz egy Összesített Probléma skálát, valamint Érzelmi Tünetek, Viselkedéses Problémák, Hiperaktivitás, Kortárskapcsolati Problémák és Proszociális Skála alskálákat (Turi és mtsai., 2014).
- **CD-RISK 10 tételes Reziliencia kérdőív** a lelki ellenállóképesség mérésére használt, eredetileg 25 itemes Connor és Davidson által kifejlesztett mérőeszköz. A szerzők eredményei azonban számos módszertani kérdést felvetve további vizsgálatokra adtak indokot, mely vizsgálat esetében már egy 10 itemes kérdéssorral dolgoztak a szerzők, ami az eredmények alapján stabilabb pszichometriai tulajdonságokkal rendelkezik (Járai és mtsai, 2015; Kövesdi, 2018). A magyar CD – RISK az eredeti angol nyelvű kérdőív 25 itemes változatát használta a tesztbe bekerülő 10 item kiválasztásához, az így kapott kérdőív pedig megfelelő pszichometriai tulajdonságokkal, magas szintű reliabilitással és validitással bír az eredmények szerint; így alkalmas és megbízható

eszköz a reziliencia mérésére. A vizsgálati személyeknek egy 5 fokú skálán kell értékelniük az állítások jellemző mértékét (0 – egyáltalán nem igaz, 1 – ritkán igaz, 2 – néha igaz, 3 – gyakran igaz, 4 – szinte mindig igaz) (Járai és mtsai, 2015).

- **Faux Pas (Baron-Cohen és mtsai., 1999)** A Faux Pas teszt a hamis vélekedés jelenségének felmérésén alapuló tudatelméleti mérőeszköz, mely rendelkezik gyermek, illetve felnőtt verzióval is (Baron-Cohen és mtsai., 1999). A teszt alkalmas az explicit, verbalizált tudatelméleti működés/mentalizáció vizsgálatára az iskoláskorú populációban; egyaránt méri a kognitív, valamint az affektív mentális állapotok megértését (Gál, 2015). A tesztben a „Faux Pas”, egy társas szituációban történő elszólás helyes felismerése a cél rövid történetek meghallgatása során. Az 5 „társas baklövés” felismerésre irányuló történet mellett a teszt tartalmaz 5 kontroll történetet, mely esetekben a feladat a „Faux Pas” helyes elutasítása nem tartalmaz „társas baklövést.” A „társas baklövés” megértésekor a vizsgálati személynek fel kell ismernie, hogy a két szereplő tudása között különbség van (kognitív), valamint fel kell ismernie azt is, hogy az elszólást negatív érzelem követte (affektív). A „Faux Pas” felismerése a tipikus fejlődés során 9–11 éves korra alakul ki. (Stone, Baron-Cohen és Knight, 1998; Baron-Cohen és mtsai, 1999 in: Gál, 2015)

5. Eredmények

A statisztikai próbákat ROPstat programcsomaggal végeztük. A ROPstat olyan statisztikai programcsomag, amely a standard egyváltozós módszerek teljes repertoárja mellett gazdag választékát nyújtja a robusztus technikáknak és az ordinális skálájú változókkal végezhető elemzéseknek. A ROPstat megkülönböztetett figyelmet szentel a mintázatfeltáró eljárásoknak is. (A ROPstat szerzői: Prof. Dr. Vargha András, Bánsági Péter Konzultáns: Prof. Dr. Lars R. Bergman, Stockholm University)

5.1 Connor – Davidson Reziliencia Kérdőív (CD – RISK)

Független minták kétszemponos összehasonlítása NEM és a fejlődési kategóriák szerint.

n=64

Mintaelemszámok táblázata

| Index | NEM csoport | 'DIAG' szerinti csoportok | | |
|-------|-------------|---------------------------|------|----------|
| | | normál fej | ADHD | ÖSSZESEN |
| 1 | fiú | 11 | 8 | 19 |
| 2 | lány | 21 | 24 | 45 |
| | ÖSSZES | 32 | 32 | 64 |

MINTAÁTLAGOK TÁBLÁZATA (CD – RISK)

| Index | NEM | tipikus fej | ADHD | ÁTLAG |
|-------|--------|-------------|-------|-------|
| 1 | fiú | 28,55 | 24,5 | 26,52 |
| 2 | lány | 24,57 | 23,29 | 23,93 |
| | ÁTLAG: | 26,56 | 23,9 | |

Varianciaanalízis összefoglaló táblázata (súlyozatlan átlagok módszere)

| Szóródás foka | | Szórásnégyzet | F | p-érték | Omega2 | Eta2_parc |
|---------------|----|---------------|-------|---------|--------|-----------|
| NEM | 1 | 87,999 | 1,697 | 0,198 | 0,011 | 0,028 |
| DIAG | 1 | 92,917 | 1,792 | 0,186 | 0,012 | 0,029 |
| NEM x Diag | 1 | 25,063 | 0,483 | 0,49 | 0 | 0,008 |
| Hibatag | 60 | 51,847 | | | | |

NEM és a fejlődési kategóriák szerint a tipikus fejlődésű csoportok átlaga fiú 28,55, lány 24,57. Az ADHD csoportok átlaga: fiú 24,5, lány 23,29 eltérést mutatnak ugyan, a tipikus fejlődésű csoporthoz képest, de az eltérés nem szignifikáns a csoportok között.

5.2 Eredmények **Conners Gyermekviselkedés Kérdőív**

5.2.1 Conners oppozíció alszála

MINTAÁTLAGOK TÁBLÁZATA (Con_op)

| Index | NEM | Normál fej | ADHD | ÁTLAG |
|-------|--------|------------|-------|-------|
| 1 | fiú | 3,636 | 5,125 | 4,381 |
| 2 | lány | 2 | 10,63 | 6,313 |
| | ÁTLAG: | 2,818 | 7,875 | |

MINTASZÓRÁSOK TÁBLÁZATA

(Con_op)

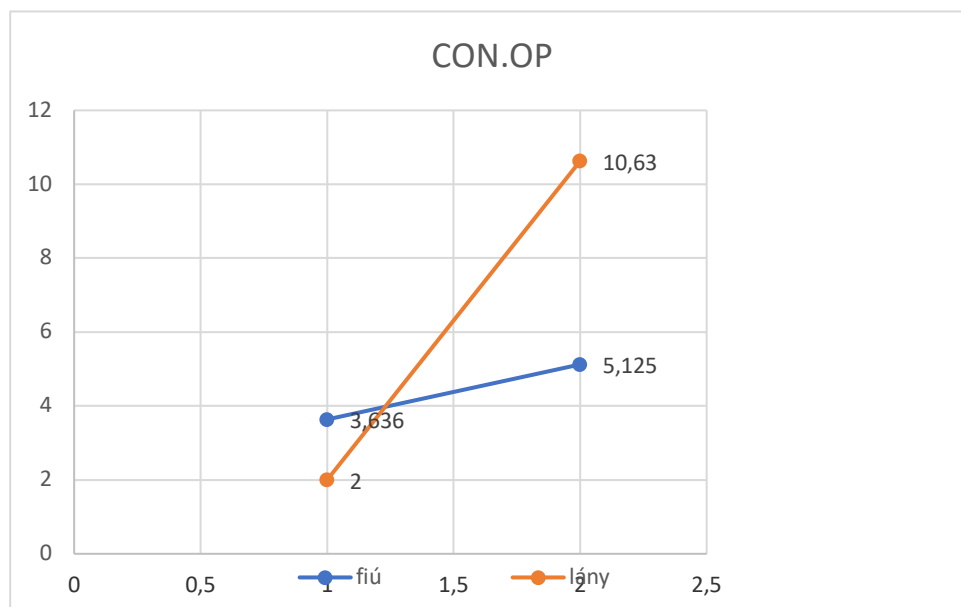
| 'DIAG' szerinti csoportok | | | |
|---------------------------|------|------------|-------|
| Index | NEM | Normál fej | ADHD |
| 1 | fiú | 3,749 | 3,834 |
| 2 | lány | 2,966 | 4,179 |

Szóródás

| foka | | Szórásnégyzet | F | p-érték | Omega2 | Eta2_parc |
|------|---|---------------|--------|----------|--------|-----------|
| NEM | 1 | 48,912 | 3,574 | 0,064+ | 0,025 | 0,056 |
| DIAG | 1 | 335,149 | 24,492 | 0,000*** | 0,232 | 0,29 |

| | | | | | | |
|-------|---|---------|--------|----------|-------|-------|
| NEM x | | | | | | |
| Diag | 1 | 166,869 | 12,194 | 0,001*** | 0,111 | 0,169 |

Mind a nem szerint ($F(1,60)=3,574$, $p=0,064$), mind a diagnózis ($F(1,60)=24,492$, $p<0,001$) szerint legalább tendencia szintű az eltérés, illetve szignifikáns az interakció ($F(1,60)=12,194$, $p<0,001$).



Robosztus kétszemponos variancianalízis (Connors oppozíció)

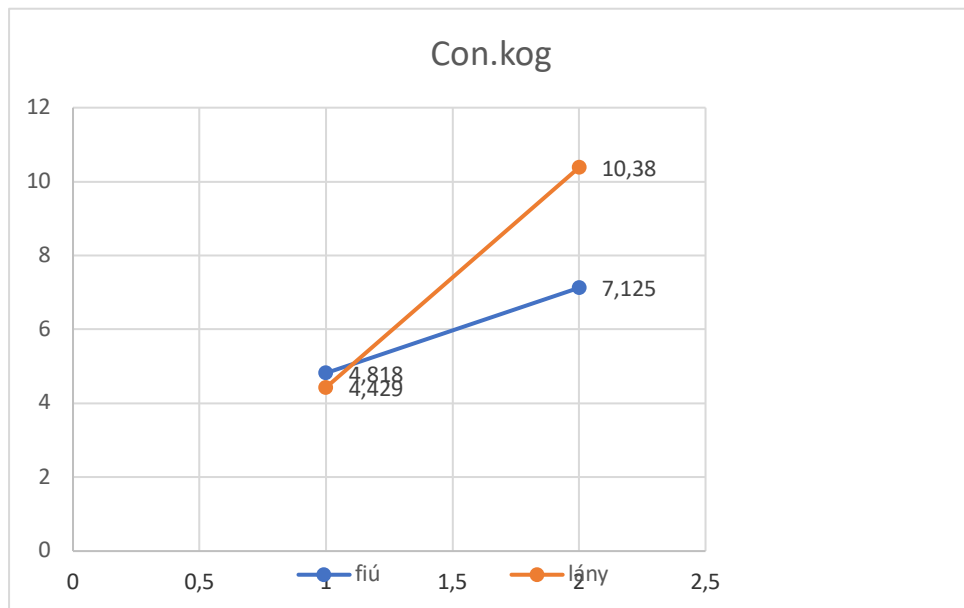
Welch-próba a NEM csoportthatás tesztelésére: $F(1; 26,8) = 3,503$ ($p = 0,0722$)+

Welch-próba a DIAG csoportthatás tesztelésére: $F(1; 26,8) = 24,003$ ($p = 0,0000$)***

Johansen-próba a NEM x DIAG interakció tesztelésére: $\text{Khi}2(1) = 10,540$ ($p = 0,0012$)**

5.2.2 Connors kognitív alszála

| Index | NEM | 'DIAG' szerinti csoportok | | |
|-------|--------|---------------------------|-------|-------|
| | | Normál fej | ADHD | ÁTLAG |
| 1 | fiú | 4,818 | 7,125 | 5,972 |
| 2 | lány | 4,429 | 10,38 | 7,402 |
| | ÁTLAG: | 4,623 | 8,75 | |

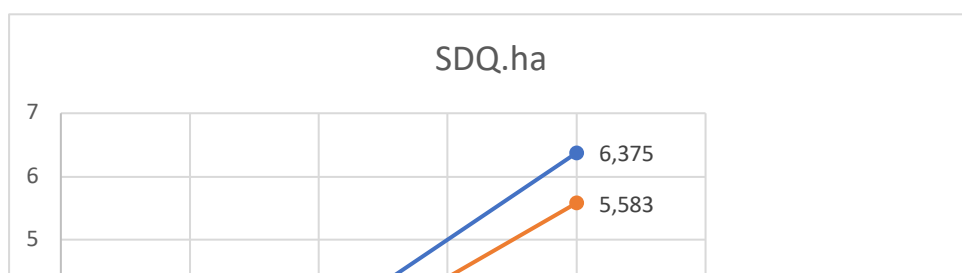


Diagnózis szerint szignifikáns eltérés van a Conners kognitív alszámban a csoportok között..(F(1,60)=11,279, p=0,001), a normál átlag 4,623, ADHD átlag 8,75.

5.3.1 SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire – Képességek és Nehézségek Kérdőív, a hiperaktivitás alszámba)

| Index | NEM | Normál fej | ADHD | ÁTLAG |
|--------|------|------------|-------|-------|
| 1 | fiú | 3,636 | 6,375 | 5,006 |
| 2 | lány | 3,238 | 5,583 | 4,411 |
| ÁTLAG: | | 3,437 | 5,979 | |

| Szóródás oka | f | Szórásnégyzet | F | p-érték | Omega2 | Eta2_parc |
|--------------|----|---------------|--------|----------|--------|-----------|
| NEM | 1 | 4,639 | 0,928 | 0,339 | 0 | 0,015 |
| DIAG | 1 | 84,686 | 16,934 | 0,000*** | 0,202 | 0,22 |
| NEM x | | | | | | |
| Diag | 1 | 0,507 | 0,101 | 0,751 | 0 | 0,002 |
| Hibatag | 60 | 5,001 | | | | |



Diagnózis szerint szignifikáns eltérés mutatható ki a vizsgálati és kontroll csoportok között. ($F(1,60)=16,934$, $p<0,001$), a normál átlag 3,437, ADHD átlag 5,979.

5.3.2 SDQ kortárs kapcsolatok alskála

MINTAÁTLAGOK TÁBLÁZATA (Sdq_kt)

| Index | NEM | Normál | | ÁTLAG |
|--------|------|--------|-------|-------|
| | | fej | ADHD | |
| 1 | fiú | 2,364 | 4,125 | 3,244 |
| 2 | lány | 2,619 | 2,958 | 2,789 |
| ÁTLAG: | | 2,491 | 3,542 | |

Diagnózis szerint szignifikáns eltérés van a tipikus és ADHD csoport között. ($F(1,60)=5,005$, $p=0,029$), a normál átlag 2,491, ADHD átlag 3,542.



5.3.3 A reziliencia csoportonkénti vizsgálata az SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála összefüggésében: SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alskáláiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok és a reziliencia mértéke között (Dvorsky & Langberg, 2016).

– Csoportonkénti Pearson-féle korrelációs együtthatók a reziliencia és a társas összefüggések kapcsán

| | A reziliencia pontszámainak az SDQ Kortárskapcsolati Problémák alskálájával való korelációja | A reziliencia pontszámainak az SDQ Proszociális Skála alskálájával való korelációja |
|----------------------------------|---|--|
| ADHD-s csoport | r = -0,090 p = 0,6229 | r = 0,452** p = 0,0094 |
| Tipikusan fejlődő csoport | r = -0,136 p = 0,4574 | r = 0,468** p=0,0070 |

Szignifikáns korreláció csak a proszociális viselkedés kapcsán igazolódik, mégpedig pozitív összefüggés formájában, mely arra enged következtetni, hogy minél jellemzőbb a proszociális viselkedés annál magasabb a reziliencia mértéke, és fordítva. A kapott eredmény a szakirodalmi adatoknak megfelelően részben alátámasztja a hipotézist.

5.4 Mentalizáció csoportonkénti összehasonlítása

Faux Pas teszt: szignifikánsan alacsonyabban teljesítenek az ADHD diagnózissal bíró gyerekek a tipikus fejlődésmenettel rendelkezőkhöz képest.

Faux Pas teszt mutatók csoportonkénti leíró statisztikája

| Változó | Tipikus fejlődésű csoport | | ADHD-s csoport | |
|--|---------------------------|--------|----------------|--------|
| | Átlag | Szórás | Átlag | Szórás |
| Faux Pas helyes azonosítás pontszám | 4,250 | 1,078 | 3,937 | 1,343 |
| Faux Pas helyes eluatsítás pontszám | 4,500 | 0,916 | 4,063 | 1,190 |
| Faux Pas összpontszám | 8,750 | 1,191 | 8,000 | 2,125 |
| Faux Pas történetmegértés pontszám | 9,500 | 1,016 | 8,781 | 1,039 |

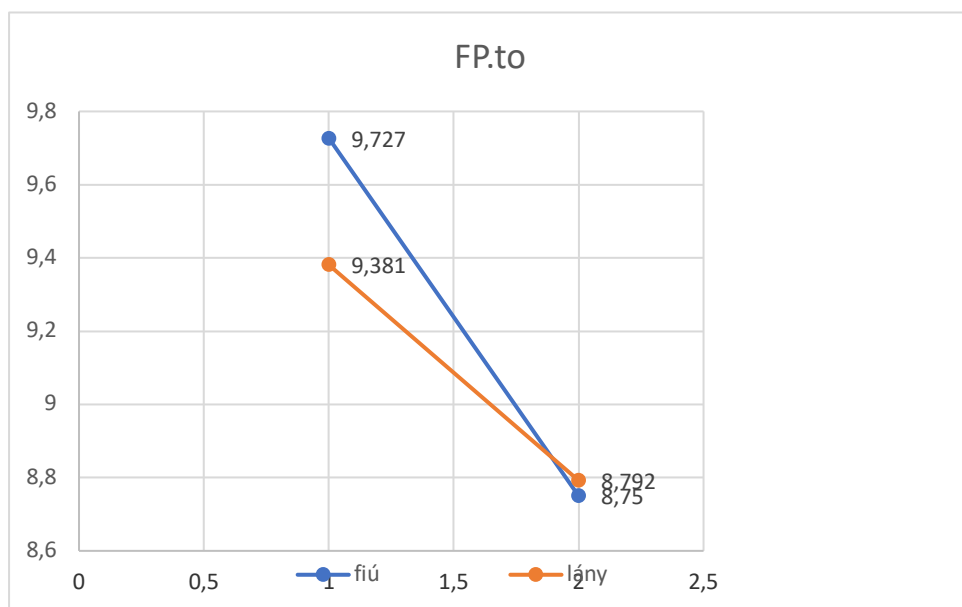
Az ADHD-s csoport minden tekintetben alacsonyabb pontszámokat ért el, mint a tipikus fejlődésű csoport, de az átlagonkénti összehasonlítás szignifikáns különbséget egyedül a történetmegértés pontszám esetében mutat. A tipikus fejlődésű csoportban a normalitás sérülése miatt (ferdeség: $-3,150^{***}$ és csúcsosság: $12,193^{***}$ alapján) sztochasztikus egyenlőséget teszteltem **Mann – Whitney próba** alkalmazásával (a szóráshomogenitás az O'Brien - próba: $F(1; 62,0) = 0,715$ ($p = 0,4011$) és a Levene – próba: $F(1; 62,0) = 0,066$ ($p = 0,7977$) alapján nem sérül). A Mann – Whitney próba alapján a történetmegértési feladatban megfigyelhető különbség **szignifikáns ($Z = 3,339$ ($p = 0,001$)^{***})**, mely eredmény a hipotézist részben igazolva Földi és mtsai. (2016) vizsgálatát erősíti meg.

Faux Pas Történetmegértés

| Index | NEM | Normál fej | ADHD | ÁTLAG |
|-------|--------|------------|-------|-------|
| 1 | fiú | 9,727 | 8,75 | 9,239 |
| 2 | lány | 9,381 | 8,792 | 9,086 |
| | ÁTLAG: | 9,554 | 8,771 | |

Varianciaanalízis összefoglaló táblázata (súlyozatlan átlagok módszere)

| Szóródás oka | f | Szórásnégyzet | F | p-érték | Omega2 | Eta2_pars |
|--------------|----|---------------|-------|---------|--------|-----------|
| NEM | 1 | 0,304 | 0,282 | 0,597 | 0 | 0,005 |
| DIAG | 1 | 8,041 | 7,469 | 0,008** | 0,093 | 0,111 |
| NEM x Diag | 1 | 0,493 | 0,458 | 0,501 | 0 | 0,008 |
| Hibatag | 60 | 1,077 | | | | |



Diagnózis szerint szignifikáns eltérés van a történetmegértés alskálában a tipikus és az ADHD csoport között. ($F(1,60)=7,469$, $p=0,008$), a normál átlag 9,554, ADHD átlag 8,771.

5.5 Összefüggést feltételezünk az SDQ Kortárs kapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alskáláiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok, illetve a mentalizációt mérő Faux Pas történetmegértés szintje között. (Banerjee és Watling, 2005; Banerjee, és mtsai, 2011).

A csoportonkénti korrelációs vizsgálat az SDQ hipotézisben megfogalmazott két alskálájának pontszámait (kortárs kapcsolati, proszociális skálák) és Faux Pas teszt mentalizációt mérő szubteszt (faux pas helyes azonosítás, faux pas helyes elutasítás, faux pas összpontszám, valamint a történetmegértés) pontszámait alapján az alábbi táblázatokon látható.

Pearson-féle korrelációs együtthatók a mentalizáció és társas összefüggések kapcsán az ADHD-s csoportban

| | ADH-s csoport | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------------------|
| | Faux Pas helyes azonosítás | Faux Pas helyes elutasítás | Faux Pas összpontszám | Faux Pas történetmegértés |
| | | | | |

| | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| SDQ Kortárs - kapcsolati Problémák | r = -0,104 p = 0,5713 | r = -0,153 p = 0,4020 | r = -0,152 p = 0,4078 | r = -0,274 p = 0,1295 |
| SDQ Proszociális Skála | r = 0,446* p = 0,0105 | r = 0,278 p = 0,1233 | r = 0,437* p = 0,0123 | r = 0,394* p = 0,0256 |

Pearson-féle korrelációs együtthatók a mentalizáció és társas összefüggések kapcsán a tipikus fejlődésű csoportban

| | Tipikus fejlődésű csoport | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| | Faux Pas helyes azonosítás | Faux Pas helyes elutasítás | Faux Pas összpontszám | Faux Pas történetmegértés |
| SDQ Kortárs - kapcsolati Problémák | r = 0,201 p = 0,2704 | r = 0,028 p = 0,8799 | r = 0,203 p = ,2651 | r = 0,125 p = 0,4944 |
| SDQ Proszociális Skála | r = -0,175 p = 0,3390 | r = -0,064 p = 0,7281 | r = -0,207 p = 0,2553 | r = -0,206 p = 0,2583 |

A mentalizáció kapcsán szignifikáns korreláció csak az ADHD -s csoportban mutatható ki, a proszociális viselkedésre vonatkozóan.. Az összefüggés pozitív irányú, tehát minél magasabb a Proszociális Skálán elért pontszám az ADHD-val küzdő személyeknél, annál jobban teljesít a társas baklövés helyes azonosításában, az összpontszámot tekintve, illetve a Faux Pas történetmegértés dimenziójában, és fordítva; a hipotézis tehát beigazolódott.

Eredmények összefoglalása

A vizsgálatunk célja, hogy az ADHD-s gyermekek és serdülők kortárs kapcsolataiban szerepet játszó tényezőket a kontroll csoporttal összevetve vizsgálja, és ennek alapján az adaptív környezeti alkalmazkodást segítő lehetőségeket állítsa a középpontba.

1. A reziliencia mértéke a vizsgálati mintában ugyan alacsonyabbnak bizonyult az ADHD-val küzdők körében, de szignifikáns összefüggés nem volt kimutatható a tipikus fejlődésű és az ADHD-val diagnosztizált csoport között.
2. A **Connors Gyermekviselkedés Kérdőív** tanári, illetve szülői változatának eredményei azt igazolják, hogy a tünetek erőssége,- különös tekintettel az externalizációs tüneteket jelző oppozíció és a szociális kogníció tekintetében- szignifikáns kapcsolat van az ADHD-s és a kontroll csoport között, mely előrevetíti, az ADHD esetén a korábbi kutatásokkal megegyezően a kortárs kapcsolati nehézségeket.
3. Az eredmények szerint az SDQ alszámai közül a hiperaktív, és a kortárs kapcsolatok alszámaiban mutatható ki szignifikáns különbség. A reziliencia csoportonkénti vizsgálata során az SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála összefüggésében találhatunk kapcsolatot. SDQ Kortárskapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alszámaiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok és a reziliencia mértéke közötti összefüggés csak a proszociális viselkedés kapcsán igazolódik. Mégpedig pozitív összefüggés formájában, mely arra enged következtetni, hogy minél jellemzőbb a proszociális viselkedés, annál magasabb a reziliencia mértéke, és fordítva
4. A mentalizáció (Faux Pas) csoportonkénti összehasonlítása azt jelzi, hogy alacsonyabban teljesítenek az ADHD diagnózissal bíró gyerekek a kontroll csoporthoz képest, és a diagnózis szerint szignifikáns eltérés van a történetmegértés alszámaiban a tipikus és az ADHD csoport között. A mentalizációs képességet mérő Faux Pas teszt mutatói közül csak a történetmegértés dimenzió bizonyult szignifikánsan alacsonyabbnak az ADHD-sok körében a tipikus fejlődésű csoporthoz képest. A Faux Pas teszt a helyes azonosítás, az összpontszám és a történetmegértés dimenzióiban mutat pozitív összefüggést a proszociális viselkedéssel az ADHD -s csoportban, míg a tipikusan fejlődő csoportban összefüggés nem mutatható ki.
5. SDQ Kortárs kapcsolati Problémák és a Proszociális Skála alszámaiban megjelenő társas kapcsolatokra vonatkozó adatok, illetve a mentalizációt mérő Faux Pas történetmegértés szintje között azt találtuk, hogy a SDQ alszámai közül a hiperaktív, az érzelmi és a viselkedési problémák tünetei, és a proszociális viselkedést jelző

alskálák pontszáma korrelál a CD – RISK skálán mért összpontszámmal a tipikusan fejlődő csoportban. Az ADHD-s csoportban a proszociális skála mutat csak összefüggést.

Diszkusszió

Ahogy a szakirodalom áttekintése során már említésre került az ADHD diagnózissal bíró gyermekek és felnőttek az életminőség tekintetében alacsonyabb mutatókkal bírnak, mint az egészséges személyek, sőt még más mentális zavarral küzdők között is egyedül a szorongásos, illetve depressziós zavarral élő személyekkel összehasonlítva találták magasabbnak az ADHD-val küzdők életminőségét. (Velő és munkatársai, 2013). A funkcióromlás/éretlenség ugyan okoz iskolai teljesítménybeli és kortárs kapcsolati nehézségeket, ennek ellenére a figyelemhiányos hiperaktivitás zavarral élők megközelítőleg 20 %-a jól alkalmazkodik, és az ADHD a tüneti megjelenés ellenére náluk nem jár funkcióromlással társas, érzelmi és iskolai teljesítmény terén. Mivel a serdülő kor életkor specifikus feladata a személyes identitás kialakítása melyben, a kortárs kapcsolatok vezető szerepet töltenek be, fontos, hogy azok a dimenziók feltárásra kerüljenek, melyek a megfelelő alkalmazkodást elősegítik, mint a lelki ellenállóképesség és a mentalizáció. Ilyen a rezilienciával és a mentalizációval összefüggő faktorok lehetnek gyermekkorban a kompetens és törődő felnőttekkel való kapcsolat, a kognitív és szelfregulációs képesség, a belső kontroll, az empátia, az optimizmus, a pozitív énkép.

További kutatási feladat lehet, annak pontosítása, hogy az alacsonyabb szintű reziliencia milyen módon függ össze az ADHD tüneteivel, és a kórképpel járó funkciógyengeségekkel, hogy van-e esetleg mediáló szerepe, a tüneti nehézségekhez való sikeres alkalmazkodásban? Erre hívja fel a figyelmet Shi és munkatársainak (2018) vizsgálata mely a reziliencia ilyen jellegű mediáló szerepét hangsúlyozza a figyelmi nehézségek és az életminőség romlása között.

Irodalomjegyzék

Balázs, J. (2017). *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai irányelve A hiperkinetikus zavar (figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar) kórismézéséről, kezeléséről és gondozásáról.* A Pszichiátriai Szakmai Kollégium. Letöltve: <http://www.magyipett.hu/files/file/iranyelvek/PSZICH-ADHD.pdf> , 2019. 09.01.

Banerjee, R. & Watling, D. (2005). Children's understanding of Faux Pas : Associations with peer relations. *Hellenic Journal of Psychology: Special Issue of Theory of Mind.* 2, 27-45.

Banerjee, R. és mtsai. (2011). Peer Relations and the Understanding of Faux Pas: Longitudinal Evidence for Bidirectional Associations. *Child Development.* 82(6), 1887–1905.

Baron-Cohen, S. és mtsai. (1999). Recognition of Faux Pas by Normally Developing Children and Children with Asperger Syndrome or High-Functioning Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders,* 29(5), 407-418.

Birkás, E. és mtsai. (2008). Gyermekkori viselkedési problémák felismerésének lehetőségei rövid kérdőívekkel: A Strengths and Difficulties Questionnaire magyar változata. *Psychiatria Hungarica.* 23, 358–365.

Bitter, I. és mtsai.(2010). How do different diagnostic criteria, age and gender affect the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in adults? An epidemiological study in a Hungarian community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience,* 260, 287 – 296.

Benyák, A. (2007). *A hiperaktivitás tényezőinek vizsgálata alsó tagozatos tanulóknál.* Doktori (PhD) értekezés. Letöltve: https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/55266/benyak_aniko_tezisfuzet_magyar.pdf?sequence=8&isAllowed=y , 2019.09.29.

Braaten, E.B., Rosen, L.A.(2000). Self-regulation of affection in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 68 (2), 313–321.

Conners, C.K. és mtsai. (1998). Revision and Restandardization of the Conners Teacher Rating Scale (CTRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(4), 279-291.

Connor, K. M., Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.

Csiky, M.(2015). *A hiperaktivitás és figyelemzavar tünetegyüttes képének alakulása a különböző életkorokban. A beavatkozás lehetőségei.* Letöltve: <http://www.adhd-magyarorszag.com/akos/csikim.pdf>, 2018.05.10.

Dallos, Gy. (2015). *Gyermekepszichiátriai kórképek vizsgálata: Az életminőség és az ADHD vizsgálata.* Doktori értekezés. Letöltve: https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/3875/dallosgyongyver.d_DOIs.pdf?sequence=1 , 2019.09.29.

Dallos, Gy. és mtsai. (2014). Self- and Parent-Rated Quality of Life of a Treatment Naïve Sample of Children With ADHD: The Impact of Age, Gender, Type of ADHD, and Comorbid Psychiatric Conditions According to Both a Categorical and a Dimensional Approach. *Journal of Attention Disorders*, 1 –10.

de Boo, G.,M. és Prins, P.,J.,M. (2007). Social incompetence in children with ADHD: possible moderators and mediators in social-skills training. *Clinical Psychology Review*. 27, 78 –97.

Deschamps, P.K.H. és mtsai. (2014). Empathy and prosocial behavior in response to sadness and distress in 6- to 7-year olds diagnosed with disruptive behavior disorder and attention-deficit hyperactivity disorder. *Europeana Child and Adolescence Psychiatry*. 24(1):105-13.

Dvorsky, M.R. & Langberg, J.M. (2016). A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 19, 368–391.

Fónagy, P. és mtsai. (1994). The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992: The Theory and Practice os Resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 35(2), 231-257.

Fónagy, P. & Bateman, A.W. (2016). Adversity, Attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*. 64, 59-66.

Fónagy, P. & Target, M. (1998). A kötődés és a reflektív funkciók szerepe a szelf fejlődésében. *Thalassa*, 9(1), 5-43.

Földi, R.(2004). *Hiperaktivitás és tanulási zavarok.* Budapest: Comenius Kiadó KFT.

Földi, R. és mtsai.(2016). Végrehajtó funkciók és mentalizáció vizsgálata ADHD-val diagnosztizált gyermekeknél. Múlt És Jelen Összeér. *A Magyar Pszichológiai Társaság Xxv. Jubileumi Országos Tudományos Nagygyűlése. Kivonatkiötet.* 255-256.

Gál, Z. (2015). *A tudatelmélet életkori különbségei, kapcsolata a munkamemória kapacitással és a társas pozícióval*. PhD-értekezés. Letöltve: http://doktori.bibl.u-szeged.hu/2905/19/Disszertacio_Gal_Zita.pdf, 2018.12.12.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Herold, R. (2004). *Mentalizációs deficit szkizofréniában*. Doktori (PhD) értekezés. Letöltve: http://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2005/Herold_Robert_PhD_dolgozat.pdf, 2018.05.12.

Járai, R. és mtsai. (2015). A Connor–Davidson Reziliencia kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*. 15(1), 129–136.

Kooij, J.J.S. és mtsai. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*. 56, 14–34.

Kövesdi, A. (2018). A személyiségfaktorok és a reziliencia összefüggése az anorexia nervosában. *Psychologia Hungarica*. 6(1), 7–22.

Maoz, H. és mtsai. (2017). Theory of Mind and Empathy in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 1 –8

Marton, I. és mtsai. (2009). Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 37 (1), 107–118.

Masten, A.S. (2001). Ordinary Magic. Resilience Processes in Development. *American Psychologist*. 56(3), 227-238.

McKenzie, G. (2018). Building Resilience among Children and Youth with ADHD through Identifying and Developing Protective Factors in Academic, Interpersonal and Cognitive Domains. *Journal of Adhd and Care*. 1(1), 14-31.

Nussbaum, A. M. (2013). *A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó.

Obioha, O. és mtsai (2017). Decreased Faux Pas Recognition and Parental Underestimation of Social Deficits in ADHD Children: A Pilot Study. *Research Journal of Clinical Pediatrics*. 1(2), 1-3.

Perczel-Forintos, D. (2018). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.

Perroud, N. és mtsai. (2017). Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 256, 334–341.

Pineda-Alhucema, W. és mtsai. (2018). Executive Function and Theory of Mind in Children with ADHD: a Systematic Review. *Neuropsychology Review*. 28(3):341-358.

Regalla, M. A. és mtsai. (2015). Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 37(3) – 157-160.

Schei, J. és mtsai. (2015). Improved quality of life among adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder is mediated by protective factors: a cross sectional survey. *BMC Psychiatry*.15:108

Shi, M. és mtsai. (2018). Associations between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and life satisfaction in medical students: the mediating effect of resilience. *BMC Medical Education*. 18, 164.

Simon, V. és mtsai. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 194, 204–211.

Somogyi, K., Máté, O. & Miklósi, M. (2015). Felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar és szülőség: szakirodalmi összefoglaló. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70, 3/7, 617–632.

Sonuga-Barke, E.J.S. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research*. 130, 29–36.

Szabó, D. F. (2017). A reziliencia értelmezésének lehetőségei: kihívások és nehézségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 72(2/6), 247–262.

Szuromi, B. (2013). *A felnőttkori figyelemhiányos hiperaktivitás zavar (ADHD) klinikai, neuropszichológiai és elektrofiziológiai jellemzőinek vizsgálata*. Doktori értekezés. Letöltve: <https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/1141/szuromibalint.DOIs.pdf?sequence=1>, 2019.10.24.

Turi, E. és mtsai. (2014). A Képességek és Nehézségek Kérdőív (SDQ) validálása serdülőkorú klinikai populációban. *Psychiatria Hungarica*. 28 (2):165-179.

Vannest, K.J. és mtsai. (2019). Self-report Measures of Resilience in Children and Youth. *Contemporary School Psychology*. 1-10.

Velő, Sz. és mtsai. (2013). Figyelemhiányos-hiperaktivitás zavar diagnózisú gyermekek és felnőttek életminősége: az elmúlt öt év vizsgálatának szisztematikus áttekintő tanulmánya. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, XV(2), 73-82