

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Lenka Mencnerová

Poruchy pozornosti u dospělých

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila pouze zdroje uvedené v seznamu literatury.

Olomouc, 2017

.....

podpis

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Lucii Pastierikové, Ph.D. za vedení a podporu při zpracování mé diplomové práce. Velmi mě motivovala svým vstřícným a lidským přístupem, výbornou komunikací a podnětnými radami.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	7
1. POZORNOST	7
1.1. Vlastnosti pozornosti	7
2. PORUCHY POZORNOSTI	8
2.1. Příznaky ADD a ADHD	8
2.1.1. Příznaky ADD (poruchy pozornosti bez hyperaktivity)	8
2.1.2. Příznaky ADHD (poruchy pozornosti s hyperaktivitou)	12
2.2. Příčiny poruchy pozornosti	13
2.3. Historie poruchy pozornosti	14
2.4. Diagnostika poruchy pozornosti	16
2.4.1. Diagnostická kritéria podle MKN-10	17
2.4.2. Diagnostikování poruchy dle DSM-V	19
3. DOSPĚLOST	22
3.1. Osobnost dospělého s poruchou pozornosti	23
3.2. Rodinný a partnerský život dospělého s poruchou pozornosti	24
3.3. Vzdělání a profesní život dospělého s poruchou pozornosti	26
4. FORMY LÉČBY	29
4.1. Medikace	31
4.2. Psychoterapie	32
4.2.1. Kognitivně - behaviorální terapie	33
4.2.2. Coachting – Trenér	36
4.2.3. Rodinná terapie	36
PRAKTICKÁ ČÁST	37
5. CÍLE A METODY PRAKTICKÉ ČÁSTI	37
5.1. Úvod	37

5.2.	Cíl praktické části	37
5.3.	Metody.....	37
5.4.	Vzor šetření	37
5.5.	Kazuistiky	38
5.5.1.	Michal.....	38
5.5.2.	Eva.....	39
5.5.3.	Pavel.....	40
5.5.4.	Jiří.....	41
5.6.	Život s poruchou pozornosti	42
5.6.1.	Michal.....	43
5.6.2.	Eva.....	46
5.6.3.	Pavel.....	53
5.6.4.	Jirka	56
5.7.	Závěry šetření.....	60
5.7.1.	Vyhodnocení šetření	60
ZÁVĚR.....		62
SEZNAM POŽITÝCH ZDROJŮ:		64
ANOTACE.....		66

ÚVOD

Porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD a porucha pozornosti bez hyperaktivity ADD jsou onemocněními, souvisejícími se soustředěním, impulzivitou a hyperaktivitou. Jejich symptomy velice výrazně ovlivňují život jedinců od dětství až po dospělost.

V České republice je informovanost o existenci, průběhu, diagnostikování a léčbě poruchy pozornosti v dospělosti pořád ještě málo probádanou oblastí. Některé výzkumy již probíhají a zabývají se jimi čeští psychiatři, neurologové i psychologové. Potvrzují, že alkoholismus, různé druhy závislostí i problémy v hledání stálých partnerských a rodinných vztahů mohou mít příčinu právě v pozdě diagnostikovaném a neléčeném syndromu ADHD/ADD.

Ve většině dostupných materiálů a literatury se však autoři zabývají problematikou tohoto onemocnění pouze u dětí a dospívajících.

Po prostudování odborných publikací, potřebných pro napsání této diplomové práce jsme dospěli k závěru, že syndrom ADHD/ADD u dospělých je natolik závažnou záležitostí, že by si zasloužil větší prostor v lékařské teorii i praxi.

Vzhledem ke změnám stylu života v jednotlivých obdobích vývoje společnosti, trendům doby, požadavkům a nárokům nejenom v oblasti zaměstnání, ale i studia, vidíme velkou potřebu v prohloubení poznatků a hledání řešení a pomoci pro dospělé, u kterých se toto onemocnění projevuje.

Cílem diplomové práce je zjistit, zda určení diagnózy v dospělosti u těchto čtyř respondentů, má vliv na změnu vnímání sebe samého a zda může samotná diagnóza působit jako léčba

V teoretické části diplomové práce bych chtěla podrobněji popsat příčiny, příznaky i důsledky tohoto onemocnění.

Základnou pro teoretickou část této diplomové práce je odborná literatura. Při pročítání odborných publikací jsem narazila na fakta, která jsou již v současnosti vědecky vyvrácená nebo různě upravená.

Tyto „nesrovnalosti“ jenom dokazují, že vědecký výzkum stále nepovažuje tuto oblast za konečné a uzavřené řešení.

TEORETICKÁ ČÁST

1. POZORNOST

Pozornost je zaměřenost vědomí na určitý podnět, objekt, děj či cíl.

Může být **bezděčná** (neúmyslná) nebo **záměrná** (mající cílevědomý, výběrový charakter).

Zaměřenost vědomí je způsobována vnitřními i vnějšími faktory. Systém pozornosti je neobyčejně složitý. Zahrnuje skoro všechny struktury mozku. Řídí vědomí, zkušenosti, které nabýváme v bdělém stavu, naše reagování, jednání, chování. Právě jeho prostřednictvím komunikujeme s naším okolím (Kohoutek, 2008, Hallowell, Ratey, 2007).

1.1. Vlastnosti pozornosti

Vlastnosti pozornosti uvádí Kohoutek (2008) takto:

Koncentrace (soustředění) - schopnost a dovednost zaměřit se na jednotlivý jev a vyloučit vše, co s tímto jevem přímo nesouvisí.

Kapacita (rozsah) - určuje se podle toho, kolik jevů dovedeme současně postřehnout ve velmi krátkém časovém úseku.

Tenacita - schopnost a dovednost obírat se po dlouhou dobu jedním předmětem (koncentrace v čase).

Vigilita (čilost) - jasnost vědomí, schopnost přecházet od jednoho předmětu k druhému a orientovat se v místě, čase a situaci.

Selektivita - schopnost vybrat si ze shluku jevů vždy jen jev určitého druhu - barvy, tvaru apod.

Distribuce - schopnost pozorovat několik jevů současně.

Oscilace - střídavé oslabování a opětné ožívování pozornosti.

Stabilita - opak oscilace, schopnost zabývat se jedním předmětem stejnoměrně po delší dobu.

2. PORUCHY POZORNOSTI

Porucha pozornosti ADD (Attention Deficit Disorders) se dříve (stejně jako porucha pozornosti s hyperaktivitou ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) označovala jako LMD (lehká mozková dysfunkce) nebo encefalopatie (Pelletier, 2014). Dále toto rozdělení popisují ve své knize Munden a Arcelus (2002) takto: Oba termíny ADHD i ADD se často používají jako synonyma, což není přesné. Vztahují se k různým, ačkoli velmi podobným, pravděpodobně příbuzným onemocněním. Jedinci postižení ADHD mívají potíže se soustředěním, bývají impulzivní a hyperaktivní. Lidé, kteří trpí ADD, nebývají hyperaktivní, mívají však problémy spojené s impulzivitou a nedostatečným soustředěním. Tento názor ohledně impulzivity u ADD vyvrací ve své knize Zelinková (Zelinková, 2009). Autorka se přiklání k názoru, že u osob trpící poruchou pozornosti bez hyperaktivity se impulzivita neobjevuje. Uvádí problémy v oblasti pozornosti a v percepčně-motorických úkolech. Dále rozvádí, že mezi těmito dětmi se více objevují poruchy učení než ve skupině s ADHD. Příznaky se v obou případech objevují v míře, která je vůči věku a intelektuálním schopnostem jedince abnormální. V Evropě spoustu odborníků a lékařů, označuje tyto poruchy s oběma skupinami příznaků pojmem hyperkinetická porucha.

Dospělí trpící poruchou pozornosti, ať ADD či ADHD potřebují informovanost o tomto handicapu, aby lépe pochopili sami sebe. Spoustu z jejích vlastních zkušeností zůstalo bez vysvětlení a staly se zdrojem nesnází. Přitom je jejich původcem porucha pozornosti.

2.1. Příznaky ADD a ADHD

Uhlíková (Jenett, 2013) uvádí, že podle nejnovější epidemiologické studie, která dokládá, že příznaky mohou přetrvávat až u 60 % pacientů do dospělosti.

2.1.1. Příznaky ADD (poruchy pozornosti bez hyperaktivity)

Porucha pozornosti bez hyperaktivity je málo nápadné postižení, charakterizované obvykle souborem příznaků. Důležité je uvědomit si, že jen málo lidí trpících ADD, vykazuje všechny příznaky. Tyto kombinace jsou u lidí s ADD různé. Porucha může být lehká, střední, nebo závažná – podle počtu zjištěných příznaků a podle jejich intenzity (Pelletier, 2014). Autorka dále specifikuje tyto příznaky:

- **Snadná ztráta soustředění** – i malé vyrušení stačí, aby osoba ztratila pozornost. Vyrušení může přijít zevnitř (myšlenky, tlukot srdce, kručení v břiše, pískání v uchu apod.) i zevnějšku (slyší zvuky, zahlédne něco na stole, cítí se nepříjemně, protože má úzké kalhoty, atd.). Osoba s ADD cestou do obchodu zahlédne něco zajímavého, zaujme ji to a zapomene, kam šla. Roztržitost je také důvod, proč je pro jedince s poruchou pozornosti těžké dokončit to, co začali. Je to důsledek problému na úrovni inhibice, která nám normálně umožňuje vytěšňovat to, co by nás mohlo vyrušovat. Někteří lidé může vyrušovat poslech hudby, potřebují pracovat v naprostém tichu, aby se mohli soustředit. Jiní se soustředí lépe, když při práci hudbu poslouchají. Někteří popisují, že kdyby neposlouchali hudbu zvenčí, měli by ji v hlavě. A to by je rušilo mnohem více.
- **Obtíže s udržením a dělením pozornosti** – udržení pozornosti je nezbytný předpoklad úspěšného dokončení daného úkolu. Pokud se úloha příliš protahuje, nastupuje frustrace, přichází nuda a ztráta zájmu, i když předtím převládalo nadšení. Protože zaujetí rychle opadá, potřebuje jedinec neustálou stimulaci. Pustit se do splnění úkolu je jeden ze zásadních problémů. Když osobu, která trpí poruchou pozornosti, nikdo nehlídá a nepodporuje, může ztratit spoustu času, než vůbec začne, nebo přestat ještě dříve, než úkol dokončí. Znovu přeskakuje od jedné činnosti ke druhé, aniž by některou dokončila. Tato reakce se dá vypožorovat při různých aktivitách, domácnosti. Dospělí s poruchou pozornosti budou často odkládat na druhý den úkol vyžadující větší psychické úsilí, i když budou muset vynaložit víc energie, aby ho na poslední chvíli splnili. Když má plnit zároveň dva úkoly, například poslouchat a dělat si přitom poznámky, bude pro ni obtížné rozdělit pozornost. Soustředit se na jeden úkol stojí tolik energie, že už nezbývá dost sil na jiný.
- **Nepozorné poslouchání** – často lidé s poruchou pozornosti sní s otevřenýma očima, takže sice slyší hlas mluvčího, ale nevnímá ho. Tato nepozornost obvykle způsobuje, že je třeba, aby posluchači byla informace zopakována. Teprve poté, co se zeptá: „Co jsi

říkal?“, v hlavě zaslechne, co dotyčný řekl. Může to být pro mluvčího frustrující, ale pro posluchače stejně tak.

- **Opakované ztráty osobních věcí** – brýle, mobil, klíče, doklady a mnoho dalšího! Okolí si často myslí, že jsou tyto ztráty záměrné z důvodu lhostejnosti.
- **Časté zapomínání** – dospělí můžou zapomínat, co šli udělat nebo co chtěli povědět, co četli nebo slyšeli, kam dali své věci. U dětí se častěji projevuje zapomínání učiva, které večer uměly a ráno si už při písence na ně nevzpomněly. Když jsou problémy s pozorností, která je vstupní bránou do paměti, je informace špatně zařazená, a některé důležité věci se tam dokonce ani nedostanou a zůstanou místo nich prázdná místa na mentálním obraze v paměti. Vzhledem k tomu, že jsou informace při vstupu do paměti zpřeházeny, je obtížné je efektivně využívat. Z toho plyne i nevyrovnaná výkonnost.
- **Potíže s pořádkem a pořádáním věcí** – dětem s ADD může dělat velké potíže vypravit se ráno do školy: vstát, umýt se, obléci se, najíst se, připravit si školní batoh atd. Mnoho rutinních činností, které je třeba jednu po druhé udělat, aby přišly do školy včas. Při výuce je to stejné. Vytáhnout správný sešit, učebnice, pomůcky. Vyřešit problém krok za krokem se může stát noční můrou i pro dospělé.
- **Další problémy často spojené s poruchou pozornosti** – sociální vazby, přecitlivělost, čtení, psaní, úkoly, nevyzrálост, hledání hlubšího smyslu událostí. Tyto problémy nejsou skutečnými příznaky, ale často poruchu pozornosti doprovázejí. Jsou to spíše klinické projevy (Pelletier, 2014).

Po přečtení těchto příznaků je možná mnoho rodičů v pokušení vidět poruchu pozornosti bez hyperaktivity (ADD) u svého dítěte, partnera nebo dokonce u sebe! Pozor, je důležité si uvědomit, že kterékoli z popisovaných příznaků je v určité intenzitě a v určitém věku normální (Pelletier, 2014).

Osoba, která vykazuje významné množství těchto znaků chování, může znamenat problém. Navíc je obecně uznáváno, že tyto příznaky se musí objevit před sedmým rokem a musí přetrvávat několik měsíců. Což je těžko dohledat při diagnostikování poruchy pozornosti u dospělých.

Také osoby žijící v situaci se zvýšenou hladinou stresu vykazují symptomy podobné příznakům poruchy pozornosti bez hyperaktivity. Ty však vymizí, jakmile odezní stres. Naopak skutečné příznaky poruchy pozornosti s věkem příliš neslábnou. Je důležité naučit se s poruchou žít a zvládat obtížné situace, které vyvolává (Pelletier, 2014).

Autoři Hallowell a Ratey (2007) uvádějí, že dosud neexistuje jediná všeobsažná definice ADD. Uvádějí k dispozici popisy příznaků, na jejichž základě bývá porucha definována. „*Připomíná tak příběh o slepých mužích popisujících slona. Jeden přejede slonovi po chobotu a prohlásí, že cítí něco dlouhého, co připomíná hadici. Vychází z ní teplý vzduch. Druhý muž ohmatá ocas a konstatuje, že cítí něco úzkého a ohebného. Další sáhne slonovi na nohu a oznámí druhým, že cítí něco, co mu připomíná kmen stromu. Čtvrtý muž přejede rukou slonovi po břicho a podotkne, že cítí něco statného, ale připomíná mu to houbu. Ani jeden muž nemůže od slona poodstoupit a prohlédnout si ho jako celek*“ (Hallowell, Ratey, 2007, s. 151).

Život s poruchou pozornosti bez hyperaktivity bývá podobný. Jestliže se zaměříme na jeden příznak, jiný nám může uniknout. Při pozorování příznaků je obtížné odstoupit a pohlédnout na projevy jako na celek. Navíc porucha pozornosti se nevyskytuje v jediné podobě, ale obsahuje mnoho podtypů či subtypů, byť nejsou všechny formálně uznávané. V důsledku, že se druhotné příznaky vyvíjejí v čase, vztahují se podtypy především na dospělé (Hallowell, Ratey, 2007).

Dílčí typy ADD:

1. ADD bez hyperaktivity
2. ADD s úzkostí
3. ADD s depresí
4. ADD s dalšími poruchami učení
5. ADD s agitovaným stavem či mánií
6. ADD se zneužíváním psychotropních látek
7. ADD u tvořivých jedinců
8. ADD doprovázená rizikovým chováním a tendencí vyhledávat podněty se silnou stimulací
9. ADD s disociačními poruchami
10. ADD s příznaky hraniční poruchy osobnosti
11. ADD s poruchami chování nebo opozičním vzdorovitým chováním (u dětí) či příznaky asociální poruchy osobnosti (u dospělých)
12. ADD s obsedantně-kompulzivní poruchou
13. Pseudo-ADD (Hallowell, Ratey, 2007)

2.1.2. Příznaky ADHD (poruchy pozornosti s hyperaktivitou)

Třemi základními příznaky poruchy pozornosti s hyperaktivitou jsou impulzivita, hyperaktivita a porucha pozornosti. Osoby s ADHD jsou skupinou s větším rizikem z hlediska antisociálního chování. Ve větším počtu se v této skupině ADHD obtíže přenesou i do dospívání a dospělosti. Dalšími příznaky jsou problémy při navazování kontaktů s vrstevníky, agresivita, nevěle podřídit se autoritě a obecně uznávaným pravidlům (Zelinková, 2009).

Odborníci nejen z řad lékařů (Raboch, Zvolský, 2001, Place, Elliott, 2002) rozvádějí tyto hlavní příznaky ADHD takto:

- **Narušená pozornost** – osoby přecházejí z jedné činnosti k druhé před dokončením úkolu, jsou roztěkané a nesoustředěné, mají tendenci odbíhat, pracují nesystematicky, dělají časté chyby z nepozornosti, podávají horší výkon, než odpovídá jejich intelektu. Děti projevují navíc nedostatek pozornosti tím, že často odbíhají od úkolů, které jim zadávají dospělí a při hře často a celkem rychle přecházejí z jedné hry na druhou. Je to stále více považováno za základní rys této poruchy.
- **Hyperaktivita** – projevuje se jako puzení neustálému pohybu, k neúčelné činnosti, mají potíže zůstat v klidu, dělají různé neúčelné pohyby, jsou „jako z hadích ocásků“. Jedná se skutečně o zvýšení fyzické aktivity, jak bylo prokázáno v různých výzkumech. Nejčastějším rysem je neklid, který může mít podobu neustálého vrtění se na židli či neklidného přecházení po místnosti.
- **Impulzivita** – člověk jedná podle momentálních přání a potřeb, aniž by myslel na důsledek svého počínání. Jeden z nejčastějších jevů je porušování pravidel bez domýšlení případných následků. Nedostatečná sebekontrola, dělají věci bez rozmyšlení, dělá jim potíže oddálit rozhodnutí. Často se dostávají do nebezpečných situací, která jim může způsobit vyšší úrazovost díky překotným aktivitám. Neradi se podřizují autoritám. Bývají upovídaní a hluční. Velmi častý jev u dětí je lhaní a žalování. Zvýšená dráždivost a neklid mohou způsobit selhávání v různých životních oblastech a to může rozvinout pocit neúspěšnosti a selhání, který může přispět k sekundárnímu vzniku různých neurotických potíží nebo k rozvoji různých druhů poruch chování. Podle

některých výzkumů tyto osoby snadněji propadají alkoholu a drogám, mohou se dopouštět neuváženého jednání, mohou být promiskuitní, častěji měnit zaměstnání a pobyt, jejich sociální úspěšnost je často nižší, než by odpovídalo jejich možnostem. Vyskytují se však mezi nimi i originální různě talentované typy, s tvůrčími schopnostmi.

2.2. Příčiny poruchy pozornosti

Příčiny poruchy pozornosti ADD i ADHD jsou předmětem mnoha dohadů. Známe příčiny, které byly doposud objeveny, uvádí autoři (Pelletier, 2014, Zelinková, 2009, Hallowell, Ratey, 2007) takto:

Biologické příčiny:

- **Dědičnost** – významnou roli hraje genetická dispozice (rodič, prarodič, sestřenice či bratranec zápolí s podobnými problémy nebo s jinými duševními potížemi). U rodičů s ADHD je 50% pravděpodobnost, že jejich děti budou trpět obdobnými obtížemi. I četné dlouhodobé studie dvojčat dospěly ke shodným závěrům. Co je skutečně zděděné, známo přesně není, ale předpokládají se změny ve struktuře a fungování mozku. Porucha pozornosti neobnáší záměrné chování ani morální selhání, příčinou není nedostatečné snažení. Ze získaných neurobiologických dat vyplývá, že syndrom má počátek v centrálním nervovém systému.
- **Komplikace v těhotenství nebo při porodu** (velmi často se označuje viník nedostatek kyslíku pro dítě během porodu – hypoxie). Nedostatkem dokrvení může dojít k trvalému poškození buněk. Poruchu pozornosti mohou způsobit i určitá poškození, vyvolaná například úrazy při dopravních nehodách, encefalitidou.
- **Poškození mozku toxiny** (fetální alkoholový syndrom, olovo, formaldehyd atd.) Těžká otrava olovem může u dětí vyvolat vážnou encefalitidu a děti, které se uzdraví, trpí často příznaky hyperaktivity a nepozornosti.
- **Neurochemie** – odborníci se shodují, že porucha pozornosti nějak souvisí s dopaminem a noradrenalinem, jsou to neurotransmitery, chemické látky přenášející při duševní činnosti zprávy mezi mozkovými buňkami.

2.3. Historie poruchy pozornosti

Problémové děti existovaly odjakživa a každé období v historii mělo svůj vlastní způsob, jak si s takovými dětmi poradit.

S jistotou nevíme, kde příběh s poruchou pozornosti začíná, ovšem novodobý popis poruchy pozornosti, v němž se její příznaky vymaňují z oblasti morálky a trestů a stávají se předmětem výzkumu a léčby, se začíná datovat na přelomu století (Hallowell, Ratey, 2007).

Britský lékař Frederic Still v roce 1902 popsal „abnormální psychický stav“ u 20 pozorovaných dětí a zavedl pojem „deficit morální sebekontroly. Kdy na jednu dívku připadali tři kluci a příznačné chování se začalo objevovat před dosažením osmi let. Still nerozuměl, jak k tomu mohlo docházet, když všechny testované děti pocházely ze spořádaných rodin, rodiče se jim věnovali a starali se o ně. Děti, které pocházely z rodin, ve kterých péče nedosahovala odpovídajícím standardům, byly ze studie vyloučeny. Díky zjištěným skutečnostem zvažoval hypotézu, že jejich chování je zapříčiněné nějakými biologickými faktory. Domníval se, že snad existuje dědičná tendence k morálnímu úpadku. Později zjištěné informace, že někteří příbuzní těchto dětí mají duševní poruchy a nemoci, konkrétně že trpí alkoholismem, depresí a problémy s chováním, jeho hypotézu jen potvrdily. Možnost, že patologické chování má příčinu v duševních procesech a je děděno z generace na generaci v podobě jakési neurózy, ho nutila dospět k závěru, že by se měly zvažovat genetické i biologické faktory. Na jeho dobu byl tento názor pokrokový. Důkazy, které jeho hypotézu podporují, spatřily světlo světa až za několik desetiletí. V časopise *Lancet* (jeden z nejúspěšnějších lékařských časopisů) roku 1904 popsal syndrom charakterizovaný nedostatečnou schopností udržet pozornost, neurologickou abnormalitu, neklidností, těkavostí, agresí, porušováním pravidel a ničením (Hallowell, Ratley, 2007, Mundem, Arcelus, 2002).

V časopise „*American Journal of Psychiatry*“ roku 1937 popsal Bradley neočekávaný vliv amfetaminu na hyperaktivitu a na jiné poruchy chování. V šedesátých a sedmdesátých letech 20. století se stanovování diagnózy ADHD a předepisování amfetaminu stalo mezi

pediatry ve Spojených státech velmi oblíbeno. Naproti Evropa zůstávala v diagnostikování i léčbě těchto symptomů spíše vzácností (Mundem, Arcelus 2002).

Lékaři Hallowell a Ratley (2007) ve své knize uvádějí, že Bradley nedokázal svůj objev vysvětlit, což v lékařské vědě nebyl ojedinělý případ. Prostě věděl, že lék funguje a netušil proč. Zanedlouho děti s uvedenými příznaky byly vedeny pod diagnózou lehká mozková dysfunkce. Byly léčeny Ritalinem a Cylertem. Oba léky mají stimulační účinek.

Začaly se objevovat různé názvy, například organicky podmíněné puzení a další známý název hlavně u nás lehká mozková dysfunkce.

Stella Chessová v roce 1960 se snažila oddělit název hyperaktivita od pojetí mozkového pojetí a použila termín syndrom hyperaktivního dítěte. Řada dlouhých studií v 70. letech se zabývala výzkumem hyperaktivity.

Kanaďanka Virginia Douglasová v roce 1972 určila 4 příznaky hyperaktivity tvořící klinický obraz: 1) nedostatek pozornosti a vědomé snahy, 2) impulzivita, 3) neschopnost ovládat míru aktivitu organismu, 4) potřeba okamžitého posílení. Také zdůraznila, že porucha pozornosti (ADD) se může objevovat bez hyperaktivity. Od začátku století se totiž tato problematika vždy spojovala s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). Díky jejímu přínosu byl v roce 1980 syndrom přejmenován do dnešní podoby: porucha pozornosti (ADD), ačkoliv poprvé se porucha pozornosti bez hyperaktivity (ADD) objevila jako konkrétní diagnóza v příručce Diagnostic DSM-IV až v roce 1995. Postižené osoby musely podle předchozích vydání DSM vykazovat hyperaktivní rysy (Pelletier, 2014).

Podle nejnovější páté revize Diagnostického a statistického manuálu (DSM-V) se porucha pozornosti s hyperaktivitou i bez hyperaktivity (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder, ADD/ADHD) řadí pod Neurovývojové poruchy, oproti čtvrté revize Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV), kde bylo ADD/ADHD řazeno pod Poruchy obvyklé diagnostikované v dětství a adolescenci.

DSM-IV i DSM-V rozlišuje tři subtypy Poruchy pozornosti: 1) kombinovaný typ, 2) typ s převahou nepozornosti, 3) typ s převahou hyperaktivity (Raboch et al., 2015).

MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) ADD/ADHD nazývá Hyperkinetickou poruchou (F90), která se řadí pod Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství. Současná klasifikace rozlišuje: 1) Poruchu aktivity a pozornosti (F90.0) se kterou není spojena porucha chování ve smyslu agresivity, delikvence nebo asociální jednání, 2) Hyperkinetickou poruchu chování (F90.1), kde se spolu s poruchou pozornosti vyskytují zmíněné problémy v chování (Raboch, Zvolský et al., 2001).

V současné době se připravuje vydání 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 11), kde Hyperkinetická porucha bude řazena do skupiny Neurovývojových poruch.

Je stále více zřejmé, že u některých lidí přetrvávají příznaky ADD/ADHD od dětství přes období dospívání až do dospělosti. V devadesátých letech 20. století rozpoznání choroby, vyšetření a následná léčba dospělých značně pokulhávala za možnostmi léčby dětí a dospívajících. Dnes velmi prudce roste množství rozpoznaných případů poruchy pozornosti mezi dospělými (Munden, Arcelus, 2002).

2.4. Diagnostika poruchy pozornosti

Diagnostikovat poruchu pozornosti (ADD/ADHD) je úkolem nelehký. U dětí o něco snadnějším, naopak u dospělých velmi složitým. Příznaky často nebývají očividné. Pro řadu dospělých ADD/ADHD totiž představují dílčí část jejich osobnosti, s kterou se naučili žít. Těžko je později v dospělosti rozeznat příznaky prvotní od sekundárních ADD/ADHD. Odborníci Hallowell a Ratey (2007) z řad lékařů, kteří mohou přispět vlastními zkušenostmi (oba trpí ADHD) k tomuto téma uvedli, že primární příznaky jsou prvotní projevy poruchy: potíže s udržením pozornosti, impulzivita, neklid a podobně. Projevy sekundární představují problémy, které se léčí obtížněji. Můžeme mezi nimi najít nízké sebevědomí, strach z lidí, nedůvěra v sebe samé, nevázané vztahy, vztek na minulost, nespokojenost v práci a nudu, deprese, obavy z nutnosti učit se nové věci, narušené vztahy v rodině, manželství, někdy taky zneužívání drog či alkoholu, krádeže, často dokonce násilné chování v důsledku narůstajícího vnitřního neklidu, který se dere ven. Čím déle je ADD/ADHD nerozpoznána, tím větší a vážnější bývají sekundární příznaky. Spoustu dospělých s nediagnostikovanou poruchou pozornosti o sobě smýšlejí značně negativně a obviňují sami sebe. Jedná se většinou o lidi, pro něž jsou typické časté a rychlé pohyby, bývají netrpělivý, výbušní, neklidní. Mívají dobrou intuici a bývají tvořiví, ale prosadit se nedokážou. Partnerské vztahy bývají nenaplněné, protože jedinci s ADD/ADHD nevydrží ve vztahu dlouho.

Mírná forma ADD může zasahovat do různých oblastí v životě dospělých. Například orientace v mezilidských vztazích, vnášení struktury do vlastního života, zpomalení tempa, vymezení času na oblíbené aktivity (Paclt, 2007).

K diagnóze ADD/ADHD u dospělých dojdeme mnoha cestami, často velmi složitými. Neexistuje žádný pomyslný odrazový můstek, tak jako u dětí je většinou škola. V rodině,

zaměstnání zřejmě nikoho nenapadne, že by si proměnlivou pozornost, chaotičnost či nedostatečný výkon mohl spojit s ADD/ADHD. Dospělý si se sebou neví rady a zároveň netuší, na koho se má obrátit. Nejčastěji dospělí začnou zvažovat diagnózu po náhodném přečtení článku či knihy na dané téma, který je zaujme výčtem známých příznaků, někdy je to známý, který na tuto možnost upozorní (Hallowell, Ratey, 2007).

Pocity s nízkou sebeúctou začínají převážně už v dětství. Proto je velkou nutností diagnostikovat co v nejranějším věku, aby ke slovu nepřihlášily druhotné příznaky.

Určit diagnózu je velmi obtížné, tím že je závislá na různých vzájemně souvisejících faktorech, a také na tom, v jaké míře zasahují do každodenního života jedince.

Výše uvedení autoři se shodují, že stanovit správně diagnózu ADD/ADHD určuje více logicky uspořádaných kroků. Jelikož značná část znalostí a vědomostí o Poruše pozornosti nepochází z knih, odborných časopisů, ale především od pacientů (Jenett, 2013, Hallowell, Ratey, 2007).

Diagnóza ADD/ADHD je založena v první řadě na anamnéze a životním příběhu jedince. Ujmout diagnostikování se musí odborník a specialista v oboru (v České republice je to psychiatr, který má konečné slovo k určení diagnózy ADD/ADHD u dospělých). Při určování diagnózy se postupuje klasickou metodou, rozhovorem. Ten představuje nejúčinnější prostředek a je to základní stavební kamen v určování diagnózy. Dále se používají doplňující testy či vyšetření. Diagnostická kritéria, která lékaři odborníci používají, jsou dva hlavní klasifikační systémy: Klasifikační systém Světové zdravotnické organizace (The international Classification of Diseases, 10 edition, neboli ICD-10, u nás známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN-10) a Klasifikační systém Americké psychiatrické asociace (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 edition, neboli DSM-V).

2.4.1. Diagnostická kritéria podle MKN-10

Hyperkinetické poruchy F90 dle MKN 10 představuje „*skupina poruch charakterizovaná raným začátkem, kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol*“ (Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize, 2006, s. 203).

K tomu, abychom mohli stanovit diagnózu podle MKN je třeba alespoň šest z následujících příznaků nepozornosti, které přetrvávají alespoň šest měsíců v takové míře, že má za následek nepříznivost dítěte/dospělého a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:

- často se mu nedaří pozorně se soustředit podrobnosti nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, při práci či jiných aktivitách;
- často neudrží pozornost při plnění úkolů nebo při hraní;
- často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká;
- často nedokáže postupovat podle pokynů nebo dokončit školní práci, domácí práce nebo povinnosti na pracovišti (nikoli proto, že by se stavělo do opozice či nepochopilo zadání);
- často nedokáže zorganizovat si úkoly a činnosti;
- často se vyhýbá úkolům například domácím pracím, které vyžadují soustředěné duševní úsilí;
- často ztrácí věci potřebné pro vykonávání určitých úkolů nebo činností například školní pomůcky, pera, knížky, hračky nebo nástroje;
- často se dá lehce vyrušit vnějšími podněty;
- často je při běžných denních činnostech zapomnětlivý.

Hyperaktivita

Alespoň tři z následujících příznaků hyperaktivity přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že mají za následek nepříznivost dítěte a neodpovídají jeho vývojovému stadiu:

- často bezděčně pohybuje rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli;
- při vyučování nebo v jiných situacích, kdy by mělo zůstat sedět, vstává ze židle;
- často pobíhá nebo popochází v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících dětí nebo dospělých se mohou vyskytovat pouze pocity neklidu);
- často je nadměrně hlučný při hraní nebo má potíže chovat se tiše při odpočinkových činnostech;
- trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu, kterou není schopno zásadně podřizovat společenským podmínkám nebo požadavkům.

Impulzivita

Alespoň jeden z následujících příznaků impulzivity přetrvává po dobu nejméně šesti měsíců v takové míře, že má za následek nepřízpůsobivost dítěte a neodpovídá jeho vývojovému stadiu:

- často vyhrkne odpověď dřív, než byla dokončena otázka;
 - často nevydrží stát v řadě nebo nedokáže počkat, až na ně přijde řada při hře nebo v kolektivu;
 - často přerušuje ostatní nebo se jim plete do hovoru (např. skáče jiným do řeči, ruší je při hře);
 - bez ohledu na společenské zvyklosti a omezení nadměrně mluví
- (Munden, Arcelus, 2002).

2.4.2. Diagnostikování poruchy dle DSM-V

Základním znakem poruchy pozornosti s/bez hyperaktivity (ADD/ADHD) jsou podle DSM-V přetrvávající příznaky nepozornosti a/nebo hyperaktivity a impulzivity, které narušují úroveň psychických funkcí jedince nebo jeho vývoj.

V manuálu jsou uvedeny jak popis diagnostických znaků, tak diagnostická kritéria a další podkapitoly, které pracují s kritérii pro dospělé na rozdíl od MKN-10 (Raboch et al., 2015)

- A.** Přetrvávající nepozornost a/nebo hyperaktivita a impulzivita, které narušují úroveň psychických funkcí nebo vývoj tak, jak jej charakterizováno v bodě (1) nebo (2):

1. Nepozornost:

Šest (nebo více) následujících příznaků musí přetrvávat po dobu delší než šest měsíců a jsou takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince, a mají negativní dopad na sociální nebo školní/pracovní aktivity:

Poznámka: Tyto příznaky nejsou pouhým projevem opozičního chování, vzdoru, hostility nebo důsledkem neschopnosti porozumět úkolům a instrukcím. U starších

adolescentů a dospělých (17 let a starší) je požadována přítomnost nejméně pěti příznaků.

- a. Často nevěnuje plnou pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti při práci ve škole, zaměstnání nebo během jiných aktivit (např. přehlédne detaily nebo si jich nevšimne, práce je nepřesná).
- b. Často nedokáže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hře (např. má problémy udržet pozornost během vyučovací hodiny, konverzace nebo při delším čtení).
- c. Často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká (např. je myšlenkami jinde, dokonce i když nejsou přítomny jasně rušivé podněty).
- d. Často nesleduje instrukce a selhává v dokončení školní úlohy, domácí práce nebo úkolu v práci (např. daný úkol začne, ale rychle ztrácí pozornost a snadno se rozptýlí).
- e. Často má problémy s organizováním úkolů a aktivit (např. obtížně zvládá na sebe navazující úkoly, má problémy udržet si své věci v pořádku, práce je nepořádná, špatně organizovaná, nedokáže si dobře rozvrhnout čas, není schopen dodržet termíny).
- f. Často se vyhýbá úkolům vyžadujícím trvalé duševní úsilí, nemá je rád, nebo se mu nechce je dělat (např. úkoly ve škole nebo domácí úkoly; u starších adolescentů a dospělých, např. příprava referátů, vyplňování formulářů, procházení dlouhých textů).
- g. Často ztrácí věci, které potřebuje pro určité úkoly nebo aktivity (např. školní pomůcky, tužky, knihy, nástroje, peněženky, klíče, dokumenty, brýle, mobilní telefony).
- h. Dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty (u starších adolescentů a dospělých lze zahrnout i přítomnost vzájemně nesouvisejících myšlenek).
- i. Během denních aktivit je často zapomnětlivý (např. zapomíná na své úkoly, pochůzky; starší adolescenti a dospělí zapomínají na telefonáty, placení účtů a dojednané schůzky).

2. Hyperaktivita a impulzivita:

Šest (nebo více) následujících příznaků musí přetrvávat nejméně šest měsíců, příznaky jsou takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince, a mají přímý negativní dopad na sociální nebo školní/pracovní aktivity:

Poznámka: Tyto příznaky nejsou pouhým projevem opozičního chování, vzdoru, hostility nebo důsledkem neschopnosti porozumět úkolům a instrukcím. U starších adolescentů a dospělých (17 let a starší) je požadována přítomnost nejméně pěti příznaků.

- a. Často neklidně pohybuje nebo poklepává rukama či nohama nebo se vrtí na židli.
- b. Často odchází z místa v situacích, kdy se očekává, že by měl sedět (např. opouští své místo ve třídě, odchází z kanceláře nebo jiného pracovního místa, případně opouští místo v situacích, kdy se předpokládá, že by tam měl zůstat).
- c. Často pobíhá nebo není schopen klidně sedět v situacích, kdy to není vhodné (pozn. u adolescentů nebo dospělých může být přítomen jen pocit neklidu).
- d. Často si nedokáže klidně hrát nebo se pokojně zapojit do volnočasových aktivit.
- e. Je stále „v pohybu“, jako by byl „poháněn motorem“ (např. nedokáže být v klidu nebo se necítí dobře, když má delší dobu vydržet v klidu, například v restauracích, na poradách; může být vnímán ostatními jako neklidný, nebo je těžké s ním držet krok).
- f. Často nadměrně mluví.
- g. Často vyhrkne odpověď na otázku dřív, než byla otázka dokončena (např. dokončuje věty ostatním; není schopen počkat, až na něj přijde v konverzaci řada).
- h. Často není schopen počkat, než přijde na řadu (např. při čekání ve frontě).
- i. Často přerušuje nebo vyrušuje ostatní (např. skáče do řeči, plete se jiným do hry nebo aktivit; může si půjčovat věci ostatních, aniž by je požádal o dovolení nebo dovolení dostal; starší adolescenti a dospělí mohou zasahovat jiným do činnosti nebo převzít to, co jiní dělají).

- B.** Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity bylo přítomno před 12. rokem věku.
- C.** Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity a impulzivity je přítomno ve dvou nebo více prostředích (např. doma, ve škole nebo práci; v kontaktu s přáteli nebo příbuznými; při jiných činnostech).

- D. Jsou přítomny jasné důkazy, že tyto příznaky ovlivňují nebo snižují úroveň života v sociální, školní nebo pracovní oblasti.
- E. Tyto příznaky se nevyskytují výhradně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a jejich přítomnost nemůže lépe vysvětlit jiná duševní nemoc (např. afektivní porucha, úzkostná porucha, disociativní porucha, porucha osobnosti, intoxikace látkou nebo její vysazení), (Raboch et al., 2015).

3. DOSPĚLOST

„Dospělí se rozhodují, mají své názory, rozvíjejí své hodnoty nepodřízené souhlasu či nesouhlasu rodičů nebo rodičovských postav a vystavují se zákonitým následkům svých činů. Spolu s dospělostí přichází obrovská svoboda a zodpovědnost, ale hlavním tématem tu je: dospělí nepotřebují „dovolení“ od jiného člověka, aby mohli myslet, cítit a jednat. Zároveň jsou dospělí zodpovědní za následky toho, co si myslí, cítí a dělají. Cesta k dospělosti je proces, během kterého má člověk získat autoritu nad svým životem. Ví, čemu věří, samostatně uvažuje, dělá rozhodnutí, jeho přežití nezávisí na uznání druhých a má jednu nebo více oblastí, kterým skutečně rozumí. Když je člověk v jeho blízkosti, získává pocit, že má autoritu. Stal se dospělým“ (Cloud, 1992, s. 198).

O dospělosti můžeme říci snad jenom to, že je to název pro jisté životní stádium. Kdy a jak (a jestli vůbec) u člověka začíná, už tak jasno není. Počátek dospělosti není ničím konkrétním vymezen, v naší kultuře nemáme žádný úvodní rituál (Vágnerová, 2007). Různá hlediska dospělosti nám ve své knize přibližuje Beneš (2008) takto:

- biologický je dospělý někdo, kdo dosáhl fyzické zralosti,
- z právního hlediska znamená dospělost získání práv a povinnosti (plnoletost, aktivní a pasivní volební právo, právní zodpovědnost, možnost uzavření sňatku nebo řízení auta, atd.),
- sociologie definuje dospělého jako člověka, který převzal nové sociální role, přičemž založení rodiny a nástup do pracovního života se považují za dominantní,
- psychologie vyzdvihuje stabilizaci forem chování, myšlení a prožívání,

- pedagogika vidí dospělého jako vychovatele následující generace (a částečně jako svůj produkt),
- z pohledu antropologie a ontogeneze je důležité si uvědomit, že člověk se narodí závislý na péči. Tato péče nemůže spočívat jenom v zajištění biologického přežití, ale i v podpoře učení za účelem zvládnutí podmínek svého života. Čím je člověk mladší, tím jsou procesy jeho učení závislejší na jeho fyzickém růstu, člověk není tedy schopen se v určitém stádiu svého zrání učit libovolné věci, ale musí je zvládat podle svých vývojových možností. Učení a zrání se navzájem podmiňují a spojuje je aktivita, činnost dítěte samého. Na dospělém je sladit tyto procesy tak, aby dítě nebylo přetíženo, aby se ale důsledně rozvíjely všechny potenciály. Dospělý člověk se učí více než dorůstající nejen podle vývojových fází a nároků na něj kladených, ale i podle svých potřeb a nároků.

V dospělosti přechází schopnost být vychováván a vzdělavatelnost ve značné míře v sebevýchovu a v sebevzdělávání (sebeučení). Zpravidla v této době vzniká výchovná povinnost vůči dětem (Beneš, 2008).

3.1. Osobnost dospělého s poruchou pozornosti

Základ osobnosti se tvoří pravděpodobně už v předškolním věku (do šesti let). K. D. Ušinskij vyjádřil názor, že to, co uložíme do povahy dítěte do pěti let, tam zůstane natrvalo a stane se jeho přirozeností. Naopak hloubku nemá to, co si člověk osvojuje později (Kohoutek, 2001).

U dospělého člověka by měla být samozřejmostí sebedůvěra a objektivní sebeobraz. Komplexy méněcennosti či nepodložený dojem vlastní nadřazenosti by se prakticky neměl u něj vyskytovat. Dospělí je ve svém jednání objektivní a bezprostřední. Vztahy se svými vrstevníky by měli být symetrické. Dospělý jedinec má stabilní dlouhodobé vztahy se svými přáteli, známými a spoluobčany (Vágnerová, 2007). Dále autorka uvádí, že dospělý jedinec má být citově vyzrálý, dokáže se ovládat a být zodpovědný za své jednání, pomalu mizí mladická nerozvážnost. Věnuje se svým zálibám a rozvíjí své osobní zájmy. Dokáže vyhodnotit danou situaci i východisko z ní, je emocionálně stabilnější a začíná pociťovat své postavení ve společnosti, plní určitou sociální roli. Sám rozhoduje, organizuje a řídí své

aktivity. Dokáže se definitivně odpoutat od své rodiny a ví, kde v případě potřeby vyhledat pomoc. Spolupracovat je jednou z podstatných charakteristik dospělosti.

Pro lidi osobnostně nedozrálé (nedospělé), je pokušením podlehnout momentálním tužbám, potřebám a přáním a nemají dostatek síly a sebevlády k tomu, aby se soustředili na dosažení dlouhodobých cílů. Tato charakteristika je typická pro děti a mládež v pubertě a adolescenci. Vyskytuje-li se u věkem dospělých lidí, svědčí to o jejich osobnostní nedospělosti (Křivohlavý, 2000).

Osobnost dospělého člověka s poruchou pozornosti nám dobře popsali autoři Hallowell a Ratey (2007) na příkladu teploměru, který obsahuje rtuť. Pokud se vám někdy rozbil teploměr, jistě znáte, co se se rtutí stane. Porucha pozornosti je v tomto případě rtuť. Přetéká sem a tam, tu se spojí, tu rozpojí. Chceme-li, aby nám rtuť držela pohromadě, musíme jí dát tvar a strukturu. Totéž platí pro mysl zasaženou poruchou pozornosti. Je nutno jí zabránit, aby se myšlenky rozbíhaly na všechny strany, zásadním slovem je struktura. Pokud nemá strukturu, kuličky rtuti se nám rozkutálí po podlaze do všech různých koutů.

3.2. Rodinný a partnerský život dospělého s poruchou pozornosti

Rodinné prostředí je prvním a stěžejním životním prostředím člověka, níže Kohoutek (2001) rozvádí téma rodiny a života v ní takto:

Z hlediska sociálně psychologického a sociologického je rodina malou a neformální skupinou, která je nejdůležitějším mediátorem kulturního vlivu. V současné době bývá často menší a demokratičtější než tomu bývalo v minulosti. Je zpravidla první referenční skupinou, k níž má jedinec kladný vztah. Při socializaci osobnosti dítěte má rodina významnou úlohu jako jedna ze základních, primárních, malých sociálních skupin. Rodina podle Kohoutka (2001) plní tyto funkce:

- v rodině dochází k biologické obnově obyvatelstva, rodina zajišťuje výživu, oblečení, bydlení a péči o děti, funguje jako usměrňovatel emocionální bilance svých členů, zajišťuje uspokojení potřeb manželů, pečuje o nemocné a staré příbuzné
- rodina předává kulturní dědictví
- rodina působí na své členy podle potřeby restriktivně (omezuje určité tendence), direktivně (usměrňuje své členy určitými pokyny), protektivně (chrání zájmy a normy

rodiny) a predikativně (díky normám rodiny můžeme do jisté míry předvídat, jak se člověk v určité situaci zachová).

Kdy se rodina vydaří? Jeden z uznávaných psychologů odpověděl takto: „*Rodina se vydaří, když má pro co hodnotného žít, když její členové znají a umí zvládat těžké životní situace, když se všichni mají rádi, když všichni drží pohromadě*“ (Křivohlavý, 2014, s. 89).

Křivohlavý (2000) pokračuje o tématu takto, že na rodinu je možno se dívat z užšího či širšího hlediska. Je možno za ni považovat nejužší rodinu, do níž patří jen rodiče a děti (dítě). Na rodinu je možno se však také dívat jako na poměrně rozvětvený rodinný „strom“. Rodiče s dětmi, prarodiče, strýčkové i tety či sestřenice a bratřenci, ti všichni patří do širšího rodinného společenství.

Rodinu je možno vidět statický nebo dynamický. Pohled statický na rodinu vypadá jak fotografie rodiny. Jsou na ni všichni, kdo do rodiny v dané chvíli patří. Taková fotografie zachycuje však rodinu jen k danému časovému datu. Po určité době se na tuto fotografii díváme a říkáme si: „Jaké to tehdy bylo“, v důsledku času se toho mnoho změnilo. I co do stárání členů rodiny i co do složení rodiny. Pohled dynamický na rodinu respektuje časový rozměr – průběh života rodiny. Filmovým pásmem se dá lépe vysvětlit nežli fotografií. Tento film pak zachycuje rodinu od jejího založení po dobu, kdy jeden z manželů či partnerů odchází na věčnost. Toto údobí života rodiny je Křivohlavým (2000) členěno na několik úseků, fází či období.

Fáze života rodiny:

1. Novomanželé. Jde o dobu od uzavření sňatku po narození prvního dítěte.
2. Rodina s předškolními dětmi. Jde o dobu narození prvního dítěte do jeho vstupu do základní školy.
3. Rodina se školními dětmi. Jde o dobu od vstupu nejstaršího dítěte do základní školy po jeho opuštění základní školy.
4. Rodina s dospívajícími dětmi. Jde o dobu vstupu nejstaršího dítěte do učení či na střední školu do chvíle, kdy učení či střední školu toto dítě ukončí.
5. „Prázdné hnízdo“. Děti odcházejí z domova. Jde o dobu od vstupu dítěte do zaměstnání či jeho odchodu z domova na vysokou školu atp. do chvíle, kdy se tento syn žení či dcera vdává.

6. Rodina dědečků a babiček. Jde o předposlední dobu života „celé rodiny“, kdy do ní přichází další generace – vnoučata.
7. Poslední fáze života rodiny – ukončení života rodiny. Jde o „rodinu“, ve které již zemřel jeden ze zakladatelů, tj. kde zbývá sám již jeden jediný z původních manželů – dědeček nebo babička.

Nedochází-li mezi mužem a ženou k totální jednotě tj. k takovému splynutí či k „harmonii“ nejen duší, ale těl, duší i ducha, pak je takovéto manželství označováno za „nesplněné“. V praxi dnes můžeme vidět, jak to z tohoto hlediska vypadá, např. podle toho, zda a jak spolu komunikují, zda a jak hospodaří společně či odděleně se svými penězi, zda a jak spolu tráví volný čas, zda se spolu sdílí nejen ve svých radostech, ale i starostech atp. (Křivohlavý, 2000).

V partnerských vztazích, kdy jeden z partnerů, případně oba trpí poruchou pozornosti, se může situace změnit během chvilky. Někdy připomíná bitevní bole. Porucha pozornosti je častou příčinou hádek v manželství, aniž by někoho napadlo, že za nesváry může stát neurologická porucha. Často mohou za problémy a následný rozpad manželství stát právě příznaky a projevy poruchy pozornosti. Autoři Hallowel a Ratley (2007) radí, aby se partneři snažili za každou cenu zabránit vzniku velké bitvy. V rodinách, v nichž se vyskytuje porucha pozornosti a nebyla diagnostikována či diagnostikována byla, ale léčba nebyla úspěšná, vypuká velký boj a rozděluje rodinu na více táborů. Většinou jedinec s ADHD/ADD bojuje proti svému partnerovi. Tento boj dokáže zničit celou rodinu, především jde o každodenní souboj vůli. Řešení není snadné, snažit se nenechat vtáhnout do konfliktů a hádek. Porucha pozornosti doslova rodinu vysává. Člověk většinou neví proč, a najednou jsou na sebe všichni naštvaní, často se někdo s někým hádá. Porucha pozornosti dokáže rodinu zcela zničit a to bez rozdílu na věk osoby, která poruchou trpí, ale nevzdávejte se naděje. Ta je totiž východiskem a těžištěm celé léčby poruchy pozornosti a Matějček (2007, 2011) ještě doplňuje, že porozumění, láska, soucítění, odpuštění, vděčnost a další podivuhodné jevy tohoto světa, pro které nemáme ani odborné pojmenování, ale na kterých můžeme znovu vybudovat, to co bylo zbořeno. Jen je třeba vytvořit ovzduší spolupráce v celém rodinném prostředí.

3.3. Vzdělání a profesní život dospělého s poruchou pozornosti

Šerák (2009) uvádí, že vlivem rozvíjejícího se průmyslu došlo k oddělení domova pracovníka od jeho pracoviště, čímž se zvětšila hranice mezi pracovním a ostatním časem, zatímco u zemědělců bývá místo pracoviště shodné s místem, kde bydlí. S výší vzdělání stoupá i současně průměrný počet denně odpracovaných hodin a vysoká pracovní angažovanost. Právě vzdělání má vliv na prožívání činností ve volném čase. Pro některé osoby má největší hodnotu jejich práce a volný čas vnímají jako něco nedůležitého, co v jejich životě nemá místo. Jiní jsou však orientováni méně na práci, v které spatřují pouhou životní nutnost, a jejich zájem je naměřen do soukromí. S rozvojem naší společnosti přibývají celé skupiny obyvatel, které již neumí odpočívat. Lidský organismus není vybaven na dlouhodobou zátěž a bez spočinutí či vhodného přesměrování může nastat kolapsový stav.

V oblasti profesní role směřuje dospělá osoba ke zlepšení vlastní profesní pozice – u mužů jde o míry úspěšnosti; u žen o znovuzískání profesní role – v obou případech je problém harmonizace rolí a přehodnocení postoje k rodině i k zaměstnání

- zvládnutí profesní role funguje jako potvrzení vlastních kompetencí i statusu dospělosti – profese je důležitou složkou identity muže i ženy
- je potenciálně schopen získat jakoukoliv, i tu nejvyšší společenskou pozici – lidé středního věku řídí celou skutečnost
- profese by měla především uspokojovat potřebu seberealizace, potvrzovat kvality kompetencí
- koncentrace na úspěch a moc se postupně mění v preferenci pohody a jistoty
- mění se pojetí generativity – směřuje k trvalejším hodnotám
- tendence k předávání zkušeností
- je hodnocena tak, aby odpovídala celkovému pojetí života
- akcentovaný postoj k práci – workholik; vyzrálý postoj – nadhled; vyhoření – ztráta důvěry ve své schopnosti a smysluplnosti své práce
- profese, která závisí převážně na fyzické činnosti je kolem střední dospělosti postupně v úpadku, ta intelektuální je na vrcholu
- profesní role ovlivňuje celkový postoj k řešení problémů i sebehodnocení – potřeba stimulace a učení – starší zaměstnanci o nové podněty příliš nestojí; potřeba zázemí, jistoty, bezpečí – větší loajalita k pracovišti; potřeba seberealizace – posílení sebeúcty; potřeba otevřené budoucnosti
- v postoji v profesní roli hraje důležitou roli kohoutová, generační zkušenost – alternativa jedné profese

pro stárnoucího člověka je představa jakékoli změny ohrožující

- mění se zaměření i pojetí generativity – uvědomuje si pomíjivost úspěchů, záleží mu už více na skutečných hodnotách – projevuje se v profesi předáváním zkušeností, jako rodiče spočívá ve výchově další generace
- obě alternativy mají své završení – člověk splnil svůj vývojový úkol, tím končí určitá vývojová fáze (Vágnerová, 2007).

Lidem s poruchou pozornosti je často vytýkaná nespolehlivost a nedochvilnost, což je někdy velmi těžké skloubit s pracovní morálkou. Bývají také velmi často popisováni jako dětinské, nezralé osobnosti (Hallowell, Ratey, 2007). Lidé, totiž nevědí, co si mají o druhém myslet, tak sáhnou k označení jedince s poruchou pozornosti za nezralého člověka, který nenaplňuje standardy dospělosti, navíc zanechává dojem spěchu a roztržitosti. Díky dobře zvolené medikaci a terapiím, se postupem času tyto jevy mohou minimalizovat.

4. FORMY LÉČBY

U většiny onemocnění a poruch bývá diagnóza východiskem k léčbě. U poruchy pozornosti, už samotné stanovení diagnózy má nepředstavitelný terapeutický účinek. Situaci může být přirovnána ke krátkozrakosti. Pokud jedinec neví, že trpí krátkozrakostí a žije roky s tím, že na dálku nevidí, může dospět k spoustě mylným přesvědčením. Může si myslet, že má problémy s učením kvůli nízké inteligenci nebo malé snaze. Když však zjistí, že je krátkozraký, která nemá nic společného s inteligencí či snahou, pochopí, že je vše jinak, než předpokládal. U poruchy pozornosti je to taktéž. Diagnóza osvobozuje z vnitřního vězení. Roky nepochopení mizí za obzorem, nahrazuje je logické vysvětlení příčin. Jedinec s poruchou pozornosti prožívá nekonečnou úlevu, protože konečně ví, že není blázen. Někteří autoři uvádějí, že se jedná o nemoc, která je nevyléčitelná, ale léčitelná. V některých případech se problém zmírňuje dospíváním. Podle studií syndrom ADHD/ADD ve 40 – 50% přetrvává do dospělosti. Většina osob s poruchou pozornosti, a to jak dětí, tak dospělí prožívají mnoho duševních bolestí. Potýkají se s ponižováním, studem, sebezavrhováním. Často se stává, že ztrácí důvěru v sebe samého (Hallowell, Ratey, 2007, Paclt, 2010). Další léčba vychází z pochopení diagnózy a souvisejících faktů, autoři uvádějí například tyto: informovanost, struktura, psychoterapie a vedení, medikace. O prvních dvou – informovanosti a struktuře si něco málo řekneme hned. Medikaci budeme věnovat podkapitolu. Psychoterapie je v léčbě poruchy pozornosti alfa i omega, tak jsme se ji rozhodli o něco více rozvést v další podkapitole.

Když se stanoví diagnóza, jedinec trpící poruchou pozornosti by měl začít zjišťovat co nejvíce informací o poruše pozornosti. Součástí úspěšné léčby je i změna pohledu na sebe samého. Právě proto je důležité, informace o poruše pozornosti zjistit co nejdříve. Léčba ADHD/ADD by měla představovat co nejaktivnější proces a to nejen získávání informací, ale i práce na sobě samém (Pelletier, 2014)

Stanovení diagnózy i získávání informací je už samotným začátkem léčby, přináší osobě s poruchou pozornosti spoustu změn, a to jak duševních, tak v životě jako takovém.

Z tohoto důvodu je při léčbě ADHD/ADD struktura a systematičnost velmi důležitá, někteří autoři (

Hallowell, Ratey, 2007) uvádějí, že dokonce naprosto zásadní pro celý proces léčby a ve svých úvahách jdou ještě dál. Domnívají se totiž, ač nám může struktura připadat stereotypně, pro jedince s poruchou pozornosti je nezbytná. Díky systematičnosti a dodržování plánů se nadání konečně může projevit v plné síle. Naopak bez struktury se zmítá ve zmatku, nemůže si najít cestu ven. Pokud totiž chceme, aby se tvořivost projevila naplno, musíme jí nabídnout a připravit strukturu. Struktura a systematičnost od nás nevyžaduje žádné složité úkoly, jde především o psaní upomínek, seznamu, přehledného systému ukládání věcí na konkrétní a vždy stejné místo. Velmi osvědčené jsou nástěnky, bločky, budíky, krabičky atd. Lidé s ADHD/ADD si potřebují vybudovat viditelné opěrné body, protože mu ty vnitřní scházejí. Drtivá většina osob s poruchou pozornosti se nemůže spolehnout na to, že si potřebné věci zapamatuje, bude chodit včas, udělá, co má. Proto je velice důležité, aby tito lidé investovali čas do vytvoření systému, který se stane základem a základnou pro jejich každodenní aktivity. V momentě, že si jedinec s poruchou pozornosti vytvoří svůj opěrný systém, uleví se mu, nabídne mu více klidu a jistoty, odlehčí jeho starostem a konečně přijde prostor pro další budování, tentokrát sebedůvěry. Systém plánování lze zavést velmi jednoduše. Sestaví si seznam každodenních aktivit, které se pravidelně opakují ve stejný čas, a z nich udělají tzv. „trvalé příkazy“. Například si poznamenají, že cvičit budou chodit v pondělí a čtvrtek ráno v sedm, každé úterý a pátek v šest večer budou chodit na lekci cizího jazyku. Díky tomuto systému jejich pravidelné činnosti v jejich životě zakoření mnohem rychleji, než by předpokládali. Už nebudou muset každý týden řešit, kdy si udělají čas na cvičení, protože mají na něj předem vyhrazený čas. Brzy přijdou na to, že systematické plánování jim ulehčí život. Uvědomí si, kolik vnitřní energie jim předtím zabíralo hlídání času. Někteří lidé s ADHD/ADD celý svůj život zápasí s plánováním a časem, neustále usilují o řád a systém. V jejich životě se bez řádu a struktury neustále točí v začarovaném kruhu, z kterého neznají cestu ven. Potřebují mít ve všem svůj řád, ale ve skutečnosti se právě řádu vyhýbají. Jako příklad autoři uvádějí několik případů ze své psychiatrické praxe: *„Jeden muž v důsledku trvalého odsouvání záležitostí osm let neplatil daně. Nešlo o to, že by je platit nechtěl nebo že by na ně neměl peníze, ale nedokázal čelit požadavkům strukturované práce s účty a formuláři. S jednou ženou s ADD se manžel málem rozvedl, protože se ji roky nedařilo udělat doma pořádek ve věcech a celý dům vypadal jako skladiště všeho možného. Pořádek a struktury pro ni byli pořádní strašáci. Další muž ročně přicházel o desítky tisíc*

dolarů, protože se nedokázal přimět k tomu, aby si schovával paragony a účtenky, tudíž si nemohl vést záznamy o výdajích a prostřednictvím výpisů z účtů měl evidované pouze příjmy. Organizování, pořádek a systematickosti bývají pro lidi s poruchou pozornosti děsivými požadavky“ (Hallowell, Ratey, 2007, s. 222).

4.1. Medikace

Léky podávané při léčbě ADHA/ADD výrazně zvyšují kvalitu života pacientů, ale nejsou všemocné a spásu nepřinášejí. Léky pouze zmírňují příznaky poruchy pozornosti, ale samy o sobě ADHD/ADD nevyлéčí. Navíc nepůsobí na každého, jsou lidé, na které léky nemají žádný účinek. Nejprve je důležité provést diagnózu a až po důkladném zvážení a po domluvě s pacientem nasadit léky. Někteří pacienti nejsou ztotožnění s léky a užívání se brání, i toto je třeba brát v potaz a na pacienta netlačit a definitivní rozhodnutí nechat pouze na něm. Někteří pacienti se brání medikaci, protože se domnívají, že by problém měli zvládnout sami, nikoli s berličkou v podobě léků. Pacient užívající léky by měl chodit na pravidelné kontroly zdravotního stavu.

Účinek psychofarmak spočívá v ovlivnění různých částí synaptického aparátu a hladiny neurotransmiterů (Pacit, 2007). Podrobný a přehledný návod na postup při výběru léků a jejich dávkování poskytuje ve své publikaci Adler (2006). Můžeme se z ní dozvědět, že dle jeho zkušenosti jsou nejčastěji používané dvě skupiny léčiv – stimulanty, zejména přípravek Ritalin a Concerta (metylfenidáty) a Adderall (amfetaminy). Druhou skupinou léčiv jsou nestimulujícími léky jako u nás hodně lékaři předepisována Strattera (atomoxetinum). Rozdíl mezi oběma skupinami podle autora, je v průběhu působení. Při potlačování symptomů poruchy pozornosti mají obě skupiny léků stejně dobrou účinnost. Tyto léky navíc zlepšují sociální interakci a zvýší citlivost v oblasti smyslového vnímání (Elliot, Place, 2002). Oba autoři uvádějí, že právě stimulanty jsou v léčbě poruchy pozornosti velmi účinné, ale zároveň mezi vedlejší účinky uvádějí možnost závislosti, což se pro jejich indikace nedoporučuje pacientům s historií závislostního chování. Bohužel mezi dospělými s poruchou pozornosti docela častý jev.

Opačný jev má právě atomoxetin, který je na trhu s léky poměrně nováčkem. Vedlejší účinky, které mají stimulanty, atomoxetin nevykazuje. Není návykový, tedy vhodný právě pro pacienty, kteří měli v minulosti problém se závislostním chováním (Adler, 2006). Podle osobních zkušeností respondentů, kteří lék Strattera (atomoxetinum) užívají, lék dobře

snášejí a nepozorují na sobě žádné vedlejší účinky. Jeden z respondentů, který užívá současně Stratteru a Prestarium Neo (lék k léčbě hypertenze-vysoký tlak) však uvádí, že pokud si léky zapomene ve stanovenou dobu vzít, do dvou hodin pocítuje fyzický neklid a celkové oslabení organismu, což se nedělo předtím, než začal Stratteru užívat ve stejné situaci, pokud opomněl vzít lék na hypertenzi.

4.2. Psychoterapie

Nejúspěšnější bývá psychoterapie u dospělých s ADHD/ADD pokud se podaří navodit důvěrný vztah s terapeutem, který pracuje s poruchou pozornosti, umí jí nejen diagnostikovat, ale i léčit. V nejlepším případě by to měl být specialista na ADHD/ADD. Při léčbě by se měl každý terapeut v první řadě zabývat samotným člověkem, ne diagnózou. Opačný případ není přípustný. Nejdříve je člověk, pak až diagnóza. Pacient potřebuje pocítit, že terapeut mu nejen rozumí, ale ho i chápe. Hallowell, Ratey (2007) uvádějí, že terapeut musí být vždy otevřený, dosahuje porozumění jen aktivním nasloucháním, vstřícností a také sebekázní. Hnací silou společné práce, ve všech fázích léčby vnáší do kontaktu nové podněty, je to, co o vás terapeut neví, nikoli co ví. Terapeut při terapii dospělých s poruchou pozornosti sám strukturuje sezení, musí být aktivní. Pokud by postupoval metodami psychoanalýzy a vedl by pacienta k tomu, aby mu říkal, vše co se mu „honí“ hlavou, pacient by byl ztracený. Má totiž v hlavě tolik neuspořádaných myšlenek, že by nevěděl, kde má začít. Došlo by zcela určitě k zahlcení myšlenkami, z kterých by však neplynul žádný podnětný materiál k další práci. Z terapie by se stal pacientův monolog, který by nikam nevedl a nakonec by z míry vyvedl pacienta i terapeuta. Hlavním úkolem terapeuta je vytvořit pacientovi strukturu a směr. Osoby s ADHD/ADD často odbočují od tématu. Jakmile se začne rozhovor ubírat jiným směrem, terapeut by měl citlivě vrátit řeč k původní linii. Tento způsob jedná přímo v protikladu psychoterapeutické práce cílené na získání vhledu. Při ní terapeut právě potřebuje, aby pacient právě směřoval do různých uliček ve své mysli a popustil uzdu nevědomí a po částech odhaloval, co mu naznačuje, což v případě pacienta s poruchou pozornosti není vhodný postup, jelikož je málo strukturovaný a osoba s ADHD/ADD by nevěděla, kudy kam. Takovýto člověk potřebuje terapeuta, který by ho prováděl jeho myšlenkami, pomáhal by mu ujasňovat si priority a především soustředit pozornost na to, co je důležité a podstatné.

Jedna z nejvíce využívaných terapií u ADHD/ADD je kognitivně behaviorální terapie (KBT), která je cílená nejen na dospělé jedince s poruchou pozornosti, ale i na jejich partnery.

4.2.1. Kognitivně - behaviorální terapie

Jako nejosvědčenější a nejvhodnější se psychoterapii ADHD/ADD používá kognitivně behaviorální přístup. Tento přístup se objevil zhruba v 80. letech minulého století a vznikl úspěšným sloučením dvou původních psychologických terapeutických směrů, a to z terapie behaviorální a terapie kognitivní. Z každé jmenované si převzal některé z jejích klíčových myšlenek (Praško, 2007).

Behaviorální pohled se v psychoterapii odvíjí od myšlenek psychologického směru behaviorismu a čerpá ze základů teorie učení podmiňováním, tak jak ji nastavil I. P. Pavlov a jeho následovatelé (např. Skinner). Behaviorismus se prosadil v 50. letech 20. století zejména ve Velké Británii a USA. Tento směr staví na předpokladu, že některé projevy chování jsou poruchové a klient je chce odstranit nebo je změnit za vhodnější, méně problémové. Pátrá se po antecedentech - tj. příčinách takového jednání, chování či myšlení a stimulech, které k němu jednak vedou, ale navíc ho ještě podporují a upevňují. S těmito identifikovanými faktory pak pracuje terapeut, který se je snaží odstranit a potlačit tím nežádoucí chování klienta. Současně s tímto procesem probíhají i posilování návyků nových, které se jeví jako užitečnější (Praško, 2007).

Mladší z dvojice – terapie kognitivní má své počátky v 60. letech minulého století, kdy se rozvíjela v USA. Vychází z toho, že problém člověka spočívá v poruchovém myšlení. Pro úspěšnou „léčbu“ je třeba lidské myšlení nejprve analyzovat a potom ho nějakým způsobem změnit. Jeho hlavní idea je ta, že organismus člověka „reaguje na mentální reprezentaci okolí“. Lze to vysvětlit tak, že člověka neznepokojují věci samotné, ale znepokojení vychází ze způsobu, jak o nich smýšlí. Úkolem terapeuta a cílem kognitivní terapie je přesvědčení klienta o tom, že jeho názory a postoje jsou defektní a pokud mají být odstraněny, musí dojít k přehodnocení pohledu („ibid“).

Vzhledem k tomu, že tyto dva výše popsané směry se sloučily, došlo k syntéze i jejich dvou základních předpokladů. Kognitivně behaviorální terapie vidí příčinu potíží v chybných způsobech myšlení či chování, a protože obojí je naučené a ne vrozené, je tak možné tuto

nepříznivou situaci změnit určitým přeučením. Terapeut vede klienta procesem, ve kterém se klient má naučit novým strategiím a to nejen chování, jednání, ale i myšlení. V průběhu času se ukázalo, že zmíněný „kombinovaný“ psychoterapeutický přístup je daleko efektivnější, než každý samostatně fungující směr, ze kterého KBT vychází, a proto ji lze indikovat u celé řady psychických poruch, depresí, úzkostných poruch, posttraumatického stresového syndromu, při poruchách spánku apod. („ibid“).

Praško (2007) specifikuje základní rysy kognitivně behaviorální terapie v těchto následujících vlastnostech:

- Terapie je poměrně krátkodobá, celková doba terapie trvá zpravidla několik měsíců a ne více než rok. Počet sezení se pohybuje od jednoho do přibližně dvaceti, v průměrné frekvenci je jedno až dvě sezení za měsíc. Jedno sezení trvá obvykle mezi 45 – 90 minutami.
- Terapie má jasnou strukturu a přesně definovaný cíl.
- Terapie je specificky a individuálně postavená, jelikož jejím účelem je odstranění velmi konkrétního, ohraničeného prvku chování, který je pro daného pacienta příznačný.
- Terapie se přímo nezabývá faktory z minulosti, které již nemůže změnit a ovlivnit, soustředí se pouze na aktuální problém.
- Terapie předpokládá vztah spolupráce, který během terapeutického procesu vzniká mezi klientem a terapeutem. Tento vztah spočívá například v tom, že pacient má přístup k informacím, terapeut ho seznámí s plánovaným postupem a časovým rozvrhem, vysvětlí mu smysl celé terapie včetně zasvěcení do použité terapeutické metody. Od klienta se očekává participace na řešení problému, která spočívá v aktivním přístupu, plnění zadaných úkolů a samotné snaze o pokrok. Terapeut by se měl zásadně snažit nepoužívat pojmy, kterým klient nerozumí. V žádném případě však nelze hovořit o manipulaci.
- Zvolená metoda slouží jako prostředek terapie, kdy cílem je nastolení určitých (pozitivních) změn v životě.
- Kognitivně behaviorální terapie má bezesporu edukativní povahu, kdy konečným výsledkem (cílem) má být samostatnost klienta.

Obecně pro kognitivně behaviorální terapii platí, že má různé organizační formy:

- může probíhat ambulantně nebo i během hospitalizace,
- může být individuální, skupinová, párová nebo rodinná.

V současnosti má uvedená psychoterapie u pacientů s ADHD/ADD nejširší a takřka výhradní využití. Je obecně nevíce doporučována, a to i přesto, že příznaky ADHD mají prokazatelně především biologický základ. Kognitivně behaviorální terapie sice nemůže zcela odstranit problémy spojené s nepozorností, impulzivitou či hyperaktivitou, ale je schopna (a je to jejím hlavním a dosažitelným cílem) naučit klienta novým strategiím. Takovým, které pro něj budou funkční, pomohou mu redukovat nežádoucí projevy a současně se mu budou vyplácet. Podstatou dosažení kýženého cíle je správná a přesná definice nežádoucích a nechtěných prvků, u kterých je reálná možná změna (Theiner, in Drtíková, 2007).

Navzdory všem argumentům, které jsou „pro“ využívání této psychoterapie, platí, že kognitivně behaviorální terapie není úplně pro každého. Nicméně právě u dospělých klientů je to jedna z mála možností řešení problému, byť případné přidružené poruchy či specifické osobnostní rysy, nebo i životní zkušenosti, mohou úspěšnost terapie značně komplikovat. Individuální přístup k léčbě každého jedince je tedy bezespornou nezbytností (Adler, 2006). Kognitivně - behaviorální terapie má především mnoho variant. Jejím základním benefitem a těžištěm je u klientů s ADHD/ADD je tom, že nabízí naučení schopnosti plánovat a organizovat, respektive mít svou kontrolu nad svým životem. Psychoterapeut se již v rámci prvních sezení snaží vysvětlit klientovi, že problémy, které má, nejsou ničím ojedinělým, že s podobnými obtížemi se svým způsobem potýká každý člověk, a že i jeho potíže mají svá konkrétní řešení. Důležitým krokem je nalezení optimismu a víry v možnou změnu. Terapeut má pro klienta k dispozici rady a vybrané techniky, které si má pacient postupně osvojit. Zpravidla nejsou vůbec složité, jedná se drobné úkoly – například pravidelné odkládání klíčů na stejné místo. Efekt dopadu takového počínání má však dalekosáhlé důsledky, odpadnou ranní stresy před odchodem z domu, pozdní příchodu do zaměstnání, odpadne frustrace a špatný začátek nového pracovního dne, zhoršená výkonnost, návaly zlosti a špatné nálady, která se pak často promítají do celého dne. Užitečným pomocníkem jsou v těchto situacích různé elektronické přístroje, které mají funkci upomínek. Ke zvládání každodenní zátěže, je jedním z klíčových bodů terapeutického programu, naučení pacienta dělit si velké úkoly na malé, na části nebo etapy, které jsou pro něj zvladatelné. Klient sám si musí být vědom svých schopností a omezení, a to zejména v případě přítomnosti zhoršeného soustředění. Terapie pamatuje i na učení se nejrůznějším způsobům, jak postupovat v případě, že se záležitosti nevyvíjejí podle plánu, tak jak si zachovat chladnou hlavu a nepanikařit (Adler, 2006).

4.2.2. Coaching – Trenér

Coaching se v některých ohledech jeví jako protiklad podpůrného přístupu. Na začátku léčby by se trenér se svěřencem měli dohodnout na krátkých, ale každodenních setkáních, aby si mohli předat informace, co je nového. Jedná se o direktivně orientovanou terapii, při které si klient najímá „trenéra“, aby mu pomohl zorganizovat a zkvalitnit život. Forma spolupráce je individuální a vždy zaměřená na určitý cíl, nezakládá se na žádné teorii. „Trenér“ pozoruje klientovo počínání, dohlíží na to, aby plnil své povinnosti a nevybočoval z linií života, který chce vést. Zdá se, že coaching je, nesmírně efektivní, na druhou stranu není vhodný například pro psychicky narušené osoby, které nemají k podrobení se takovému vedení dostatek disciplíny (Adler, 2006).

4.2.3. Rodinná terapie

Osoby s ADHD/ADD i jejich protějšky, které jsou v manželském svazku, záhy potřebují poradenství zaměřené na problémy v manželství. Obsahem rodinné terapie je, objasnit jedincům s poruchou pozornosti, které prvky jejich chování jsou pro ostatní členy rodiny problematické. Jedna z nejdůležitějších náplní terapie je, snažit se naučit zúčastněné osoby chápat jeden druhého, částečně shodit vinu z jedince s poruchou pozornosti a vysvětlit jeho protějšku, že tomu druhému navzdory své snahy, nemůže úplně pomoci (Adler, 2006).

PRAKTICKÁ ČÁST

5. CÍLE A METODY PRAKTICKÉ ČÁSTI

5.1. Úvod

Domnívám se, že postavit praktickou část své diplomové práce na metodě narativního interview byla dobrá volba, nejen, že k získání autentického materiálu, se mi jeví tento způsob sbírání dat jako nejvhodnější, ale i sami respondenti tento způsob rozhovoru uvítali. Sami posuďte na následujících řádcích, zda sdílíte stejný názor.

5.2. Cíl praktické části

Cílem diplomové práce je zjistit, zda určení diagnózy v dospělosti u těchto čtyř respondentů, má vliv na změnu vnímání sebe samého a zda může samotná diagnóza působit jako léčba.

5.3. Metody

Cílem této metody je získat co nejvíce autentický materiál. Miovský (2006) uvádí, že interview patří mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro sbírání dat. Pro šetření byla vybrána forma nestrukturovaného interview tzv. narativního interview. Tato metoda je známá v podněcování dotazovaného k vyprávění nežli ke klasickému rozhovoru, kdy respondent pouze odpovídá na kladené otázky. Tazatel by neměl zasahovat do dějové linie nebo jinak nepatřičně vyprávění měnit, také není vhodné dotazovaného přerušovat ve vyprávění.

5.4. Vzor šetření

Šetření se zúčastnili čtyři respondenti. U všech čtyř dotazovaných osob byla v dospělosti diagnostikována porucha pozornosti. Jedna žena a tři muži. Michal, Eva, Pavel i Jiří pocházejí ze stejného města. Neznají se. Věková škála osob je od 35 do 61 let.

5.5. Kazuistiky

5.5.1. Michal

Michal se narodil z třetí gravidity. Třetí porod. Gravidita v normě. Porod v termínu 40. týden. Porod byl spontánní, záhlavím. Porodní hmotnost 4500/52 cm. Kříšen nebyl a poporodní adaptace bez komplikací. Prodělal běžná dětská onemocnění. Operace žádné. Bezvědomí žádné.

Vývoj v kojeneckém a batolecím období v normě. Chodit začal ve 12 měsících. Mluvil od 15 měsíců. V pěti letech docházel na logopedii. Špatná výslovnost „R“.

Od dětství se velmi dobře adaptuje v novém prostředí. Zájem o sport a myslivectví. Do sedmi let hrál aktivně hokej a fotbal. Dnes se sportu věnuje rekreačně, s výjimkou nohejbalu a tenisu, těmto sportům se věnuje 1x týdně.

Michal navštěvoval od dvou let jesle, z kterých rád utíkal. Jesle byly situovány uprostřed sídliště, jen pár metrů od Michalova bydliště. Od tří do šesti let navštěvoval mateřskou školu. Michal je narozený v srpnu, ale do školy nastupoval bez odkladu. Michal byl hodně hravý a matka na tuto skutečnost u zápisu do základní školy upozorňovala. Byl však velmi aktivní a výřečný, do školy tedy nastoupil v šesti letech. Během první třídy se začaly objevovat problémy s tempem probíraného učiva. Michal v učivu nestíhal, neustále vyrušoval. První třídu nezvládl a po vyšetření mu byla diagnostikována lehká mozková dysfunkce a byl přeřazen na zvláštní školu. Na zvláštní škole díky individuální péči pedagogů učivo zvládal nadprůměrně a prospíval výborně. Po základní škole pokračoval na učiliště obor zedník, kde měl opět výborný prospěch a na tomto základě mu byla nabídnuta možnost dodělat si maturitu ve stejném oboru, tuto možnost nevyužil, neboť už v té době začal mít problém s chováním. Začaly se objevovat problémy s užíváním alkoholu, později se k tomu přidaly drogy. V průběhu dosavadního života absolvoval několik hospitalizací v psychiatrických léčebnách pro závislost na drogách. Nyní abstínuje. V 34. letech mu byl diagnostikován syndrom ADHD, užívá lék Strattera.

Michal je středně vysoký muž. Má krátké světlé vlasy a modré oči. Má 35 let. Svůj charakter Michal popisuje takto: obětavý, veselý, dobrodruh, akční, citlivý, pracovitý, někdy nespolehlivý.

Mezi své záliby uvádí sport všeho druhu, ale nejraději má míčové hry. V zimě rád lyžuje a bruslí, v létě upřednostňuje jízdu na in-line bruslích, tenis, nohejbal a turistiku.

V dětství navštěvoval myslivecký kroužek, ale teď dává přednost rybaření. Rád stanuje ve volné přírodě.

Otec Michala narozen 1955, vyučen zedníkem, podniká ve stavebnictví. Je zdravý. Je nekuřák, alkohol nepije a trestán není. Rodiče otce žijí, má dva sourozence, kteří žijí.

Matka Michala narozena 1957, vyučená krejčí. Nyní v důchodu. Je zdravá. Je kuřačka, alkohol pije, rovněž netrestaná. Rodiče matky nežijí, má tři sourozence. Dvě sestry a jednoho bratra. Jedna ze sester má schizofrenii.

Michal má dva sourozence. Sestru a bratra. Oba jsou zdraví. Sestra je vdaná, má jedno dítě. Bratr ženatý s jedním dítětem.

Michal je sympatický a přátelský. Je adaptabilní a velmi rychle si zvykne na nové prostředí. Rád chodí po horách. Má rád lidi, i když někdy preferuje samotu. Je hyperaktivní, proto mu vyhovuje sport kolektivní, kde se může zapojit do týmu, ale i pořádně se vybít.

5.5.2. Eva

Eva se narodila z druhé gravidity. Druhý porod. Gravidita byla v normě. Porod v 36. týdnu, překotný. Dítě narozeno cestou do porodnice v sanitě. Porodní hmotnost 2800/48cm. Po porodu kříšená nebyla. Prodělala v dětství běžná dětská onemocnění. Od devíti let začala mít žaludeční potíže. Dvakrát hospitalizovaná pro podezření na žaludeční vředy. Nepotvrzeno. Diagnostikovaná žaludeční neuróza. Žádná operace.

V kojeneckém i batolecím období vývoj v normě. Chůze od jedenácti měsíců. První slova od devíti měsíců.

Od raného dětství velmi zvědavá s rozvinutou představivostí. V kolektivu oblíbená a s radostí se zapojuje do různých her.

Eva navštěvovala od čtyř let mateřskou školu, pouze jeden rok. Od šesti do patnácti let školu základní. Od patnácti let studovala v Brně střední školu Ošetřovatelství, kterou ukončila po třech letech na vlastní žádost. Od dvaceti let studovala střední školu Hotelovou v místě bydliště. Kterou úspěšně dokončila. V roce 2012 začala studovat vysokou školu obor Speciální pedagogika, kterou ukončila bakalářským titulem. Nyní pracuje v MŠ jako učitelka.

V roce 2014 byla Eva vyšetřena pro syndrom ADHD. Byla ji diagnostikována porucha pozornosti bez hyperaktivity – ADD.

Eva je vysoká žena, štíhlé postavy s dlouhými blond vlasy a zelenýma očima. Má 39 let. Svůj charakter popsala – veselá, optimistická, upřímná, chápající, velmi empatická, nedochvilná a ráda všechny kolem sebe povzbuzuje.

Evinou oblíbenou činností jsou procházky po horách, jízda na kole, bruslích, plavání, kempování, poznávání nových míst, cestování, venčení psa, povídání si o všem možném s kýmkoliv.

Otec Evy je narozen 1957, je vyučen řemeslu. Podniká v oboru. Je zdravý, kuřák, alkohol pije příležitostně a trestán není. Rodiče otce nežijí, má čtyři sestry žijící.

Matka Evy je narozena 1954, je vyučena kuchařkou. Nyní v důchodu. Je zdravá, kuřačka, alkohol nepije, taktéž netrestaná. Rodiče matky nežijí. Bratr nežije. Dvě sestry žijící.

Eva má dvě sestry žijící. Jeden bratr z první gravidity nežije. Umřel ve třech měsících na selhání dýchání.

Rodiče Evy spolu bydlí v jedné domácnosti.

5.5.3. Pavel

Pavel narozený z první gravidity. První porod. Gravidita v normě. Porod v termínu. Porod bez obtíží, záhlavím. Porodní hmotnost 3200/51 cm. Poporodní adaptace bez komplikací, kříšen nebyl. Prodělal běžná dětská onemocnění.

Vývoj v kojeneckém i batolecím období urychlen. Chodil s oporou již v 10 měsících. Mluvil ve 12 měsících.

Nové prostředí mu nedělá problém, od dětství se velmi rychle adaptuje. Sportu se věnoval pouze jako dítě. Především fotbalu.

Do mateřské školy nechodil, starala se o něj babička. Vyrůstal bez otce, jen s matkou a babičkou. Od raného dětství neustále hyperaktivní. Problém mu dělalo sedět v klidu třeba jen 10 minut.

Z důvodu neustálého neklidu v nohách, nerad dlouho sedí na jednom místě. Proto měl ve škole velký problém sedět 45 minut v klidu. Neustále mluvil někomu do konverzace, vyrušoval ostatní spolužáky. Měl nutkání sdělit okamžitě obsah svých myšlenek. Do školy se téměř nikdy nepřipravoval, pokud byl v pohybu, informace absorboval. Horší to bylo, když musel sedět v lavici. To si pak z výuky nepamatoval nic. Domácí úkoly zásadně dělal ve škole o přestávce. Doma musel pomáhat v domácnosti a hlídat mladší sestru, která se narodila, když nastoupil do druhé třídy. V třídním kolektivu byl oblíben, byl vůdčí osobnost. Po ukončení

základní školy, nastoupil na střední školu zemědělskou, kde učil jeho otec, s kterým se nestýkal. Vztahy se nezlepšily ani během studia. Pavel byl neustále kárán. Pořád měl sníženou známku z chování. Prospěchově byl v průměru. Po dokončení střední školy, pracoval v ZOO jako ošetřovatel cizokrajných zvířat. Oženil se. Dodělal si druhou maturitu v oboru ošetřovatelství cizokrajných zvířat. Kvůli špatnému dojezdu do ZOO, mění zaměstnání. Po nástupu do dalšího zaměstnání dojde po půl roce k vážnému zranění. Práce neschopen a pobírá invalidní důchod. Po narození dětí, začíná těžké období pro celou rodinu. Pavel začíná mít problém s alkoholem. Toto období trvá dvacet let. Následuje léčba v psychiatrické léčebně. Po absolvování programu v léčebně, abstínuje dodneška. Což je dvacet let. Před dvěma roky je Pavlovi diagnostikován syndrom ADHD. Několik měsíců bral lék Strattera, který po domluvě se svou psychiatrickou vysadil. Nyní pracuje ve své firmě. Diagnostikován syndrom ADHD, užívá lék Strattera. Nyní pracuje v továrně na výrobu železa, práce ho velmi baví, rád něco tvoří a vyrábí.

Pavel má vysokou a mohutnou postavu. Vlasy prošedivělé, šedozelené oči. Má 61 let. Má rád věci naplánované do detailů, je dochvilný a všude rád chodí o 10 minut dříve. Jen málo kdy, dokáže odpočívat a když už odpočívá tak aktivně. Má ranč se zvířaty, kde tráví svůj volný čas. Rád jezdí autem, cestuje, chodí po horách. Do dneška se angažuje a pomáhá lidem, kteří mají problémy s alkoholem.

Rodiče Pavla nežijí. Otec i matka zemřeli na zhoubná onemocnění. Otec byl středoškolský učitel. Matka servírka. Má jednu sestru, žijící.

5.5.4. Jiří

Jiří narozený z první gravidity. První porod. Gravidita v normě. Porod v termínu. Porod bez obtíží, záhlavím. Porodní hmotnost 3500/54 cm. Poporodní adaptace bez komplikací, kříšen nebyl. Prodělal běžná dětská onemocnění.

Vývoj v kojeneckém i batolecím období v normě. Chodit začal ve 13 měsících. Mluvil v 15 měsících. Velmi rád spal a byl klidný, pokud se mu někdo věnoval.

V novém prostředí se adaptuje rychle, ale preferuje známé prostředí

Jesle navštěvoval od jednoho roku. Na některé okamžiky si dodnes pamatuje. Do mateřské školy chodil od tří let. Byl velmi oblíben u personálu. Rád byl středem pozornosti. Recitování a zpívání na besídkách byla jeho oblíbená činnost. Většinou zaujímal hlavní role. Vyrůstal v úplné rodině.

Na základní školu se těšil. Jeho nadšení však po dvou letech vystřídal pocit bezmoci. Představa, že musí vydržet v klidu sedět 45 min a nemluvit, byl výkon nemožný. Proto neustále vyrušoval. První kázeňské přestupky se dostavily již ve třetí třídě. Důsledek tohoto chování vyústil ve fyzický postih ze strany třídního učitele. Někteří vyučující měli pro nadměrnou aktivitu pochopení a Jiří se mohl po třídě projít, když měl nutkání se hýbat. Podmínkou tohoto privilegia v té době bylo nevyrušovat spolužáky. Na tyto kantory Jiří rád vzpomíná a i dnes je přesvědčen, že přesně odhadli podstatu problému. Na druhém stupni k poznámkám, které dostával do žákovské knížky za vyrušování v hodině, se přidaly i dvojky z chování. Ke konci základní školy propadl hazardu (patologickému hráčství). V prvním pololetí střední hotelové školy nastupuje do psychiatrické léčebny pro závislost na výherních automatech. Začíná období experimentů s různými drogami a psychoaktivními látkami. V tomto období vystřídá Jiří několik středních škol. Nakonec vyučen číšníkem a kuchařem. Poslední léčba a zatím úspěšná byla před 5 lety. Od té doby abstínuje. Před dvěma roky byl Jiřímu diagnostikovaný syndrom ADHD. Užívá lék Strattera. Nyní pracuje jako zámečnický – svářeč. Uvádí, že je velmi spokojen. Je ženatý a má jedno dítě. Je nekuřák.

Jiří je vysoký a štíhlý muž. Má černé krátké vlasy a tmavé oči. Má 38 let. Rád sportuje, nejraději má míčové hry. Jeho další záliba je cestování a rybaření. Je dochvilný a má dobrou pracovní morálku.

Otec Jiřího narozen 1955, má středoškolské vzdělání a podniká. Je zdravý. Je nekuřák a alkohol nepije. Má jednu sestru, žijící.

Matka Jiřího narozena 1955, má středoškolské vzdělání a pracuje ve státní sféře. Je zdravá. Nekouří a alkohol nepije. Má dvě sestry, žijící.

5.6. Život s poruchou pozornosti

Data byla získávána od vybraných respondentů tzv. narativním interview. Pro získání co nejvíce autentického materiálu, dal tazatel s minimálním zásahem do dějové linie dotazovanému prostor pro vyjádření vnímání situace ze svého pohledu.

Dotazování byli s tématem předem seznámeni a narativní interview proběhla s jejich souhlasem. Termíny rozhovorů byly s dotazovanými předem dohodnuty. Všechna interview se odehrála v soukromí, s každým zvlášť a v jiný den. U třech respondentů proběhla interview

v jejich domácnosti, u jednoho respondenta jsme se sešli ve sborové místnosti místního křesťanského centra.

Interview byla nahrána na diktafon a data následně zapsána. Interview byla pořízená v časovém rozmezí 50-60 minut.

5.6.1. Michal

Jmenuji se Michal a jsem závislý na pervitinu, ale nyní jsem ve fázi, kdy abstinuju. V nedávné době jsem opustil už poněkolidikáté psychiatrickou léčebnu (Komunitu), kde jsem se snažil své závislosti na droze pervitin zbavit. Mám 35 let.

Od dvou let jsem začal navštěvovat jesle. Od tří do šesti let jsem chodil do mateřské školy, kde jsem už byl středem pozornosti a vynikal jsem svým hyperaktivním chováním. Pořád mi všichni říkali, že jsem živé stříbro, ale nikdy mi nikdo v dětství nevysvětlil, co to znamená. Pamatuji si, jak jsem si jako malý představoval, že mamčin stříbrný prstýnek oživne. Nebyl pro mě žádný problém z jeslí nebo mateřské školy utéct a toulat se po sídlišti. Úplně si živě vybavuji, jak jsme se s Rendou - to byl můj nejlepší kámoš a vlastně pořád je, akorát se trochu zbláznil, kopl ho totiž vysoký proud, když kradl na železnici kabel – na procházce v mateřské škole (asi nám bylo 5 let) schovali učitelce za strom, počkali, až odejdou a toulali jsme se v lese, chodili jsme po zamrzlé vodní nádrží, to bylo vážně super. Mezitím nás všichni hledali, ale my jsme se snažili, ať jsme neviditelní a to se nám dařilo, až do večera. V 6 letech jsem začal chodit na základku, v tomto roce se rodiče rozvedli. V první třídě mě nechali propadnout, hrozně rád jsem si hrál a ve škole mě to fakt nebavilo. Na návrh třídního učitele a po domluvě s matkou jsem byl přeřazen na zvláštní školu. Ze začátku jsem byl naštvaný, protože jsem tam neměl Rendu. Nakonec se mi na škole líbilo, učitele byli fajn a hlavně vůbec jsem se nemusel učit a měl jsem jedničky, akorát ze čtení jsem měl dvojku. Třídní často říkal, co ty tady chlapče, na této škole děláš, vůbec sem nepatříš. Matka věřila, ředitelce ze základky, že tak to bude nejlepší řešení. Je pravda, že jsem četl hrozně a dodnes špatně čtu a gramatika mi taky nic moc neříká, ale jak říkám, nejhorší známka byla dvojka.

Většinou jsem měl vyznamenání. V partě kamarádů, jsem byl, vždy vůdčí osobnost taky jsem vtipálek a myslím, že i oblíbený, takový ten dvorní šašek. Sport, to je moje láska! Od mala jsem hrál hokej a fotbal, které jsem, po přeřazení na zvláštní školu přestal hrát. Musel jsem. Když jsem chodil na „placku“ neměl jsem nárok na to být v týmu, to jsem nesl

hodně těžce. Možná v té době se ve mně něco zlomilo, nejdříve ten rozvod našich a pak jsem ztratil i hokej a to jen proto, že jsem neuměl pořádně číst. Ať ještě někdo tvrdí, že za komunistu bylo dobře. Prostě rozhodli, že mě přeřadí na zvláštní školu a matka musela souhlasit, byla totiž rozvedená a samoživitelka. Po dokončení zvláštní školy jsem šel na učňák do Kelče, kde jsem byl na intru a vyučil jsem se zedníkem.

Ve 13 letech začal experimentovat s drogy různého typu. Nejdříve s alkoholem, který jsem v pubertě vystřídal čicháním toulenu. Vše se mi dařilo před rodinou skrývat, až do dospělosti. Kolem osmnácti jsem začal doma krást věci a následně peníze. V tu dobu jsem začal experimentovat s drogou pervitin, která se mi stala závislosti s malými přestávkami až dodnes. Droga mi dávala ze začátku klid, dokázal jsem se soustředit a hlavně měl jsem se rád. Připadal jsem si chytrý. I když to možná i jsem. Dva světové jazyky jsem se naučil po několika měsících v zahraničí, kde jsem pracoval. Myslím, že jsem dobrý zedník a pracovat mě baví, akorát ta morálka se postupně zhoršuje. Ta droga na jednu stranu mi pomáhá být v klidu a soustředit se a na straně druhé mi bere zodpovědnost. Hlavně nesnáším ten pocit, jak mi začne být všechno jedno a klidně se neukážu několik dní v práci. Co mě to stojí energie vymýšlet různé lži, proč jsem nepřišel a co všechno se mi přihodilo. Taky jsem hrozně výbušný. Si pamatuji, když jsem byl malý a ségra nebo brácha mě něčím pořádně vytočili, tak to jsem se neznal. Vše, co jsem měl, po ruce lítalo vzduchem. Sourozence mám rád i oni mě. Víím, že ségra má se mnou hodně trpělivosti. Od mala se o mě starala hlavně ona. Často mi říká, že bych měl být k životu víc pokorný. Prý mi vše na co sáhnu, jde, a k tomu ještě bez námahy. To tvrdí ona. Říká, že si nevážím života, jsem prý zdravý mladý a pohledný muž a zahrabávám se drogami. No nemyslím si o sobě, že mám na normální vztah s holkou. Co bych ji mohl nabídnout? To fakt nevím, tak jsem raději sám.

V roce 2010 jsem byl uvězněn na půl roku za porušení podmínky, která mi byla udělena za krádež peněžního obnosu. No trochu to na mě nahráli, ale to jsem celý já. Jsem moc důvěřivý a často na něco naletím. Během toho půl roku jsem se spřátelil s vychovatelem na oddělení, s kterým jsem hrál tenis, karty i šachy. Po půl roce mě propustili za dobré chování. Rodina za mnou pravidelně jezdila. Všichni mi psali a posílali balíčky. Měl jsem se tam, jak na táboře.

Střídavě bydlím v pronájmu, na ulici nebo v azylovém domě. Vše závisí na období, ve kterém se nacházím.

V roce 2000 první léčba v psychiatrické léčebně ze závislosti na pervitinu. Léčbu jsem úspěšně dokončil. Nějakou dobu jsem zůstal čistý. Jenže za nějaký čas se ozvaly ty samé

příznaky. Všechno se dá do klidu. Mám práci, kde si vydělám dobré peníze, bydlím v pronájmu, začnu chodit cvičit, hrát fotbal a hlídám se, abych do něčeho znovu nespádl. Ale to vnitřní napětí se nadá vydržet a potřebuji vzrušení, pořád mě to někam táhne a nevím kam. Tak to nějakou dobu potlačuji, ale pak exploduji a ta šelma se nedá už udržet a musí ven. Kolotoč problému s drogami začíná nanovo.

2002 další léčba v téže psychiatrické léčebně jako v roce 2000. Po tříměsíčním detoxu jsem se následně léčil v terapeutické komunitě, kde, jsem byl po dvou měsících vyloučen pro porušení pravidel. To je moje další slabá stránka. Pravidla neumím dodržet, ale fakt se snažím. Byl jsem však přijat v jiné terapeutické komunitě, odkud jsem dobrovolně předčasně odešel na doléčovací dům. Zde jsem bydlel měsíc a odešel na privátní byt, z kterého jsem byl, po čase vyhozen pro neplacení nájmu. To už jsem zase lítal v drogách.

Pracoval jsem zase ve stavebnictví. Pracovní morálka byla v normě do doby, než jsem začal opět brát pervitin.

Většinou jsem na droze hrál i automaty, ale to nepovažuji za závislost. Jedna z největších lží, které se snažím uvěřit, ale uvnitř vím, že to je můj další problém.

V roce 2016 jsem nastoupil zatím na moji poslední léčbu do psychiatrické léčebny na detox a následně do terapeutické komunity, kde jsem se léčil ze závislosti na pervitinu. V terapeutické komunitě, která jako jediná v republice spadá pod psychiatrickou léčebnu, je mi diagnostikováno ADHD. Užívám lék Strattera. Cítím se o hodně klidnější, vyrovnanější a hlavně si začínám věřit, že to vše zvládnu. Odpadl takový ten pocit, že se teď musí něco stát, nebo exploduji.

Nyní žiju i pracuji mimo svůj domov. Potřeboval jsem změnit prostředí, kde mě nikdo nezná jako feťáka, ale znají mě jako Michala, pohodáře a doufám že, už tím pohodářem zůstanu napořád. Poprvé v životě mi někdo dokázal popsat, co se uvnitř mě děje. Byla to ale opravdu fuška, projít všemi těmi testy a toho soustředění, byly to stovky otázek, na které jsem musel odpovídat při diagnostice ADHD a taky hodně rozhovorů. Dokonce v komunitě probíhala nějaká studie z Karlovy univerzity, jaké vlivy má ADHD na lidi v léčbě závislosti, nebo tak něco. Je super, že se o tom začíná mluvit, vždyť to není vůbec žádná novinka. Mně i bráchovi v dětství diagnostikovali LMD (lehkou mozkovou dysfunkci) a ségra s taťkou jsou podobní. Myslím, že to čeká i synovce, všichni doma totiž říkají, že to jsem celý já, když jsem byl v jeho věku. Má tři roky, všude je ho plno, je hodně zvědavý a chytrý, všechno musí hned prozkoumat, potřebuje vše pochopit do detailu a samozřejmě se okamžitě rozcílí, když mu něco nejde. Ty věci přesně znám. Ségra to taky říkala, ona tomu rozumí, má na to jakési školy

či co, pořád jenom něco studuje. Vždyť ona mi to už dávno říkala, že se mám nechat diagnostikovat na ADHD, že mi to pochopí poznat mnoho věcí a uleví se mi. Vždycky říkala, že jsem nejtalentovanější z nás sourozenců a vše mi jde hned od ruky i kreativně jsem na tom dobře, ale samozřejmě droga mi byla přednější. No a nakonec v poslední léčbě mi opravdu diagnostikovali ADHD, tak jak už mi před léty říkala. Nasadili mi lék a rázem bylo všechno jasnější. To je to samé, jak si nasadím brýle a rázem vidím vzdálené věci zaostřené. Měl jsem štěstí, že v komunitě probíhají denně skupinové psychoterapie a i ty individuální jsou časté. To si myslím, je taky důležité. Lék, který беру, se jmenuje Strattera. Není stimulující, což by, ani s mojí závislostí na amfetaminu nešlo. Nasadili mi nejdříve 10mg a pak postupně zvyšovali až na 100mg. Léky jsou hrazené pojišťovnou a doplácím tam jen nějakou kačku. A to ne vždycky. Záleží, v jaké lékárně to kupuji a zda mi dají jednu krabičku 100mg tablet nebo dvě krabičky 40mg a jednu 20mg. Je to celkem nový lék, tak nejsou moc zmapované vedlejší účinky, říkal můj psychiatr. No uvidíme, co čas přinese. Každopádně mi to pomáhá a já se cítím dobře a už vím, že za to jaký jsem byl v dětství a pak i v dospělosti, nemůžu já, ale ADHD. Je to stejné, jako člověk bez nohou, který se tak narodil, taky nemůže za to, že nechodí. Jen si říkám, že kdyby mi někdo v dětství vysvětlil, co je to LMD a mamka víc zabojovala a nenechala se ovlivnit tehdejší ředitelem základky a nedala mě a brácha na zvláštní školu, kdoví jak by se naše životy ubíraly. Vždyť bráchovi, když šel na vojnu a dělali mu různé psychotesty, protože se přihlásil k výcviku paraganů, zjistili, že má nadprůměrné IQ. Tak musel podstoupit více testů, kvůli potvrzení a znova mu to vyšlo stejně. Necháпали, že člověk s nadprůměrným IQ absolvoval zvláštní školu. Asi to bylo dobou. Komunismus, rodiče rozvedení, mamka začala popíjet a najednou dva bráchové stejné problémy ve čtení, psaní a gramatice, oba opakovali ročník, tak šup s nimi na zvláštní školu, „tam jim bude dobře, tady by se jen trápili“ byl výmluvný ředitelův argument. Měli jsme s bráchou smůlu, že jsme se nenarodili v dnešní době, to bychom mohli zůstat na základce, kde zůstali i všichni kámoši a možná bychom dostali asistenta, a mohli jít studovat, co bychom chtěli. Čas nejde vrátit. Důležité je, že konečně vím, že nejsem hloupý a za moji hyperaktivitu taky nemůžu.

5.6.2. Eva

Kdy jsem poprvé zjistila, že bych mohla trpět poruchou pozornosti? Tak to si vzpomínám úplně přesně.... Psal se rok 2012 a já držela v rukou knihu „Poruchy pozornosti

v dětství i dospělosti“, kterou jsem si původně koupila kvůli podezření na poruchy učení u své dcery.

Vezmu to pěkně popořádku. Narodila jsem se v sedmdesátých letech minulého století, v té době byl hluboký komunismus. Moji rodiče jsou oba z dělnické třídy. Jsem nejstarší dítě ze tří sourozenců. Už od malinka jsem bývala ráda se staršími lidmi, anebo s dětmi o hodně mladšími, kterým jsem s radostí dělala chůvu. Odvozila jsem snad všechny mladší děti od nás ze sídliště. Nevím, zda mě to naplňovalo, ale každopádně jsem se cítila bezpečně, taková ničím neohrožená a hlavně pevná v „kranflecích“. Jak už jsem psala výše, bydleli jsme na hezkém novém sídlišti, které postupně dostavovali. Vzpomínám si, když jsme s kamarády skákali po staveništi mateřské školy či samoobsluhy. Sídlíště se nacházelo v příjemném prostředí, za domem byl lesopark, vodní nádrž, koupaliště. Do centra bylo také kousek, asi 10 min svižnější chůzi.

Do mateřské školy jsem začala chodit ve čtyřech letech a byla to má noční můra. Ještě dnes si vybavuji ráno maminkou nachystané „komínky“ s oblečením pro mě a moji sestru. Už od odlepení očí jsem úpěnlivě vymýšlela výmluvu, abych do školky nemusela, většinou žádná nezabrala. Nechápu, proč jsem tak nerada do mateřské školy chodila, již několikrát jsem nad tím přemýšlela a jediná věc, která mě napadla, je, že jsem hrozná trémistka (do dneška). Jediný negativní pocit, který se mi vybaví při vzpomínce na školku je, nacvičování besídky a besídka samotná, kdy jsem vystupovala jako sólistka ve zpěvu s bubínkem (do dneška zpívám, jen když jsem sama nebo v kolektivu, kde se můj hlas ztratí a upřímně, zpěv není má silná stránka). Vlastně ještě jedna vzpomínka na školku a tou je křivda. Šlo o spaní po obědě, jednoho dne děti po sobě házely polštáře. Já chtěla ze sebe jeden sundat a zrovna přišla paní učitelka a samozřejmě jsem to schytala za všechny. Moc mě to mrzelo. Mám ráda pravidla a vědomě je neporušuji. Když přišel polední odpočinek, respektovala jsem to, proto jsem se cítila velmi ukřivděná a tento pocit se mi vybavím i dnes. Rodičům se narodilo třetí dítě, moje nejmladší sestra a já do školky už nechodila. Povedlo se mi rodiče přesvědčit, ať mě nechají doma. Trávila jsem mnoho časů se svými prarodiči.

Blížil se nástup do základní školy, a já si docela dobře vybavuji zápis do první třídy na základní školu. Přesněji kresbu postavy. Tak to se mi opravdu nepovedlo a do dneška kreslení není má silná stránka, tak jako zpěv a pohyb, konkrétně běh na dlouhé tratě, šplhání a míčové hry. Na základku mě tedy přijali, i když z mé kresby nadšení nebyli. První den ve škole si nepamatuji, tak samo ani první třídu, snad jen, že jsem „drápala jako kocour“ a čtení mi taky nešlo. Jiné to bylo s tvořením. Jak já ráda pořád něco vymýšlela, šila panenkám oblečení nebo

jim něco háčkoval či pletla. Byla jsem přeborník ve vymýšlení různých her, byly to hotové scénáře, které jsme pak se sestrou a kamarádky realizovaly. Taky si vzpomínám na spoustu průsvihu např. pozdní příchody domů, protože jsem byla tak zaujatá hrou, že jsem ztrácel pojem o čase nebo nedomýšlení aktivity „natírání plotu“, kdy jsme se se sestrou vypravily na průzkum okolí vzdálenějšího od našeho domu. Našly jsme u nějakého plotu barvu se štětcem, tak jsme zbytek plotu natřely a samozřejmě i sebe. Domu jsme přišly pozdě a ještě špinavé. Těch zážitků byla spousta. Na dětství vzpomínám moc ráda. Měla jsem šťastné dětství. Jen školu jsem neměla ráda. Byla mojí noční můrou. Ve škole mi to moc nešlo, byla jsem pořád někde v myšlenkách a vůbec jsem nevěděla, co ve škole probíráme, což mělo za následek špatný prospěch ve škole. Nechápala jsem to, proč to tak je. Když mě totiž něco zaujalo, dokázala jsem se soustředit dlouho a taky jsem si to zapamatovala. Z každé hodiny čtení jsem už večer předtím nespala. Někteří spolužáci se mi hodně posmívali. Přitom jsem si doma potichu četla hrozně ráda a i celkem rychle, jen ve škole mi to šlo pomalu, hodně jsem se zadržovala a slova vymýšlela. Diktáty to byla vždy katastrofa. Vůbec jsem nechápala, jak si spolužáci mohou zapamatovat to, co „soudružka“ učitelka diktuje a ještě v takové rychlosti to napsat do sešitu. Má obvyklá známka z diktátu byla pětka, nejlepší byla trojka, ale těch bych mohla napočítat za celou základku na prstech jedné ruky. Ve čtvrté třídě jsem to vypracovala na žaludeční neurózu a byla hospitalizovaná několikrát v nemocnici. Věděla jsem, že nejsem hloupá, jen jsem nevěděla co s tím. Jak má dítě v devíti letech vysvětlit, že cítí, že něco není v pořádku, ale nechápe to, a už vůbec své pocity neumí popsat. Vždy jsem vnímala, že jsem jiná, jako bych ani nebyla z tohoto světa. Celá základka byla trápením, co se týká učení. Vztahy se spolužáky byly normální. Moje čtení už nebylo na programu dne. Když se někomu ze třídy děla nějaká křivda, dokázala jsem za spolužáka bojovat „jako lvice“, ale to už nemohu říct o mé osobě. Jako bych se nedokázala postavit sama za sebe. Taky jsem si nedokázala poradit se svými předtuchami. Jsem velice empatická osoba, ale tohle už hraničilo se zdravým rozumem. Např. z ničeho nic jsem cítila, že mi umřel pes, přijdu domu od babičky a pes byl mrtvý. Přejelo ho auto. Jiný příklad... vnímala jsem silný nepříjemný pocit, že mi uletěla moje oblíbená korela – Lora. Přijdu z venku domů a maminka mi oznámí, že nechápe, jak se to stalo, ale Lora uletěla, když byla v kleci na balkóně. Nejhorší předtucha byla, když moje maminka byla v nemocnici na operaci dělohy a já z ničeho nic vnímala, že s maminkou je zle. Chodila jsem po sídlišti a modlila se, ať je maminka v pořádku. V naší rodině nikdo věřící není, ale intuice mě k tomuto kroku vedla. Vzpomínám si, jak jsem zahodila svůj nejoblíbenější prstýnek do trávy, jen když se mamince nic nestane. Udělala jsem takovou

dohodu, ani jsem nevěděla s kým. Jen jsem to vnímala, že ten prstýnek je taková „oběť“ za zdraví maminky. Maminka byla v pořádku. Po letech jsem se teprve dozvěděla, že má maminka byla v té době v klinické smrti. Sestřička ji místo infuze dala inzulin. Těch příběhů je spousta a z většiny z nich jsem dobrý pocit neměla.

Základní školu jsem tedy nějak „přežila“, ale co dál? Se svými známky žádnou hitparádu nevyhrají. Přihlásila jsem se na střední školu Ošetrovatelství do Brna. Přijímací zkoušky jsem zvládla, ale nepřijali mě z kapacitních důvodů. Doporučili mi pokračovat do deváté třídy na základní škole (byla poslední rok dobrovolná) se slibem, že v následujícím roce mě přijmou bez přijímacího řízení, které jsem už úspěšně absolvovala. Do Brna na internát jsem moc chtěla, tak jsem ještě rok zůstala na základce. Byla jsem složená třída ze všech 8. tříd základních škol v našem městě. Třída byla fajn. Byly jsme tam jen samé holky a nějak mi to i šlo s učením lépe, možná i proto, že jsme učivo opakovaly z předešlého ročníku. Do té doby jsem byla velmi tiché a neprůbojně děvče, tedy až na pár sporů, které jsem řešila za spolužáky. V sociálních vztazích jsem neměla problémy, byla jsem velmi přizpůsobivá, přátelská a s navazováním vztahů jsem problémy neměla. V Brně jsem se hodně osamostatnila. Do té doby jsem byla hodně fixovaná na maminku. Pamatuji si, že na každém táboře při ranním nástupu jsem očekávala dopis nebo pohled od rodičů. Na tábory jsem jezdila velmi ráda a téměř každý rok. Ve škole v Brně jsem pokračoval ve svém koukání z okna a útěků do světa fantazie, ale když mě něco nebo někdo zaujal, tak jsem se soustředila jako orel v letu na svou kořist na zemi. Do dneška si pamatuji, jak pán doktor, který nás učil somatologií, předváděl esovitě zahnutí páteře. Jeho zajímavý styl výuky s názornou ukázkou zapříčinil, že jsem z tohoto předmětu měla jedničku na vysvědčení, vůbec mi nedělalo problém, naučit se téměř celou anatomii a co víc, rozuměla jsem tomu, tak samo to bylo s chirurgií, pediatrií, imunologií, epidemiologií i gerontologií. Problém nastal při přestupu do posledního ročníku, kdy jsem se o letních prázdninách bezhlavě zamilovala do kluka, který pocházel ze stejného města jako já. Najednou mě už nebavilo jezdit do Brna a čím dál více jsem si hledala důvod, abych nemusela jezdit. Což mělo za následek, že jsem byla v pololetí neklasifikována a musela dělat komisionální zkoušky z několika předmětů. Vše jsem zvládla nad očekávání. Poznámka moji třídní - „že když se snažím, tak jsem schopna mít výborné známky“- mě sice zahrála na srdci, ovšem jen na chvíli, než třídní ve svém monologu pokračovala – „samozřejmě mi nemůže dát jedničku z jejího předmětu, jak by k tomu přišli ostatní, kteří chodí do školy pravidelně“. Nakonec mě oznámkovala trojkou, i když dle jejích slov, to bylo za jedna. To mě trochu naštválo, ale vzala jsem to. Má absence se však

nezlepšila a na konci ročníku jsem měla dělat opět komisionální zkoušky, které jsem ovšem vzdala dříve, než bych se pokusila zabojet. Přispěl k tomu i fakt, že jsem byla hodnocena za praxi známkou dostatečnou jen proto, že jsem měla velkou absenci ve škole. To mi řekla učitelka praxe na rovinu. Byla to totiž má třídní učitelka. Tuto křivdu jsem nerozhodila a okamžitě bez domýšlení důsledků jsem požádala ředitelku školy o ukončení studia. Tehdy mě opravdu přemlouval i domlouval skoro každý, ale já si nedala říct. Moje maminka mi dokonce vyhrožovala, že mě vyhodí z domu, pokud nedostudují, ale i tak to bylo marné. Jak se říká, vše zlé je k něčemu dobré. Vnitřně jsem věděla, že to byl špatný krok, ale pocit křivdy byl tak velký, že jsem svůj vnitřní hlas neuposlechla a ze školy opravdu odešla.

Nastoupila jsem do práce, ale už tehdy jsem věděla, že si budu muset nějakou školu dodělat, vnitřně jsem to tak cítila. Pracovat v restauraci jsem vydržela dva roky. Po dvou letech jsem nastoupila ve svém městě na střední školu obor Hotelnictví a turismus. Byla to forma denního studia a já ve svých dvaceti letech opět usedla do školních lavic a navíc moji spolužáci byli o pět let mladší. Z čeho jsem měla trochu obavy, ale daleko větší strach jsem měla z učiva, jak to zvládnou. S pauzou od školy a hlavně se svými handicapem ve čtení, psaní diktátů atd. a ještě zjištění, že studium obnáší i tři cizí jazyky. Angličtinu, němčinu a ruštinu. Strach byl překonán vcelku rychle. Najednou jsem si začala dávat výzvy a snažila je naplnit, včetně studia. Téměř záhy jsem zjistila, že stačí dávat ve škole při vyučování pozor a najednou to vše zůstávalo v hlavě. Téměř jsem se doma neučila a i přesto jsem měla na vysvědčení vyznamenání, a co víc škola mě bavila. Zapadla jsem do třídy i přesto, že jsem byla starší o pět let od spolužáků. Díky mladistvému vzhledu spousta kantorů nevědělo, kolik mi je let. Ráda jsem s učiteli diskutovala o probírané látce. To mělo za následek, že z naší třídy se stala, třída diskusí a učitele k nám chodili rádi učit. Tvrdili, že je baví učit v naší třídě, náš zájem se jim líbil. Maturitu jsem absolvovala také s vyznamenáním. Tato životní etapa byla velmi přínosná pro můj osobnostní růst. Začala jsem si více věřit v oblasti vzdělání. Najednou jsem zjistila, že ten pocit, který v sobě mám už od dětství, mi nelhal. Celou dobu jsem věřila, že nejsem hloupá, jen jsem nevěděla jak na to. Nejspíš to byl můj mozek, který byl nyní připravený absorbovat veškeré informace, nebo jsem se naučila různé kompenzační systémy. Číst mi už nedělalo takový problém. Měla jsem načteno za ty roky tolik knih, které by se sotva vešly do mého pokoje. Četla jsem plynule a čistě. Pokud mi ovšem někdo nedal přečíst text, ve kterém se objevovalo hodně cizích slov, která jsem navíc neznala. To pak moje čtení neznělo zrovna hezky. Diktáty jsem sice nezvládala dobře, ale naštěstí jich už tolik na střední škole nebylo.

Po úspěšném absolvování střední školy jsem začala pracovat v restauraci. Byla jsem zvyklá vydělávat si peníze už před studiem a i během studia jsem měla pokaždé nějakou brigádu. Celý svůj dosavadní život jsem vždy pracovala s lidmi. Lidí mám ráda a moc ráda poslouchám jejich životní příběhy. Nastalo období, kdy se mi v hlavě tzv. „rozsvítilo“. Veškeré přijaté informace se mi dařilo v hlavě uchovávat, soustředit jsem se také dokázala dlouho oproti dětství. Tři roky jsem pracovala v restauraci a pak jsem dostala nabídku jít pracovat do zahraničí. Moje kamarádka žila ve Francii. Měli s manželem restauraci a potřebovali posilu. Zнала moji pracovní morálku a také, že mi nedělá problém jít do neznámého prostředí. Mám ráda výzvy, pokud nejsou nebezpečné nebo nemají adrenalinový podtext. Říká se, že když chceš někoho naučit plavat, hod' ho rovnou do vody.... Tak nějak jsem se cítila, když jsem přijela do Francie. Francouzština pro mě byla jedna velká neznámá. Po měsíci jsem však začala chápat gramatiku a za tři měsíce jsem se domluvila celkem obstojně. Ve Francii jsem žila dva roky. Je to krásná země, ale domov je pro mě Česká Republika. Brala jsem pobyt tam jako další zkušenost do života a cizí jazyk byl bonus navíc a vrátila jsem se domů.

Další etapa mého života začala narozením mé nádherné dcerušky. Myslím, že v té době jsem prožívala své nejkrásnější období života. Byla jsem velmi spokojená, vyrovnaná a nabitá energií. Užívala jsem si mateřství plnými doušky. Byla jsem jak houba, která nasává vodu, co to dá. Sbírala jsem informace o výchově dětí, navštěvovala různé sportovní kluby pro maminky s dětmi. Absolutně jsem neřešila, co budu dělat po mateřské, prostě a jednoduše jsem žila okamžikem a má 100% pozornost patřila dceři. Na rodičovské „dovolené“ jsem strávila čtyři roky, v těchto letech jsem si udělala několik maserských kurzů a příležitostně jsem se masážím věnovala i profesně.

Po čtyřech letech přišla nabídka práce, z jedné místní základní školy. Šlo o asistenta pedagoga pro chlapce na vozíku. Nabídku jsem přijala a začala si připravovat podklady učiva pro šestou třídu. K dětem jsem měla vždy blízký vztah a zvláště pro děti s postižením. Poprvé jsem přišla do styku s postižením při svém studiu v Brně. Tehdy naši paní ředitelku oslovil předseda organizace SPMP – Brno, zda je někdo ze studentů ochoten jet na letní integrovaný tábor. Samozřejmě jsem byla jedna z prvních, která se na tábor jako dobrovolnice přihlásila. Začátky byly hodně krušné, ale po dvou týdnech jsem měla jasno... příští rok jedu na tábor znovu. A pak dalších pět let, každé léto, dva týdny vkuse. Práce asistenta pedagoga se mi moc líbila, s předmětovými učiteli jsme tvořili úžasné fungující tým. Ve školství pracuji dodnes,

nyní na pozici učitelka mateřské školy – je to paradox, neboť školku jsem jako malé dítě neměla ráda a chodila do ní pouze jeden rok.

Před několika málo roky, mě přijali na vysokou školu obor Speciální pedagogika do Ostravy. Bylo to pro mě velké překvapení, že jsem úspěšně zvládla přijímací zkoušky. V prvním ročníku jsem ze začátku trochu zápasila s písemným zkoušením. Většinou jsem pochopila úplně jinak zadání otázek, než byla skutečnost. Po dvou takových neúspěších jsem byla rozhodnuta studium ukončit, pak mi někdo řekl, ať se vzpamatuji, že každá zkouška má 3 pokusy a já brečím, že se mi to nepovedlo napoprvé. Ve studiu jsem pokračovala, velmi mě to naplňovalo a bavilo. Hlavně tedy přednášky, ty zkoušky moc ne. Během studia jsem začala na sobě opět pozorovat, že udržet pozornost je pro mě čím dál obtížnější. Když přednášející diktovali látku, stihla jsem si zapsat slova na přeskáčku, která jen málo dávala nějaký význam. Raději jsem to vzdala a látku, si následně dopsala od spolužáků. Opět jsem začala přemýšlet nad tím, zda vůbec na studium mám. Když jsem se učila na zkoušku dva až tři týdny dopředu, nemělo to vůbec žádný smysl. Před zkouškou jsem si z toho zapamatovala 10%. Zjistila jsem, že se musím učit nárazově, protože i to co večer před zkouškou v hlavě bylo, tam stěží vydrželo do rána. Začala jsem opravdu silně pochybovat o své inteligenci.

Naštěstí se mi do rukou dostala už zmiňovaná kniha Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti, kde popisovalo mnoho lidí stejné problémy, jako mám já. Například... ráno vstanu z postele a cestou do koupelny, uvidím na zemi míček od pejska, tak ho jdu zvednout a odnést na své místo, mezitím ovšem už rozsvítím v koupelně světlo, že se tam hned vrátím. Samozřejmě cestou s míčkem v ruce zahlédnu, v kuchyni, že pes nemá vodu v misce, tak položím míč na židli a jdu mu nalít vodu do misky, v tom zahlédnu vitamíny, které беру každé ráno, misku položím s vodou zpět psovi a jdu si vzít něco na zapití těch vitamínů. Ve stejném okamžiku držím v ruce prázdnou láhev od minerálky, tak ji jdu odnést do koše a vracím se zpět do koupelny bez toho, abych si ty vitamíny vzala, a míček zůstane pořád na židli. Divím se, proč se svítí v koupelně, ale mezitím jsem si ještě všimla, že je třeba ustlat postel a rozsvítit v teráriu v dceřiném pokoji a mohla bych pokračovat ještě dalšími věcmi, které mezitím než dojdu po ránu do koupelny, stihnou rozptýlit moji pozornost. Obdobně to je s úklidem. Většinou mi zabere celý den a efekt žádný. Víím, že to může mnoha lidem připadat šílené, ale když v tom chaosu žijete od narození, ani vám to nepřijde, až tedy na ty pozdní příchody. Další z nesvárů - nedochvilnost, pořád mám hodně času, začnu se třeba připravovat hodiny předem a nakonec to dopadne stejně, buď přijdu někam pozdě, nebo jen tak tak. Neumím si věci plánovat. Chybí mi ve všem struktura. Tak jak mi stačí málo a má pozornost

je někam odvedena, kam ani nechci, na druhou stranu si užívám kouzlo okamžiku. Třeba teď když píšu, přiletí ptáček za okno ke krmítku, psát přestanu a pozoruji ho. Jak je krásně zbarvený a co je to za druh, hned vedle přiletí další, tak pozoruji, jak se k sobě chovají a v tom momentě si říkám, že by se lidé mohli k sobě chovat pěkněji, a jak to tady máme hezké a jaké máme štěstí, že žijeme někde, kde je pokoj a nebojuje se tady. Ptáci odletěli a já se vracím ke psaní.

Konečně jsem si dala „dvě a dvě“ dohromady a pochopila, že za mé problémy s učením v dětství nemusí stát moje inteligence, ale syndrom ADHD, ale nechápala jsem, proč mi to tedy najednou ve škole šlo v dospívání, pozornost jsem také dokázala udržet a najednou teď v dospělosti má pozornost je čím dál víc opět rozptýlená. Denně jsem se přistihla, při vyprávění zážitků moji dcery, že po dvou jejich větách, už vůbec nevím, o čem mluvila a opravdu tu pozornost jsem udržet chtěla, ale nedokázala jsem to. Rozhodla jsem se, navštívit odborníka (psychiatra) a říct mu své problémy. Lékař po testech opravdu potvrdil poruchu pozornosti bez hyperaktivity a navíc jsem dyslektik. S diagnózou přišla nádherná úleva. Nejsem tedy, žádný hlupák, který se nenaučil pořádně číst, ale může za to můj mozek, který funguje jinak. Byly mi doporučeny různé pomůcky, kterými si mohu usnadnit nejen ranní vstávání, úklid, ale i běžné věci každodenního života. Vše závisí od včasného plánování a dobré struktury. Tyto „berličky“ mi pomohly dostudovat vysokou školu. Státnice dopadly nad očekávání s výslednou známkou A.

Chtěla jsem se vyhnout lékům, a na pár let mi pomáhalo, že jsem si našla strukturu a systém v mnoha věcech. Bohužel v poslední době má pozornost je značně narušená a k tomu se přidala i zapomnětlivost. Budu muset projít ještě několika testy, zda se k poruše pozornosti nepřidalo i jiné onemocnění a podle výsledků nasadí lékař vhodné léky. Ale už samotná diagnóza byla pro mě osvobozující a pochopila jsem, že za křivdy prožité v dětství, kvůli špatným známkám nemohla moje inteligence, ale má porucha pozornosti a s ní spojená dyslexie.

5.6.3. Pavel

Už od mala jsem byl živé dítě. Vyrůstal jsem jen s matkou a babičkou. Do školky jsem nechodil. Když mi bylo sedm let, narodila se mi sestra, o kterou jsem se musel starat, protože matka pracovala. Jak už jsem říkal, byl jsem hodně akční kluk, všude mě bylo, pořád jsem slýchal, že mám v sobě vrtuli.

Ve škole jsem nebyl schopen chvíli sedět v klidu, pořád jsem vyrušoval, když se učitel otočil zády ke třídě, už jsem stál na lavici a dělal opičky. Hned přišel trest, rákoskou přes zadek před celou třídou a doma jsem dostal znovu, ale i tak mě to neodradilo a provokovat jsem nepřestal. Tak samo to bylo se skákáním někomu do řeči, v myšlenkách jsem si vždy říkal, nemluv, počkej, ale nešlo to zastavit a už zase byla poznámka v žákovské knížce. S učením na základce to bylo stejné, co jsem nepobral při výkladu látky ve škole, doma jsem už nestihl dohnat, tam jsem se musel starat o sestru a celou domácnost a když jsem namítl, že bych chtěl jít s kluky ven, tak už tady byl výprask nebo druhá ještě horší varianta. Musel jsem všude s sebou sestru tahat. Na úkoly doma nebyl čas, tak jsem je děla ve škole na záchodě. Základku jsem přežil bez větších průšvihů.

Pak jsem nastoupil na střední zemědělskou školu, kde učil můj otec. To už byl větší průšvih, když jsem něco vyvedl. Na koberečku v ředitelně jsem byl často. Bylo to kvůli provokacím, že chodím výstředně oblečen, že má výstřední střih vlasů. Byli jsme taková skupina třech kluků, kteří pořád něčím provokovali. Ve škole mi to šlo, prakticky jsem se vůbec neučil a na všechny předměty jsem měl jeden sešit. Před maturitou jsem trochu zabral, ale to byla jediná doba, kdy jsem se trochu učil.

Po škole jsem začal pracovat v ZOO jako ošetřovatel cizokrajných zvířat. Miloval jsem zvířata a práce mě velmi naplňovala. Dodělal jsem si ještě maturitu z oboru ošetřovatelství zvířat. Každý den jsem dojížděl hodinu a půl v jednu stranu, což mě vedlo k ukončení pracovního poměru.

Nastoupil jsem jako řidič do STS, kde se mi při nešťastné náhodě urvala lopata od bagru a vyloženě mě zamáčkla k zemi. Několik týdnů v nemocnici bojovali o můj život. Přežil jsem, ale dalšího půl roku jsem strávil na lůžku a nikdo nevěděl, zda ještě někdy budu chodit. V té době jsem byl už ženatý, zatím bezdětný. Vzpomínám si, že pro mě, hyperaktivního člověka, který neuměl žít v přítomnosti, protože můj mozek byl pořád o krok napřed, to byla zkouška velké trpělivosti a možná právě proto jsem se naučil odpočívat, ale nebylo to přirozené. Byla to taková nucená trpělivost. Z této výhody čerpám dodnes, když jdu třeba k lékaři, tak si v hlavě naplánuji, že to může třeba trvat i půl dne, počítám s tím, a tak mě to neznervózňuje.

Když mě propustili z nemocnice, nastoupily roky rehabilitace, lázní atd. Doporučili nám, mně a manželce, že bychom se měli snažit mít děti, pokud nějaké do budoucnosti plánujeme mít. Čím dříve, tím lépe, protože nikdo mi nedokázal říct, jak na tom budu zdravotně za pár let. Do dvou let se nám narodil syn a za pár let dcera.

Nevím, jestli to byl úraz nebo hyperaktivita, která odstartovala moje roky pití. Díky následkům úrazu jsem měl invalidní důchod. Byli to roky temna pro moji rodinu, já si ty roky celkem užíval. Hodně jsem cestoval a „kšeftoval“ s čím se dalo. Elektronika, zlato, stříbro, dolary, marky. Vše, co zrovna bylo v kurzu. Takto jsem to vydržel táhnout celých dvacet let a celá má rodina, to období prožívala se mnou. Nebylo to lehké období pro moji ženu, ani děti. Rychlost tohoto životního stylu odpovídala mému vnitřnímu světu. Vše se tam odehrává o několik kroků napřed před přítomností. Vlastně uvnitř sebe žiju v budoucnosti, nebo tak nějak bych to popsal.

Ve 42 letech jsem se rozhodl podstoupit léčbu kvůli závislosti na alkoholu. Byla to moje jediná léčba a do dnešního dne abstinuji. Já to tak mám, když si něco naplánuji, tak se toho držím. Když jsem začal před dvaceti lety pít, tak jsem už v té době věděl, že ve čtyřiceti přestanu. Je pravda, že jsem to o dva roky přetáhl, ale povedlo se mi přestat pít ze dne na den. Vzpomínám si, když jsem přijel do psychiatrické léčebny a řekl jim, že už teď vím, že se do konce života alkoholu netknu, tak už tehdy mi řekli, že to tak nefunguje a byl bych výjimka. Tak jsem ta výjimka, která potvrzuje pravidlo.

Po léčbě, jsem se začal věnovat lidem, kteří měli problém s alkoholem a chtěli přestat pít. V horách jsme měli pronajatou chalupu a pracovali jsme v lese. Byla to taková neoficiální terapeutická komunita. Provozoval jsem to přes deset let. Naučil jsem se vše plánovat do detailu a téměř na minuty. Tak se mi daří fungovat pomalu dvacet let.

Ovšem to napětí, které jsem měl uvnitř, pořád narůstalo. Po domluvě s mou psychiatrickou, jsem se nechal diagnostikovat na ADHD a lékařka tuto diagnózu potvrdila. Nasadila mi lék Statterra, který jsem po několika měsících vysadil. Zjistil jsem, že už jen samotné sdělení diagnózy, mi stačilo, abych si to v sobě vše rozebral a cítil se dobře.

Za roky své abstinence jsem se naučil přesně plánovat čas, pomáhá mi to zorientovat se v prostředí. Mám rád, když vše má svůj řád a strukturu. Většinou si plánuju vše týden dopředu, ale každý den si následující den musí rozplánovat na minuty. Vše pak důkladně dodržuji a to mě drží v klidu. Čtvrtou hodinou odpolední pracovní den končí a já si můžu dopřát odpočinek, třeba s knihou v ruce, ale k večeru, už musím rozebrat následující den a naplánovat ho do posledního detailu. Mám i záložní plány, kdyby náhodou auto vypovědělo, tak musím mít nachystanou i jinou variantu. Mám rád ve všem jasno a vše musí mít svoji strukturu a řád. Pro mě je důležité, že vím, proč jsem takový akční a hyperaktivní. Teď už vím, že za to může ADHD a ne já. Takový jsem se narodil a takový také umřu, ale vím, že to není má vina.

5.6.4. Jirka

Vlastně a v podstatě mi to dělá velký problém psát a skládat myšlenky do nějaké formy, když už jsem myšlenkami v prostředku, na konci a jestli jsem na něco nezapomněl, abych správně popsal, to s čím zápasím celých svých 38let a vzpomenu si vůbec?

Jmenuji se Jirka a je mi 38 let. ADHD se u mě diagnostikovalo asi před dvěma léty, když jsem se poznal se svou ženou, která mi poradila, aby mi můj psychiatr udělal test na ADHD. Myslím si, že ne že by to doktor nepoznal už dříve, ale během těch posledních 7 let, co ho navštěvuji, měli jsme spousty jiných problémů, co jsme společně museli řešit a to jak problémy s alkoholem, tak s drogami, nebo jinou závislosti ovlivňující mojí mysl. Ale abych nepředbíhal a vrátil se na počátek svého životního, příběhu spojeného s ADHD.

Co si pamatuji, tak od mala jsem pořád slyšel, že jsem strašně hyperaktivní děčko. Je pravda, že mě tak asi od 3let bylo všude, jako bych potřeboval to všechno, ani nevím co dostat ze sebe a vykřičet to celému světu, že mám ještě mnoho sil, nežli se unavím. Ať to jsou hory, když jsme chodili s rodiči nebo se školou, tak si pamatuji, že jsem musel být vždy první na hoře, anebo ve sportu ten mě zajímal a bavil jako dítě ze všeho nejvíce. Strašně rád, a to mám dodnes, jsem měl tenis, ale hrával jsem i hokej, a všemožné druhy sportu, ve kterých jsem byl více nežli průměrný na svou dobu. Jen fotbal mi dělal starost, i jak ti lidé, kteří ho ovládají, dokážou pracovat a poručit v té rychlosti svým nohám, ví, co mají dělat s míčem. Vždy jsem měl hroznou trému před zápasem, jestli si vzpomenu, jak se která klička dělá a když se mi podaří, jak asi dopadne ta druhá. A proto jsem byl vynikající v obraně a bránil míč a branku nežli útočit. Oproti tenisu kde jsem sám hráč za sebe i ve stolním tenisu a squashi mě strašně baví, když trefím střed pálky a dokážu přesně umístit míček na místo v kurtu, které si vyberu, to mi šlo a jde dodnes.

První a druhá třída na základní škole v chování bez problému a třídní mě měla ráda, až ve třetí třídě přišly první tresty před celou třídou rákoskou po rukách a rázem jsem byl v první dvojce třídních raubířů. Taký si vzpomínám, jak jsem začal slýchat, často o největších darebáčcích školy, na které se začínáme podobat, já a můj kamarád. My byli bití, za časté vyrušování, nepozornost atd. Jenže umíte si představit, jak jsem asi měl vydržet, sedět v kuse tři nebo čtyři hodiny s malými pauzami? Ještě teď jsem, když si nato vzpomenu jak dělová koule, která exploduje, jestli se neproběhne a nepovyprávím všem okolo, co se mi zrovna honí hlavou a co bychom mohli dělat hned po škole. Učitel neměl pochopení. Čtvrtá třída tak nějak

proběhla v pohodě a v páté se ukazovaly už dvojky z chování. Bylo to většinou za časté vyrušování a negování výuky. Jenže mě to v podstatě bavilo se učit a poslouchat nové věci, jenže tempo bylo příliš vysoké, nato abych si to poskládal v hlavě po svém, nebo abych to pochopil jinak nežli ostatní spolužáci. Je fakt, že čtverky jsem měl, asi jen v sedmé třídě, díky důslednosti mé mamky, ale věci jsem se učil zpaměti, aniž bych je měl čas pochopit. Ať to byla matematika, fyzika, chemie, vzorce, příklady a prostorová představa, i v kreslení na bodě nula. Zato když byl čas na nějakou látku, a já ji nějakým způsobem pochopil, tak mě to tak strašně bavilo viz. zlomky, které zase dnes neumím, ale pamatuji si, jak mě to bavilo počítat, a říkal jsem si, že by to tak mohlo jí se vším. Jenže přišla geometrie a já byl opět ve světě, kde vysvětluji všem, že nejsem blbý, jen si to nedokážu představit, to jak se věci učí a které všem okolo připadají srozumitelné. Hrozně mě to deptalo a taky jsem věděl, že to do mne nikdo nedostane, když po hodinách muka od mé mamky, která nade mnou stála a snažila se to vysvětlit, se jí to nepodařilo, tak už nikomu. A proto jsem nedokázal, nějak s tím bojovat a skrýval svůj handicap za různé věci, co se týče výuky, jako že, učit se nemusím a že nejsem šprt a pomalu jsem začal nabírat roli psance, který dělal vše, co se po něm chtělo, do doby nežli došly síly a někdo s učitelů potvrdil to, s čím jsem vnitřně bojoval, a to s tím, že jsem nebo nejsem podprůměrný. Někdy i neprávem známka za něco, o čem jsem byl přesvědčený, že jsem do toho dal maximum, mě utvrdila v tom, že rebelie je mnohem snadnější a pro mé chování pohodlnější, nežli tlačit káru do kopce bez konce a pomoci. Je fakt, že si vzpomínám konkrétně na dvě pani učitelky, které mě perfektně odhadly a nějak opomíjely a přehlížely to mé vyrušování v hodině, že dokonce jsem mohl v hodině chodit po třídě, ale nevyrušovat ostatní. To byla taková super pomoc. Už jen to vědět, že mohu kdykoli se uvolnit z toho křesla, mě osvobozovala. Nespočetněkrát naražená ruka, abych nemusel psát, někdy i zlomená, i záškoláctví od šesté třídy se začalo projevovat. Nevím, od mala jsem si kousal nehty a to s precizností, vlastně, jak jen to bylo možné tak celý den. Jen tak jsem se dokázal nějak uvolnit, když jsem odváděl pozornost na práci s nehtem. V podstatě jsem relaxoval tak nějak uvnitř. Hrozně se mi to nelíbilo na druhých a dodnes to považuji za odporné, ale nějak ta touha odpočinout si, mě nedokázala se toho zlovyku zbavit, až do té doby, nežli jsem se dal dohromady se svou ženou a nedovolím v žádném případě, aby se z jakýchkoliv důvodů za mne styděla. Ač jde o nehty, boj celoživotní, věděl jsem, že se toho dokážu vzdát. A dodnes si nehty nekoušu, jak se zlomí, tak to svádí k dávnému zlovyku, ale udržím se. Co se týče té základní školy, taky nepřidalo na mém sebevědomí to, že jsem nedokázal chápat, to co právě čtu. Perfektně zato jsem chápal a chápu dodnes, věci které někdo čte nebo vypráví. Možnost

poslouchat látku, mi žádný problém nedělala, ale většinou jsme jen psali nebo si měli čist doma. Taky když jsem dlouho seděl nad historií a nějak jsem té látce s četbou porozuměl, tak to byla okamžitá jednička a mě se hrozně ulevilo, že po dlouhé době si opět na chvíli vystačím a nějak srovnám průměr s ostatní většinou. Když to tak píšu, tak jsem rád, že jsem to přežil ve zdraví a na normální škole, ale na venek to tak strašné nebylo, jen ohromný vnitřní boj s defektem, který nikdo neviděl...já ho popíral...a tak jsem zapadal do role, kterou jsem vždy v daném období života hrál. Sedmá osmá třída začal gambling, kdy jsem přestával sportovat, jelikož doma vztahy byly poničené, z důvodů jak mých školních, tak otec popíjel a mamka jen křičela a nějak to musela zvládat, tu mou rebelii. Takže více zameškaných hodin a více vysedávání u automatů, které zrovna byly v našem městě po revoluci horkou novinkou. Někdy jsem se v té hře viděl, i otec podnapilý hrával a tak jsme aspoň trávili společně čas. Trvalo to dva a půl roku a byl se ze mne nejmladší léčený hráč v republice. Krádeže zlata po rodině a všeho co se dalo zpeněžit, byla jasná věc, konče podmínkou u soudu jako nezletilý, a to vše, během těchto pouhých dvou let.

Z osmé třídy jsem se dostal na hotelovou školu s maturitou. Po prvním pololetí, mi rodiče po domluvě s doc. Liborem Chvílou, který byl primářem na oddělení pro závislosti v Opavě, přerušili studium, a já jel na první léčení z hazardu. Problém byl v tom, že to byl rok 1994 a ještě nebylo oddělení jen pro gemblery, a už vůbec ne pro závislé. Tak mě šoupli na stanici 8, kde se léčili drogově závislí. Si dovedete představit, co to pro mne v době, kdy jsem zrovna expandoval ve všech mých špatnostech a narazil jsem na lidi, kteří se bavili o nějakém perníku, ba i aplikovali drogu do těla přímo na oddělení i toulén, dělalo. Řekl jsem si, co je to, musím to mít! To musím vyzkoušet! A vlastně koloběh a role, do které jsem se zamotával, nemělo konce. Stručně, škol a pokusů mé matky vše zvrátit bylo šest, a ani jedná, nebyla déle, nežli půl roku a léčeb ohledně závislosti, jak už na hazard nebo drogy nebo alkohol nebo různých druhů farmaka, bylo kolem třinácti příjmů v PL Opava a dva v Bílé Vodě. Ten druhý byl úspěšný, pátým rokem jsem čistý a abstinuji. Celkově jsem měl větší boj uvnitř sebe, nežli s jakoukoliv závislostí. Už jen když jsem byl v pořádku a čistý, vše se dařilo, výuční list jsem si dodělal a končil s vyznamenáním, tak pořád jsem si nebyl jistý, jestli obstojím dál v životě. Jako příklad uvedu tento: Vyučil jsem se kuchařem a již na škole jsem vyhrával mezinárodní soutěže ve vaření, ale jakmile jsem nastoupil do zaměstnání a měl si pamatovat recepty, tak jsem pořád zmatkoval, že si je nebudu moct zapamatovat, a že jich bylo mraky. Sráželo to vše ve mně, že nebudu dost dobrý. Kuchař, který si musí pokaždé, čist, jak se vaří zelí, není kuchař. Vařil jsem velmi dobře i dochutit se mi dařilo, ale dokud jsem neuslyšel, že moje

porucha je dnes běžná, a že někdo dokázal popsat, co znám, a co jsem si myslel, že prožívám jen já, tak vše bylo marné, a já raději popíjel a díky alkoholu, nemusel se soustředit na to, co se děje uvnitř mě. Od té doby, co mi má žena poradila si promluvit o tom s psychiatrem, tak se cítím hrozně moc pochopený a dokážu přijímat sám sebe se vším všudy. Je to veliká úleva vědět, že problém, který nikdo neviděl, je na světě. Hned první den, kdy jsem podstoupil test na diagnostiku, jsem začal pociťovat úlevu a začal se taky dívat na překážky jinak. Prostě už se nestydím a neskrývám, to že nečtu knížky. Mám poruchu pozornosti prostě a nedokážu se soustředit a hned je mi líp, nežli hledat důvod proč a z jakého důvodu mě to nikdy nebavilo a nešlo. Taky si vzpomínám, jak některá pani učitelka na základní škole poradila mamce, ať se mnou zajdou rodiče na psychologické vyšetření, ale co vám budu povídat. Byla jiná doba a babička, matka mého otce, který má evidentně shodou okolností stejný problém s ADHD jako já, řekla mým rodičům, ať v žádném případě nikam se mnou nechodí, že ještě ze mne udělají psychicky narušené dítě. A tím, to moje vyšetření v dětství bylo u konce. Paradoxně mi mohlo, to vyšetření pomoci odhalit poruchu s pozorností už v dětství a ty promarněné roky s různou závislostí, vůbec nemusely být.

Musím ještě na závěr dodat, že díky léku Strattera, který mi pani doktorka napsala, jsem pocítil změnu, dá se říct, okamžitě. Ihned jsem měl více prostoru na vyhodnocení různých situací, jak v mé impulzivitě, tak prostor na více řešení, které ta daná situace vyžaduje, a která podle mého názoru je správná. Mám ten luxus spoustu věcí vidět, které kolem mě projdou, a se mnou to ani nehne, ba naopak hned vím a zkoumám, že kdysi bych skočil na háček jak ryba na jakoukoliv návnadu. Dnes je to tak, že si mohu vybrat, zda řeknu to či ono. Během minulých měsíců jsem začal brát lék Prestarium Neo na vysoký tlak a nevím, jestli je to tím lékem v kombinaci s lékem na hyperaktivitu, ale vnímám, že ustoupila i ta vnitřní agresivita, která občas měla tendenci vyjít na povrch. Jsem teprve na začátku a budu určitě mířit k terapii a k většímu pochopení svého problému. Ale s jistotou můžu říct, že kdybych to věděl já a mé okolí už od dětství, předešel bych určitě mnoha svým problémům, na které nejsem dodnes hrdý a daleko dříve bych přijal sám sebe, jak tomu je dnes.

5.7. Závěry šetření

5.7.1. Vyhodnocení šetření

Ze šetření vyplynulo, že každý z oslovených respondentů, aniž by se spolu znali a následky onemocnění tedy nemohli navzájem sdílet, zasáhlo onemocnění jejich životy podobným způsobem. I když každý z nich vyrůstal v jiném prostředí, v jiné době a za jiných podmínek, syndrom ADHD/ADD zasáhl jejich nejcitlivější oblast a to psychiku, a s tím i zkreslený negativní pohled na sebe samého, s čím souvisí i ztracení důvěry v sebe samého.

Michal bojuje s pocitem méněcennosti od 7 let. V té době byl kvůli nezvládnutí první třídy na základní škole, a po domluvě s ředitelem ZŠ a maminkou dítěte, přerazen na zvláštní školu. Důsledky tohoto činu, pro něj měly fatální následky. Díky nerozpoznání specifické poruchy učení – dyslexie a dysortografie, byl zařazen do školy, které převážně vzdělávala děti s lehkým mentálním postižením. Na jeho pocitu méněcennosti se to začalo projevovat čím dál více a již v dospívání začal mít problémy s užíváním alkoholu, který následně přešel v užívání drog. Celý jeho dosavadní život neustále střídá období, kdy užívá drogy s obdobím, kdy se snaží abstinovat. Před rokem mu byla diagnostikována porucha pozornosti s hyperaktivitou – ADHD. Dle jeho slov s diagnózou přišla neskutečná úleva. Konečně ví, že není blázen a hloupý. To že neusedí, není jeho vina. Vše má na svědomí ADHD. Účinek léku, který začal užívat, prakticky zabral okamžitě. Věřící, že špatné životní období za sebou a s nadějí vyhlíží budoucnost.

Pro Evu bylo rovněž těžké období na základní škole, které kvůli nerozpoznání specifické poruchy učení – dyslexie a poruchy pozornosti, musela trpět posměchy z řad spolužáků. Toto období mělo negativní vliv na vnímání sebe samé. I když uvnitř sebe věděla, že není hloupá, pod tíhou nárazů ze strany učitelů podlehla názoru, že je líná a hloupá. Což mělo za následek „nastartování se“ a v dospívání to vedlo k vynikajícím školním výsledkům, ale opravdová změna v životě Evy nastala, až stanovením diagnózy poruchy pozornosti bez hyperaktivity.

Pavel je z respondentů o generaci starší oproti ostatním respondentům, a tím i doba, ve které vyrůstal, se podstatně lišila od doby, ve které vyrůstali ostatní tři dotazovaní. I Pavel měl

ve škole problémy, ale spíš výchovného charakteru. Nedokázal chvíli sedět v klidu. Neustále měl nutkání pořád někomu skákat do řečí, ve škole byl kárán za vyrušování a pobíhání během vyučování. Dětství měl zkrácené pod tíhou přebrané zodpovědnosti za svou mladší sestru, o kterou se musel prakticky celý den starat. Maminka byla celé dny v práci. Pavel se sestrou vyrůstali bez otce. Roli „třídního buřiče“ přijal a i když ho jeho hyperaktivita často předháněla a se sebou přinášela mnoho problému, přijal ji jako součást sebe. Jeho život radikálně změnila nehoda v práci. Nastalo poměrně dlouhé období života, ve kterém se potýkal s alkoholismem. Po pobytu v psychiatrické léčebně abstinuje bezmála dvacet let, a díky přivlastněnému systému plánování a struktury, se jeho život daří vést v normě. Přesto po zaznění diagnózy ADHD v 60 letech přišla dle jeho slov úleva. Pochopil, že za své skákání lidem do řečí, pocit neustálého spěchu a být vždy o krok napřed před ostatními, není jeho charakterový rys, ale fakt, který vychází podstaty onemocnění.

Dle Jirkova vnímání bylo stěžejní období mezi třetí a pátou třídou základní školy, kdy si začal uvědomovat, pod tíhou neustálých výtek učitelů na adresu jeho chování a prospěchu, rozdílnost svého jednání se svými spolužáky. Nepochopení z řad učitelů a rodičů mělo za následek rebélii, která hluboce ovlivnila Michalovou budoucnost negativním směrem. Spoustu let se potýkal s nepochopením a nepřijetím okolí, což se sebou přineslo patologické chování v podobě alkoholismu, užívání drog, gamblingu, zneužívání léků. V dospělosti mu byl diagnostikován syndrom ADHD. Od tohoto momentu začal proces uzdravování, který sebou nese postupné odstraňování za léta nashromážděných křivd.

Všechny výsledky šetření mají obrovskou váhu nejen pro širokou veřejnost, odborníky z řad lékařů, psychologů, pedagogů, ale i pro samotné dotazované, kteří se dozvěděli, že i jiní mohou toto onemocnění prožívat stejným nebo podobným způsobem jako oni sami.

Výsledky šetření naplňuje stanovený cíl praktické části diplomové práce. U všech čtyř respondentů je zřejmé, že už jen samotné stanovení diagnózy mělo nesmírný terapeutický účinek. Rázem léty nepochopení, nahradilo logické vysvětlení příčin jejich nesnází a životních karambolů. Součástí tohoto zjištění byla i změna pohledu na sebe samého.

ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se snažila poukázat nejen na aspekt samotné diagnózy syndromu ADHD/ADD, ale také na vnímání sama sebe a prožitky respondentů, pro které se popisovaná teorie stala skutečností

V teoretické části diplomové práce jsou podrobněji popsány příčiny, příznaky i důsledky tohoto onemocnění.

Praktická část popisuje formou narativního interview životy respondentů s diagnostikovanou poruchou pozornosti v dospělosti.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda určení diagnózy ADHD/ADD v dospělosti u těchto čtyř respondentů, mělo vliv na změnu vnímání sebe samého a zda mohla samotná diagnóza působit jako léčba. Samozřejmě je přirozené, že v důsledku životních změn může nastat i změna v postoji sama sebe.

Cíl stanovený v diplomové práci se podařilo naplnit. Pro narativní interview byli osloveni 3 muži a jedna žena. Právě samotní dotazovaní jedinci se často ukazují jako jeden z nejspolehlivějších zdrojů pro správné určení diagnózy, kdy se postupuje metodou a tou je forma již zmiňovaného rozhovoru.

Velkou pomocí jsou samozřejmě již existující materiály a manuály, popisující nemoci a průběh různých duševních onemocnění.

Respondenti potvrzují, že nediagnostikované onemocnění ADHD/ADD, o kterém neměli informace, radikálním způsobem zasáhlo jejich vývoj a psychiku. Výpovědi oslovených respondentů, u kterých byl syndrom ADHD/ADD diagnostikován až v dospělosti, potvrzují, že příznaky a průběh tohoto onemocnění je ovlivňovali již od dětství, v jejich chování, učení i přístupu k životu.

Toto onemocnění má dalekosáhlý dopad nejenom na život samotných osob, u kterých je diagnostikované, ale také na jejich nejbližší okolí. Potvrzuje se, že pozornost musíme věnovat i tomu, že nejbližší rodinní příslušníci jedinců s ADHD/ADD taky potřebují psychologické poradenství zaměřené na problémy soužití a rodinného života.

I přes to, že účastníci narativního interview, pocházejí z různých prostředí a navzájem se neznají, jejich odpovědi, pocity a průběh tohoto onemocnění se v mnoha aspektech shodují.

Nezávisle na sobě konstatují, že jasné stanovení diagnózy zahájilo proces uzdravování a pozitivních změn. Odborná pomoc terapeutů, správný postoj rodiny a širšího okolí i volba

správné medikace může přinést zkvalitnění života lidí, u kterých bylo ADHD/ADD v dospělosti diagnostikováno.

Na základě všech dostupných informací z odborných teoretických zdrojů a také po přečtení výpovědí z interview je možné konstatovat, že k diagnóze ADD/ADHD u dospělých lze dojít, i když cesty jsou často velmi složité.

Osobní pohledy a zkušenosti respondentů plně potvrzují pravdivost dosažených vědeckých poznatků a výzkumů syndromu ADHD/ADD, provedených v České republice i v zahraničí.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ:

1. ADLER, L.. *Scattered Minds : Hope And Help for Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. New York: A Peeridge Book, 2006. ISBN 0-399-15361-6
2. BENEŠ, Milan. *Andragogika*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2014. 176 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-4824-5.
3. CLOUD, Henry. *Změna přináší uzdravení: jak pochopit svou minulost a tím si zajistit zdravou budoucnost?*. Praha: Návrat domů, 2000. 256 s. ISBN 80-7255-014-4.
4. DRTÍLKOVÁ, Ivana et al. *Hyperkinetická porucha: ADHD*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2007. 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.
5. HALLOWELL, Edward M. a RATEY, John J. *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti: [poruchy pozornosti a hyperaktivita, rozpoznání, řešení, prevence]*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2007. 306 s. Trendy; sv. 6. ISBN 978-80-7255-154-5.
6. ELLIOTT, Julian a PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích: prevence, příčiny, terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2002. 206 s. Psyché. ISBN 80-247-0182-0.
7. JENETT, Wolfdieter. *ADHD - 100 tipů pro rodiče a učitele*. 1. vyd. Brno: Edika, 2013. 191 s. Rádce pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0158-6.
8. KOHOUTEK, Rudolf. *Poznávání a utváření osobnosti*. Brno: CERM, 2001. 275 s. ISBN 80-7204-200-9.
9. KOHOUTEK, Rudolf. *Základy sociální psychologie*. Brno: Cerm, 1998. 181 s. ISBN 80-7204-064-2.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej - naslouchám*. Vyd. 2. (přeprac.), V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. 135 s. Malý duchovní život; sv. 113. ISBN 978-80-7195-405-7.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *O šťastné rodině*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2014. 94 s. Autor - téma; sv. 40. ISBN 978-80-7195-762-1.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pastorální péče*. Praha: Oliva, 2000. 177 s. Studijní texty Evangelikálního teologického semináře v Praze; sv. 4. ISBN 80-85942-42-9.
13. MATĚJČEK, Zdeněk. *Co děti nejvíc potřebují*. Vyd. 7. Praha: Portál, 2015. 108 s. ISBN 978-80-262-0853-2.
14. MATĚJČEK, Zdeněk. *Po dobrém, nebo po zlém?*. Vyd. 8. Praha: Portál, 2015. 124 s. ISBN 978-80-262-0852-5.

15. MATĚJČEK, Zdeněk a KLÉGROVÁ, Jarmila. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Vyd. 2., aktualiz. a upr., V Portálu 1. Praha: Portál, 2011. 342 s. ISBN 978-80-262-0000-0.
16. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006. 332 s. Psyché. ISBN 80-247-1362-4.
17. MUNDEN, Alison a ARCELUS, Jon. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita: přehled současných poznatků a přístupů pro rodiče a odborníky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 119 s. ISBN 80-7178-625-X.
18. PACLT, Ivo a kol. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 234 s. Psyché. ISBN 978-80-247-1426-4.
19. PELLETIER, Emmanuelle. *Porucha pozornosti bez hyperaktivity: pomoc rodičům a učitelům*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 115 s. ISBN 978-80-262-0599-9.
20. PRAŠKO, Ján a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007. 1063 s. ISBN 978-80-7254-865-1.
21. RABOCH, Jiří, ed. et al. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. První české vydání. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. liv, 1032 stran. ISBN 978-80-86471-52-5.
22. RABOCH, Jiří et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. vii, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.
23. ŠERÁK, Michal. *Zájmové vzdělávání dospělých*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 207 s. ISBN 978-80-7367-551-6.
24. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.
25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy obecné psychologie*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2007. 91 s. ISBN 978-80-7372-283-8.
26. ZELINKOVÁ, Olga. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál, 2015. 263 s. ISBN 978-80-262-0875-4.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Lenka Mencnerová
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Poruchy pozornosti u dospělých
Název v angličtině:	Attention deficit disorders in adults
Anotace práce:	V úvodní kapitole teoretické části je charakterizován a definován pojem pozornost. V následujících kapitolách seznamuje s příčinami, příznaky, historií a diagnostikou ADHD/ADD a popisuje fenomén dospělosti se všemi jeho nároky na každého jedince. V závěru se teoretická část zaměřuje na současné formy léčby ADHD/ADD. Praktická část nabízí náhled do životů třech mužů a jedné ženy s diagnostikovanou poruchou pozornosti v dospělosti (ADHD/ADD) z jejich úhlu pohledu. Část je zpracována metodou narativního interview. Cílem diplomové práce je zjistit, zda určení diagnózy v dospělosti u těchto čtyř respondentů, má vliv na změnu vnímání sebe samého a zda může samotná diagnóza působit jako léčba.
Klíčová slova:	Pozornost, diagnostika, ADHD/ADD, narativní interview, dospělost, terapie, individuální vnímání.
Anotace v angličtině:	The introduction to the theoretical part characterises and defines the term Attention. The next chapters introduce the causes, symptoms, history and diagnostics of Attention Deficit Disorders ADHD/ADD. They also describe the phenomenon of adults with ADHD/ADD and the demands that places on each individual. The conclusion of the theoretical part highlights contemporary forms of ADHD/ADD therapy. The practical part offers a look at the lives of three men and one woman, diagnosed with Attention Deficit Disorder (ADHD/ADD), from their points of view. This part was done using the narrative interview method. The aim of the Dissertation is to find out if the determination of the diagnosis in adulthood, in the case of these four respondents, can influence a change in their perception of themselves and if the diagnosis itself can function as a therapy.

Klíčová slova v angličtině:	Attention, diagnostic, ADHD/ADD, narrative interview method, adulthood, therapy, individual point of view.
Přílohy vázané v práci:	1 x CD ROM
Rozsah práce:	67 stran, 140 126 znaků
Jazyk práce:	český