

Igazolás

Alulírott Fülöp Ákos, Az Emberi Teljesítmény Pszichológiája megjelenés alatt álló könyv főszerkesztője igazolom, hogy Hajdók Fruzsina a könyv egyik fejezetének társszerzője. Dr. Bunford Nórával és Kondi Krisztinával együtt az ADHD és teljesítmény kapcsolatát mutatják be. A könyv kézírata jelenleg az MCC Press gondozásában áll, ahol szakmai lektorok ellenőrzik a művet, megjelenése 2024 novemberére várható. Jelen igazoláshoz csatolva megtalálható a könyv tartalomjegyzéke, valamint a teljes fejezet, amelyen Fruzsina is dolgozott.

Budapest
2024. 07. 03.


.....
Fülöp Ákos
Mathias Corvinus Collegium

Az Emberi Teljesítmény Pszichológiája

Az Emberi Teljesítmény Pszichológiája

1. Az Emberi Teljesítmény – Fülöp Ákos	11
Bevezetés.....	11
A teljesítmény definiálása.....	11
Az emberi teljesítmény integratív modellje	15
Vertikális értelmezés, avagy a teljesítmény dinamikája	16
1. Teljesítmény előtti fázis.....	16
2. Teljesítmény Végrehajtás Fázis.....	20
3. Teljesítmény utáni válaszfázis	23
Horizontális értelmezés, avagy a teljesítmény minősége.....	23
Elméleti innováció: Az Elfogadás alapú megközelítés	26
Összefoglalva.....	29
Irodalomjegyzék	30
2. Teljesítménypsichológia – Fülöp Ákos és Sárkány Dominik	33
Bevezetés.....	33
Teljesítménypsichológia definiálása	34
A teljesítménypsichológus: etikai megfontolások és kompetenciahatárok	37
Teljesítménypsichológia Gyökerei.....	45
A teljesítménypsichológia alapjai.....	49
Magas standardok és kiválóság	50
Versengés	51
Érzelmek	52
Idői dimenzió.....	53
Teljesítménynyomás	55
Közönség	56
Teljesítmény következmény.....	58
Összefoglaló	59
Irodalomjegyzék.....	60
2.1. A teljesítménypsichológia története – Fülöp Ákos	65
Bevezetés.....	65
Boldog békeidők.....	65
A két világégés kora	67
Hidegháborús évek.....	70
Az új évezred.....	75
Összefoglalva.....	76
Irodalomjegyzék.....	77

3. Funkcionális teljesítmény – Fülöp Ákos.....	80
Bevezetés.....	80
Funkcionális teljesítmény klasszifikációja	80
Csúcsteljesítmény	81
Teljesítmény növelés	82
Teljesítmény Optimalizálás	83
Funkcionális teljesítmény pszichológiája	86
Összefoglalás.....	88
Irodalomjegyzék.....	89
3.1. Tudatosság – Fülöp Ákos	90
Tudatosság meghatározása.....	91
A tudat felfedezése.....	92
Tudatos vagy tudattalan	93
Mikor a tudatosság már csökkenti a teljesítményt.....	95
Az optimális tudatos	96
Összefoglalva.....	97
Irodalomjegyzék	99
3.2. Koncentráció és a teljesítmény kapcsolata – Fülöp Ákos és Sárkány Dominik.....	101
Bevezetés.....	101
Koncentráció a teljesítménypsychológia szemüvegén keresztül	102
Három elmélet, amely segít minket a megértésben	103
Szűrő metafora	104
Erőforrás metafora.....	104
Vizuális metafora.....	106
Koncentrálunk, de mire?.....	108
Koncentráció elvesztése	109
Koncentráció kiépítését és fenntartása	111
Három Tudatos technika a figyelem szolgálatában.....	114
Specifikus teljesítménycélok kitűzése	114
Teljesítmény Rutinok.....	115
Önszuggesztiók, avagy a belső beszéd fontossága.....	117
Összefoglalva.....	117
3.3. Belső Beszéd a teljesítménypsychológiában – Fülöp Ákos	120
Bevezetés.....	120
A Belső beszéd meghatározása	120
Belső beszéd elméletek.....	122

Belső beszédet befolyásoló tényezők.....	126
Belső beszéd és a teljesítmény.....	127
Kutatási eredmények.....	127
Belső-beszéd mérése	131
Dinamika, mechanizmus, funkció.....	132
A belső beszéd szabályozása	134
Belső beszéd, mint tudatos stratégia.....	135
Kitekintés	137
a pszichopatológiák felé.....	138
a belső beszéd neurológiája felé.	140
Összefoglalás.....	141
Irodalomjegyzék	142
3.4. Érzelmek és a teljesítmény – Sárkány Dominik	148
Bevezetés.....	148
Érzelmek meghatározása	149
Lazarus modell.....	149
Érzelmek megkülönböztetése.....	150
Érzelemszabályozás típusai	150
Elvárások, valamint a nehéz helyzetek értelmezése	151
Megküzdési módok	152
Célok meghatározása.....	153
Figyelem	153
Imagináció.....	154
Zene.....	154
Illatanyagok	154
Csapatépítés	155
Pszichológia skill training.....	155
Összefoglalás.....	156
3.5. Motiváció – Fodor Nóra és Sárkány Dominik	159
Bevezetés.....	159
Motiváció, mint az emberi teljesítmény üzemanyaga	159
Motiváció megértésére törekedve	159
Szelf-determinációs elmélet.....	160
Az attribúciós teória	161
Rögzült és fejlődési szemléletmód	162
Elvárás-érték elmélet.....	163

A motiváció és az emberi teljesítmény	163
A belső hajtóerő erősítése	163
Egyéb tényezők.....	164
Új kérdések	166
Összefoglalás.....	167
Irodalomjegyzék	167
3.6. Csúcsteljesítmény és kiválóság – Bartók Réka és Qayum Laura.....	169
Bevezetés.....	169
A csúcsteljesítmény és kiválóság pszichológiája.....	169
A csúcsteljesítmény összetevői	170
Tudatos gyakorlás.....	171
Tudatos Gyakorlás a gyakorlatban	175
Clutch állapot	178
A teljesítményintelligencia	179
Összefoglalás.....	182
4. Diszfunkcionális teljesítmény – Fülöp Ákos.....	187
Bevezetés.....	187
Diszfunkcionális teljesítmény pszichológiája	188
Diszfunkcionális teljesítmény lépésről lépésre.....	189
Diszfunkcionális teljesítmény klasszifikációja	190
Teljesítményromlás	191
Teljesítmény zavar.....	192
Összefoglalás.....	194
Irodalomjegyzék.....	194
4.1. Fájdalom, krízis, sérülés és intervenció a teljesítmény tükrében – Kupcsik Júlia és Kovács Kristóf.....	195
Fájdalomérzékelés.....	196
Fájdalom értékelése.....	196
Fájdalom menedzsment	197
Túlhasználás, mint potenciális sérülés	198
Krízis	199
Megküzdés.....	200
Evolúciós magyarázat.....	203
Sérülés.....	204
A sérülések pszichés jellemzői.....	205
Dinamikus stressz-sérülés modell (Stress and Injury Model).....	206

A sérülés és a sérült személy kapcsolata.....	208
Stressz és a biológiai folyamatok.....	209
Hogyan segíthetünk magunkon?	210
A rehabilitáció alapjai	210
Fájdalom a rehabilitációban	211
Megküzdés szerepe	211
Célmodell	212
Támogatói hatások	214
Segítói attitűd	215
Összefoglalás.....	216
Irodalomjegyzék	216
4.2. Distressz és kiégés – Kovács Kristóf és Fejér Dániel.....	219
Bevezetés.....	219
Kiégés definiálása és meghatározása	219
Kiégés számokban	221
Tünetek	222
A jelenség mögött meghúzódó okok	224
Szakaszai.....	226
Rizikótényezők	226
Megoldáshoz vezető út	227
Védőfaktorok.....	228
Ahogyan a japánok védik magukat	228
Kezelési lehetőségek.....	229
Filozófiai kitekintő – Byung Chul Han alapján.....	230
Összefoglalás.....	231
Irodalomjegyzék.....	232
4.3. Teljesítmény és szorongás – Kovács Kristóf és Gacs Gergő.....	234
Bevezetés.....	234
Stressz.....	234
Arousal	235
Izgalom	235
Félelem.....	235
Szorongás.....	236
Teljesítményszorongás	238
Szorongás mérése.....	240
A szorongás és a teljesítmény kapcsolata.....	240

Fordított-U hipotézis	240
Drive elmélet	241
Optimum arousal elmélet	242
Multidimenzionális elmélet	243
The Directional Perspective	244
A stressz tranzakciós prespektívája	244
Katasztrófa modell	245
Háromdimenziós modell	245
Mikortól problémás a teljesítményre nézve a stressz és a szorongás?	245
Váratlan teljesítményromlás	246
A teljesítményszorongás kezelése	247
Quiet Eye Training	249
Edzés stresszhelyzetben	250
Összefoglalás	252
Irodalomjegyzék	253
4.4. Perfekcionizmus a sportban – adaptív és maladaptív perfekcionizmus – Dr. Csenki Laura és Goschi Gabriella	256
A perfekcionizmus fogalma	256
Az én-központú perfekcionizmus	256
A másakra vonatkozó perfekcionizmus	257
Társadalmilag előírt perfekcionizmus	258
A maladaptív perfekcionizmus fogalma	261
A maladaptív perfekcionizmus kognitív modellje	262
A maladaptív perfekcionizmus és a sport	267
Összefoglalás	269
Irodalomjegyzék	270
5.1. Teljesítmény és evészavarok – Leindler Milán	272
Az evészavarok	272
A klasszikus evészavarok jellemzői	272
Az evészavarok prevalenciája	274
A teljesítmény értelmezése az evési magatartás kontextusában	275
A teljesítmény megjelenése az evészavarokban	277
Fókuszban a gondolatok – a kognitív megközelítés	278
A pszichoanalitikus szemlélet – a freudi modell	279
A rendszerszemlélet – tanulás a családban	281
Összefoglalás	282

Irodalomjegyzék.....	283
5.2. Test, kultúra, nemi különbségek a teljesítmény tükrében – Dr. Menczel Zsuzsa és Kupcsik Júlia	286
Teljesítményösszetevők	286
Testkép, testséma	287
Társadalmi elvárások	288
Kulturális tényezők	289
Társadalmi változások és a testkép.....	290
A szépség ára.....	291
A média befolyása önmagunk megítélésére.....	292
Teljesítmény és gender sztereotípiák	293
Test(kép) és étkezési zavarok.....	294
Test használata.....	295
A test kihasználása – Jung - kiegészítés	296
Kiegészítés – teljesítmény	297
Eltávolodás a testünkől.....	297
Szóma	298
Testünk újrahangolása.....	299
Teljesítményfejlesztés a mindennapokban	300
Szomatikus intervenció a testünkhöz kapcsolódáshoz.....	300
Összefoglalás.....	301
5.3. ADHD és teljesítmény – Kondi Krisztina, Hajdók Fruzsina és Dr. Bunford Nóra	306
Az ADHD definíciója és általános jellemzése.....	306
ADHD és a teljesítmény.....	307
Az iskolai, társas, munkahelyi teljesítmény	307
Az ADHD és a sport teljesítmény.....	308
ADHD pszichológiája	310
ADHD és self-handicapping.....	310
ADHD és a pozitív illuzórikus énkép	311
Összefoglalás.....	313
Felhasznált irodalom	314
5.4. Sötét Triád és teljesítmény – Fodor Nóra és Szabó Orsolya	318
Bevezető.....	318
A Sötét Triád.....	318
A Sötét Triád és a teljesítmény	319
Machiavellizmus.....	320

Amikor a cél szentesíti az eszközt.....	321
Machiavellizmus, sport, teljesítmény	322
Narcizmus	322
Narcisztikusok a munkahelyen	323
Narcisztikusok a sportban	324
Pszichopátia	324
Pszichopátia és a munka világa.....	325
Pszichopátia a sportban	326
A teljesítmény egy másik aspektusa.....	328
Alternatív Sötét Hármas: a Sötét Tetrád.....	329
Összefoglalás.....	329
Irodalomjegyzék	330
5.5. Teljesítménynyomás és droghasználat – Dr. Menczel Zsuzsa.....	336
Bevezetés.....	336
Drog.....	336
Depresszánsok	337
Stimulánsok.....	337
Hallucinogének.....	338
Kannabisz.....	339
Drogok használata a teljesítménynyomás érdekében.....	339
Sport	340
A testedzésfüggőség.....	343
Magaskockázatú hivatások.....	344
Üzleti élet / vezetés.....	345
Oktatás, nevelés.....	346
Előadóművészet.....	348
Összefoglalás.....	350
Irodalomjegyzék	351
5.6. Illegális teljesítménynövelő szerekkel történő visszaélés pszichológiája – Fülöp Ákos.....	355
Bevezetés.....	355
Szteroid Dopping története.....	356
Megjelenés- és teljesítménynyomás szerek definiálása	356
APED számokban.....	357
A legvesélyeztetettebbek: Serdülő korosztály	359
Illegális teljesítménynyomás szerekkel történő visszaélés pszichológiája	360
Illegális teljesítménynyomás szerek hatása.....	362

Fiziológiai megközelítés	363
Pszichológiai megközelítés	365
Összefoglalás.....	368
Irodalmak	369

5.3. ADHD és teljesítmény

Kondi Krisztina*, Hajdók Fruzsina*, és Dr. Bunford Nóra

*megosztott első szerzők, egyenlő hozzájárulás

Az ADHD definíciója és általános jellemzése

A **figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD)** az idegrendszer olyan fejlődési zavara, melyet a **figyelemhiány** és/vagy **hiperaktivitás**, valamint az **impulzivitás** tünetei jellemeznek, amelyekre igazak az alábbi állítások:

- (i) legalább 6 hónapig fennállnak
- (ii) nincsenek összefüggésben az egyén fejlettségi szintjével
- (iii) negatívan befolyásolják a tanulmányi, foglalkozási vagy társas működést
- (iv) 12 éves kor előtt jelentkeznek
- (v) és (többségük) két vagy több helyzetben is jelen van.

A **figyelemhiány** kilenc tünete közé tartozik például, hogy az illető nem tud odafigyelni a részletekre, vagy gondatlan hibákat követ el az iskolai vagy munkahelyi kötelezettségek teljesítése során. Nehezen tartja fenn a figyelmét például játék vagy feladatok elvégzése közben; nem fejezi be vagy nem csinálja végig a házimunkát, az iskolai teendőit vagy egyéb feladatait; nehezen szervezi meg a tevékenységét és feladatait; könnyen elterelődik a figyelme; elveszít olyan dolgokat, melyek szükségesek lennének a tevékenységeikhez vagy feladataik befejezéséhez.

A **hiperaktivitás/impulzivitás** kilenc tünete közé tartozik például a gyakori mocorgás és babrálás; mászkálás vagy rohangálás olyan helyzetekben, ahol ez a viselkedés nem helyénvaló; fecsegés; a válaszok kibökése a kérdések befejezése előtt; mások megzavarása vagy félbeszakítása. A tüneti küszöbérték az ADHD esetében 17 éves vagy idősebb serdülők és felnőttek esetében legalább 5 tünet a figyelemhiány vagy hiperaktivitás/impulzivitás területéről, 16 évesnél fiatalabb serdülők és gyermekek esetében pedig legalább 6 tünet az egyik vagy a másik területről. Ez a tünetküszöb teljesülhet akár a **figyelemhiány**, akár a **hiperaktivitás/impulzivitás** területéről, akár mindkettőből. Ha az összes többi kritérium mellett a tüneti küszöbérték a **figyelmetlenség** területén teljesül, akkor a **Túlnyomórészt figyelemhiányos** megjelenési formát diagnosztizálják. Amennyiben a tüneti küszöbérték a **hiperaktivitás/impulzivitás** területén teljesül, úgy a **Túlnyomórészt hiperaktív/impulzív** megjelenési forma kerül diagnosztizálásra. Abban az esetben, ha a tüneti küszöbérték mindkét területen teljesül, úgy a **Kombinált megjelenési formát** diagnosztizálják¹.

ADHD és a teljesítmény

Az ADHD-t világszerte a gyermekek és serdülők ~5-9%-ánál -több százmillió fiatalnál diagnosztizálják⁵²²²⁵. Az ADHD egyszerre egy korán kialakuló, mégis élethosszig tartó viselkedési állapot, melyet jellemzően az iskoláskor korai szakaszában diagnosztizálnak¹, és amely az esetek 50%-ában diagnosztikus⁹²¹, 65%-ban pedig károsító szinten fennmarad felnőttkorban is.

Az iskolai, társas, munkahelyi teljesítmény

Általánosságban elmondható, hogy csoportos szinten az ADHD-s gyermekek, serdülők és felnőttek - az ADHD nélküli egyénekhez képest - tanulmányi, foglalkozási és szociális károsodást mutatnak.

Gyermekeknél és serdülőknél az ADHD tünetei a tanulmányi, viselkedési, szociális és érzelmi működés károsodásával járnak, ami általában jelentős nehézségeket okoz az iskolai környezetben. Az ADHD-s tanulóknál jelentősen nagyobb a kockázata a tanulmányi **alulteljesítésnek**, az évismétlésnek, a speciális oktatási szolgáltatások igénybevételének és az iskolából való kimaradásnak²¹⁰¹⁶. Metaanalitikus kutatások eredményeizt mutatják, hogy az ADHD-s tanulók tanulmányi teljesítménye 0,60 és 0,75 szórással marad el a nem ADHD-s osztálytársaikétól¹⁰. Továbbá, az ebben a zavarban érintett gyermekek és serdülők nehezen lépnek kapcsolatba a társaikkal és a felnőtt tekintélyszemélyekkel, problémáik vannak a barátságok kialakításával és fenntartásával, társaik nagyobb valószínűséggel utasítják el őket, mint ADHD nélküli osztálytársaikat, és érzelmi nehézségeik lehetnek a zavarral való megküzdéssel kapcsolatban¹⁴²⁴.

Felnőttek esetében az ADHD alacsonyabb **társadalmi-gazdasági státusszal**, fokozott munkahelyi nehézségekkel, kevesebb tanulással töltött évvel, alacsonyabb arányú szakmai elhelyezkedéssel, szociális alkalmazkodási zavarokkal, éretlenséggel, kevesebb szociális eszközzel, alacsonyabb szakmai teljesítménnyel, magasabb arányú különéléssel és válással, gyakoribb munkahelyváltással, rossz munkateljesítménnyel, valamint a munkahelyről való kilépés vagy elbocsátás magasabb arányával hozható összefüggésbe. Az ADHD-s felnőtteknél megnő az iskolai kudarcok előfordulásának valószínűsége, amit nem lehet az életkorral, a tanulási zavarokkal, a pszichiátriai **komorbiditással** vagy a nemmel magyarázni³.

Az ADHD és a sport teljesítmény

Az ADHD-s gyermekek rövidebb ideig vesznek részt csapatsportokban, és nagyobb mértékű **agressziót, érzelmi reakciókészséget** és a csapatsportokból való nagyobb arányú kizárást mutatnak¹¹.

Számos profi sportoló, akik kiemelkedő eredményeket értek el világbajnokságokon és olimpiai játékokon, rendelkezik ADHD diagnózissal. Az ADHD előfordulási gyakorisága diák- és élsportolók körében 7-8%¹³. A **prevalencia** gyakoribb lehet az élsportolók körében, mint az általános populációban, mivel az ADHD-s gyermekek a fizikai aktivitás pozitív megerősítő és **figyelemaktiváló hatása** miatt vonzódhatnak a sporthoz. Az ADHD gyakori tünetei (hiperaktivitás, impulzivitás) fokozhatják a sportteljesítményt¹³. A terápián és gyógyszeres kezelésen túl a sportolás a legjobb módja annak, hogy az ADHD tüneteit kezelni lehessen. Sok esetben a sport akár helyettesítheti is a gyógyszeres kezelést.

ADHD-val érintett gyerekeket fontos bátorítani valamilyen sporttevékenységben való részvételre, hogy a hiperaktivitásból adódó energiáikat le tudják vezetni. A rendszeres testmozgás és aktivitás növelheti a tünetek javulásának időtartamát, beleértve a figyelem és a feladatban maradás képességének növekedését, valamint az impulzivitás csökkenését. A kutatások szerint a rendszeresen sportoló gyerekek agyműködése és **kognitív teljesítménye** javul¹⁸.

A sport és az atlétikai tevékenységek köztudottan hozzájárulnak az agyban lévő **neurotranszmitterek** növeléséhez, ami rövid időre csökkentheti az ADHD tüneteit¹². Javíthatja az alvás minőségét is, ami segíthet a napközbeni tünetek csökkentésében. Mindezen okok miatt sok gyermek és tinédzser dönt úgy, hogy a terapeuta javaslatára elkezd olyan sportot űzni, amelyet a személyiségéhez illőnek érez. A sportoló számára a sportoláshoz szükséges készségek gyakorlása a mindennapi élet más területein is előnyöket hordoz. Az olyan készségek, mint a feladathoz való visszatérés és a csapattársakkal való együttműködés segítik a játékost a pályán kívül is, az elért eredmények pedig növelik az önbecsülést és az önbizalmat²³.

A sportolás lehet az az út, amelyen **pozitív megerősítéseket, visszacsatolásokat** kapva személyes és szakmai sikereket érhetnek el az ADHD-val érintettek. Az ADHD-val rendelkező fiatalok jobban teljesítenek, ha egyéni figyelmet kapnak, ezért nagyobb valószínűséggel lesznek sikeresek az egyéni sportokban, mint például az úszás és bűvárkodás, evezés, a birkózás, a harcművészetek és a kerékpározás. Azok a sportok az ideálisak ADHD-s gyermekek számára, amikben nincs helye a várakozásnak, leállásnak, állandóan stimulálva vannak és fizikailag megterhelőnek találják.

Az úszás kifejezetten ajánlott olyan gyerekek számára, akiknek nehézséget okoz a szervezés, térlátás vagy rövidtávú emlékezés¹⁷. A víz ellazítja és újraindítja az agyat. A hidrosztatikus nyomás, vagyis a testre és a fejre nehezedő nyomás finoman masszírozza a fejet, amikor a vízben mozognak. Amikor hosszú ideig koncentrálnak és gondolkodnak, az agy felmelegszik. A víz ellazítja és lehűti a fejet, és rövid időn belül egyfajta újraindulást eredményez. A fej mozgása a vízben, a hidrosztatikai nyomás - mely a víz mélységétől függően változó -, valamint a vízben való merülés és forgás képes arra, hogy a figyelmét teljesen elvesztett gyermek újra koncentrálni tudjon. A gyermek hosszabb ideig - kétszer vagy akár ötször annyi ideig – tud koncentrálni egy feladatra, mint korábban²³.

A víz több szempontból hasznos tér az ADHD-s gyerekek számára – nyugalmat ad, mert nem mondják meg nekik, hogy mit csináljanak, a légzés javul és létrehoz egyfajta meditációs állapotot, valamint a gyerekek lehetőséget kapnak, hogy kiengedjék a napközben felgyülemlett stresszt és a frusztrációt. Az úszás ideális egyensúlyt biztosít, mert lehetővé teszi, hogy egyénként versenyezzenek, miközben egy nagyobb csapat részei is lehetnek.

Az amerikai származású **Michael Phelps** története jól szemlélteti, hogyan segíthet az úszás a koncentráció megtalálásában. Michael-t gyermekkorában ADHD-val diagnosztizálták, majd 11 éves korában abbahagyta az ADHD diagnózisra felírt stimuláns gyógyszerek szedését (a stimulánsokat nemzetközi versenyszinten minden sportágban betiltották), és az úszást használta arra, hogy jobban tudjon összpontosítani. Az úszás és az edzésterv segített neki, hogy jobban tudjon az idejével gazdálkodni, valamint amikor úgy érezte, az agya teljesen össze van zavarodva, tudott arra összpontosítani, hogy csak fel és le emelkedjen a medencében. A víznek magának volt egy nyugtató hatása. 28 olimpiai éremmel rendelkezik, amelyből 23 arany.

Ugyanakkor nem mindegyik sport előnyös ADHD-val érintett személyek számára. Egy tényező, amely az ADHD-s személyek sportsikerét megnehezíti, az útmutatás követésének problémája, a figyelemhiányos gyerekek ugyanis sokszor türelmetlenek, impulzívak és nehezen tudják követni az edző utasításait.

Sok ADHD-s gyermeknek a legfélelmetesebb ellenfél a játéktéren saját maga, mert a struktúra, a rend és az összpontosítás a sportban való érvényesülés eszközei, ám egy figyelemzavaros és/vagy hiperaktív gyereknek az ilyen fajta önfegyelem gyakorlása hatalmas kihívás. Ezek a szempontok jelentik a problémát sokszor az osztályteremben is, ám egy csapatsportban még nagyobb szerepet kapnak.

Az impulzivitás egy másik faktor, ami miatt az ADHD-s gyerekek gyakran előbb reagálnak, mint gondolkodnának. Gyorsabban reagálnak ösztönszerűen, minthogy a csapatsporthoz tartozó taktikákat és szabályokat alkalmaznák, nehézséget okoz a csapatban

való együttműködés. Az olyan csapatsportokban való részvétel, mint a labdarúgás, kosárlabda, kézilabda, baseball, amerikai foci vagy rögbi állandó figyelmet igényel a csapattársak cselekedeteire és elhelyezkedésére. Az ilyen sportokban előfordul, hogy egy-egy játékos nem ugyanolyan szinten van stimulálva, várni kell, hogy az egyén sorra kerüljön, ilyenkor a koncentráció és a tudatosság fenntartása minden fiatal számára kihívást jelent. Az ADHD-s gyerekek számára ez viszont szinte lehetetlen. Kosárlabda különösen nem szerencsés választás, mert a gyerekeknek nagyon sok szabályt kell megtanulniuk, előre kell látni a mozdulatokat, és stratégiát kell kidolgozniuk. Pontosan ezek azok a területek, melyeknél az ADHD-val érintettek nem tudnak jól teljesíteni.

Adam Kreek kanadai evezős, a 2002-es, 2003-as és 2007-es Világ bajnokságon és a 2008-as Olimpián aranyérmet nyert a férfi nyolcas csapatban. Egy idézet tőle: *„Bárki, aki ADHD-val rendelkezik, edzheti az elméjét, hogy „hihetetlen” energiáját becsatornázza.”* A jó étrend és a családi támogatás mellett úgy vélte, *„az evezés egy kiút az ADHD irányítására”*.

Greg LeMond profi kerékpáros, háromszor nyerte meg a **Tour de France**-t és kétszer a **Road Race Világ bajnokságot**, szintén rendelkezik ADHD diagnózissal, és szerinte, *„sok sportolónak van. Amikor belekezdtem a kerékpározásba, azt mondanám, hogy maga a sport leszedte a ködöt az agyamról. Képes voltam befogadni az olvasott dolgokat. Megváltoztatta az életemet.”*

ADHD pszichológiája

ADHD és self-handicapping

Az egyének eltérnek abban, ahogyan az értékeléssel járó teljesítményhelyzeteket megközelítik. Míg egyesek úgy tekinthetnek rájuk, mint lehetőségekre, hogy reális képet kapjanak működésükről és képességeikről, mások az önbecsülésük fenntartása érdekében kerülhetik a pontos értékelő visszajelzést. Berglas és Jones továbbá felvetette, hogy egyes egyének várhatóan aktívan akadályokat állítanak a siker elé, vagy felhívják a figyelmet a gyengítő tényezők jelenlétére annak érdekében, hogy megőrizték az önbecsülésüket az értékelő feladatokban megélt kudarc esetén. Jones és Berglas ezt a viselkedésmintát **önakadályozásnak** nevezte. Az önakadályozás céljára felhasználható magatartásformák meglehetősen változatosak, de nagyjából azokra az erőfeszítésekre lehet kategorizálni, amelyek egyrészt

aktívan az akadályok megszerzésével járnak (úgynevezett viselkedéses önakadályozás), másrészt azokra, amelyek akadályok kijelentésével járnak (úgynevezett önbevallásos akadályozás vagy kijelentéses akadályozás).

Az önakadályozás az **attribúcióelméleten** alapul, amely azt állítja, hogy az a bizonyosság, amellyel egy adott okot egy hatáshoz rendelhetünk, a versengő plauzibilis okok számától függ. Ha valaki például megbukik egy vizsgán, fennáll annak a veszélye, hogy a kudarcot (az egyén és mások is) a képességek hiányának tulajdonítják. Ha azonban a kudarcnak más hihető okai is vannak - például az illető nem készült fel a vizsgára, előző este sokáig ivott, vagy rosszul érezte magát a vizsga alatt -, akkor kevésbé biztos, hogy a kudarcot a képességek hiányának tulajdonítják. Elméletileg tehát az önakadályozás segít kivédeni a kudarcnak az önbecsülésre gyakorolt potenciálisan káros hatásait. A kutatások mind a felnőttek, mind a gyermekek esetében alátámasztják az önakadályozás elméletét.

Míg az önakadályozás azonnali előnyöket biztosít az egyén számára (megőrzött önbecsülés), az önakadályozási stratégiák hosszú távú használata káros eredményekkel jár. Ezek közé tartozik az **önbecsülés esetleges csökkenése**, a **rossz megküzdési stratégiák** kialakulása²⁷, az értékelési fenyegetettséggel szembeni jövőbeli támaszkodás az önakadályozási technikákra²⁷²⁸, valamint a rosszabb általános alkalmazkodás, jólét és fizikai egészség²⁷.

ADHD-val érintett gyermekeknél (6-13 éves korosztály) Waschbusch és munkatársai¹⁶ az önakadályozást vizsgálták, és azt találták, hogy az ADHD-s gyermekek nagyobb valószínűséggel vettek részt viselkedéses önakadályozásban (kevesebbet gyakoroltak és figyelemelterelő zenét választottak a feladat elvégzése közben), amikor értékelő feladattal szembesültek, mint a kontrolláltak¹⁹. Felnőtteknél Jaconis és munkatársai¹⁵ az ADHD tüneteiben és a károsodásban mutatkozó nemi különbségeket, valamint a viselkedéses és a kijelentéses önakadályozás szerepét vizsgálták, mint a különbségek magyarázatát. 699 főiskolai hallgató esetében a viselkedéses önakadályozásnak (VÖA) közvetett hatása volt a férfi nem és az ADHD emelkedett tünetei és a károsodás közötti kapcsolatra, valamint a kijelentéses önakadályozásnak (KÖA) közvetett hatása a női nem és az ADHD emelkedett tünetei és a károsodás közötti kapcsolatra¹⁵.

ADHD és a pozitív illuzórikus énkép

Az ADHD-val érintett gyermekek az élet számos területén tapasztalnak nehézségeket: az iskolában rosszabb osztályzatokat kapnak és gyakrabban lemorzsolódnak, kevesebb barátjuk van és gyengébbek a társas készségeik, illetve családon belül is több konfliktussal kell

szembenézniük. Mindezek ellenére hajlamosak arra, hogy alábecsüljék a problémáik mértékét. Sőt, gyakran jobb képességeket és kompetenciákat tulajdonítanak saját maguk számára, mint amiről szüleik, tanáraik, kortársaik, vagy olyan objektív mérések, mint a tanulmányi eredmények beszámolnak. Ezt a **felülértékelést** nevezzük **pozitív illuzórikus énképnek**⁴.

A **pozitív énképre való törekvés** egy jól ismert **torzítás**, amely egészséges emberek körében épp úgy megjelenik, mint egyes mentális betegségek esetében. Amikor felnőtteket arra kérnek, hogy egyes területeken hasonlítsák magukat egy elképzelt átlagos színvonalhoz, az önértékeléseik pozitívabbak lesznek, mint ami matematikailag lehetséges lenne. Továbbá az is jellemzőnek mondható, hogy a környezetük feletti kontrollt nagyobbaknak ítélik meg, mint amekkora az a valóságban, valamint a jövőhöz is túlzott optimizmussal állnak²⁰²⁶. Az előbbieket alapján láthatjuk, hogy az önmagunk pozitív színben való feltüntetése egy átlagos jelenségnek tekinthető. Miért említésre méltó tehát, hogy az ADHD-val élők is ugyanígy cselekednek?

A válasz abban a három szempontban rejlik, melyekkel az ADHD-s gyermekeknél megfigyelt pozitív torzítás eltér a tipikusan fejlődésűekétől. Először is, az ADHD-s gyerekeknél nagyobb az általuk megítélt és a valós kompetencia közötti eltérés, tehát a náluk megfigyelhető pozitív illuzórikus énkép meghaladja a hasonló korú, nem diagnosztizált társaikét. Továbbá a mérsékelt szintű illúzió kedvezően hat a **motivációra**, a **teljesítményre**, valamint a **kitartásra**, ez azonban nem mondható el az ADHD-val élő gyermekekről. Ők hajlamosak hamarabb feladni a feladatok teljesítését, illetve rosszabbul teljesítenek, mint diagnózistól mentes társaik. A harmadik egy összetett szempont. Mivel az ADHD-val élő gyermekek gyakrabban élik meg a kudarc élményét, ezért egy – egészségeseken alapozott – elmélet értelmében az következne, hogy náluk nagyobb valószínűséggel alakul ki az alacsony kompetencia érzete. Ezzel szemben a kutatásokból az látszik kirajzolódni, hogy a valóságtól elragaszkodva, jobbnak ítélik meg képességeiket, a múltbéli kudarcok ellenére is. Egyrészt, ez a torzítás tovább fokozza a kudarcnak való kitettségüket, hiszen a nézőpontjuk miatt nem ismerik fel a fejlődés szükségességét, elfogadják a negatív visszajelzést, illetve megváltoztatják a feladathoz való hozzáállásukat. Másrészt, mivel az ADHD-val élő gyermekek kevésbé észlelik a kudarcaikat, ez megóvjá az egészséges önértékelésüket és mérsékeli a negatív következményeket²⁰.

Ez elvezet az egyik lehetséges válaszhoz arra a kérdésre, hogy vajon miért alakult ki a túlzott pozitív illuzórikus énkép az ADHD-val élőknél?

Az **önvédelmi elmélet** azt állítja, hogy a kompetenciájuk felülértékelésével a saját önbecsületüket szeretnék fenntartani. Tehát az ADHD-s gyerekek egy kihívást követően, megpróbálják elrejteni az **inkompetenciájukat**, valamint megelőzni a kudarc vagy az

elégtelenség érzetének kialakulását azáltal, hogy a saját teljesítményükről való beszámolóiban pozitívan torzítanak²⁰⁶. Ezt az elképzelést alátámasztja az, hogy az ADHD-s gyermekek a sajátjukkal ellentétben mások sikerét és kudarcát pontosan meg tudták ítélni, illetve a sikert és kudarcot jelentő dolgok megítélésében is egy véleményen vannak a nem ADHD-s társaikkal. Mivel mások megítélésénél nincs szükség az önvédelemre, ezért ez az eredmény összhangban van azzal az elképzeléssel, hogy saját magukkal szemben viszont ezt alkalmazzák⁸.

Ebből az is következik, hogy a pozitívabb énképnek explicit méréseknél kell jelentkeznie, hiszen azok egy szándékos, tudatos értékelést tükröznek az énről, viszont implicit szinten jelentősen csökkennie vagy hiányoznia kellene, hiszen az az önmagunkkal kapcsolatos értékelések automatikus aktiválódását tükrözik. Azonban Emeh és munkatársai⁷ eredményeiből az látszik, hogy az ADHD-s gyermekek az implicit méréseken is egy ideálisabb énképet mutattak, mint a tipikusan fejlődő társaik, ami arra utal, hogy ez a jelenség nem tulajdonítható kizárólag annak, hogy mások előtt kompetensnek szeretnének tűnni. Ennek értelmében másfajta megközelítésnek és magyarázatnak is lennie kell.

Az ADHD-val kapcsolatos kognitív hiányosságok, mint például a **végrehajtó funkciókban** tapasztalt késés, megnehezíthetik a gyerekeknél a saját képességeik pontos értékeléséhez szükséges készségek kialakulását, például a megfelelő nézőpont kiválasztását és az önreflexiót. Ezt alátámasztja, hogy azok az ADHD-s gyermekek, akiknél fennáll a pozitív illuzórikus énkép nagyobb kognitív hiányosságokkal rendelkeznek, mint a torzítást nem produkálók. Továbbá a specifikus kognitív hiányosságok részben közvetítik az ADHD és a túlzott pozitív önértékelés közötti kapcsolatot¹⁹. Továbbá a végrehajtó funkciók és azok hiányosságai összefüggést mutatnak azzal a négy fő agyi területtel, melyeket gyakran az ADHD-val kapcsolatban is megemlítenek. Némely kihívást jelentő feladat során ezen régiók eltérő aktivitása figyelhető meg ADHD-val érintett gyermekeknél²⁰.

A képet tovább árnyalja az ADHD megjelenésének sokszínűsége. Ahogy az a fejezet elején is olvashattuk, az ADHD-nak három alkategóriája különül el, melyek a figyelmetlen, hiperaktív/impulzív és a kombinált megjelenési formák. Attól függően, hogy melyik eset áll fenn, eltérhet a pozitív illuzórikus énkép megjelenése és mértéke is. A kevert típusba tartozó gyermekek hajlamosabbak arra, hogy túlbecsüljék az iskolai kompetenciájukat, mint a figyelmetlenek. Sőt, utóbbiak időnként alábecsülik a teljesítményüket²⁰.

Összefoglalás

Összességében elmondható, hogy a pozitív illuzórikus énkép és ADHD közötti kapcsolat kognitív és érzelmi tényezők összetett kölcsönhatása. A közöttük levő összefüggés megértése jelentős hatással bír a diagnózis felállítására, valamint a kezelésre. Ellentmondásos nézetek vannak ugyanis arra vonatkozóan, hogy ez a jelenség **adaptív** vagy **maladaptív**-e. A realisabb énképet mutatóknál gyakrabban lelhetők fel a depresszió tünetei, ezért fontos tudni és mérlegelni, hogy amennyiben az egyes kezelési módok csökkentik az önértékelési torzítást, az milyen hatással lenne az ADHD-s gyermek depressziós tüneteire¹⁹. A jelenség felismerése és megértése segíthet a szülőknek, a pedagógusoknak, egészségügyi személyeknek a megfelelő támogatás megadásában, ami végeredményben hozzájárulhat az ADHD-val érintett egyének jobb életminőségéhez.

Felhasznált irodalom

1. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Association.
2. Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: Adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2>
3. Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(4), 524-540.
4. Bouchtein, E., Langberg, J. M., Owens, J. S., Evans, S. W., & Perera, R. A. (2017). Is the Positive Illusory Bias Common in Young Adolescents with ADHD? A Fresh Look at Prevalence and Stability Using Latent Profile and Transition Analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(6), 1063–1075. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0248-3>
5. Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among US children and adolescents, 2016. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 199-212. <https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>

6. Emeh, C. C., Mikami, A. Y., & Teachman, B. A. (2018a). Explicit and Implicit Positive Illusory Bias in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(10), 994–1001. <https://doi.org/10.1177/1087054715612261>
7. Emeh, C. C., Mikami, A. Y., & Teachman, B. A. (2018b). Explicit and Implicit Positive Illusory Bias in Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22(10), 994–1001. <https://doi.org/10.1177/1087054715612261>
8. Evangelista, N. M., Owens, J. S., Golden, C. M., & Pelham, W. E. (2008). The Positive Illusory Bias: Do Inflated Self-Perceptions in Children with ADHD Generalize to Perceptions of Others? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(5), 779–791. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9210-8>
9. Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological medicine*, 36(2), 159-165. <https://doi.org/10.1017/s003329170500471x>
10. Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). ADHD and achievement: Meta-analysis of the child, adolescent, and adult literatures and a concomitant study with college students. *Journal of Learning Disabilities*, 40(1), 49–65. <https://doi.org/10.1177/00222194070400010401>
11. Garner, A. A., O'Connor, B. C., Narad, M. E., Tamm, L., Simon, J., & Epstein, J. N. (2013). The Relationship Between ADHD Symptom Dimensions, Clinical Correlates, and Functional Impairments. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 34(7), 469–477. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3182a39890>
12. Glaser, P. E., Gerhardt, G. A., & Norvillitis, J. (2012). The neuropsychopharmacology of stimulants: dopamine and ADHD. *Current Directions in ADHD and Its Treatment*, 92-110.
13. Han, D. H., McDuff, D., Thompson, D., Hitchcock, M. E., Reardon, C. L., & Hainline, B. (2019). Attention-deficit/hyperactivity disorder in elite athletes: a narrative review. *British journal of sports medicine*, 53(12), 741-745.
14. Hodgins, J. B., Cole, J., & Boldizar, J. (2000). Peer-based differences among boys with ADHD. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 443–452. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP2903_15
15. Jaconis, M., Boyd, S. J., Hartung, C. M., McCrea, S. M., Lefler, E. K., & Canu, W. H. (2016). Sex differences in claimed and behavioral self-handicapping and ADHD

- symptomatology in emerging adults. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(4), 205–214. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0200-y>
16. Kent, K. M., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., Gnagy, E. M., Biswas, A., Babinski, D. E., & Karch, K. M. (2011). The academic experience of male high school students with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 451–462. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9472-4>
 17. Ko, I. G., Kim, S. E., Kim, T. W., Ji, E. S., Shin, M. S., Kim, C. J., ... & Bahn, G. H. (2013). Swimming exercise alleviates the symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in spontaneous hypertensive rats. *Molecular medicine reports*, 8(2), 393-400.
 18. Majorek, M., Tüchelmann, T., & Heusser, P. (2004). Therapeutic Eurythmy—movement therapy for children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pilot study. *Complementary therapies in Nursing and Midwifery*, 10(1), 46-53.
 19. McQuade, J. D., Tomb, M., Hoza, B., Waschbusch, D. A., Hurt, E. A., & Vaughn, A. J. (2011). Cognitive deficits and positively biased self-perceptions in children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(2), 307–319. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9453-7>
 20. Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A Critical Review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(4), 335–351. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0027-3>
 21. Roy, A., Hechtman, L., Roy, A., Arnold, L. E., Sibley, M. H., Molina, B. S. G., Swanson, J. M., Howard, A. L., Vitiello, B., Severe, J. B., Jensen, P. S., Arnold, L. E., Hoagwood, K., Richters, J., Vereen, D., Hinshaw, S. P., Elliott, G. R., Wells, K. C., Epstein, J. N., ... Stern, K. (2016). Childhood Factors Affecting Persistence and Desistence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Adulthood: Results From the MTA. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(11), 937-944. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.027>
 22. Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H., & Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 49(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1>
 23. Stan, E. A., & Dima, M. D. (2022). Sport is an important part in the integration of the child with ADHD in society or is ADHD an opening to great performance in

sport?. *Ovidius University Annals, Series Physical Education & Sport/Science, Movement & Health*, 22(1).

24. Stormont, M. (2001). Social outcomes of children with AD/HD: Contributing factors and implications for practice. *Psychology in the Schools*, 38(6), 521–531. <https://doi.org/10.1002/pits.1040>
25. Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>