

# A személyes erősségek szerepe a felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás tünetek és az észlelt stressz kapcsolatában

OLÁH STELLA<sup>1,2</sup>, NAGY VIVIEN<sup>2</sup>, MIKLÓSI MÓNICA<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék, Budapest

<sup>2</sup> Eötvös Loránd Tudományegyetem, PPK, Pszichológiai Intézet, Budapest

<sup>3</sup> Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Mentálhigiéniai Központ, Budapest

**Háttér/Célkitűzés:** David P. Bernstein személyes erősségek modellje a sémaelmélet és a pozitív pszichológia egymásra hatásából született. Bernstein szerint az egészséges felnőtt sémamód erősségeit négy dimenzió mentén írhatjuk le, ezek az önirányítottság, az önszabályozás, a kapcsolódás és a transzcendencia. Korábbi kutatások szerint a figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD) felnőttekben együtt jár az észlelt stressz magasabb szintjével, de a személyes erősségek szerepét ebben az összefüggésben még nem vizsgálták. Kutatásunk célja a Bernstein-féle erősség dimenziók szerepének vizsgálata volt a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz kapcsolatában, dimenzionális szemléletben, nem-klinikai mintán. **Módszer:** Online kérdőívünket, mely többek között a Bernstein Erősségek Skálát (BSS), a Felnőtt ADHD Becslőskálát (ASRS), illetve az Észlelt Stressz Skála rövidített változatát (PSS4) tartalmazta, 100 felnőtt töltötte ki (átlag életkor 38,25 év, szórás 5,73 év) tájékozott beleegyezés után. **Eredmények:** A kétváltozós elemzésben az ASRS szignifikáns negatív összefüggést mutatott a BSS dimenziókkal, a hatásméret az önszabályozás esetében nagy, a többi dimenzió esetében közepes volt. Másfelől, a PSS4 skála mind a négy erősség-dimenzióval szignifikáns negatív összefüggést mutatott, a hatásméret az önirányítottság és önszabályozás esetén nagy, a kapcsolódás és transzcendencia dimenzióban közepes volt. A személyes erősségek mediálták az ADHD tünetek és az észlelt stressz kapcsolatát. **Megvitatás:** Eredményeink arra utalnak, hogy az ADHD tünetek a személyes erősségek deficitjével járhatnak együtt, ami hozzájárulhat a negatív kimenetelhez. Az erősségek felismerését, kultiválását és mobilizálását támogató pszichoterápiás intervenciók hasznosak lehetnek ADHD-val diagnosztizált felnőttek kezelésében.

*(Neuropsychopharmacol Hung 2024; 26(1): 30–38)*

**Kulcsszavak:** figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar, ADHD, felnőtt, észlelt stressz, erősségek

## BEVEZETÉS

### *Bernstein személyes erősségek modellje*

A pozitív pszichológiai irányzat az elmúlt évtizedekben felhívta a figyelmet arra, hogy az egészséges és kóros pszichés működés tanulmányozásakor nem csak a deficitekre, hanem az erősségekre is érdemes fókuszálni (Seligman, 2019). A személyes erősség Linley és Harrington (2006) meghatározása szerint olyan viselkedéses, kognitív vagy érzelmi kapacitás, amely lehetővé teszi az optimális működést és teljesítményt. A személyes erősségek és a pszichológiai jóllét közötti összefüggést sok kutatás igazolta (Govindji & Linley, 2007, Harzer & Ruch, 2015). Ezekre az eredményekre támaszkodva számos pozitív pszichológiai intervenciót fejlesztettek ki, amelyek hatékonyságát több meta-analízis is alátámasztotta (Bolier et al., 2013, Carr et al., 2023, Quinlan et al., 2012, Sin & Lyubomirsky, 2009).

A pozitív pszichológia szemléletét a sématerápiás modellben alkalmazva, David P. Bernstein (2021) a személyes erősségek egy sajátos modelljét alkotta meg. Bernstein a sématerápiát egyfajta pozitív pszichológiai intervencióként alkalmazza, melynek célja az egészséges felnőtt szelf megerősítése. A terápiás módszer alapját a sémamód modell (Arntz & Jacob, 2017, Rafaeli et al., 2010, Young et al., 2003) adja, de a diszfunkcionális módokkal ellentétben, itt az adaptív működés áll középpontban. Ahogy Claassen és Pol (2015) írja, az egészséges felnőtt sémamód aktualizálásával a páciens meg tud szabadulni merev és destruktív (kognitív, érzelmi vagy viselkedéses) mintázataitól, annak érdekében, hogy önálló, felelősségteljes, önmagával, illetve környezetével pozitív kapcsolatot fenntartó személyként éljen. Az egészséges felnőtt szelf azonban sosem működik tökéletesen, különösen, ha kihívást jelentő vagy ismeretlen helyzetekkel szembesülünk (Bernstein, 2021). Erősségeinket ilyenkor, jellemző módon, alulértékeljük, és nem használjuk megfelelő mértékben. Bernstein szerint a terápia célja ezért az, hogy az egyén felismerje és értékelje pozitív kvalitásait, és képes legyen mozgósítani ezeket, érzelmi szükségleteinek adaptív módon való kielégítéséhez.

A Bernstein-féle modellben az egészséges felnőtt szelf 16 erőssége szerepel, melyek négy faktorba rendezőnek (Bernstein, 2019). Az első faktorban olyan erősségek szerepelnek, amelyek az egyént életútja meghatározásában és a „kívánt irány” megtartásában segítik. A második faktorban az önregulációval kapcsolatos erősségek találhatók, melyek az érzelmek, kogníciók és a viselkedés szabályozását teszik lehetővé.

A harmadik faktor a kapcsolódás nevet kapta, olyan erősségekkel, amelyek lehetővé teszik, hogy a személy hosszú-távú, értékes és teherbíró kapcsolatokat tartson fenn. A negyedik faktor a transzcendencia, ami a magasabb-rendű értékek és célok megtalálásának, értékelésének a képességével hozható összefüggésbe. Bernstein egy kérdőívet is megalkotott az erősségek mérésére, ez a Bernstein Erősségek Skála (Bernstein Strengths Scale, BSS, Bernstein, 2021). Bár ez a heurisztikus modell egyre nagyobb népszerűségnek örvend a sématerapeuták körében (a kérdőív például több, mint 25 nyelven elérhető), mindeddig nem találtunk olyan empirikus tanulmányt, amely a modell érvényességét, vagy a BSS pszichometriai jellemzőit vizsgálta volna.

### *A felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar*

A figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar (ADHD, APA, 2020) egyike a leggyakoribb krónikus neuropszichiátriai kórképeknek, mely gyermekkorban indul, és 4-66%-ban felnőttkorban is fennmarad (Simon et al., 2009). Három magtünete (figyelemhiány, hipermotilitás, impulzivitás) az élet több területére is kihat, tartós nehézségeket okozva minden életkori csoportban (Bodalski et al., 2019, Booster et al., 2012, Dallos et al., 2017, Krauss & Schellenberg, 2022, Lee et al., 2016). Felnőttekben az ADHD 70-75%-ban együtt jár más (komorbid) pszichiátriai kórképekkel, ami szintén rontja a funkcionális szintjét (Biederman, 2004). Továbbá, ADHD-val diagnosztizált felnőttek a mindennapokban több stresszkelő életeseményről és a szubjektív stressz magasabb szintjéről számoltak be (Hirvikoski et al., 2009, Lackschewitz et al., 2008). A kutatások arra is utalnak, hogy az ADHD-val élő felnőttek fokozott érzékenységgel reagálnak a stresszre, fiziológiai szinten is (Lackschewitz et al., 2008, Palma et al., 2012). Az ADHD tünetek és az észlelt stressz között fennálló pozitív kapcsolatot nem-klinikai szinten is igazolták (Miklosi et al., 2016).

Az ADHD és az erősségek kapcsolatát kevesen vizsgálták, ezek a kutatások az ADHD-val élő felnőtteknél alacsonyabb énhatékonyság érzésről, önbizalomról, önértékelésről számoltak be (Cook et al., 2014, Michielsen et al., 2014, Newark et al., 2016). Az erősségek a vizsgálatok szerint mediálták a kapcsolatot az ADHD tünetei és a mentális jóllét, valamint a funkcionális szintje között (Beaton, 2022, Bodalski et al., 2023). Másfelől, egy kvalitatív vizsgálat szerint az olyan erősségek, mint a kognitív dinamizmus, a bátorság, az emberség vagy a transzcendencia iránti fogékonyság, ADHD-val élő felnőttekben összefü-

1. táblázat A minta demográfiai jellemzői

Demográfiai változók	%
<b>Lakóhely</b>	
- Főváros	9
- Egyéb város	65
- Kisebbségi település	25
- Nincs adat	1
<b>Iskolázottság</b>	
- Általános iskola	2
- Gimnázium/Szakközépiskola/Szakiskola	42
- Főiskola/Egyetem	56
<b>Családi állapot</b>	
- Házasság	74
- Párkapcsolat	25
- Egyedülálló	1
<b>Gazdasági aktivitás</b>	
- Aktív munkavállaló	64
- GYES/GYED	28
- Háztartásbeli	6
- Munkanélküli	2
<b>Szubjektív anyagi helyzet</b>	
- Átlagos	82
- Átlagon felüli	16
- Átlag alatti	2

N=100

gést mutatnak a pozitív kimenetekkel (Sedgwick et al., 2019). A Bernstein féle modellt azonban az ADHD-val összefüggésben még nem vizsgálták.

### Célkitűzések

Kutatásunk célja a felnőtt ADHD tünetek és a Bernstein féle személyes erősség dimenziók közötti kapcsolat feltárása volt. A szakirodalom alapján feltételeztük, hogy az ADHD tünetek magasabb szintje együtt fog járni az erősségekben mutatkozó deficittel. Korábbi kutatások azt találták, hogy az erősségek mediálják az ADHD tünetek és többféle kimenetel kapcsolatát, az észlelt stresszel kapcsolatban azonban ezt még nem vizsgálták. Kutatásunkban ezért megvizsgáltuk a Bernstein-féle erősség dimenziók szerepét az ADHD tünetek és az észlelt stressz kapcsolatában. Feltételeztük, hogy az ADHD tünetek szintje, az erősségekben mutatkozó deficiteken keresztül, az észlelt stressz magasabb szintjével jár együtt. Elemzéseinket dimenzionális szemléletben végeztük, nem-klinikai mintán.

## MÓDSZER

### Eljárás

A vizsgálatot az Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Intézet, Intézeti Kutatásetikai Bizottságának engedélyével kezdtük meg. A nagyobb kutatás, melynek a vizsgálat részét képezi, nem-klinikai mintán, óvodáskorú gyermekek szüleinél vizsgálta a felnőtt ADHD tünetek korrelátumait. A kutatást a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési, és Innovációs Hivatal OTKA-PD 134849 számú posztdoktori ösztöndíja támogatta.

Az adatgyűjtés online módon történt a Qualtrics program segítségével. Egy körülbelül 20-30 percet igénylő kérdőívcsomagot hoztunk létre, amelyet különböző közösségi média felületeken terjesztettünk. A vizsgálati személyek tájékozott beleegyezést követően vehettek részt a vizsgálatban. A tájékoztató-beleegyző nyilatkozatban részletesen informáltuk a kitöltőket a vizsgálat pontos céljáról, a részvétel önkéntességéről, az adatgyűjtés anonimitásáról, a kutatás során nyert információk bizalmas kezeléséről, felhasználásáról.

### Minta

Száz személy adatait elemeztük. A nemek megoszlását tekintve 92 nő és 8 férfi vett részt a vizsgálatban. A kitöltők életkori övezete 25-59 év volt ( $M = 38,25$  év;  $SD = 5,73$ ). A további demográfiai jellemzők az 1. táblázatban olvashatók.

### Eszközök

A Felnőtt ADHD Becslőskála (ASRS; Kessler et al., 2005, Bitter et al., 2010) egy 18 tételes, önbeszámoló alapon alapuló mérőeszköz, amely a Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai kézikönyve, negyedik kiadásának (DSM-IV-TR, APA, 2000) ADHD kritériumaira épül. Egy felnőtt ADHD-val foglalkozó munkacsoport fejlesztette ki az Egészségügyi Világszervezettel (WHO) együtt (Kessler et al., 2005). A kitöltők 5 fokú Likert-skálán (0 = soha, 4 = nagyon gyakran) értékelhették, milyen gyakran tapasztalták a tüneteket az elmúlt 6 hónapra vonatkoztatva. Elemzésünkben az összpontszámot használtuk, mely az ADHD tünetek globális felmérése szolgál. Adler és munkatársainak (2006) tanulmányára alapozva a teljes skála megbízhatósága nagyon jó ( $\alpha = 0,88$ ). Jelen mintán az alskálák és a teljes skála megbízhatósága is a nagyon jó tartományba esik ( $\alpha = 0,88$ ).

**2. táblázat** A skálák leíró adatai, reliabilitás mutatói és kétváltozós kapcsolatai (Pearson-féle korrelációs együtthatók)

	$\alpha$	átlag	SD	PSS4	BSS-Öi	BSS-Ösz	BSS-K	BSS-T
ASRS	0,88	38,97	10,65	0,43*	-0,38*	-0,52*	-0,32*	-0,34*
PSS4	0,77	10,06	2,83	—	-0,60*	-0,58*	-0,37*	-0,46*
BSS-Öi	0,91	48,55	10,57		—	0,84*	0,56*	0,61*
BSS-Ösz	0,89	49,38	9,96			—	0,59*	0,61*
BSS-K	0,89	50,23	6,38				—	0,72*
BSS-T	0,82	24,58	3,92					—

N = 100. ASRS: Felnőtt ADHD Becslőskála. PSS4: Észlelt Stressz Skála rövidített változat. BSS-Öi: Bernstein Erősségek Skála önirányítotttság. BSS-Ösz: Bernstein Erősségek Skála önszabályozás. BSS-K: Bernstein Erősségek Skála kapcsolódás. BSS-T: Bernstein Erősségek Skála transzcendencia. \*p < 0,001

A Bernstein Erősségek Skála (Bernstein Strengths Scale, BSS; Bernstein, 2021) egy 48 tételes önbeszámolón alapuló kérdőív, mellyel felmérhetők az egyén személyes erősségei. A kitöltőnek 5 fokú Likert-skálán (1=nem igaz, 5=teljesen igaz) kell megítélnie, hogy mennyire jellemzőek rá a feltüntetett állítások. A tételek 16 alszámba és négy főfaktorba csoportosíthatók. A négy faktor Bernstein (2019) elméletében az egészséges felnőtt szelf működésének négydimenziós modellje, amelyhez az önirányítotttság, az önszabályozás, a kapcsolódás és a transzcendencia tartoznak. A kérdőív több, mint 25 nyelven elérhető, de pszichometriai mutatóit még nem publikálták. Magyar változatát e kutatás céljából készítettük el, a szerző engedélyével, visszafordítási módszerrel. Jelen mintán a négy főfaktor reliabilitása nagyon jónak bizonyult (2. táblázat).

Az Észlelt Stressz Skála rövid változata (Perceived Stress Scale short version, PSS4; Cohen, 1988, Stauder & Konkoly Thege, 2006) azt vizsgálja, hogy a vizsgálati személyek milyen gyakran érezték stresszkeltőnek az életüket az elmúlt egy hónapban. Az eredeti skála (Cohen, 1988) 14 tételes, melyeket 5 fokú Likert-skálán értékelhetnek a résztvevők (0=soha, 4=nagyon gyakran). A magyar változat pszichometriai mutatóiról Stauder és Konkoly-Thege (2006) tanulmánya számol be, amelyben a 4 tételes verzió belső-konzisztencia mutatója jónak volt mondható ( $\alpha=0,79$ ). A kérdőív belső megbízhatósága mintánkon szintén jó volt ( $\alpha=0,77$ ).

### Statistikai elemzés

A statisztikai elemzésekhez IBM SPSS Statistics 25 programot használtunk. Az adattisztítás után a hiányzó adatokat (<1%) regressziós módszerrel pótoltuk. A skálák kiszámolása és megbízhatóságuk,

eloszlásuk ellenőrzése után kétváltozós elemzéseket végeztünk. Megvizsgáltuk a demográfiai tényezők hatását változóinkra, a folytonos skáláknál Pearson-féle korrelációs együtthatót számoltunk, a csoportok összehasonlítására t-próbát és egyszempontos varianciaanalízist (ANOVA) használtunk. A skálák kétváltozós kapcsolatát Pearson-féle korrelációs együtthatóval jellemeztük. Ezután mediátor modellekben vizsgáltuk a Bernstein-féle négy erősség dimenzió mediátor szerepét az ADHD tünetek és az észlelt stressz kapcsolatában. A multikollinearitás elkerülése érdekében egyszerű mediátor modelleket elemeztünk az SPSS-ben, a PROCESS (Hayes, 2017) eljárás segítségével.

## EREDMÉNYEK

### Előzetes elemzés

A skálák leíró adatait és kétváltozós kapcsolatait a 2. táblázat mutatja. A skálák ferdesége minden esetben -1 és +1 között volt, így paraméteres próbákat használtunk az elemzésekhez. Megvizsgáltuk a demográfiai változók és a skálák kapcsolatát. Pearson-féle korrelációs koefficiens számolva nem találtunk összefüggést az életkor és a változók között. Független mintás t-próbával nem találtunk szignifikáns különbséget a skálák átlagában a férfi és női kitöltők között. Az iskolai végzettség tekintetében összevontuk az általános és középiskolát végzett személyek csoportját, majd összevetettük ezt a csoportot a felsőfokú végzettségűekkel. A független mintás t-próba nem jelzett különbséget a két csoport között egyetlen skálán sem. A gazdasági aktivitás esetében a munkanélküli, a háztartásbeli és a GYED/GYES-en lévő személyek összevont csoportját hasonlítottuk össze az aktív munkavállalókéval. Egyik skálában sem mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport között. Egyszempontos varianciaelemzés

(ANOVA) alapján nem találtunk szignifikáns különbséget vizsgált változóinkban a fővárosban, a városban és a kisebb településen élők alcsoportjai között.

### **Kétváltozós elemzések**

Az ASRS összpontszám és a PSS4 összpontszám között szignifikáns, közepes hatásméretű, pozitív kapcsolatot találtunk. Az ASRS összpontszám és a Bernstein-féle négy dimenzió között szignifikáns, negatív összefüggést találtunk. Az önszabályozás faktor esetében a hatásméret nagy, az önirányítottság, kapcsolódás és önszabályozás esetében közepes volt. A PSS4 skála pontszáma szintén szignifikáns, negatív kapcsolatban állt a Bernstein-féle négy erősség faktoral. A hatásméret az önirányítottság és önszabályozás esetén nagy, a kapcsolat és transzcendencia esetében közepes volt (2. táblázat).

### **Mediátor modellek**

Négy mediátor modellt teszteltünk. A független változó minden esetben az ASRS összpontszám, a függő változó a PSS4 pontszám volt. Mediátor változónak a négy modell mindegyikébe egy-egy erősség faktort vontunk be a Bernstein-féle négy dimenzióból.

Először az önirányítottság faktort választottuk mediátornak. Az első regresszióelemzés szignifikáns modellt eredményezett 14%-ot magyarázva a függő változó varianciájából ( $R^2 = 0,14$ ;  $F(1,98) = 16,46$ ;  $p < 0,001$ ). Ebben a felnőtt ADHD tünetek szignifikáns, negatív összefüggést mutattak az önirányítottság faktoral (a). A második regresszióelemzésében szintén szignifikáns modellt kaptunk ( $R^2 = 0,41$ ;  $F(2,97) = 33,04$ ;  $p < 0,001$ ), a magyarázott variancia 41% volt. Az önirányítottság szignifikáns, negatív összefüggésben állt az észlelt stresszel (b), a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz között pedig szignifikáns, pozitív összefüggést találtunk, tehát a közvetlen hatás (c') szignifikáns volt. Emellett az indirekt hatás (ab) is szignifikánsnak bizonyult, vagyis az önirányítottság mediálta a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz közötti kapcsolatot (1a. ábra).

A második mediátor modellben, ahol az önszabályozás faktor szerepelt mediátor változóként, az első regresszióelemzés szignifikáns modellt eredményezett 27%-ot magyarázva a varianciából ( $R^2 = 0,27$ ;  $F(1,98) = 36,29$ ;  $p < 0,001$ ). A felnőtt ADHD tünetek szignifikáns, negatív összefüggést mutattak az önszabályozással (a). A második regresszióelemzésben is szignifikáns modellt kaptunk ( $R^2 = 0,36$ ;  $F(2,97) = 27,52$ ;  $p < 0,001$ ), a magyarázott variancia 36% volt.

Az önszabályozás faktor szignifikáns, negatív összefüggésben állt az észlelt stresszel (b), a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz között pedig tendenciaszintű, pozitív összefüggést találtunk, tehát a közvetlen hatás (c') tendenciaszintű volt. A közvetett hatás (ab) szignifikánsnak bizonyult, vagyis az önszabályozás faktor is mediálta a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz közötti kapcsolatot (1b. ábra).

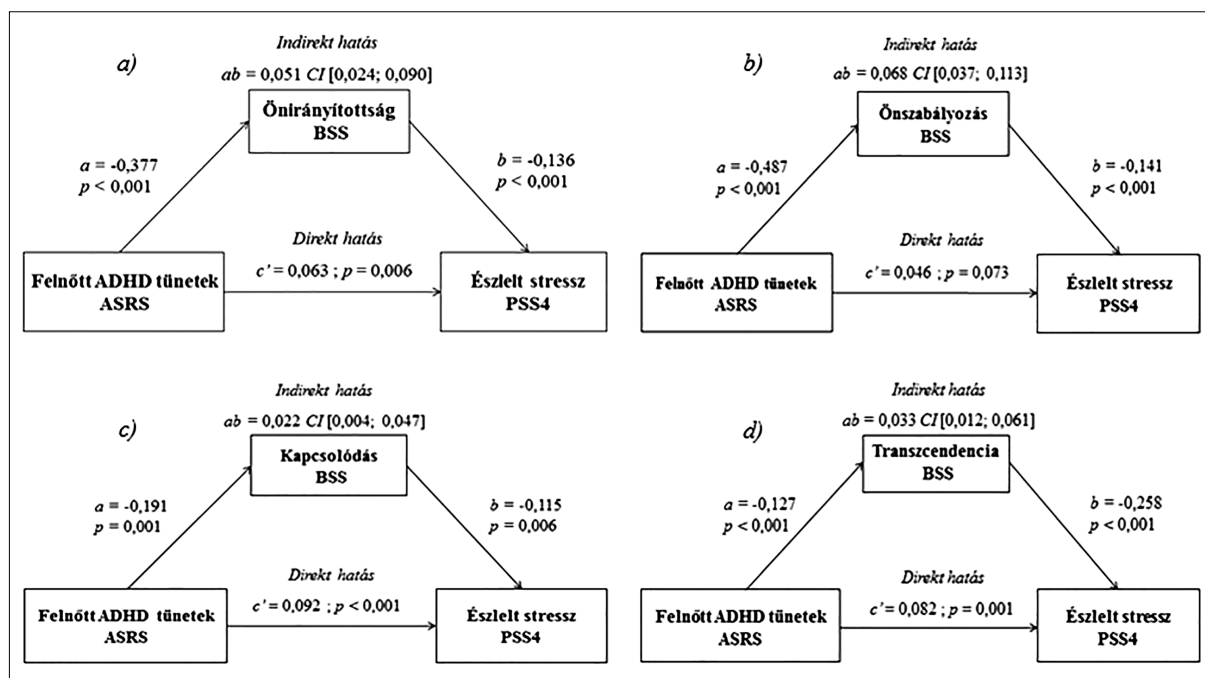
A harmadik mediátor modellben a kapcsolódás faktort választottuk mediátor változóként. Az első regresszióelemzés szignifikáns modellt eredményezett 10%-ot magyarázva a varianciából ( $R^2 = 0,10$ ;  $F(1,98) = 11,06$ ;  $p < 0,001$ ). A felnőtt ADHD tünetek szignifikáns, negatív összefüggést mutattak a kapcsolódás faktoral (a). A második regresszióelemzésében szignifikáns modellt kaptunk ( $R^2 = 0,24$ ;  $F(2,97) = 15,69$ ;  $p < 0,001$ ), a magyarázott variancia 24% volt. A kapcsolódás faktor szignifikáns, negatív összefüggésben állt az észlelt stresszel (b), a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz között pedig szignifikáns, pozitív összefüggést találtunk (c'). A közvetett hatás (ab) is szignifikánsnak bizonyult, így a kapcsolat faktor szintén szignifikáns mediátor a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz kapcsolatában (1c. ábra).

Végül, a transzcendencia faktor mediátor szerepét vizsgáltuk. Az első regresszióelemzés szignifikáns modellt eredményezett ( $R^2 = 0,12$ ;  $F(1,98) = 11,06$ ;  $p < 0,001$ ). A felnőtt ADHD tünetek szignifikáns, negatív összefüggést mutattak a transzcendencia faktoral is (a). A második regresszióelemzésben szignifikáns modellt kaptunk ( $R^2 = 0,30$ ;  $F(2,97) = 20,38$ ;  $p < 0,001$ ), a magyarázott variancia 30% volt. A transzcendencia faktor szignifikáns, negatív összefüggésben állt az észlelt stresszel (b), a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz között pedig szignifikáns, pozitív összefüggést találtunk (c'). Az indirekt hatás (ab) is szignifikánsnak bizonyult, a transzcendencia faktor mediátor szerepét is igazolta az elemzés az ADHD tünetek és az észlelt stressz közötti kapcsolatban (1d. ábra).

### **MEGVITATÁS**

Kutatásunk célja a Bernstein-féle erősség dimenziók szerepének vizsgálata volt a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz kapcsolatában. Bernstein személyes erősségek modellje elsősorban egy sématerápiás módszer, mely az egészséges felnőtt szelf erősségeinek tudatosítását, kultiválását és aktualizálását célozza (Bernstein, 2021). Empirikus adatok azonban nem állnak még rendelkezésünkre a modell érvényességével kapcsolatban. Kutatásunkban a Bernstein Erősségek

1. ábra A BSS faktorok mediátor szerepe a felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz kapcsolatában



N=100. ASRS: Felnőtt ADHD Becslőskála. ADHD: figyelemhiányos/hiperaktivitás zavar. BSS: Bernstein Erősségek Skála. PSS4: Észlelt Stressz Skála. a, b, c': nem standardizált regressziós együtthatók.

Skálát (Bernstein, 2021) használtuk, a négy főfaktor belső megbízhatóságát nagyon jónak találtuk. Vizsgálatunk az első, amely a BSS pszichometriai mutatóiról beszámol. Eredményeink arra utalnak, hogy a BSS a személyes erősségek megbízható mérőeszköze lehet, bár pszichometriai jellemzőinek leírására további kutatásokra van szükség.

Korábbi kutatásokban az ADHD-val diagnosztizált személyek több erősség terén alacsonyabb pontszámot értek el, mint az egészséges kontrollcsoport (Cook et al., 2014, Michielsen et al., 2014, Newark et al., 2016), ezért feltételeztük, hogy az ADHD tünetek nem-klinikai mintán is negatív összefüggést mutatnak a Bernstein-féle erősségekkel. Hipotézisünknek megfelelően közepes/nagy hatásmérettel jellemezhető negatív kapcsolatot igazoltunk az ASRS pontszám és a BSS négy dimenziója között. A korreláció az önszabályozás faktor esetében volt a legerősebb, ami összhangban van Barkley (2010a) elméletével, aki a szelf-reguláció deficitjét az ADHD központi komponensének tartotta. Az önrányítottság, kapcsolódás és transzcendencia faktorok szintén szignifikáns, de csak közepes hatásmérettel jellemezhető összefüggést mutattak az ADHD tünetekkel. Lehetséges, hogy az erősségekben mutatkozó deficit összefüggésben áll az ADHD-ban leírt végrehajtó funkció deficittel

(Boonstra et al., 2005, Barkley, 2010b). A végrehajtó funkciók alulműködése egyrészt közvetlenül vezethet az erősségekben mutatkozó deficithez, mint például az önszabályozás esetében, másrészt közvetetten, hiszen lehetséges, hogy a végrehajtó funkciók deficitje miatt a személynek kevésbé van belátása pozitív kvalitásaira, vagy kevésbé jól tudja mozgósítani azokat a kihívást jelentő helyzetekben.

Korábbi vizsgálatok eredményeivel egybehangzóan (Govindji & Linley, 2007, Harzer & Ruch, 2015) az erősség dimenziók szignifikáns negatív összefüggést mutattak az észlelt stresszrel is. Az erősségek szerepet játszhatnak a stressz megelőzésében, elősegíthetik a hatékony stresszkezelést, illetve növelhetik az ellenállást a stressz negatív következményeivel szemben (Milaniak et al., 2016). Továbbá erősíthetik a kontroll érzését is, így a fizikai és mentális állapotra is negatívan ható bejósolhatatlanság csökken (Kopp & Réthelyi, 2004, Milaniak et al., 2016). A kapcsolat az önrányítottság és az önszabályozás esetében mutatott nagy hatásmérettel, ami szintén az észlelt kontroll szerepét húzza alá.

A felnőtt ADHD tünetek és az észlelt stressz kapcsolatában is vizsgáltuk az erősségfaktorok szerepét. Mediátor modelljeinkben mind a négy erősség dimenzió közvetítette a kapcsolatot az ADHD tünetek

és az észlelt stressz között. Az ADHD tünetek magasabb szintje együtt járt az erősségekben mutatkozó deficittel, amely viszont az észlelt stressz magasabb szintjével mutatott összefüggést. Az erősségek tehát indirekt módon szerepet játszhatnak abban, hogy az ADHD tünetek megemelkedett stressz-szinttel, illetve a mindennapi stresszorokkal szemben nagyobb sérülékenységgel járnak együtt (Lackschewitz et al., 2008, Miklósi et al., 2016).

### Limitációk

Eredményeink értelmezésekor figyelembe kell vennünk a kutatás korlátait. A Bernstein Erősségek Skála magyar változatát e vizsgálat céljából készítettük el, az alacsony elemszám miatt faktoriális validitását nem teszteltük, indokolt lenne nagyobb és reprezentatív mintán vizsgálni pszichometriai jellemzőit. A kutatás keresztmetszeti elrendezéséből adódóan okozati kapcsolatokra nem következtethetünk, így mindenképp érdemes longitudinális vizsgálatokban is tanulmányozni a feltárt összefüggéseket. Bizonyos összefüggések kétirányúak is lehetnek, például a megnövekedett észlelt stressz akadályozhatja az erősségek felismerését és mozgósítását (Miklósi et al., 2016).

Vizsgálatunkban a nemek aránya nem volt kiegyenlített, hiszen többségében nők töltötték ki a kérdőívcsomagot. Nemi különbséget egyetlen változó esetében sem tártunk fel, így valószínű, hogy a kiegyenlített nemi megoszlás nem befolyásolta eredményeinket. Másfelől, vizsgálatunk nem-klinikai mintán zajlott, érdemes lenne elemzéseinket klinikai mintán is elvégezni. A dimenzionális szemlélet azonban egyre jelentősebb a pszichopatológia, és specifikusan az ADHD vizsgálatában (Swanson et al., 2012), így nem-klinikai minták bevonása mindenképpen igazolható.

Az önbeszámolón alapuló kérdőívek eredményét befolyásolhatták torzító tényezők, például a motiváció, az aktuális állapot, kognitív jellemzők, vagy a társas kíváncsiság. Többféle módszer alkalmazása, például a stressz fiziológiai paramétereinek mérése további eredményekkel szolgálhatott volna. Több információforrás használata szintén javasolt lehet további kutatásokban.

### Klinikai implikációk

Eredményeink arra utalnak, hogy a felnőtt ADHD pszichoterápiás kezelésében a Bernstein-féle személyes erősségek koncepció (Bernstein, 2021) hasznosnak bizonyulhat. A személyes erősségek azonosítását

és aktualizálását facilitáló terápia segítheti a személyt a hatékonyabb megküzdésben, ami jobb kimenetekhez vezethet (Newark, Stieglitz, 2010).

---

**KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS: A KUTATÁST A NEMZETI KUTATÁSI, FEJLESZTÉSI, ÉS INNOVÁCIÓS HIVATAL OTKA-PD 134849 AZONOSÍTÓJÚ POSZTDOKTORI PÁLYÁZATA TÁMOGATTA**

---

**LEVELEZŐ SZERZŐ: OLÁH STELLA**

**SEMMELWEIS EGYETEM ÁOK**

**KLINIKAI PSZICHOLÓGIA TANSZÉK**

E-mail: olah.stella@semmelweis.hu

---

### IRODALOM

1. Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J., & Secnik, K. (2006). Validity of Pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to Rate Adult ADHD Symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145–148. <https://doi.org/10.3109/10401230600801077>
2. American Psychiatric Association (2020). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision DSM-5-TR*.
3. American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
4. Arntz, A., & Jacob, G. (2017). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. John Wiley & Sons.
5. Barkley, R. A. (2010a). Deficient emotional self-regulation: A core component of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of ADHD & Related Disorders*, 1(2), 5–37.
6. Barkley, R. A. (2010b). Differential Diagnosis of Adults With ADHD: The Role of Executive Function and Self-Regulation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 27654. <https://doi.org/10.4088/JCP.9066tx1c>
7. Beaton, D. (2022). *The Role of Self-compassion in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)* [Phd, University of Sheffield]. <https://etheses.whiterose.ac.uk/32045/>
8. Bernstein, D.P. (2021). *Building Strengths in Therapy* (eBook). Bernstein iModes.
9. Biederman, J. (2004). Impact of Comorbidity in Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 3-7.
10. Bitter, I., Simon, V., Bálint, S., Mészáros, Á., & Czobor, P. (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(4), 287–296. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0076-3>
11. Bodalski, E. A., Flory, K., Canu, W. H., Willcutt, E. G., & Hartung, C. M. (2023). ADHD Symptoms and Procrastination in College Students: The Roles of Emotion Dysregulation and Self-Esteem. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 45(1), 48–57. <https://doi.org/10.1007/s10862-022-09996-2>



12. Bodalski, E. A., Knouse, L. E., & Kovalev, D. (2019). Adult ADHD, Emotion Dysregulation, and Functional Outcomes: Examining the Role of Emotion Regulation Strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(1), 81–92. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9695-1>
13. Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, E., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, 13(1), 119. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
14. Boonstra, A. M., Oosterlaan, J., Sergeant, J. A., & Buitelaar, J. K. (2005). Executive functioning in adult ADHD: A meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 35(8), 1097–1108. <https://doi.org/10.1017/S003329170500499X>
15. Booster, G. D., DuPaul, G. J., Eiraldi, R., & Power, T. J. (2012). Functional Impairments in Children With ADHD: Unique Effects of Age and Comorbid Status. *Journal of Attention Disorders*, 16(3), Article 3. <https://doi.org/10.1177/1087054710383239>
16. Carr, A., Finneran, L., Boyd, C., Shirey, C., Canning, C., Stafford, O., Lyons, J., Cullen, K., Prendergast, C., Corbett, C., Drumm, C., & Burke, T. (2023). The evidence-base for positive psychology interventions: A mega-analysis of meta-analyses. *The Journal of Positive Psychology*, 0(0), 1–15. <https://doi.org/10.1080/17439760.2023.2168564>
17. Claassen, A.-M., & Pol, S. (2015). *Schematherapie en de Gezonde Volwassene: Positieve technieken uit de praktijk*. Springer.
18. Cohen, S. (1988). *Perceived stress in a probability sample of the United States*. . *The social psychology of health*. Sage: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
19. Cook, J., Knight, E., Hume, I., & Qureshi, A. (2014). The self-esteem of adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A systematic review of the literature. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 6(4), 249–268. <https://doi.org/10.1007/s12402-014-0133-2>
20. Dallos, G., Miklósi, M., Keresztény, Á., Velő, S., Szentiványi, D., Gáboros, J., & Balázs, J. (2017). 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*, 21(9), 721–730.
21. Govindji, R., & Linley, P. A. (2007). Strengths use, self-concordance and well-being: Implications for strengths coaching and coaching psychologists. *International Coaching Psychology Review*, 2(2), 143–153.
22. Harzer, C., & Ruch, W. (2015). The relationships of character strengths with coping, work-related stress, and job satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2015.00165>
23. Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
24. Hirvikoski, T., Lindholm, T., Nordenström, A., Nordström, A.-L., & Lajic, S. (2009). High self-perceived stress and many stressors, but normal diurnal cortisol rhythm, in adults with ADHD (attention-deficit/hyperactivity disorder). *Hormones and Behavior*, 55(3), 418–424. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2008.12.004>
25. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245–256. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
26. Kopp, M. S., & Réthelyi, J. (2004). Where psychology meets physiology: Chronic stress and premature mortality—the Central-Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 62(5), 351–367.
27. Krauss, A., & Schellenberg, C. (2022). ADHD Symptoms and Health-Related Quality of Life of Adolescents and Young Adults. *European Journal of Health Psychology*, 29(4), 165–174. <https://doi.org/10.1027/2512-8442/a000104>
28. Lackschewitz, H., Hüther, G., & Kröner-Herwig, B. (2008). Physiological and psychological stress responses in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychoneuroendocrinology*, 33(5), 612–624. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.01.016>
29. Lee, Y., Yang, H.-J., Chen, V. C., Lee, W.-T., Teng, M.-J., Lin, C.-H., & Gossop, M. (2016). Meta-analysis of quality of life in children and adolescents with ADHD: By both parent proxy-report and child self-report using PedsQLTM. *Research in Developmental Disabilities*, 51, 160–172.
30. Linley, P. A., & Harrington, S. P. (2006). Playing to your strengths. *The Psychologist*, 19, 86–89.
31. Michielsen, M., Comijs, H. C., Semeijn, E. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kooij, J. J. S. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder and personality characteristics in older adults in the general Dutch population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 22(12), Article 12. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.02.005>
32. Miklosi, M., Mate, O., Somogyi, K., & Szabo, M. (2016). Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms, Perceived Stress, and Well-Being The Role of Early Maladaptive Schemata. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(5), Article 5. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000472>
33. Milaniak, I., Wilczek-Rużyczka, E., Wierzbicki, K., Sadowski, J., Kapelak, B., & Przybyłowski, P. (2016). Role of personal resources in depression and stress in heart transplant recipients. *Transplantation Proceedings*, 48(5), 1761–1766.
34. Newark, P. E., Elsaesser, M., & Stieglitz, R.-D. (2016). Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), Article 3. <https://doi.org/10.1177/1087054712459561>
35. Palma, S. M. M., Fernandes, D. R. M., Muszkat, M., & Calil, H. M. (2012). The response to stress in Brazilian children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 198(3), 477–481. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.016>
36. Quinlan, D., Swain, N., & Vella-Brodrick, D. A. (2012). Character Strengths Interventions: Building on What We Know for Improved Outcomes. *Journal of Happiness Studies*, 13(6), 1145–1163. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9311-5>
37. Rafaeli, E., Bernstein, D. P., & Young, J. (2010). *Schema therapy: Distinctive features*. Routledge.
38. Sedgwick, J. A., Merwood, A., & Asherson, P. (2019). The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: A qualitative investigation of successful adults with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0277-6>
39. Seligman, M. E. P. (2019). Positive Psychology: A Personal History. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 1–23. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653>
40. Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), Article 3.



41. Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology, 65*(5), 467–487. <https://doi.org/10.1002/jclp.20593>
42. Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika, 7*(3), 203–216.
43. Swanson, J. M., Schuck, S., Porter, M. M., Carlson, C., Hartman, C. A., Sergeant, J. A., Clevenger, W., Wasdell, M., McCleary, R., Lakes, K., & Wigal, T. (2012). Categorical and Dimensional Definitions and Evaluations of Symptoms of ADHD: History of the SNAP and the SWAN Rating Scales. *The International Journal of Educational and Psychological Assessment, 10*(1), Article 1.
44. Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.

## The role of personal strengths in the relationship between adult attention-deficit/hyperactivity symptoms and perceived stress

**Background/Objectives:** David P. Bernstein's model of personal strengths was born out of the interaction of schema theory and positive psychology. According to Bernstein, the strengths of a healthy adult self can be described along four dimensions: self-directedness, self-regulation, connectedness, and transcendence. Previous research has shown that attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adults is associated with higher levels of perceived stress, but the role of personal strengths in this context has not yet been investigated. The aim of our study was to explore the role of Bernstein's strength dimensions in the relationship between adult ADHD symptoms and perceived stress, using a dimensional approach in a non-clinical sample. **Method:** Our online questionnaire, which included the Bernstein Strengths Scale (BSS), the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), and a shortened version of the Perceived Stress Scale (PSS4), was completed by 100 adults (mean age 38.25 years, standard deviation 5.73 years) after informed consent. **Results:** In the bivariate analysis, the ASRS showed a significant negative association with the BSS dimensions, with a large effect size for self-regulation and a medium effect size for the other dimensions. On the other hand, the PSS4 scale showed significant negative correlations with all four strength dimensions, with effect sizes large for self-direction and self-regulation and medium for the connection and transcendence dimensions. Personal strengths mediated the relationship between ADHD symptoms and perceived stress. **Discussion:** Our results suggest that ADHD symptoms may be associated with a deficit in personal strengths, which may contribute to negative outcomes. Psychotherapeutic interventions that support the recognition, cultivation and mobilization of strengths may be useful in the treatment of adults diagnosed with ADHD.

**Keywords:** attention-deficit/hyperactivity disorder, ADHD, adult, perceived stress, personal strengths