

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

VLIV PODPŮRNÝCH SKUPIN
NA ŽIVOT S ADHD V DOSPĚLOSTI
THE INFLUENCE OF SUPPORT GROUPS IN LIFE
WITH ADHD IN ADULTS



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Andrea Savčáková**
Vedoucí práce: **PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.**

Olomouc

2019

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma:
„Vliv podpůrných skupin na život s ADHD v dospělosti“ vypracovala samostatně pod
odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a
literaturu.

V Olomouci dne 25. 3.2019

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1	Vymezení pojmu ADHD	7
1.1	Historie ADHD.....	7
1.2	Současná terminologie.....	8
1.3	Epidemiologie.....	9
1.4	Etiologie	10
1.4.1	Negenetické faktory	10
1.4.2	Genetické faktory	11
1.4.3	Neurologické faktory.....	11
1.5	Diagnostika.....	12
1.5.1	Diagnostika dětí.....	12
1.5.2	Diagnostika dospělých	13
1.5.3	Klienti podle doby vzniku diagnostiky	13
1.6	ADHD jako fenomén 20. a 21. století	14
1.6.1	Nárůst publikací	14
1.6.2	Organizace	14
2	Projevy ADHD v dospělosti	16
2.1	Primární charakteristika.....	16
2.1.1	Deficit pozornosti	16
2.1.2	Hyperaktivita	17
2.1.3	Impulzivita.....	17
2.2	Život s ADHD	17
2.3	Komorbidity a záměny s ADHD	19
2.3.1	Deprese.....	19
2.3.2	Úzkost.....	20
2.3.3	ADHD a návykové látky	20
2.3.4	Bipolární porucha	20
3	Léčba ADHD	22
3.1	Farmakoterapie	22
3.2	Nefarmakologické postupy.....	24
3.2.1	Kognitivně-behaviorální terapie.....	24
3.2.2	Trénink mindfulness.....	24
3.2.3	Koučink	24
3.2.4	EEG Biofeedback - Neurofeedback	25

3.2.5	Podpůrné skupiny	25
EMPIRICKÁ ČÁST		27
4	Výzkumný problém, Cíle a výzkumné otázky práce	28
5	Typ výzkumu a analýza dat	29
5.1	Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)	29
5.2	Analýza dat	29
6	Výzkumný soubor a sběr dat	31
6.1	Výzkumný soubor	31
6.2	Sběr dat	31
6.3	Etické hledisko a ochrana soukromí	32
7	Výsledky práce	34
7.1	Respondenti a život s ADHD	34
7.1.1	Aneta	34
7.1.2	Daniel	35
7.1.3	Kristýna	35
7.1.4	Jakub	36
7.1.5	Lucie	37
7.1.6	Anežka	37
7.2	Jednotlivé podpůrné skupiny	38
7.2.1	Podpůrná skupina v Praze	38
7.2.2	Podpůrná skupina Brno	42
7.2.3	Podpůrná skupina Olomouc	43
7.3	Zodpovězení výzkumné otázky	45
7.3.1	Jak podpůrná skupina ovlivnila sociální sféru jednotlivce?	45
7.3.2	Jaký vliv měla podpůrná skupina na chování v zaměstnání?	45
7.3.3	Jaký vliv měla podpůrná skupina na seberozvoj a sebepojetí?	46
7.3.4	Jaké strategie zvládání příznaků ADHD dala podpůrná skupina? ...	46
7.3.5	Hlavní výzkumná otázka – Jaký vliv má podpůrná skupina na život s ADHD v dospělosti	46
7.3.6	Téma: Jak by to mohlo probíhat	47
8	Diskuze	48
9	Závěr	52
10	Souhrn	53
LITERATURA		55
ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE		59
PŘÍLOHY		61

ÚVOD

Tématem bakalářské práce je „Vliv podpůrných skupin na život s ADHD v dospělosti“. Nedříve jsem se zaměřovala na děti s ADHD, jelikož jich se svým okolím mám hned několik. Všímal jsem si jejich projevů a toho, že mají problémy se začlenit do skupiny svých vrstevníků. Avšak nejvíce mě zaskočil názor, že ADHD je jen projev lenivosti a nevychovanosti. To mě přivedlo k tomu se o ADHD zajímat více.

Při hledání informací jsem narazila na to, že u většiny dětí přetrvávají symptomy do dospělosti. Chtěla jsem dále vědět, jak se projevuje ADHD v dospělosti a jak se s tím dá pracovat. Video, na které jsem narazila na Youtube, mě přivedlo k internetové stránce, kde psali o podpůrných skupinách pro dospělé s ADHD.

Existují studentské práce, které se zaměřují na problematiku ADHD v dospělosti spojené s různými souvislostmi. Avšak jsem nenalezla žádnou, která by se zabývala podpůrnými skupinami. Proto si myslím, že by mohla být tato práce užitečná pro další práci s dospělými s ADHD.

ADHD v dospělosti je téma, které se právě rozvíjí a stále získáváme nové informace, jak se může projevovat a jaký je vhodný přístup k lidem s ADHD. Existují různé druhy léčby, kterými můžeme pomoci lidem s ADHD.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU ADHD

ADHD (Attention Deficit Hyperaktivita Disorder) je anglickou zkratkou pro hyperkinetickou poruchu. Jedná se o geneticky podmíněnou neurovývojovou poruchu, pro níž jsou typické příznaky nepozornost, hyperaktivita a impulzivnost. Tyto projevy se objevují ve všech vývojových etapách od dětství přes adolescence až po dospělost. V každém období má modifikované příznaky a jiný přístup k diagnostice a terapii (Theiner, 2012).

1.1 Historie ADHD

Doktor G. F. Still v roce 1902 popsal u dětí narušenou pozornost, hyperaktivitu, problémy s učením a poruchy chování. Ve své studii „*Some abnormal psychical conditions in children*“ uvedl, že se jedná o biologické příčiny. Děti, které byly zapojeny do tohoto výzkumu, pocházely z rodin s dobrou výchovou. Tuto teorii o biologických příčinách posléze podpořily i další výzkumy. Doktor Charles Bradley přispěl k rozvoji teorie a ve své studii použil psychostimulační látku, jejíž účinek napomohl při léčbě neklidných dětí, u nichž se zmírnila hyperaktivita a pomohla tak k lepším výsledkům při studiu (Drtílková & Šerý, 2007).

V minulých desetiletích byla používána diagnóza lehká mozková dysfunkce (LMD). Tento termín měl sjednotit kritéria. Definici tohoto syndromu ustanovil tým odborníků v Chicagu pod vedením S. Clementse. Syndrom zahrnoval děti, které dosahovaly průměrné až nadprůměrné inteligence a vykazovaly také příznaky jako hyperaktivita, impulzivita, nepozornost, ale také poruchy učení i chování, pomalé psychomotorické tempo a motorickou neobratnost. Tyto formy onemocnění byly spojeny s odchylkami funkcí centrální nervové soustavy (CNS). Příznaky mohou vznikat z genetického nebo biochemického porušení regulace v období vývoje CNS (Theiner, 2012; Černá, 1992; Drtílková & Šerý, 2007).

Diagnóza LMD se přestala používat z důvodu zaměření se na velké spektrum patopsychologie. Z aktuálních znalostí nebyl dokázán společný etiopatogenetický podklad. Díky komorbidnímu výskytu poruch se často do této diagnostické kategorie dostávaly děti, které měly poruchy chování či špatný prospěch ve škole (Drtílková & Šerý, 2007).

Termín LMD se v České republice používal více než třicet let a prosazování jiného označování byl pozvolný, a to až od druhé poloviny devadesátých let 20. století. Nové označení hyperkinetická porucha se ujala až po roce 2000. Došlo tedy ke změně celkového pojetí poruchy, kdy se přestalo vycházet z etiologie, ale spíše začalo docházet k popisům projevů syndromu, a to převážně u dětí (Jucovičová, & Žáčková, 2015).

Hyperkinetická porucha byla dlouhou dobu považována za diagnózu výhradně v dětském věku. S novými výzkumy se zjišťuje, že u dvou třetin pacientů, u kterých bylo ADHD diagnostikováno v dětství, se symptomy projevují i v dospělosti (Ramos-Quiroga, Montova, Kutzelnigg, Deberdt, & Sobanski, 2013).

1.2 Současná terminologie

V současné době se užívají dva termíny, které se do jisté míry překrývají.

Hyperkinetická porucha pochází z desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která obsahuje dva podtypy, a to poruchu pozornosti a aktivity, hyperkinetickou poruchu chování. Tato porucha se diagnostikuje, je-li porucha aktivity a pozornosti ve spojení s problematickým chováním dítěte například agresivní chování, či stavění se do opozice nebo jiné poruchy chování. Dá se tedy říci, že je to syndrom ADHD s připojenou poruchou chování. Dle amerického Diagnostického statistického manuálu duševních poruch (DSM-V) je uváděna zkratka ADHD, která popisuje poruchu pozornosti s hyperaktivitou nebo bez ní. Můžeme se setkat se zkratkou ADD, což je porucha pozornosti, ale bez hyperaktivity (Jucovičová & Žáčková, 2015).

ADHD má tři subtypy, ADHD s převažující poruchou pozornosti, ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a dále kombinovaný typ. Zde se také pod pojmem ADHD řadí i hypoaktivita, která se týká pomalejších dětí. Avšak tento termín není u nás používán (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Oba dva termíny zahrnují poruchu pozornosti a poruchu chování, avšak ADHD zahrnuje i impulzivitu. ADHD se využívá ve školství a v pedagogicko-psychologické praxi, zatímco hyperkinetická porucha se využívá ve zdravotnictví (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Swierkoszová (2006) uvádí, že užívání pojmu ADHD je užitečnější, že je popisnější a pro svou diagnostiku má širší pojetí syndromu, které může být užitečné pro terapii a následnou práci s tímto syndromem.

ADHD má tři subtypy, jak bylo už uvedeno výše. Prvním subtypem je ADHD s převažující poruchou pozornosti. Pro tento podtyp je typická nesoustředěnost, jakákoliv maličkost může odpoutat od právě dělané práce. Patří sem i zapomínání věcí, ztracení věcí, ale také nedochvilnost a nedokončování prací v termínu (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Typ s převažující motorickou aktivitou a impulzivitou se vyznačuje motorickým neklidem od neposednosti až po hraní si stále s rukama. Tito lidé nedokáží být chvíli v klidu. Projevuje se i skákáním do řeči, nadměrné mluvení i vyjadřování se v nevhodnou chvíli. A mimo jiné i neschopnost počkat, až na něj přijde řada (Jucovičová & Žáčková, 2015; Nakaya, 2008).

Posledním typem je kombinace prvních dvou typů, ta je v populaci nejvíce rozšířená, jelikož diagnostikovat čistě první nebo druhý subtyp je velice náročný (Jucovičová & Žáčková, 2015).

1.3 Epidemiologie

ADHD patří mezi nejvíce diagnostikované poruchy v dětství, podle některých studií se objevuje u 5 – 8% dětí. Dříve se uvádělo, že tato porucha s přibývajícím věkem mizí. Nyní se však od tohoto názoru upouští a z dalších výzkumů vychází, že se vyskytuje u dvou třetin i v dospělosti. Odhady prevalence výskytu ADHD v dospělosti odpovídá 1 – 8 % dle studované populace (Drtílková & Šerý, 2007; Příkryl, 2015; Ramos-Quiroga et al., 2013).

Rozdílnost v rozšíření ADHD v populaci nalézáme v zemích, kde se používají diagnostická kritéria dle MKN-10 a DSM-IV. Prevalence v zemích s DSM-IV je vyšší, a to 4 – 19 % než MKN-10, která má 1 – 3 %. Důvodem může být, že DSM-IV zahrnuje širší spektrum syndromů pro diagnostiku. Obsahuje subtypy tvořené poruchou pozornosti a subtypem hyperaktivity a impulzivity. Pro diagnostiku dle MKN-10 musí být splněny všechny základní podmínky, a to porucha pozornosti, hyperaktivita i impulzivita (Drtílková & Šerý, 2007).

V několika zdrojích nacházíme rozdílnost ve výskytu ADHD mezi pohlavími, a to převážně vyšší výskyt u mužů než u žen. Arnold (1996) uvádí, že poměr výskytu může být 1:1, a to díky různým projevům ADHD u žen. Dříve se více zaměřovalo na motorické projevy ADHD, a proto se více vyskytovala diagnostika u chlapců. Pro ženy a dívky mohou být více typické prvky verbální hyperaktivity, impulzivity, také oslabení exekutivních

funkcí, jako například neschopnost plánovat, špatná regulace emocí. Kvůli rozdílnosti se u žen nemusí odhalit ADHD díky tomu, že nijak nenarušuje sociální sféru (Ptáček & Ptáčková, 2018).

1.4 Etiologie

Příčiny vzniku ADHD jsou stále v mnoha směrech neobjasněná. Je to také možné díky rozvoji techniky pro snímání mozku (PET, SPECT), díky nimž se odešlo od starých teorií. ADHD se tak stalo komplikovanou poruchou, která je zapříčiněna genetickými i negenetickými faktory, dále je spojena s neuroanatomickými a neurochemickými inzulty, které se z velké části projevují prenatalně (Drtílková & Šerý, 2007).

Ačkoliv etiologie není známá, je vhodné přistupovat k celkovému kontextu klienta. A to z hlediska genetiky, biologie, ale také z hlediska sociálního prostředí (rodina, škola). Tyto faktory jsou v interakci (Mash & Barkley, 2003; Paclt, 2007).

1.4.1 Negenetické faktory

Působením těchto negenetických faktorů mohou být způsobeny komplikace v prenatalním, perinatálním i postnatálním vývoji. Mezi tyto faktory je řazeno kouření a konzumace alkoholu matky v době těhotenství, nízká porodní váha, předčasný porod, perinatální trauma a další neurologicky nežádoucí účinky, které mohou mít vliv na vývoj nervového systému (Drtílková & Šerý, 2007; Mash et al., 2003).

Dle Bierdamana (2005) je vyšší riziko symptomů ADHD u dětí, jelikož matky kouřily v těhotenství. Díky 24 klinickým studiím vznikla teorie o souvislosti aktivace nikotinových receptorů s dopaminergní aktivitou, která je důležitá pro patofyziologii ADHD (in Drtílková & Šerý, 2007).

ADHD se může projevit v nepříznivých psychosociálních podmínkách. V prostředí, které je disharmonické a dlouhodobě konfliktní. Psychopatologie vyskytující se u rodičů, zvláště u matky, a malá sounáležitost rodiny mohou též ovlivňovat rozvoj ADHD (Drtílková & Šerý, 2007).

1.4.2 Genetické faktory

V současné době je uváděno, že ADHD je převážně genetického původu. Tyto hypotézy vycházejí z výsledků studií rodin, dvojčat, adopčních studií ale i z molekulárně biologických studií (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Faraone a Mick (2010) přezkoumali 20 studií dvojčat z USA, Skandinávie, Austrálie a EU. Uvádějí, že dědičnost je 76%, což řadí poruchu ADHD mezi jedny z nejvíce dědičných psychiatrických poruch.

Geny DAT a DRD4, které se podílejí na dopaminergním, serotoninergním a noradrenergním systému, jsou předmětem klinických genetických studií (Ptáček & Ptáčková, 2018). Gen pro dopaminový transportér (DAT) je klíčový pro dopaminergní transmissi. Farmakologické studie se o DAT zajímají kvůli spojení s působením stimulancií, která blokují dopaminový transportér a zvyšují tak hladinu dopaminu v synaptických šterbinách. Gen pro dopaminový receptor 4 (DRD4) má vliv na postsynaptické působení dopaminu díky vysokému stupni genetické variability (Ptáček, Kuželová, & Macek, 2010). Tyto geny jsou základem pro patofyziologii ADHD. Bohužel výsledky těchto studií jsou velmi heterogenní (Ptáček & Ptáčková, 2018).

1.4.3 Neurologické faktory

Díky novějším poznatkům z oblasti neurobiologie existují názory, že může docházet k dysfunkcím některých částí mozku, na které má vliv genetika. Ke specifickým změnám na mozku můžeme přistupovat jako k neuroanatomickým, neurochemickým a neurofyziologickým změnám (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Rozvoj oboru neurofyziologie upozorňuje na možné biologické aspekty ADHD, tyto poznatky se využívají pro lepší diagnostiku a léčbu. I přes nejednotnost v názorech, můžeme z aktuálních zdrojů poukázat na specifické abnormality, které souvisejí s klinickými projevy poruchy (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Změny aktivity v oblasti prefrontálního kortexu, může vést k poruše schopnosti inhibice adekvátní emoční odpovědi, jejímž výsledkem je snížená pozornost a kontrola (Ptáček & Ptáčková, 2018; Serman, 2000).

Poruchy neurotransmise jsou úzce spojeny s ADHD. Nejvíce je spojena s dopaminovou a noradrenalinovou transmisí. Dopamin, adrenalin a noradrenalin mají vliv

na kontrolu emocí, motivaci a kognitivní funkce. Noradrenalin působí na koncentraci pozornosti a její udržení, stejně tak má i vliv na paměť a na proces spánku a bdění. Dopamin má důležitou roli v ovlivňování psychomotoriky a typu chování, který souvisí s pocitem odměny, které nejsou správně funkční u ADHD. Tyto poruchy jsou propojeny s neurofyziologickými mechanismy ADHD (Drtílková & Šerý, 2007).

1.5 Diagnostika

Jak už bylo uvedeno výše, pro ADHD jsou diagnostické kritéria dle MKN-10 nebo DSM-V. V některých kritériích se diagnostika potkává, ale rozchází se v subtypech ADHD.

MKN-10 zachycuje vážnější příznaky hyperkinetické poruchy. Poruchy pozornosti, hyperaktivity a impulzivity musí být klinicky popsány a příznaky by se měly vyskytovat, jak ve školním, tak i v domácím prostředí. Diagnóza hyperkinetická porucha není stanovena, jestliže chybí jedna z výše uvedených položek (Paclt, 2007).

Naopak dle DSM-V stačí pro diagnózu ADHD, aby se vyskytla jedna porucha ze dvou, a to buď porucha pozornosti nebo porucha hyperaktivity s impulzivitou. Zde je také podmínka, aby se příznaky projevovaly ve dvou a více prostředích ve škole, doma, zaměstnání, také při kontaktu s přáteli nebo příbuznými (DSM-V, 2015; Paclt, 2007).

1.5.1 Diagnostika dětí

U diagnostiky dětí se jedná o tzv. mezioborovou diagnózu. Diagnostika probíhá ve školních poradenských zařízeních, do nichž patří pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. Pověstinou s psychologem z pedagogicko-psychologické poradny spolupracuje speciální pedagog ze školy či metodik prevence, pokud se jedná o poruchu chování. Diagnostikou ADHD se zabývají zdravotnická zařízení, a to především dětský a dorostový psychiatr, dětský a dorostový neurolog a v neposlední řadě klinický psycholog (Jucovičová & Žáčková, 2015).

Diagnostika u dítěte je rozdělena na práci s dítětem a s rodičem. Dítě podstupuje rozhovor s psychologem, testové, dotazníkové a projektivní metody, dále psycholog využívá pozorování. Rodič sděluje anamnézu o dítěti a rodině, dále posuzuje pomocí screeningové posuzovací škály, jaké chování se projevuje u dítěte (Jucovičová & Žáčková, 2015).

1.5.2 Diagnostika dospělých

Diagnostika pro dospělé naráží na fakt, že ADHD bylo dlouhou dobu považováno za poruchu pouze v dětském věku, a proto se neobjevují kritéria v MKN-10. Nyní však můžeme nově nalézt kritéria v DSM-V, která obsahuje i kritéria nad 17 let (Příkryl, 2015).

DSM-V uvádí kritéria, že musí být 5 a více příznaků nepozornosti a/nebo hyperaktivity a impulzivity. Některé příznaky se už objevily před 12 rokem. Příznakům ADHD se budeme blíže věnovat v druhé kapitole. Je prokazatelný důkaz o tom, že příznaky narušují či snižují kvalitu sociálního, akademického nebo profesionálního fungování v životě (DSM-V, 2015; Příkryl, 2015).

Pro odhalení diagnózy ADHD v dospělosti napomáhá klinický obraz. Využívá se také hodnotících škál, které lépe vystihují onemocnění v čase. Mezi často používané škály řadíme Conners Adults ADHD Rating Scale, Wender Utah Rating Scale, tyto škály dokážou odhalit jádrové příznaky v dětství a jejich následný vývoj do dospělosti. Tak jak při diagnostice dětí nám může pomoci reakce a pozorování z okolí pacienta, a to jeho rodiny, přátel či spolupracovníků. Je také nutností zvážit celkový psychologický a psychiatrický profil pacienta a vyloučit tak možné komorbidity (Cahová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010).

1.5.3 Klienti podle doby vzniku diagnostiky

Při diagnostice se můžeme setkat s dvěma typy případů, kdy buď proběhla diagnostika v dětství či nikoli (Tuckman, 2009).

V praxi se můžeme setkat s možností, že dospělí s ADHD o své diagnóze nevědí. Lidé s ADHD se mohli setkávat s nepochopením od svého okolí, které vidělo problém v nich a v jejich přístupu a v tom, že se málo snažili a vše dělali špatně, zároveň že jsou nespolehliví, neschopní a všechno jen pokazili. Tyto reakce z okolí mohly vést k tomu, že tomu sami začali věřit. Vzali to jako součást své osobnosti. A sami se také smířili s tím, že některé věci jim ani nikdy nepůjdou (Tuckman, 2009).

To, že klient nebyl v dětství diagnostikován, je druhá možnost. A ta se dále může dělit, že si klient na příznaky ADHD našel své copingové strategie a dále na to, že žádnou odbornou pomoc nehledal. Je tedy možné, že tento klient ani neví, že by mohl vykazovat příznaky ADHD (Paclt, 2007).

Další z možností je, že se ADHD stalo druhou diagnózou. Díky možným komorbiditám s ADHD se mohou klienti dostat do psychiatrické léčby a zde může proběhnout diagnostika (Paclt, 2007; Ptáček & Ptáčková, 2018).

1.6 ADHD jako fenomén 20. a 21. století

1.6.1 Nárůst publikací

Diagnóza ADHD prodělala velký vývoj ve své terminologii i etiologii. Upoutala na sebe obrovský a dlouhodobý zájem. K roku 2016 je ve vědecké databázi Pubmed 30 147 publikací. První publikace o ADHD pochází z roku 1966, v té době však pojem ADHD neexistoval. Díky retrospektivní klasifikaci nám databáze umožňuje tuto publikaci zařadit do oblasti ADHD. Nejde však o reprezentativní výběr, ale ukazuje na jednoznačný trend. Pubmed uvádí desítky až stovky publikací do 90. let 20. století, kde se jednalo o témata lehkých poškození mozku či lehkých mozkových dysfunkcí. Změna přichází s 21. stoletím, kdy se zvyšuje zájem o ADHD a hledání více souvislostí, jak k této poruše dochází (Ptáček & Ptáčková, 2018).

1.6.2 Organizace

Informovat širší odbornou i laickou veřejnost se stalo důležitým krokem psychologů, psychiatrů a dalších odborníků. Kromě rozšiřování povědomí o nově možné diagnóze ADHD v dospělosti je nutností i vést nové výzkumy a získávat tak i nové informace o této poruše.

Organizace jsou sdružení buď v rámci jednoho státu či evropských států, ale jsou i mezikontinentální.

Národní institut pro děti a rodinu (NIDAR) je organizací, která v České republice funguje od roku 2003. Je to tým složený z odborníků, psychologů, pedagogů a sociálních pracovníků. Snaží se zajistit komplexní odbornou péči pro osoby, jež mají diagnózu ADHD/ADD. Výsledkem práce této organizace je projekt Hyperka, který je zaměřený na péči o děti s ADHD a jejich rodiče. Zároveň je v tomto projektu zahrnuto i poradenství a koučink pro dospělé osoby s ADHD. Zabývá se rovněž osvětou a šířením informací o ADHD/ADD, dále pak výzkumem a vydáváním publikací (Národní institut pro děti a rodinu, nedat).

European Network Adult ADHD (ENAA) vznikla v roce 2003. Zakladatelem je holandská psychiatrická, jenž se specializuje na ADHD v dospělost, Sandra Kooij. První zasedání této organizace proběhlo v Praze a bylo tam 20 účastníků z řad psychiatrů, psychologů, lékařů i výzkumných pracovníků. Od prvního setkání došlo k rozšíření zástupců, a to na 74, a je zde zapojeno 28 zemí včetně států mimo Evropu. Cílem této organizace je šířit informaci o ADHD jako celoživotním stavu, zlepšit tak diagnostiku a léčbu, provádět a podporovat mezinárodní výzkum, zlepšení přístupu ke službám, a také propojení spolupráce mezi odborníky, kteří se zabývají problematikou ADHD v dětství i dospělosti. ENAA se zasloužila o vytvoření diagnostického rozhovoru pro ADHD u dospělých (DIVA), jehož překlad se rozšiřuje a nyní je možné si ji stáhnout i jako online aplikaci (European Network Adult, nedat).

ADHD Europe je další organizace, jejímž úkolem je prosazovat práva a obhajovat lidi s ADHD a s možnými komorbiditami, která jsou s touto poruchou spojena, a to na všech úrovních napříč Evropou. Svou prací tak napomáhá k realizaci národních i regionálních organizací ADHD, aby tak zlepšovaly život lidí s touto poruchou. Dále se také snaží o rozšiřování povědomí o ADHD a dává také podporu osobám, které žijí nebo se stýkají s lidmi s ADHD (ADHD Europe, nedat).

CHADD – Children and Adult with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder je národní nezisková organizace v Americe, která podporuje vzdělávání, podporu a obhajobu lidem s ADHD. Tato organizace publikuje články, podporuje výzkum a vydává časopis s názvem Attention. Publikace a časopis je určen pro pedagogy, odborníky, dospělé s ADHD a rodiče dětí s ADHD (Children and Adult with Attention-Deficit/Hyperactivity, nedat).

2 PROJEVY ADHD V DOSPĚLOSTI

2.1 Primární charakteristika

Deficit pozornosti, hyperaktivita a impulzivita jsou základní příznaky ADHD, které jsou popsány obdobně v MKN - 10 a DSM - V. Tyto tři příznaky ovlivňují kvalitu života jedince a též se v průběhu vývoje mění jejich přítomnost a vliv.

2.1.1 Deficit pozornosti

Tento příznak ADHD není snadno odhalitelný a může být zcela nenápadný. Děti jsou popisovány jako duchem nepřítomní, nesoustředění a roztržití. V dospělosti tento symptom přetrvává. Pokud diagnostika není provedena v dětství, může tento symptom vést k sekundárním obtížím, jež mohou svým působením dovést klienta do psychiatrické léčby s depresí či úzkostí. Sekundární příznaky mohou pramenit ze stálého selhávání a chronického přetížení (Cahová et al., 2010).

Lidé s ADHD rychle ztrácejí pozornost a nudí se. Pozornost upadá většinou u věcí, které je zcela vyžadují, jako jsou všechny úřední povinnosti od pošty až po vyplňování daňových formulářů, ale také čtení návodů k obsluze, které jsou součástí elektrotechniky či léků. Organizace domácnosti i plánování pracovních povinností se mohou stát obrovskou překážkou. Nedokončování věcí a stálé přeskakování od jedné věci ke druhé se stává každodenním problémem, stejně jako zapomínání, chaotičnost a ztracení věcí (Kooij, 2012).

Lidé s ADHD většinou vyhledávají krátkodobé úkoly, aby tak docílili krátkodobé a tím kvalitnější pozornosti, která je pro ně pohodlnější. Naopak se u nich může projevit hyperfokus. Při něm dochází k úplné pozornosti na pro ně zajímavou věc, která dospělého i dítě tak zaujme, že se od ní nedokáže odtrhnout a zcela opomíjí okolní svět a jeho dění. Může trvat několik hodin bez nutnosti přestávky. S hyperfokusem může nastat problém ukončit danou činnost, který může vést k narušení každodenních povinností. Tento fenomén se aktuálně nejvíce pojí s prohlížením internetu (Kooij, 2012).

2.1.2 Hyperaktivita

Hyperaktivita v dospělém věku není tolik výrazná jako v dětském, avšak můžeme pozorovat neklid při dlouhodobém sezení, pohrávání si s předměty v rukách. Rychlá a excesivní řeč i časté vstupování do řeči druhým lidem. Hyperaktivita se může manifestovat do aktivního sportu, kdy klient může mít fyzickou aktivitu několikrát za týden (Kooij, 2012).

Pro dospělé s ADHD je typický vnitřní neklid a neschopnost relaxovat. Pro navození uklidnění mohou sklouznout k užívání alkoholu a drog (Weisfelt & Schrier, 2001).

Odlišnost projevů hyperaktivity dospělých od dětí může při diagnostice způsobovat právě mylný závěr odborníka, že se nejedná o ADHD. Jak už bylo uvedeno výše, může se jednat o pocit vnitřní napjatosti a stálý tok myšlenek (Kooij, 2012).

2.1.3 Impulzivita

Impulzivní chování se nachází ve stejné míře v dětství i v dospělosti, ale projevy se mohou v určitých aspektech lišit. Může se projevovat jako neschopnost počkat až na dotýcného přijde řada, například ve frontách či dopravních zácpách. Tato netrpělivost může vést i k chování, které v dané situaci nemusí být vhodné například se může projevit agresivním chováním u dětí i dospělých s ADHD. Díky impulzivitě se mohou lidé s ADHD dostávat do sociálních komplikací, kdy neberou úplně v potaz všechny důsledky svého chování. Dále má vliv na problémové plánování či ukvapené rozhodnutí (Young & Bramham, 2006).

2.2 Život s ADHD

Osobnost klienta s ADHD je do jisté míry ovlivněna výše uvedenými základními příznaky, které se tak projevují v socializaci i v sebepojetí (Cahová et al., 2010).

Komplikace nastávají v sociálních interakcích, kdy ve většině případů klient nesprávně odhadne dynamiku, a tak v dané situaci neodhadne vhodnou reakci. Komplikace jsou spojena s omezeným rozeznáváním různých slovních hříček i sarkasmu, dále pak nesprávné chápání mimiky může vést k omezené možnosti se začlenit do společnosti. Zároveň jsou ovlivňovány i dlouhodobé vztahy, které díky nepochopení mohou být poškozeny. Nepochopení může být i z druhé strany, kdy okolní lidé chápou ADHD jako projevy lenivosti, nedochvilnosti a výmluv. (Cahová et al., 2010; Conners, 2008; Ptáček & Ptáčková, 2018; Nakaya, 2008).

Komplikace může být i v samotné komunikaci. Špatná udržitelnost pozornosti při rozhovoru, zabíhání do vlastních myšlenek a také zapomínání důležitých informací, které už byly řečeny, vedou ke špatnému navazování kontaktů a obtížnému navazování opětovné komunikace. Tyto negativní projevy, tak vrhají špatný stín na vnímání lidí s ADHD (Tuckman, 2009).

Nedodržování pravidel, nerespektování autorit a v neposlední řadě opozitní chování s výraznými argumentacemi způsobují problémy na pracovišti. Tyto komplikace mohou vést také k tomu, že lidé s ADHD mění častěji zaměstnání. Dále horší přizpůsobení se v pracovním procesu může hrát roli špatného plánování, snížená soustředěnost na jednu věc, odbíhání od zadaných úkolů či jejich dokončování (Cahová et al., 2010; Nakaya, 2008).

ADHD v partnerském životě se nijak výrazně neprojevuje. Ale i zde se naráží na problém s impulzivitou, zapomínáním věcí a všech komplikací, které jsou popsány výše a také na osobnostních charakteristikách partnerů. Jsou zde však jisté nároky na partnera, aby nebyl velmi kritický a měl pochopení, ale zároveň nesmí vše přehlížet a omlouvat svého partnera s ADHD (Turkman, 2009).

Rodičovství je samo o sobě velice náročné a při diagnóze ADHD ještě těžší. Pokud se rodina skládá z rodičů s ADHD a dětí s ADHD může se tak jednat o velice chaotickou domácnost. Dospělý má problém s plánováním a často si bere více závazků, jak v práci tak ve volném čase, než je vhodné, z toho může vzniknout stres, nestíhání, zapomínání a málo času na to, aby se dostal z každodenních stresorů. S tímto nezvládáním, pak může pomáhat terapeut, který vede k dodržování každodenních aktivit a k vedení domácnosti (Goldstein, Naglieri, & DeVries, 2011).

Nepochopení ze strany společnosti, blízkých a vlastní vnitřní neklid může vést k dlouhodobé frustraci, pocitu méněcennosti a pocitu nejistoty. Klienti se pak chovají zatrpkle, zlomyslně a závistivě. Pro svou vnitřní úlevu mohou hledat viníka, který jim podle nich způsobil takové komplikace. V určitých situacích neřeší konflikty klidně, s rozvahou a mírumilovně, ale spíše sklouznou k agresivitě a k výbuchům vzteku. Někdy se u nich projevuje verbální a fyzické násilí (Cahová et al., 2010).

Několik studií se zabývá tím, že má ADHD negativní vliv na řízení motorových vozidel. Dle výzkumu Barkleyho et al. (2002) lidé s ADHD překračují častěji rychlost, mají více autonehod a jsou jim častěji odebrány řidičské průkazy. Vykazovali také nižší skóre

v testu dopravních pravidel. V této studii bylo také prokázáno, že problémy spojené s řízením nejsou funkcí komorbidit.

2.3 Komorbidity a záměny s ADHD

Jak bylo uvedeno výše, někdy se díky léčbě komorbidit přijde následně i na diagnózu ADHD. Nejčastěji se jedná o poruchy úzkosti, depresivní poruchy, závislosti, poruchy nálad, poruchy spánku a chování (Ptáček & Ptáčková, 2018). Také mohou nastat záměny s některými psychickými poruchami a důvodem je, že si jsou velice podobné v projevech. ADHD se zároveň mísí s problémy fyzickými, psychickými, emočními a životními (Čermáková, Papežová, & Uhlíková, 2013).

Jensen a kol. (2001) provedli výzkum na komorbidity a ADHD. Výsledkem této studie byl, že až 70% lidí s ADHD má minimálně ještě jednu psychickou poruchu.

Stanovení diagnózy je komplikované a někdy obtížné určit, o co se přesně jedná. Vedle možnosti, že ADHD může být společně s jinou psychickou poruchou, je zde i možnost, že důsledkem nezvládnutých projevů ADHD mohou vzniknout emoční potíže (Čermáková et al., 2013).

2.3.1 Deprese

Výskyt komorbidity mezi ADHD a depresí je dle norské studie uváděno 50,6% případů oproti kontrolní skupině, která vykazovala hodnotu 8,3% (Halmøy et al., 2010).

Vysvětlení komorbidit není stále dostatečně prozkoumán, je však dán předpoklad stejné patofyziologie. Tento předpoklad je podporován stejně vysokým výskytem u dětské i dospělé populace s ADHD (Cahová et al., 2010).

Deprese se projevuje špatnou náladou, sníženou energií něco dělat, a také poklesem motivace. Lidé nacházející se v depresích, vykazují špatnou orientaci na svou vlastní budoucnost. Při spojení s ADHD se symptomy o něco rozšiřují. Přibyla k nim zvýšená citlivost na vnímání problémů. Deprese také může vzniknout jako následek chronického selhávání, stále se nesnižujícího tlaku na výkon a přizpůsobení okolí. Konflikty a neadekvátní integrace do společnosti se mohou negativně projevat v zaměstnání, v rodinných, partnerských a přátelských vztazích (Cahová et al. 2010; Young & Bramham, 2006).

Deprese a ADHD mohou být zaměněny při diagnostice. Deprese vykazuje snížení pozornosti, nedokončování věcí a neklid, a tyto symptomy jsou též pro diagnózu ADHD. Rozdíl nalezneme v dlouhodobosti, jelikož u depresivních pacientů dochází ke zlepšení při snížení depresivních stavů, ale u lidí s ADHD jsou tyto projevy po celý život (Čermáková et al., 2013).

2.3.2 Úzkost

U diagnózy ADHD je velmi rozšířená komorbidita s úzkostí, ale i záměna. Nadměrné obavy, pocit ohroženosti, nervozita, napětí či starosti jsou nejzákladnější příznaky úzkosti. Tyto pocity mohou vést až do takových rozměrů, že neumožňují fungování člověka v reálném životě. Vyhybaní se úkolům či situacím jsou následek, tak velkého neklidu a obav, které vedou lidi k ústupkům, a tyto pocity obav mohou klienta zcela pohltit. I ADHD je spojeno s tímto chováním, mohou za to špatné zkušenosti během života, které jsou spojeny s projevy ADHD, jako je stud a zahanbení. Úzkost většinou pramení z nějakého úkolu či kontextu, ale u ADHD tyto projevy a pocity jsou po celý život. Jak bylo výše uvedeno, úzkost může být souběžnou diagnózou k ADHD, ale i důsledkem nepříznivých situací, které tak ovlivnily vnímání klienta (Čermáková et al., 2013).

2.3.3 ADHD a návykové látky

Na spojitost mezi poruchou ADHD a zvýšeným rizikem vzniku závislosti na návykových látkách byla provedena řada studií, které poukazují na možnou propojenost. Studie od Kessler et al. (2006) poukázali na rozdíl mezi jedinci s ADHD a bez této diagnózy. Trojnásobně vyšší riziko vzniku závislosti bylo u dospělých s ADHD. Porucha užívání návykových látek se s ostatními komorbiditami projevuje s pravděpodobností 1,5 až 7,9 %.

Kromě vyšší pravděpodobnosti k rozvoji závislosti, také komplikuje léčbu závislosti. Důvodem je, že mohou být považovány za způsob samoléčby. Krátkodobě může alkohol a marihuana navozovat pocit úlevy od stresu a stimulanty mohou vést k lepší koncentraci. Při dlouhodobém užívání se mohou vyskytovat nežádoucí účinky, a to poruchy kognitivních a exekutivních funkcí (Čermáková et al., 2013).

2.3.4 Bipolární porucha

Pro bipolární poruchu je příznačné kolísání nálad mezi mánií a depresí. Společně s ADHD má podobné příznaky, čímž se znesnadňuje diagnostika obou onemocnění a

většinou dochází ke záměně. Poruchy jsou spojeny s nižší potřebou spánku, impulzivitou, myšlenkový tryskem, zvýšenou sebedůvěrou a zvýšenou aktivitou. Stav přívalu energie, s níž dokážou být velmi produktivní, se u lidí s ADHD objevuje v krátkých epizodách na rozdíl od mánie nebo hypománie, tady se může jednat o několik dnů. U ADHD jsou přítomny problémy s usínáním, které pramení ze špatného pocitu při oddalování plnění úkolů či nemožnost odtrhnout se od hraní her, nepocítují však nižší potřebu spánku. Výbuchy vzteku nebo jiných emocí a následné uvědomění, že se chovali nevhodně, je popisováno u lidí s ADHD. U bipolární poruchy jsou tyto pocity zlosti a agitace trvalé (Čermáková et al., 2013).

3 LÉČBA ADHD

Pro léčbu ADHD se využívá farmakoterapie i nefarmakologické postupy. Často se dávají do kombinace, kvůli komplexní léčbě. Pro správné nasazení léčby je velice důležitá správná diagnostika. Díky níž se mohou vyloučit komorbidní poruchy či naopak je odhalit a začít je také léčit. Prioritní je však přistupovat ke každému klientovi individuálně a sledovat, jak na něj určité farmakum působí (Taylor et al., 2004).

3.1 Farmakoterapie

V léčbě farmaky pro dospělé narážíme opět na překážku, že tato diagnóza byla dříve pouze dětskou diagnózou. V současné době se rozšíření možnosti předepisování léků i pro dospělé rozšiřuje (Kooij et al., 2010).

V České republice jsou dostupné tři přípravky methylfenidát, methylfenidát OROS a atomoxetin. Pro léčbu dětí s ADHD se předepisuje přípravek methylfenidát. Methylfenidát OROS je určen pro děti a dále také pro dospělé s ADHD, u nichž byla úspěšná léčba v dětství. Posledním přípravkem je atomoxetin, který má obchodní název Strattera. Původně byla určena pro léčbu dětí, ale od roku 2013 je schválený i pro léčbu dospělých s ADHD (Masopust, Mohr, Andres, & Přikryl, 2014).

Farmaka využívaná v léčbě ADHD ovlivňují dopaminergní nebo noradrenergní neurotransmisi. Buď se může jednat o přímé receptorové agonistity či o inhibitory zpětného vychytávání monoaminů (Masopust et al., 2014).

U dospělých s ADHD je velice důležité, aby lék působil po celý den. Na rozdíl od dětí, u kterých je potřeba, aby lék zabíral v dopoledních hodinách při výuce, a poté odpoledne při psaní úkolů. U dospělých je potřeba zmírnit projevy poruchy jak při zaměstnání, ale také po ní, kdy přichází nutnost vést domácnost a postarat se o děti. Proto je stimulace potřeba od rána až do večera (Drtílková & Šerý, 2007).

Methylfenidát a methylfenidát OROS jsou řazeny do skupiny léků psychostimulancia. Tyto látky jsou nejvíce studovány na jejich pozitivní i negativní účinky.

Nástup methylfenidátu s okamžitým uvolňováním (Ritalin) je během 30-60 minut a svého vrcholu dosahuje v rozmezí 1-3 hodin. Methylfenidát s okamžitým uvolňováním,

působí rychleji, ale jeho účinnost rychle klesá. Musí se proto užívat třikrát denně. Slábnoucí účinek před další dávkou má tak negativní vliv na příznaky ADHD (Retz & Klein, 2010).

Methylfenidát OROS (Concerta) je přípravek s prodlouženým uvolňováním, ale i rychlým nástupem. Tableta je na povrchu potažena formou, která se uvolňuje během 30-60 minut od podání. Systém osmotické pumpy (OROS) umožňuje postupné uvolňování 10-12 hodin, vrcholem je 6-8 hodin. Concerta se prodává po 18, 36 a 54 mg, dle uvážení lékaře a působení na daného klienta (Retz & Klein, 2010).

Tyto léky jsou dobře snášeny, avšak nejsou vhodné k užívání při tikových poruchách. Mají dobré účinky na přidružené potíže, které se mohou projevovat jako porucha sebehodnocení, podrážděnost, zvraty nálady, kognitivní deficit a v neposlední řadě má vliv na sociální a rodinné prostředí (Masopust et al., 2014). Jejich nežádoucí účinky jsou zvýšení srdeční činnosti a krevního tlaku, dále mohou ovlivnit spánek, snižovat chuť k jídlu a zvyšovat úzkost i nervozitu. Nežádoucí účinky je dobré znát a zhodnotit tak léčbu těmito přípravky, mimo jiné je nutné monitorovat při každém zvýšení dávky a také musí být zařazena kontrola každých šest měsíců. Není vhodné je užívat v těhotenství a při kojení (Masopust et al., 2014; Theiner, 2012).

S methylfenidátem je spojován předpoklad v závislost. Důležité je, jakým způsobem je látka podána. Perorální podání pozvolna zvyšuje hladinu dopaminu v mozku, která tak napodobuje tonickou aktivitu neuronů. Tím se liší od intravenózním a intranazálním podáním přípravku, tato cesta podání vede k rychlé změně dopaminu mozku, čímž může vzniknout závislost (Masopust et al., 2014).

Atomoxetin látka dostupná pod názvem Strattera je inhibitor zpětného vychytávání noradrenalinu. Tento přípravek neovlivňuje přímo dopaminové systémy na rozdíl od methylfenidátu, čímž se snižuje riziko závislosti a jejich nežádoucích účinků. Dávkování tohoto přípravku může být podáváno jednou či dvakrát za den (Retz & Klein, 2010). Má příznivý účinek na komorbidní úzkost a depresi. Byl pozorován pozitivní účinek v rámci socializace, jako byly vztahy mezi vrstevníky a rodiny. Je podporou pro lepší strukturu spánku. Při zkoumání účinků nebyly nalezeny žádné rozdíly mezi jednotlivými subtypy ADHD (Drtílková, 2008).

Další možnou léčbou zvláště při spojení komorbidit jsou antidepresiva, a to převážně bupropion a tricyklická antidepresiva (Drtílková & Šerý, 2007).

3.2 Nefarmakologické postupy

I přes dostupné léky a jejich inovaci neexistují žádné léky, které by vyléčily ADHD. Léky napomůžou zmírnit některé příznaky či mohou některé příznaky odstranit, po dobu působení léku. S léčbou farmaky je i důležité pracovat sám na sobě, poznávat se a vypracovávat plány. K tomu právě mohou napomoci nefarmakologické postupy (Terapie, 2013).

3.2.1 Kognitivně-behaviorální terapie

KBT je terapie zaměřená na zkoumání vnitřních psychických procesů a jejich následné ovlivňování. Jedná se o interpretaci a hodnocení sám sebe, ale i svého okolí. Zaměřuje se také na vnímání toho, že se navzájem ovlivňují emoční prožitky a kognitivní procesy. Důraz je kladen na vnitřní motivaci klienta, který se snaží o změnu (Pešek, Praško, & Štípek, 2013).

Kognitivní složky mohou negativně ovlivňovat život dospělého s ADHD. Proto je KBT vhodná terapie, která pomocí stanovování si reálných cílů vede ke změně v jejich životě. Jsou zde i jasné postupy, jak určitých cílů dosáhnout. V rámci terapie se klienti snaží změnit nevhodné vzorce chování. Jejich cíle mohou být změny v plánování, tak aby co nejméně docházelo k prokrastinaci i práce s negativními myšlenkami, které tak mohou mít vliv na špatné sebehodnocení (Safren, Sprich, Perlman, & Otto, 2017).

3.2.2 Trénink mindfulness

Mindfulness je typ mentálního tréninku, který lze provádět různými způsoby. Lze využít klasické meditace, ale může i trénink probíhat bez ní. Tato metoda slouží k posílení pozornosti, sebevědomí a zlepšení emocionálního blaha. Tato léčba má úspěch u chronických bolestí, stresu, deprese, úzkosti i závislosti. Studie prokazují kladný vliv na duševní zdraví a pocitů pohody. Mindfulness trénink pracuje s hlavními symptomy ADHD, což jsou seberegulace, kontrola impulzivity a nedokončování úkolů (Zylowska, 2012).

3.2.3 Koučink

Koučink je metoda, která obsahuje prvky z kognitivně-behaviorální terapie. Jsou si v mnohém podobné. Největším však rozdílem je, že terapie vede i k hlubšímu poznání

svého chování. Koučink je více pragmatictější a je zaměřen na specifické cíle. Shodují se v zaměření na stejné problémy, které souvisí s ADHD, což je špatný time management, motivace, relaxace, mezilidské vztahy, komunikační dovednosti a řešení problémů. Koučink může probíhat individuálně, skupinově i v různých časových rozmezích. Tato metoda je otevřenější a pružnější. Existují různé podoby, může se jednat o setkání v tváři tvář, ale i pomocí telefonů či internetu. Přes emaily může trenér komunikovat s klienty mezi sezeními, a tak připomínat týdenní úkoly, čímž dodává i určitou motivaci ke splnění a hlavně podporu. Koučink se dostává v posledních letech do popředí různých výzkumů i přes kladné výsledky, jsou zde jisté nedostatky, a to v rozsahu vzorků, který je menší než při výzkumech KBT (Prevatt & Levrini, 2015).

3.2.4 EEG Biofeedback - Neurofeedback

EEG Biofeedback známý také pod názvem neurofeedback snímá mozkovou aktivitu a předává tak informace pomocí zpětné vazby. Samoregulace pomocí neurofeedbacku učí klienta využívat vhodné mozkové vlny, které jsou spojeny s klidem a soustředěním. Pro neurofeedback je typický dlouhodobý trénink, a to minimálně 40 sezení. Má však dlouhodobé účinky a nemá žádné nežádoucí účinky. Díky samoregulaci dochází k lepšímu sebezpojetí, které může být poznamenáno předchozími negativními vlivy (Thompson & Thompson, 2005).

Výzkumy potvrzující účinek neurofeedbacku byly ve větší míře potvrzeny na dětské populaci, avšak nyní se objevují i pro dospělé populaci. Výzkumy se zaměřují, jak na samotnou funkčnost neurofeedbacku, tak i srovnání účinnosti s farmaky. Výzkum Yucha a Gilberta z roku 2004 prokazuje neurofeedback jako účinnou léčbu ADHD, která snižuje symptomy stejně jako Ritalin (in Thompson & Thompson, 2005).

3.2.5 Podpůrné skupiny

Podpůrné skupiny nabízejí možnost setkávání se lidí s ADHD, kteří se cítí být sami a kteří hledají oporu. Skupiny mohou být formální a strukturované, mohou také obsahovat možnosti přednášek na určené téma nebo jen jako volná diskuze a sdílení s ostatními. Lidé, kteří se stali součástí podpůrné skupiny, vykazovali pocity úlevy, že jsou mezi lidmi, kteří jim rozumí a zažívají podobné životní situace (Tuckman, 2009).

Důležitým aspektem, který ocenili participanté, a dokonce označili za velmi přínosný, bylo vzájemné sdílení životních událostí s ADHD. Tento výsledek vychází ze studie Bramham et al. (2009), kde skupina KBT měla zlepšení v informovanosti o ADHD a zlepšení sebeúcty oproti kontrolní skupině, poté co do programu skupin, zařadili sdílení životních příběhů s ADHD.

EMPIRICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY PRÁCE

V empirické části této bakalářské práce, se budeme zabývat tématem ADHD v dospělosti, tak jak jsme se tomuto tématu věnovali v předešlé teoretické části. V předchozí části jsme popsali základní překážky, se kterými se lidé s ADHD střetávají každý den. Jejich chování a jednání je ovlivněno třemi základními vlivy, a to jsou hyperaktivita, pozornost a impulzivita. Dále jsme představili možnost léčby farmakologickou i nefarmakologickou cestou. Tyto směry léčby se navzájem doplňují. Právě důležitostí nefarmakologické léčby se budeme zabývat v této empirické části.

ADHD v dospělosti není moc starou záležitostí, která by na území České republiky byla už zcela detailně prozkoumána. Lidé s ADHD v dospělosti mají právě několik let možnost si nechat potvrdit svou diagnózu, ale i tak není u nás zcela mnoho odborníků, kteří by se dali označit za specialisty zaměřenými na tuto problematiku. Avšak postupem času se to zlepšuje a povědomí o ADHD v dospělosti se zvyšuje. Proto jsme se rozhodli zaměřit na podpůrné skupiny pro ADHD v dospělosti, které tak mají napomáhat lidem, kteří se snaží najít cestu s ADHD ve svém životě. Tedy naším cílem je zjistit vliv podpůrných skupiny na život s ADHD v dospělosti.

Jak bylo výše uvedeno zaměřili jsme náš výzkum na podpůrné skupiny, které se vyskytovaly v Praze, Olomouci a Brně. Kde proběhl jeden běh podpůrné skupiny, či kde se skupiny udrželi a stále nabízejí možnost setkávání se.

V souvislosti s výše popsaným výzkumným problémem a cílem si pokládáme hlavní výzkumnou otázku: „Jaký vliv má podpůrná skupina na život s ADHD v dospělosti?“ Na základě hlavní výzkumné otázky jsme si položili vedlejší výzkumné otázky, které zní: „Jak podpůrná skupina ovlivnila sociální sféru jednotlivce? Jaký vliv měla podpůrná skupina na chování v zaměstnání? Jaký vliv měla podpůrná skupina na sebezvoje a sebepojetí? Jaké strategie zvládání příznaků ADHD dala podpůrná skupina?“

Dle naší položené výzkumné otázky jsme zvolili jako metodologický přístup interpretativní fenomenologickou analýzu.

5 TYP VÝZKUMU A ANALÝZA DAT

Pro náš výzkum jsme si zvolili interpretativní fenomenologickou analýzu, kterou dále budeme označovat zkratkou IPA. Rozhodli jsme se pro tento metodologický přístup dle námi daného výzkumného cíle.

5.1 Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

IPA si bere za cíl zjistit a prozkoumat podrobnosti o tom, jak jednotliví účastníci, dávají smysl svému osobnímu a společenskému životu (Smith & Osborn, 2004). Dle Smith, Flowers a Larkin, (2009) jde o pochopení životní zkušenosti člověka. Detailní zkoumání, jaký význam dává člověk své zkušenosti, nám napomáhá lépe porozumět události či procesu.

Přístup dle IPA je vhodný při výzkumu ojedinělé skupiny či ojedinělých situacích. Zdali nám jde o to, jestli chceme vysvětlit způsob zkušenosti, která je důležitá pro respondenta (Říháček, Čermák, & Hytych, 2013). Tato analýza se snaží o detailní prozkoumání fenoménu, proto je rozsah výzkumného souboru doporučován 3-6 respondentů u bakalářských pracích (Smith et al., 2009).

5.2 Analýza dat

Hlavním cílem při analýze dat je porozumět dané problematice a dávat získané informace do souvislostí. Tato práce s daty je podstatnější než hledání čestnosti výpovědi (Smith & Osborn, 2004).

Při analýze dat jsme postupovali dle návodu Smith a Osborn (2004), avšak díky povaze metodologického přístupu IPA máme možnost si postup přizpůsobit našemu tématu. Jelikož obecně ve kvalitativním výzkumu neexistuje jediný univerzální postup, jak přistupovat při analýze dat, jsou nám totiž představeny pouze návrhy postupů (Smith & Osborn, 2004).

Postupovali jsme tedy dle návrhu Smith a Osborn (2004). Nejprve jsme se zaměřili na první rozhovor, který jsme stejně jako ostatní rozhovory doslovně přepsali. Při prvním čtení jsme využili pravého okraje a psali jsme si komentáře k rozhovoru. Někdy se jednalo o parafrázování nebo o zkrácené informace. Dále jsme si psali, jaké měli respondenti pocity.

Rozhovor jsme si přečetli několikrát, abychom lépe poznali, jak se respondent stavěl k otázkám a k celé problematice.

Další krok, který je popsán v postupu od Smith a Osborn. (2004), je hledání témat, která se vyskytovala napříč rozhovorem. Jednotlivé témata tak obsahovala sdílení a informace na určité téma. Poté se některé témata dala pod jiné, čímž vznikli nadřazená témata. Takhle jsme pokračovali u všech rozhovorů.

V dalším kroku jsme propojili témata u respondentů v rámci podpůrných skupin. Tímto krokem jsme tak získali pohled jednotlivých respondentů na vnímání určitého tématu v rámci jednotlivých skupin. Tím jsme vyzdvihli různé pohledy respondentů. Tento postup jsme provedli u všech třech podpůrných skupin.

Propojení souvislostí mezi tématy jsme povedli při odpovídání na vedlejší výzkumné otázky a hlavní výzkumné otázky.

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR A SBĚR DAT

V rámci této kapitoly se seznámíme s výzkumným souborem, na který jsme se zaměřili v rámci naší bakalářské práce, a též si představíme, jak jsme jej získali.

6.1 Výzkumný soubor

Naše výzkumná otázka byla zaměřena na dospělé s ADHD a účasti na podpůrné skupině. A to byly hlavní dvě podmínky pro účast v našem výzkumu.

Věkové rozmezí respondentů bylo dáno velice široké. Z toho důvodu, že podpůrné skupiny byly v České republice zaznamenány pouze tři, rozhodli jsme se věkovou hranici nijak zvláště nevymezovat. Minimálně však respondentům mělo být dvacet let.

Diagnostika ADHD byla nedílnou součástí pro účast ve výzkumu. Diagnostika mohla být provedena v dětství, ale následně pak potvrzena v dospělosti. Nebo pokud nebyla provedena v dětství musela, být provedena v dospělosti.

Třetí podmínkou byla účast na podpůrných skupinách. Jednalo se tak pouze o podpůrné skupiny, které byly zaměřeny na problematiku ADHD. Respondenti se museli účastnit minimálně tří sezení, aby bylo možno odpovídat na otázky během rozhovoru. Užívání farmak nebylo zavedeno jako nutné kritérium pro účast ve výzkumu.

Do výzkumu se dobrovolně přihlásilo deset lidí, z nichž se šesti byly pak následně provedeny rozhovory a s jedním byl proveden pilotní rozhovor. Důvodem, proč se zmenšil počet respondentů byl takový, že nesplňovali kritéria, která byla výše uvedena, nebo poté nereagovali na dopis, kde byly sepsány podmínky při účasti na výzkumu a výzva k domluvení si termínu setkání.

6.2 Sběr dat

Pro získání respondentů jsme nejdříve požádali o pomoc odborníky, kteří vedou nebo vedli podpůrné skupiny. Kontakty na jednotlivé respondenty jsme samozřejmě nedostali, proto jsme je žádali o sdílení na skupině. Tito respondenti dále sdíleli naši žádost mezi své kolegy, kteří už skupinu opustili.

Dále pro rozšíření naší výzvy jsme využili sociálních sítí, kde jsme dali náš plakát s výzvou do účasti na našem výzkumu. Využili jsme tak sociální síť Facebook, kde jsme našli přímo skupiny a stránky, které se zaměřovali na ADHD v dospělosti. Zde jsme získali další respondenty, kteří splňovali naše podmínky.

V září jsme ukončili získávání respondentů. Následně jsme všem odeslali dopis, ve kterém byly přesněji popsány naše podmínky. A zároveň jim byl odeslán informovaný souhlas. A požádali jsem o potvrzení na našem výzkumu.

Dále jsme se s respondenty setkali a provedli rozhovor. Setkání bylo buď osobní nebo pomocí videochatu, který byl pro nás dostupnější kvůli vzdálenosti. Vždy jsme se domlouvali na čase setkání tak, aby to nejvíce vyhovovalo našim respondentům.

K získávání dat jsme použili polostrukturovaný rozhovor, který je vhodný při metodologickém přístupu IPA. Tento typ rozhovoru dovoluje výzkumníkovi, aby se zapojoval do dialogu a popřípadě měl možnost upravit otázky k ohledu na reakce respondentů. Tímto způsobem může výzkumník získávat zajímavé a důležité informace, které tak mohou napomoci k lepšímu porozumění fenoménu (Smith et al., 2004).

Otázky byly dostatečně široké tak, aby respondent vyprávěl sám, bez většího vedení výzkumníka. Otázky byly dané tak, aby co nejvíce odpovídaly výzkumným otázkám, abychom se o problematice dozvěděli co nejvíce. Časové rozmezí našich rozhovorů bylo mezi 50 – 90 minutami. Rozhovor byl nahráván na diktafon a následně byl doslovně přepsán.

6.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Ve kvalitativním přístupu výzkumu se setkáváme osobně s respondenty a jsou nám sdělovány jejich životní příběhy, které mohou být velice osobní. Proto jsme velice dbali na zachování anonymity a důvěrnosti.

Respondenti byli v průvodním dopise seznámeni se záměrem výzkumu a zároveň jim byl zaslán informativní souhlas, který byl následně podepsán a předán nazpět výzkumníkovi. Dále byla nabídnuta možnost osobního setkání nebo pomocí videochatu.

Před začátkem rozhovoru byli znovu respondenti obeznámeni o záměru výzkumu. Výzkumník se dále ujistil, jestli respondent souhlasí s nahráváním rozhovoru na nahrávací zařízení a dále byl účastník výzkumu obeznámen s tím, že pro zachování anonymity se

při přepisu rozhovoru změní všechny jména osob i míst s výjimkou uvedení věku a místa, kde navštěvoval podpůrnou skupinu.

7 VÝSLEDKY PRÁCE

V této kapitole budeme prezentovat výsledky našeho výzkumu. Kapitola bude rozdělena do několika částí pro lepší přehlednost a následné snadnější pochopení našeho výzkumného cíle.

Nejdříve se seznámíme s příběhy jednotlivých respondentů, kde se seznámíme s životem s ADHD. Dále si představíme jednotlivá témata, které se vyskytly v jednotlivých podpůrných skupinách, v Praze, Brně a Olomouci. Následně odpovíme na výzkumnou otázku.

7.1 Respondenti a život s ADHD

7.1.1 Aneta

Aneta má třicet pět let a pracuje jako dramaturg v televizi, překladatelka, tlumočnicka a moderátorka. Diagnózu ADHD má od roku 2015, poté co si sama uvědomila, že by mohla mít tuto poruchu. V dětství se projevovala jako tvrdohlavé dítě, které rádo skákalo do řeči. Ale kromě toho dokázala sedět několik hodin u knížky a byla ve svém vlastním světě. Svůj život s ADHD popisuje: „*no rozhodně to není nuda*“. Problémy, se kterými se díky ADHD střetává, je nespolehlivost, problémy s dochvilností a s plánováním. Špatná koncentrace na někoho jiného díky rychlému střídání a přeskakování myšlenek. Jistá nezodpovědnost s vlastními financemi, pravidelné návštěvy u doktorů či řešení pojistek. Díky ADHD má instinkt pro to, co ji baví. Za pozitivum bere i nějakou svou otevřenost a neschopnost přetvářky. Před diagnostikou měla problémy s úzkostí a depresí. Ke zklidňování své mysli používala řadu let marihuanu.

Diagnostika jí pomohla si uvědomit, že to není její chyba a že to nejsou nějaké její charakterové vady, ale zdravotní problém. Předtím, když se jí něco nepovedlo, tak to vzdala a dál to ani neřešila, ani se k tomu později nevrátila. Ted ví, čím je to způsobené, to jí dává smysl se snažit a vracet se k tomu, pořád to zkoušet.

Aneta navštěvovala podpůrnou skupinu v Praze, asi po třech měsících své diagnostiky. Nejprve navštěvovala skupinu v pěti lidech, poté co skončil grant, se domluvili

a ve své vlastní režii měli nadále skupinu, ale už jen ve třech lidech. Rozhodla se, že prozatím nepodstoupí farmakoterapii.

7.1.2 Daniel

Daniel, čtyřicet dva let, pracuje jako programátor. Svou diagnózu zjistil v roce 2015. Už v dětství byl u psychologa, ale výsledkem toho bylo, že v první třídě se dostal do speciální třídy. Avšak ve druhé třídě byl zařazen do klasické třídy, kde se setkal s vyloučením z kolektivu, to poznamenalo jeho sebedůvěru. V osmnácti se dostal k pervitinu, díky němuž dokončil školu a začal mít větší sebedůvěru. Získal práci, která jej baví a je v ní dobrý. V tuhle chvíli už Daniel pervitin neužívá.

„ADHD člověka poznamená na celý život“ uvádí na začátek svého vyprávění. Před diagnostikou si uvědomoval, že není všechno v pořádku. Proto hledal způsoby, jak by své problémy zvládl. Navštěvoval kurzy time managementu, snažil se číst knížky, vést si diáře a zkoušel různé programy do počítače. Má problémy s koncentrací, která narušuje jeho fungování v práci. Hlavně poukazuje na své snížené sebedůvěru.

Rok po diagnostice probíhal ve stylu, že vše házel na ADHD a o nic moc se snažil. Předtím se snažil najít způsob, jak to všechno zvládnout, ale ten rok změna nenastala. Po tomto roce se s tím smířil a věci, co se mu nepovedou, už nijak zvlášť neřeší. Nejvíce mu s ADHD pomohla jeho žena.

Daniel navštěvoval podpůrnou skupinu v Praze, a to ve stejném roce, co mu byla provedena diagnostika. Byl na deseti až patnácti sezeních. Jako farmakoterapii zkoušel po dobu dvou nebo tří měsíců Ritalin.

7.1.3 Kristýna

Naším třetím respondentem je Kristýna, 40 let, její povolání je fyzioterapeutka. Poprvé byla poslána k psychologovi v dětství před nástupem do školy, její diagnóza zněla: *„řekli mojí mámě, aby byla na mě více důsledná“*. Přes problémy jako vyrušování a drzost se dostala na střední školu, na kterou chtěla. Tam byla velice nešťastná a na doporučení její endokrinoložky navštívila v sedmnácti letech dětskou psychiatrii, kde jí diagnostikovali ADHD a předepsali jí Ritalin. Brala jej na střední škole a vysokou školu už dokončila bez medikace. Později v dospělosti se snažila znovu potvrdit diagnostiku, ale nebylo jí to umožněno. *„Nikdo mi to nevěřil. Psycholožka mi řekla, že se mě snaží učit chovat dospěle.“*

Ale já už nevěděla, jak se víc dospěleji chovat. Bylo to nedorozumění, myslela si, že se vymlouvám.“ Měla obrovský strach z práce, s tím, aby se hlídala, jestli všechno správně zapíše do karty, aby na nic nezapomněla. Během dvou let ji několikrát vyhodili z práce. Z důvodu, že nezvládá moc lidí během dne, další kvůli podivnému chování, že se s nikým moc nebavila, že vstupovala do řeči doktorům a mívala zpoždění při příchodu do práce. Po této době byla poprvé hospitalizovaná na psychiatrii na deprese a úzkosti. Po rodičovské dovolené nastoupila na denní stacionář, kde ji poslali na vyšetření a potvrdili jí tak ADHD. Znovu potvrzenou diagnostiku má od třiceti osmi let.

Problémy, se kterými se potýká jsou v zaměstnání, kde si stále musí vše kontrolovat, správně si rozvrhnout čas. Komplikace nastávají i ve vedení domácnosti, kdy úklid vidí jako něco nemožného. Někdy se může stát, že se přetíží, pak se začne chovat neadekvátně. Může být hrubá, začne mluvit nesmyly, či není schopna už nic dělat. Rychle sklouzne do deprese nebo úzkosti. Zvládání více věcí dohromady ji velice vysíljuje. Má problémy s jízdami řády, poprvé vidí jiný čas než podruhé. Pozitivum vidí v tom, že její mozek funguje odlišně, může být více empatická a vidí věci jinak. „*Je důležité se cítit dobře a zbytek se nějak zvládne.*“

Kristýna užívá Concertu a zároveň antidepresiva na úzkost a depresi. V roce 2016 navštěvovala podpůrnou skupinu v Praze, zúčastnila se šesti setkání.

7.1.4 Jakub

Jakub je počítačový programátor, který má čtyřicet let. Svou diagnózu zjistil v roce 2015. Při vyšetření mu bylo sděleno, že je na pomezí, ale příznaky vykazuje. Byla mu předepsána Strattera, kterou bral po dobu třech měsíců, pak ji na nežádoucí účinky, a také na malé působení, vysadil.

V Jakubově životě se projevují problémy se soustředěním a nepořádností. Má problémy vyrazet včas na autobus či vlak. Při hyperfokusu je schopen se do některých věcí položit na několik hodin a zapomenout tak na další potřebné věci. Má problém se závislostí na internetu. V práci má problém dodělávat zadané úkoly, zvláště když dostane více úkolů během krátké chvíle.

Podpůrnou skupinu navštěvoval v Praze po dobu tří let od roku 2015. Kdy se nejprve jednalo o setkání, které bylo vedené terapeutem po dobu, než skončil grant, a následně šlo o setkávání se ve vlastní režii.

7.1.5 Lucie

Naše další respondentka je Lucie. Má třicet jedna let a pracuje jako dětská zdravotní sestra. Lucie je psychiatrickým pacientem od čtrnácti let, kdy byla léčena na depresi či na abúzus. V dětství byla diagnostikovaná s LMD, ale to se nelíbilo jejím rodičům. Prošla si přes různé léčitele a homeopaty. A více se to během dětství neřešilo. Poté, co její syn začal chodit do školy a zjistili mu ADHD, začala se více informovat. Při studiu zahraniční literatury se dočetla, že mohou být příznaky i v dospělosti. Svého psychiatra přesvědčila o tom, že nemá deprese, ale ADHD.

„Já jsem se nezměnila, ale život je pro mě najednou mnohem, mnohem snesitelnější, jednodušší a příjemnější,“ takto popisuje změnu po diagnostice. Před tím měla stále pocit selhání, když neustále během dne dělala chyby a nic se jí nedařilo. Teď už dokáže udržet nějakou linii v domácnosti, práci i s dětmi. Pomohlo jí to pochopit spoustu věcí. *„Já si prostě připadám mnohem normálnější než předtím. Teď už nejsem ztracená sama v sobě a ve svém životě.“* Komplikace s ADHD vidí tak, že nezvládne každodenní věci, všechno ji hned odtrhne od práce a je chaotická. *„Ale to neznamená, že nemůžeme mít kvalitní život. Jenom na tom musíme více pracovat.“*

Lucie navštěvovala podpůrnou skupinu v Brně. Jako medikaci užívá Ritalin v kombinaci se Stratterou.

7.1.6 Anežka

Anežce je dvacet šest let, pracuje jako psycholog. Svou diagnózu zjistila v roce 2016. Po diagnóze žádná velká změna nepřišla, jelikož měla už nějakou dobu podezření. Po ní však měla jistotu, začala si hledat více informace a tím také získala vysvětlení na určité věci, zvláště pro ty, které považovala za svou neschopnost. V dětství byla živější dítě, které mělo problém se socializovat.

ADHD jí ovlivňuje osobní život, například výrazný projev, který podle ní může vypadat komicky, a tak většinou na prvním setkání působí jinak, než by chtěla. Někdy je těžké se pořádně soustředit a hlídat se, aby hned neřekla něco, co ji zrovna napadne. Také má problém s prokrastinací a s pojetím času, pomáhá jí, když si všechno píše. Jako pozitivum vnímá to, že si všimne věcí, co jiní hned přehlídnou, například nějaký vzor nebo doplněk.

Anežka navštěvovala dvě podpůrné skupiny. První skupinu navštěvovala v Olomouci, kde bylo osm setkání. Druhou podpůrnou skupinu navštěvovala v Brně, a to v rozsahu pěti setkání. Anežka pravidelně užívá Stratteru.

7.2 Jednotlivé podpůrné skupiny

Témata, která vznikla v rámci podpůrných skupin jsme rozdělili podle toho, v jakém městě se skupiny nacházely. Jednotlivé skupiny ve městě vedl vždy stejný terapeut. Důvodem, proč jsme se rozhodli zaměřit na jednotlivé podpůrné skupiny zvlášť, je, že každá skupina byla odlišná a myslíme si, že je dobré poukázat na to, co se v jednotlivých podpůrných skupinách vyskytovalo. A zároveň, bychom chtěli jednotlivě poukázat, jak se k tomu postavili jednotliví respondenti.

7.2.1 Podpůrná skupina v Praze

Téma: Informace pro nás

Toto téma se objevilo u většiny respondentů, kteří navštěvovali tuto podpůrnou skupinu. Jednalo se hlavně o základní informace o ADHD. Týkající se projevů ADHD, farmakoterapie a životního stylu.

Aneta uvedla, že díky základním informacím zjistila, jak si upravit denní režim, a to jak je důležité dodržovat spánek v rozmezí sedm až devět hodin. Důležitost dodržování spánku poznala blíže, když zjistila v rámci skupiny, jak toto nedodržování může ovlivnit sociální život.

Pro Daniela byly získané informace důležité s tím, že každý si z toho mohl vzít to, co potřeboval. On však tyto informace už měl, potřeboval je spíše převést do praxe: *„Informace o potřebě spánku tam byla, ale já jsem to nikdy nedokázal udržet. Je potřeba, aby na nás někdo dohlížel a s tím mi právě pomohla manželka.“* Informace o tom, jak se může ADHD negativně projevovat v zaměstnání zaznamenal během skupiny, ale cíleně to ignoroval, jelikož s tím neměl nikdy problémy. Když v zaměstnání občas vybuchl, následně se přišel omluvit. Tedy pro něj byly některé informace zcela zbytečné.

Pro Kristýnu byla celkově setkání ve skupině zcela informativní. Spoustu těch věcí už znala a některá témata o zaměstnání, sebepojetí se pouze nadhodila a více se s nimi nepracovalo. *„Ale pomáhalo to slyšet z venku, že se má chodit pravidelně spát, jak si vést systém nebo psát povinnosti.“*

Téma: Sebeuvědomění

Sebeuvědomění bylo téma, které se objevilo u každého respondenta. Pro některé to bylo jen v mále míře podstatné. Toto téma se vyskytovalo v souvislosti s uvědoměním si svých komplikací s ADHD a svou propojenost s ADHD.

Pro Anetu bylo důležité si uvědomit, že není jediná, která má takové problémy, že není jediný „loser“, který nedokáže zvládat život dospělých. Zjistila také o sobě, že skákání do řeči druhým je projevem ADHD. Uvědomila si, že dochvilnost do práce nebo ovládání svých emocí může být užitečné nejen v práci, ale i ve vztazích s ostatními. V jednom z prvních setkání měl každý sám za sebe říct, co jim ADHD bere a co dává. *„To si myslím bylo důležité. Si uvědomovat, že to má nějaké nevýhody, ale na druhou stranu, že to má spoustu výhod, kterých by se člověk nechtěl vzdát.“* Aneta si v rámci skupiny zjistila, že když se něco nepovede hned, to neznamená, že se to nemůže povést o měsíc později.

Daniel si v rámci skupiny uvědomil, že se ADHD může projevovat úplně jinak než u něj. Že každý v té skupině řeší jiné problémy, co jim narušují život.

Kristýna si přišla na to, že když se rozjede naplno, tak v tom okamžiku přestává vnímat své okolí. A tím si ujasnila, že si musí nechávat nějaké zadní vrátka, aby nejela tak naplno a nedošla tak do stavu únavy. Že se musí respektovat a dávkovat si práci a uzpůsobit si život. *„Uvědomila jsem si, že se na sebe nemůžu zlobit, že jsou věci tak nějak mimo moje ovládání.“*

Jakub v rámci skupiny objevil důležitost se socializovat. I když ho do toho tlačila v jisté míře skupina, musel sám uznat, že to bylo přínosné.

Téma: Sdílení

Toto téma se týkalo, jak životních příběhů, tak i sdílení, jak se jednotlivým respondentům daří plnit úkoly, které si dávali z každého setkání.

Aneta hodnotila kladně plnění úkolů. Díky tomu, že to řekla nahlas a veřejně, že bude něco plnit, tak se to pro ni stal závazek, který musela splnit, to ji pomáhalo k postupu, který si stanovila. Následné sdílení, jak se komu daří, bylo přínosné v tom, že viděla, jak nedodržování pravidelného spánku, může narušovat například vztah s partnerem. Vzájemné řešení problémů bylo výhodné, jelikož se pak na toto téma diskutovalo a dostalo se jí rady, jak to vyřešit. Kdyby to řešila sama, tak tolik nápadů by dohromady nedala.

Při sdílení Daniel rozpoznal i své problémy, kterých si předtím tolik nevšímal a neřešil je, sám by je neviděl. Také si všiml různorodosti problémů ostatních.

Kristýna sdílení hodnotila jako obohacující, ale počet setkání během skupiny toto sdílení svým způsobem omezovalo.

Jakub také popisoval plnění úkolů, o kterých si další setkání povídali, jak se jim povedly a zároveň si říkali navzájem rady a nápady, jak by se to mohlo zlepšit. „*Myslím si, že kolegové měli dobré rady, ale já jsem je málo dodržoval. A jejich příběhy mi úplně nepomohly, charakter jejich problému byl jiný. Mě jen pomohlo to, že taky mají nějaké problémy.*“

Téma: Strategie

Toto téma se zabývalo jasnými nápady a návody na to, jak zvládnout komplikace v životě. Strategie dostávali od terapeuta i od sebe navzájem v rámci podpůrné skupiny.

Aneta díky skupině začala více používat plánovací systém, kdy si v pondělí napíše týdenní plán, aby tak na nic důležitého nezapomněla. Předtím s tím měla velký problém, že zapomínala na různé věci.

Daniel ve strategiích, co mu nabídla podpůrná skupina nenašel nic, co by předtím už nezkusil sám. Problém viděl v tom, že mu už nikdo nepředal to, aby to dodržoval mimo skupinu i doma.

Kristýna brala získané strategie jako trochu podnětné, že nápady pro zvládání každodenních věcí byly užitečné. Ale sama si už na nějaké strategie přišla, a tak nic nového nezachytila.

Pro Jakuba byly nápady velice praktické, jako například, aby si vyměnil v bytě koberec nebo koupil pračku. Skupina mu pomohla se závislostí na internetu, kdy si měl v bytě zrušit wifi a na mobilu snížit dostupná data. Snažili se ho také vést, aby nebyl moc dlouho v práci, bylo to dobré, ale postupně to přestával dodržovat. Na určitou dobu se i zlepšilo spaní, ale pak se postupně vracel k tomu, jak to probíhalo předtím. Měl si také pokaždé ráno v práci naplánovat, co zvládne, ale to se mu taky moc nedařilo.

Téma: Pocit

U některých respondentů se vyskytovaly pocity z toho, jak skupina probíhá či jak na ně působí sdílení či celý průběh skupiny.

Aneta ve skupině našla pro sebe bezpečný prostor, ve kterém se mohla vyjádřit a říct o svých chybách. Nikdo ji tam neseřval nebo neříkal jí, jak je nezodpovědná. Ostatní se spíš snažili pomoc a zkusit jí to vyřešit. „*Normálně bych to nepřiznala, jelikož bych se strašně styděla.*“ Skupina jí dávala pocit, že ji nikdo neodmítne a že naopak ji i někdo ocení za to, že se jí něco povedlo.

Kristýna měla pocity ze skupiny pozitivní i negativní. Pozitivní v tom smyslu, že si uvědomila, že na to není sama. A negativní, že ji ta sezení stresovala z toho důvodu, že jsou na tom ostatní lépe než ona.

Téma: Motivace

Tématem motivace jsme se setkali u Daniela a Jakuba, kteří měli problémy s dodržováním věcí mimo skupinu.

Daniel, jak už bylo uvedeno výše, vyzkoušel všemožné techniky na time management, pozornost, plánování a další. Ale nepodařilo se mu tyto techniky zavést do každodennosti. Pro něj by byla dobrá nějaká kontrola, která by dohlížela na plnění těchto věcí. V jisté míře mu s tím pomohla jeho žena, která mu právě každý den pomáhá udržet nějaký systém.

Jakub měl také problém s motivací, jak zvládat úkoly i po skupině. Často na ně zapomněl a vzpomněl si až těsně před skupinou. „*Smysl skupiny mají. Ale spíše menší smysl u lidí, co jsou méně motivovaní jako já.*“

Téma: Terapeut

Role terapeuta se ukázala jako velice důležitá pro chod skupiny i proto, co si každý respondent odnesl ze sezení podpůrných skupin.

Aneta poukázala na důležitost terapeuta, který čas od času připomněl jejich pokrok. Že před rokem si dali cíl a že teď se už to posunulo. To, že je tam někdo další, kdo vnímá pokrok a je schopen to zvenčí moderovat.

Téma: Jak by to mohlo probíhat

Každý z respondentů má jiné potřeby a tedy i to, co očekává od skupiny. Toto téma se zaměřuje na to, jak by si respondenti představovali, jak by podpůrná skupina mohla probíhat nebo na co by se mohla zaměřit.

Pro Daniela je dost důležitá větší kontrola a důslednost, které by se mohlo docílit tak, že by se menší skupinka potkávala každý den online aspoň na deset minut a řekla si, jak se jim ten den dařilo a poté, kdyby někdo třeba řekl, že nešel spát, tak by se rozebralo proč a co s tím má dělat. Možná by to mohlo být ze začátku i vedeno terapeutem. Každopádně vidí smysl v podpůrných skupinách, které se scházejí častěji než jednou za měsíc a hlavně dlouhodobě. Ocenil by kdyby se pracovalo i s partnerem, který může napomoci důslednosti. A také by Danielovi více vyhovovalo, kdyby se na skupině potkával s lidmi, kteří řeší stejné problémy, jelikož když se ho během skupin ten problém netýkal, tak jej ignoroval a nic mu to nepřineslo.

Kristýně by vyhovovalo, kdyby setkání byla dlouhodobá a pravidelná. Aby se tam témata stále opakovala, jelikož člověk s tím žije každý den a stále dokola řeší jedny a ty samé problémy, na což během několika setkání nestačí jen upozornit. Líbilo by se jí, kdyby se v rámci skupiny setkávala s lidmi s ADHD, kteří byli také hospitalizováni a bylo pro ně těžké se znovu začlenit do každodenního života. Vyhovovalo by jí něco jako chráněné bydlení nebo dílny.

7.2.2 Podpůrná skupina Brno

Téma: Informace pro nás

Lucie začala navštěvovat podpůrnou skupinu ze zvědavosti. A očekávala více odborných informací, které by jí rozšířily znalosti o ADHD. Představovala si více informací o tom, jak tu poruchu zvládat a jak s ní pracovat. Představovala si nějaké boření mýtů o tom, že když si někdo dá prášek, tak to hned nepomůže, ale spíše upozornit na to, že bez práce sám na sobě to nepůjde. „*Ty informace jsou důležité proto, abychom věděli, co jde změnit a co doopravdy nejde změnit.*“

Anežka tuto podpůrnou skupinu popsala jako spíše informativní. Informace jí přišly užitečné, ale pro některé její kolegy byly tyto informace už jen opakování. „*Je pochopitelné, že ti, co už informace hledali předtím, tak očekávali větší rozšíření.*“

Téma: Terapeut

Lucie si myslí, že by bylo dobré, kdyby měl terapeut nějakou osobní zkušenost s ADHD. Aby to neměl vše jen načtené, ale aby si dokázal představit, jak se doopravdy žije s ADHD, jak to všechno ovlivňuje. Bylo by také potřeba, aby ty skupiny vedla silná osobnost.

„Paní terapeutka byla hodná a vstřícná, ale byli jsme její první s ADHD a byla dost překvapená, jak to funguje,“ sdělila Anežka. Díky tomu, že je měla poprvé, tak to občas sklouzlo z jednoho tématu k úplně jinému.

Téma: Pocity

Lucie měla ze skupiny rozpačité pocity, především jí to připadalo, že spíše získávají informace od nich než pro ně. Skupina ji nic moc nedala, co se týká informací. Dalo jí to však pocit úlevy, že se podobné věci stávají i ostatním. Našla si tak nějakou vnitřní rovinu či stabilitu, nějaké vnitřní uklidnění.

Téma: Sdílení

Sdílení mělo sloužit hlavně k předávání zkušeností, jak zvládat projevy ADHD, ale Lucii to nepřidalo žádný nový nápad. Ocenila náhled druhých lidí, že tím viděla, že dělají podobné věci. Ale po většinu času jí to připadalo, že si tam ostatní chodili stěžovat a házet všechno na ADHD a sami proto nic nedělali. *„Sdílení těch našich životních příběhů bylo inspirující, ale pouze u některých. Jelikož ne všichni jsme měli stejné problémy.“* Občas právě tím sdílením to ztrácelo strukturu a Lucii by se více líbilo, kdyby věděla, kam ta debata povede.

Téma: Strategie

„Cíleně nám nepředávali žádné strategie, jak pracovat s překážkami v práci nebo ve vztazích. Spíše tím, jak jsme si sdělovali životní příběhy, tak tím jsme si říkali navzájem ty naše strategie,“ uvedla Lucie, která si na většinu strategií přišla v průběhu svého života.

Téma: Jak by to mohlo probíhat

Lucii by se líbilo, kdyby byly skupiny častěji než jednou za měsíc a aby také nebyly velmi početné. Stejně tak by jí vyhovovalo, kdyby ve skupině byli lidé, co mají podobný problém, aby se více navzájem obohatili a mohli si tak předávat rady.

7.2.3 Podpůrná skupina Olomouc

Podpůrnou skupinu v Olomouci navštěvovala z našich respondentů pouze Anežka.

Téma: Informace pro nás

V rámci této skupiny dostávali hodně informace o ADHD a pracovali také s modelem rodič, dítě a dospělý. Na tomto modelu si ukazovali, jak se v jistých situacích chovají nebo jak se mají chovat. Zvláště jedno setkání bylo zaměřené na informace

o farmakách a projevech ADHD, dále se k různým tématům dostávali skrze to, že někdo zmínil problém, to se poté na skupině řešilo například ve vztahu k práci, vztahů. Dále dostali nějaký návod, jak komunikovat s rodiči, ale z toho si Anežka nic neodnesla.

Dle Anežky by bylo dobré získat informace na téma jako je například ADHD v rodině, ADHD rodič, jelikož ve skupině bylo dost rodičů a mohlo by to být pro ně přínosné. Ale celkově byla tato podpůrná skupina více zaměřena na prožitek a sebepoznávání.

Téma: Sebepoznávání

Při práci s modelem si Anežka uvědomila, že po většinu času funguje jako kritický rodič. Stále si říká, to musíš udělat, to nesmíš udělat a tohle zase musíš udělat lépe. Což negativně ovlivňuje její prožívání.

Na začátku setkávání si vyplnili dotazník o síle svých symptomů a o svých cílech. Uvedli také, jak se to projevuje v jejich životech.

Téma: Seberozvoj

K seberozvoji se využíval model, na kterém si ukazovali, jak se v určitých situacích chovají a jak by bylo lepší se zachovat, snažili se přijít na způsob, jak toho docílit. Pracovali také na vztahu k sobě, aby byli na sebe více laskavější a méně kritičtí. „*Očekáváme totiž od sebe věci, které reálně nejdou.*“ Vypracovávali si systém na pozitivní motivaci, snažili se tak dospět k tomu, aby nebyli na sebe tolik přísní; že když zvládnou věc ze sedmdesáti procent, tak je to dost velký úspěch.

Téma: Sdílení

Dostávali na každou skupinu úkol, kdy se měli zamyslet na určité téma a poté o tom na skupině mluvili. „*Bylo to dobré, jelikož tím jsme dostávali pohled od všech.*“ Fungovalo to tak, že když měl někdo nějaký problém, tak ho sdílel se skupinou a díky tomu tak dostávali nápady, jak to vyřešit.

Téma: Pocity

„*Bylo to chvíli po diagnostice a pro mě v tu chvíli bylo nejdůležitější si uvědomit, že v tom nejsem sama a že nejsem jediná, kdo má tento problém,*“ popisovala své pocity a též se jí podařilo během skupin si odpustit.

Téma Strategie:

Určité strategie se během skupiny objevily, ale díky tomu, že každý je jiný a na každého působí něco jiného, tak si z toho každý vzal to, co mu vyhovovalo. A pomocí sdílení se dávaly dohromady různé triky a nápady, jak fungovat v životě.

Téma: Jak by to mohlo probíhat

Podle Anežky jsou skupiny prospěšné, ale v těchto bylo málo času jít v některých tématech do hloubky. Podat informace, jak se na problematiku ADHD dívá věda i nějaké výzkumy, by tak obohatilo informace, které zná většina dospělých s ADHD. Terapeut by měl mít dobré znalosti o ADHD a měl by být trpělivý. Za důležité se také bere, aby skupina dokázala vysvětlit mýty o fungování s ADHD. A co bere jako hlavní důležitost je, aby skupina fungovala na bázi přijetí a bezpečí a aby byla hodně podpůrná.

7.3 Zodpovězení výzkumné otázky

Napříč podpůrnými skupinami se objevují většinou stejná témata, která pojednávají o stejných událostech a informacích, avšak reakce jednotlivých respondentů jsou odlišné.

Nejdříve si představíme odpovědi na vedlejší výzkumné otázky a následně odpovíme na hlavní výzkumnou otázku.

7.3.1 Jak podpůrná skupina ovlivnila sociální sféru jednotlivce?

Podpůrná skupina se nijak cíleně nevěnovala sociální sféře, spíše se k ní dostalo pomocí sdělování příběhů a problémů. Informace, které byly respondentům zprostředkovány mohly tak ovlivnit, aby si uvědomili, co může narušovat kontakt s ostatními. Jednalo se o případy správné komunikace, ovládání svých emocí, ale taky jako vedlejší faktor nedodržování základních zásad pro zdravý životní styl.

7.3.2 Jaký vliv měla podpůrná skupina na chování v zaměstnání?

Téma zaměstnání bylo v rámci podpůrných skupin nadhozeno, ale cíleně se s ním nepracovalo.

Pro některé bylo přínosem si uvědomit, že chození do práce včas a zvládnutí svých impulzivních emocí může napomáhat lepšímu klimatu v práci.

Avšak ve většině případů si respondenti už sami přišli na to, jak fungovat v práci, jak si dávat pozor na svou impulzivnost. Tedy pro ně v tomto směru neměla podpůrná skupina žádný vliv.

7.3.3 Jaký vliv měla podpůrná skupina na seberozvoj a sebepojetí?

Se seberozvojem a sebepojetím se cíleně nepracovalo nikde, kromě podpůrné skupiny v Olomouci. Avšak se to projevovalo mezi řádky.

Pocity bezpečného prostoru, možnosti sdílení svých problémů, možnost vnímat to, že nejsou jediní, co zažívají tyto problémy a že jsou mezi lidmi, kteří jim rozumí, ovlivnilo do jisté míry většinu našich respondentů.

Vliv mělo i uvědomění si, že jsou věci, které nelze tak úplně ovlivnit, jelikož to patří k projevům ADHD.

7.3.4 Jaké strategie zvládání příznaků ADHD dala podpůrná skupina?

V rámci skupin se setkali se strategiemi, jak si dobře plánovat, zapisovat si všechno, chodit pravidelně spát. Tyto strategie byly řečeny v rámci podpůrných skupin, někdy byly řečeny přímo od terapeuta, někdy byly podány v rámci sdílení.

Naši respondenti si na většinu těchto strategií přišli během svého života sami a během skupin to brali spíše jako upozornění, že je dobré to dělat a dodržovat. Avšak podpůrná skupina nepřišla s ničím novým, co by respondenti ocenili a začali používat. Je jasné, že někteří si strategie z podpůrné skupiny převzali, ale je to menší část než ta, co si nevzala nic.

7.3.5 Hlavní výzkumná otázka – Jaký vliv má podpůrná skupina na život s ADHD v dospělosti

Z našich vedlejších otázek můžeme vycházet z toho, že podpůrná skupina měla u většiny respondentů vliv na jejich sebepojetí a seberozvoj. A také měla jistý vliv v sociální sféře. V ostatních sférách se nijak výrazně neprojevila.

Můžeme však říci, že si každý respondent vzal něco z podpůrných skupin, ač nemůže říci, že se jim díky tomu změnil zcela život.

7.3.6 Téma: Jak by to mohlo probíhat

Nad tímto tématem přemýšleli všichni respondenti až na dva. Jednalo se o to, jak by mohla podpůrná skupina vypadat. Co jí podle respondentů chybělo, aby byla lepší?

Při analýze rozhovorů se toto téma objevovalo a byla zde souvislost s životním příběhem respondenta. Protože se toto téma objevilo v takové míře, rozhodli jsme se na něj upozornit, i když přímo nesouvisí s naší výzkumnou otázkou.

V rámci tohoto tématu jsme se mohli setkat s nápadem, že by se mělo jednat o dlouhodobé, a hlavně pravidelné setkání, které nebude jen jednou za měsíc. Důvodem je, aby se témata mohla probírat do větší hloubky, byl větší prostor pro sdílení a větší možnosti kontroly.

Dále zde byl názor, že by setkání měla mít více informací a obohatit je navíc výzkumy. Také by se mohlo zabývat tématy rodičovství s ADHD i tématem fungování rodiny s ADHD.

Jednou z možností by bylo se scházet v menších skupinkách, které by spojovalo to, že mají podobné problémy a respondenti by se mohli takto obohatit více.

Skupiny by se také mohly zaměřit na dospělé s ADHD, kteří byli hospitalizováni a měli problémy se zařadit zpět do normálního života. Skupina by jim tak usnadnila začlenění do každodenního života.

Schůzky by mohly být také pomocí internetu, kdyby se každý den setkávali a navzájem si sdělovali, co se jim povedlo. Tím by se tak docílilo větší kontroly.

8 DISKUZE

Náš výzkumný problém byl zaměřen na téma, jak podpůrné skupiny ovlivňují život s ADHD v dospělosti. Vedlejšími výzkumnými otázkami jsme se snažili zjistit, jestli podpůrná skupina předala něco, co si respondenti mohli převzít a využít tak v sociální sféře, v jejich zaměstnání. Jestli měla vliv na sebepojetí a seberozvoj a zároveň jsme se ptali na konkrétní strategie, které respondenti začlenili do své každodennosti.

Na začátku naší empirické části jsme představili jednotlivé příběhy našich respondentů, kde jsme poukázali na překážky, s kterými se musejí potýkat každý den a také, jak u nich probíhala diagnostika.

Jak uváděli naši respondenti neustálý neklid a problémy s dokončováním věcí, odbíhání od nich a celková chaotičnost, stejně tak jak je uváděno v projevech od Kooij (2012), které tak narušují každodenní život a zvládání věcí, které jsou pro lidi bez ADHD normální a zcela jednoduché. Projevy impulzivnosti a komplikace v zaměstnání vykazovali i naši respondenti. Cahová et al. (2010) a Nakaya (2008) poukazují na větší výskyt střídání zaměstnání, díky horšímu nerespektování autorit, ale i špatnému plánování, odbíhání od zadaných úkolů a jejich nedokončování.

S ADHD jsou též spojeny problémy se socializací. Jak bylo uváděno u našich respondentů může být spojeno se špatnou komunikací, odbíháním ke svým myšlenkám, což způsobuje nepozornost k osobě, která právě mluví. Může tak navozovat komplikace v průběhu i při navozování dalšího rozhovoru (Tuckman, 2009). Naši respondenti se také potkávali s nepochopením od svého okolí a s názorem, že se jen vymlouvají.

Dle Cahové et al. (2010) se lidé s ADHD mohou dostávat do pocitu méněcennosti a nejistoty jako důsledek dlouhodobé frustrace z vlastního neklidu, díky negativnímu vlivu svého okolí. Tyto pocity vlastní neúspěšnosti a stálého selhávání měli i naši respondenti.

S ADHD jsou spojeny i komorbidity jako jsou deprese, úzkost či závislost na alkoholu. Čermáková et al. (2013) ukazují na možnost výskytu těchto komorbidit jako špatné zvládnutí projevů ADHD. Stejně tak to viděli i naši respondenti, kteří uváděli, že

při užívání návykových látek měli lepší sebevědomí a docházelo tak i ke zklidnění mysli. Dále se u některých našich respondentů objevila hospitalizace kvůli depresi a úzkosti.

Náš výzkum byl zaměřen na vliv podpůrných skupin. Dosavadní výzkumy se ve většině případů zaměřují převážně na psychoterapii, koučink a další nefarmakologickou léčbu. Avšak v rámci jiných výzkumů jsme objevili prvky, které jsou typické i pro podpůrné skupiny.

Tuckman (2009) uvádí, že lidé, kteří chodili na podpůrné skupiny, měli pocit úlevy, že jsou mezi lidmi, kteří mají podobné problémy. Stejné pocity byly i u našich respondentů, kteří díky této možnosti sdílení, pocitu možnosti říct, co je trápí, a tím, že byli v prostředí, které jim dávalo podporu, mělo vliv na jejich vnímání sama sebe a danou diagnózu. Také možnost vidět, že většina lidí zažívá podobné komplikace v životě, dala našim respondentům lepší sebepojetí.

V našem výzkumu se ukázalo jako přínosné sdílení životních příběhů, které napomáhaly k hledání dalších strategií, jež mohou napomoci k lepšímu zvládání projevů ADHD. Ve studii od Bramham et al. (2009) uvedli, že jejich participantů hodnotili vzájemné sdílení životních událostí za přínosné. Jednalo se skupiny, které využívaly přístupu KBT.

Celkově můžeme říci, že naši participantů dávají podpůrným skupinám potenciál. Ale zároveň vidíme, že z praktického hlediska, jako hledání nových informací, nových strategií, byly nedostačující a pro naše respondenty málo přínosné. Důvodem, který by mohl vést k tomuto výsledku, je rozdílná životní zkušenost našich respondentů. Tedy to, jak se každý vyrovnával s diagnózou, a to hlavně v období, kdy nebyla ještě potvrzena. Respondent, který byl hospitalizován nebo byl určitou dobu na drogách, či sám aktivně hledal, jak zvládnout příznaky ADHD, má jiné nároky na podpůrnou skupinu než člověk,

který nijak aktivně nezjišťoval informace navíc. Zároveň však můžeme konstatovat, že rozdílnost našich respondentů nám dala větší záběr na tuto problematiku.

Další vliv, který mohl působit na naše respondenty a mohl způsobit převážně negativní výpovědi, byl, že podpůrné skupiny v Brně a Olomouci byly prvními běhy takovýchto skupin. To může mít za následek malou vyladěnost programu pro naše respondenty s ADHD.

Limitem našeho výzkumu může být menší zastoupení respondentů, než je obvyklé u bakalářských prací, avšak náš metodologický přístup doporučuje 3-6 respondentů (Smith & Osborn, 2004). Jsme si také vědomi, že jsme měli menší zastoupení respondentů z podpůrných skupin z Brna a Olomouce, a proto mohou být výpovědi o skupinách nedostačující.

S naším výzkumným souborem je spojen další limit našeho výzkumu. Náš soubor byl velice různorodý z hlediska životních situací, které se objevily u našich respondentů například hospitalizace, návykové látky a doba hledání informací před diagnostikou.

Dále do svých limitů řadíme i nezkušenost výzkumníka, který se mohl během rozhovorů více doptávat a jít tedy do větší hloubky tohoto tématu.

Naším výzkumem jsme chtěli poukázat na smysl podpůrných skupin, které jsou převážně cílené k podpůrné funkci a ke sdílení životních příběhů, které tak mají vliv na lepší sebepojetí lidí s ADHD. Téma, které se nám ukázalo mimo naše výzkumné otázky, se zaměřovalo na vylepšení podpůrných skupin. Toto téma tak přineslo nápady na to, jak by mohla být skupina více přínosnější.

Naše práce by se tak mohla stát přínosem pro současné podpůrné skupiny, ale zároveň jako inspirace pro nové skupiny. Domníváme se, že většina lidí s ADHD potřebuje tyto skupiny jako možnost sdílení a vyrovnání se se svým životním osudem.

Výzkum by mohl dále pokračovat ve sbírání nápadů, jak by mohla být podpůrná skupina více užitečná a přínosná. A co by více lidem s ADHD vyhovovalo. Dále by mohlo dojít k porovnání s dalšími běhy v rámci jednotlivých skupin, to by nám tak mohlo ukázat, jestli první běhy byly poznamenány novostí tohoto tématu a přístupu.

9 ZÁVĚR

Naším cílem bylo zjistit, jak mohou podpůrné skupiny ovlivnit život s ADHD v dospělosti. Díky pokládání vedlejších výzkumných otázek a kvalitativním přístupem IPA jsme se dostali blíže k pochopení naší problematiky. V následujících odstavcích představíme hlavní závěry našeho výzkumu.

V našem výzkumu bylo zapojeno šest respondentů, kteří byli účastníky podpůrných skupin ve třech českých městech.

Po analýze jednotlivých respondentů jsme spojili vzniklá témata po jednotlivých podpůrných skupinách a vzniklo nám 10 témat a 5 z nich se překrývalo ve všech podpůrných skupinách. V rámci jednotlivých skupin byly představeny názory respondentů, které se navzájem odlišovaly i překrývaly.

Podpůrné skupiny neovlivnily celkový život našich respondentů a nedokázaly předat větší a nové spektrum strategií a informací. Ale jejich přínosem je pozitivní vliv na seberozvoj a vnímání sebe sama. A to na základě prostředí, které chápe problémy jedinců a ukazuje tak na sounáležitost a stejný výskyt překážek v každodenním životě. Dále měla skupina vliv pomocí sdílení životních příběhů na sociální sféru.

Nad rámec naší výzkumné otázky jsme zjistili, co by naši respondenti očekávali od podpůrných skupin, aby byla pro ně přínosnější.

10 SOUHRN

Bakalářská práce je zaměřena na téma vliv podpůrných skupin na život s ADHD v dospělosti. Vybrali jsme si různé oblasti, kterých se samotné ADHD dotýká. Zaměřili jsme se na sociální sféru, zaměstnání, sebepojetí, seberozvoj a v neposlední řadě jsme se zaměřili na jednotlivé strategie zvládání ADHD.

Naše práce je rozdělena na teoretickou část a empirickou část. V teoretické části se zaměřujeme na příznaky ADHD. V empirické části je představen náš výzkum.

Teoretická část je členěna na tři kapitoly, které popisují celkově problematiku ADHD v dospělosti. Teoretická část nám tak podává informace o tom, na co jsme navázali v empirické části.

V první kapitole jsme představili terminologii ADHD, která je spojena s rozvojem popisu této diagnózy. Její epidemiologii a etiologii. Dále jsme popsali diagnostiku, kde jsme porovnali rozdílnost u dětí a dospělých. V neposlední řadě jsme ukázali ADHD jako trend posledních dvou století, také jsme představili organizace, jež se snaží o rozšíření povědomí o ADHD v dospělosti u nás i v zahraničí.

V druhé kapitole jsme se zaměřili na projevy ADHD v dospělosti. Nejdříve jsme popsali vliv na jednání a celkové chování hyperaktivity, nepozornosti a impulzivnosti. Dále jsme se zaměřili na další komplikace, se kterými se dospělí s ADHD střetávají. Ať už se jednalo o vztahy, rodinu, zaměstnání nebo řízení motorových vozidel. Součástí druhé kapitoly bylo i poukázání možných komorbidit a jejich příznaků.

Třetí kapitola se věnuje léčbě ADHD. V první části kapitoly byla popsána farmaka, která slouží ke snížení příznaků ADHD. Druhá část se zaměřila na nefarmakologickou léčbu. V ní jsme představili různé možnosti a jejich vliv na příznaky ADHD. V této části byla i představena podpůrná skupina a její přínos pro klienty s ADHD.

V empirické části jsme nejprve popsali výzkumný problém a následně jsme uvedli cíl výzkumu a hlavní výzkumnou otázku a zároveň vedlejší výzkumné otázky. Pro zpracování dat jsme použili kvalitativní metodologii a jelikož se jednalo o velmi specifickou skupinu respondentů, rozhodli jsme se pro interpretativní fenomenologickou analýzu (IPA).

Popsali jsme, v čem je charakteristická interpretativní fenomenologická analýza a představili jsme analýzu dat, kde jsme vycházeli z doporučeného postupu od Smithe a Osborn (2004). Byly zde popsány jednotlivé kroky analýzy.

V další kapitole jsme popsali výzkumný soubor, který se skládal ze šesti respondentů, a to ze čtyř žen a dvou mužů. Věková hranice byla od dvaceti let. Byly zde uvedeny požadavky, které musel každý respondent splňovat: diagnóza ADHD, věk nad dvacet let a účast na podpůrných skupinách pro ADHD. Zároveň jsme představili sběr dat, jak jsme se dostali k respondentům a jak probíhaly rozhovory. A součástí této kapitoly bylo dodržení etiky a ochrany soukromí.

V kapitole, kde se představovaly výsledky našeho výzkumu, jsme nejdříve představili jednotlivé životní příběhy našich respondentů, kde byl popsán průběh diagnostiky a problémy, které narušují jejich život.

Dále jsme udělali analýzu a spojili jsme témata, která se vyskytly u respondentů napříč skupinami. Každou podpůrnou skupinu jsme představily zvlášť s jednotlivými tématy. Témata jsme pak propojili a odpověděli jsme nejdříve na vedlejší výzkumné otázky, poté na hlavní výzkumnou otázku. V našem výzkumu vyvstalo i téma, jak by mohly podpůrné skupiny probíhat, na které jsme se původně nezaměřili, ale díky důležitosti, kterou respondenti do toho sdělení dávali, jsme jej též představili.

Přínos této práce shledáváme v poukázání vlivů podpůrné skupiny na život respondentů. A také to, že skupiny mohou mít vliv na lepší sebepojetí a seberozvoj, stejně jako na socializaci. Velký přínos mělo sdílení vlastních příběhů.

Ačkoliv se každý respondent stavěl různě k podpůrným skupinám, každý si něco málo převzal. Menší účinnost podpůrných skupin byla pravděpodobně ovlivněna různými životními příběhy respondentů a prvními běhy podpůrných skupin v Olomouci a Brně.

Tato práce se může stát přínosnou pro budoucí i stávající podpůrné skupiny, a to díky představení nápadů, co by mohlo skupinu zlepšit i to, že fungování skupin má potenciál.

LITERATURA

1. ADHD Europe (nedat). Získáno 7. února 2019 z <https://www.adhdeurope.eu/>
2. Arnold, L. E. (1996). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of abnormal child psychology*, 24(5), 555-569. doi: 10.1007/BF01670100
3. Barkley, R. A., Murphy, K. R., Dupaul, G. J., & Bush, T. (2002). Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(5), 655-672. doi:10.1017/S1355617702801345
4. Bramham, J., Susan Young, Bickerdike, A., Spain, D., McCartan, D., & Xenitidis, K. (2009). Evaluation of Group Cognitive Behavioral Therapy for Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 12(5), 434-441. doi: 10.1177/1087054708314596
5. Drtílková, I. (2008). Kdy volit Stratteru pro léčbu hyperkinetické poruchy/ADHD. *Pediatr. Praxi*, 9(4), 232-235
6. Drtílková, I., & Šerý, O. (2007). *Hyperkinetická porucha: ADHD*. Galén.
7. American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum
8. Cahová, M. P., & Pejčochová, M. J. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*, 11(6), 373-377.
9. Conners, C. K. (2008). *Conners 3rd edition. Manual*. New York: Multi-Health System.
10. Čermáková, M., Papežová, H. & Uhlíková, P. (2013). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD): příručka pro dospělé*. Praha. Získáno 12. února 2019 z <http://www.prevence-praha.cz/>
11. Černá, M. (1992). *Lehké mozkové dysfunkce*. Karolinum.
12. European Network Adult ADHD (nedat). Získáno 7. února 2019 z <https://www.eunetworkadultadhd.com>
13. Faraone, S. V., & Mick, E. (2010). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics*, 33(1), 159-180. doi: 10.1016/j.psc.2009.12.004

14. Goldstein, S., Naglieri, J. A., & DeVries, M. (Eds.). (2011). *Learning and attention disorders in adolescence and adulthood: Assessment and treatment*. John Wiley & Sons.
15. Halmøy, A., Halleland, H., Dramsdahl, M., Bergsholm, P., Fasmer, O. B., & Haavik, J. (2010). Bipolar symptoms in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a cross-sectional study of 510 clinically diagnosed patients and 417 population-based controls. *The Journal of clinical psychiatry*, 71(1), 48-57. doi: 10.4088/JCP.08m04722ora
16. *Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* (nedat). Získáno 7. února 2019 z <https://chadd.org/>
17. Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., ... & Elliott, G. R. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147-158. doi: 10.1097/00004583-200102000-00009
18. Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2015). *Máme dítě s ADHD: Rady pro rodiče*. Grada Publishing as.
19. Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Spencer, T. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723. doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.716
20. Kooij, J. S. (2012). *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment*. Springer Science & Business Media.
21. Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugué, M., Carpentier, P. J., ... & Gaillac, V. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC psychiatry*, 10(1), 67. doi: 10.1186/1471-244X-10-67
22. Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2003). *Child psychopathology*. Guilford Publications.
23. Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., & Přikryl, R. (2014). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 112-116.
24. Nakaya A. C., (2008) *ADHD*, Referencepoint PressInc.
25. *Národní institut pro děti a rodinu* (nedat). Získáno 7. února 2019 z <https://www.nidar.cz/>
26. *Terapie*. (2013). In *Nepozorní.cz*. Praha: SAPPP. Získáno z 10. února 2019 <http://www.nepozornidospeli.cz/2013-11-13-18-17-04/terapie>

27. Paclt, I. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing.
28. Pešek, R., Praško, J., & Štípek, P. (2013). *Kognitivně-behaviorální terapie v praxi: pro terapeuty, studenty a poučené laiky*. Portál.
29. Prevatt, F., & Levrini, A. (2015). *ADHD coaching: A guide for mental health professionals*. American Psychological Association.
30. Příkryl, M. R. (2015). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatr. praxi*, 16(2), 67-72.
31. Ptáček, R., Kuželová, H., & Macek, M. (2010). Farmakogenetika ADHD. *Ces a Slov Psych*, 106(4), 226-29.
32. Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum.
33. Ramos-Quiroga, J. A., Montoya, A., Kutzelnigg, A., Deberdt, W., & Sobanski, E. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Current medical research and opinion*, 29(9), 1093-1104. doi: 10.1185/03007995.2013.812961
34. Retz, W., & Klein, R. G. (Eds.). (2010). *Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults*. Karger Medical and Scientific Publishers.
35. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. Získáno 10. ledna 2019 z <http://www.opvk.fss.muni.cz/ikapsy/uploads/Kvalitativni-analyza-textu.pdf>
36. Safren, S. A., Sprich, S. E., Perlman, C. A., & Otto, M. W. (2017). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program, therapist guide*. Oxford university press.
37. Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: Sage Publications Ltd.
38. Smith, J. A., & Osborn, M. (2004). Interpretative phenomenological analysis. *Doing social psychology research*, 229-254. doi: 10.1002/9780470776278.ch10
39. Serman, M. B. (2000). EEG markers for attention deficit disorder: Pharmacological and neurofeedback applications. *Child Study Journal*, 30(1), 1-1.
40. Swierkoszová, J. (2006). *Specifické poruchy chování: diagnostika-reedukace*. Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta.

41. Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... & Steinhausen, H. C. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder—first upgrade. *European child & adolescent psychiatry*, 13(1), i7-i30. doi: 10.1007/s00787-004-1002-x
42. Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4), 148-150.
43. Thompson, L., & Thompson, M. (2005). Neurofeedback intervention for adults with ADHD. *Journal of Adult Development*, 12(2), 123-130. doi: 10.1007/s10804-005-7028-6
44. Tuckman, A. (2009). *More attention, less deficit: Success strategies for adults with ADHD*. Plantation, FL: Specialty Press.
45. Young, S., & Bramham, J. (2006). *ADHD in adults: A psychological guide to practice*. John Wiley & Sons.
46. Weisfelt, M., & Schrier, A. C. (2001). Hyperactive behavior in adults; possibly attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 145(31), 1481-1484.
47. Zylowska, L. (2012). *The mindfulness prescription for adult ADHD: An 8-step program for strengthening attention, managing emotions, and achieving your goals*. Shambhala Publications.

ABSTRAKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Název práce: Vliv podpůrných skupin na život s ADHD v dospělosti

Autor práce: Andrea Savčáková

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Počet stran a znaků: 58 stran a 88 668 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 47

ABSTRAKT:

Bakalářská práce se zabývá tématem dospělých s ADHD a podpůrných skupin. Výzkumná otázka byla stanovena „Jaký je vliv podpůrných skupin na život s ADHD v dospělosti.“ Analýza dat byla provedena pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Polostrukturované rozhovory nám sloužily ke sběru dat. V našem výzkumu bylo 6 respondentů ve věku 26-42 let. Všichni respondenti měli diagnostikové ADHD a účastnili se podpůrných skupin, a to ve třech českých městech. Na základě naší analýzy vyvstala témata, která se vyskytovala napříč jednotlivými skupinami. Tato témata nám napomohla k zodpovězení výzkumné otázky. Podpůrná skupina má vliv na sociální sféru a nepřímým působením ovlivňuje sebepojetí a seberozvoj. Mezi hlavní vliv, který působil na klienty, bylo sdílení svých životních příběhů a pochopení ze stran kolegů z podpůrné skupiny.

Klíčová slova: ADHD, Dospělost, Podpůrné skupiny, IPA

ABSTRACT OF THESIS

Title: The influence of support groups in life with ADHD in adults

Author: Andrea Savčáková

Supervisor: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Number of pages and characters: 58 pages and 88 668 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 47

ABSTRACT:

The bachelor thesis deals with the topic of adults with ADHD and support groups. The research question was "What is the impact of support groups on life with ADHD in adulthood." The data analysis was carried out using an interpretative phenomenological analysis. Semi-structured interviews were used to collect data. In our research there were 6 respondents aged 26 to 42. All respondents had diagnostics ADHD and participated in support groups in three Czech cities. Based on our analysis, themes that occurred across groups have arisen. These topics have helped us to answer the research question. The support group has an impact on the social sphere and by indirect action, affects self-destruction and self-destruction. Among the main influence on the clients was sharing their life stories and understanding from the support group's colleagues.

Key words: ADHD, Adulthood, Support groups, IPA

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Plakát s výzkumnou výzvou
2. Průvodní dopis
3. Informovaný souhlas
4. Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

1. Plakát s výzkumnou výzvou

J
A
K

J
E

T
O

S

A
D
H
D

V

D
O
S
P
Ě
L
O
S
T
I



HLEDÁM ÚČASTNÍKY DO VÝZKUMU

Je ti 20 let a více?
Máš diagnostikované ADHD?
Navštěvuješ nebo si navštěvoval podpůrnou skupinu?
Pokud ANO -hledám právě Tebe

Více informací:
a.savcakova@seznam.cz

Děkuji za tvůj čas =)

2. Průvodní dopis a informovaný souhlas

Dobrý den,

Ráda bych Vám poděkovala za zapojení do mého výzkumu k mé bakalářské práci. Velice si vážím vaší aktivity. Touto cestou bych Vás velice ráda informovala o průběhu výzkumu.

Jak jsem už uvedla, rozhovory budou součástí mé bakalářské práce na Univerzitě Palackého v Olomouci. Její název bude vliv podpurných skupin na život s ADHD v dospělosti.

Jelikož Vy jste největší odborníci na toto téma, budu velice ráda, když se mnou budete sdílet Váš životní příběh. Jak nahlížíte na celkovou problematiku ADHD a jak Vám s tím vším pomohla podpurná skupina.

Tento rozhovor bude postaven na mých předem připravených otázkách. Tento rozhovor bych si s Vaším souhlasem nahrála na diktafon, následně přepsala a smazala. Vaše jména či jména osob, o kterých se zmíníte, budou změněna. A to z důvodu, aby byla zachována Vaše anonymita. Jediné, co nebude změněno bude Váš věk a pohlaví.

Čas a místo rozhovoru se domluvíme, tak aby Vám i mně to vyhovovalo.

Dále zasílám podmínky pro zařazení do výzkumu, které si prosím přečtete a napište, že vše souhlasí. Děkuji.

V příloze zasílám informovaný souhlas, který je potřeba podepsat před zahájením rozhovoru.

Pokud budete mít jakýkoliv dotaz, neváhejte mi napsat.

Děkuji, že jste to dočetli až sem 😊 A velice moc se už těším na naši spolupráci a na Vaše příběhy.

Přeji pěkný den,
Andrea Savčáková

Podmínky pro zařazení do výzkumu

- Je mi 20 a více let
- Mám diagnostikované ADHD
- Navštěvoval/a jsem podpurnou skupinu
- Rád/a se podělím o svůj příběh „život s ADHD“

3. Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Název práce: Vliv podpůrných skupin na život s ADHD v dospělosti

Autor práce: Andrea Savčáková

Vedoucí práce: PhDr. Jan Šmahaj, Ph.D.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Vliv podpůrných skupin na život s ADHD v dospělosti“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledků v rámci diplomové práce.

Rovněž беру на ве́домі́, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne

Jméno a příjmení.....

Podpis

4. Otázky k polostrukturovanému rozhovoru

Téma: Vliv podpůrných skupin na život s ADHD v dospělosti

Věk:

Léky:

Doba diagnostiky:

- 1. Povězte mi, jaký je život s ADHD?**
- 2. Jaké bylo Vaše dětství?**
- 3. Můžete mi říct, jak u Vás probíhala diagnostika? (kdy, kdo)**
- 4. Uvědomujete si rozdíl po diagnostice?**
- 5. Kdy jste začal navštěvovat podpůrnou skupinu a jak dlouho probíhala/probíhá?**
- 6. Co Vám dala podpůrná skupina? (strategie, sebepojetí)**
- 7. Pomohla Vám podpůrná skupina v sociální sféře a jak?**
- 8. Pomohla Vám ve vašem zaměstnání a jak?**
- 9. Myslíte si, že jsou podpůrné skupiny užitečné? Preferoval byste dlouhodobé a pravidelné nebo krátkodobé či podle potřeby?**
- 10. Jak nahlížíte na celkovou informovanost pro dospělé s ADHD?**