

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SEBEPOJETÍ U DOSPĚLÝCH S ADHD



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Mgr. Marek Balun**
Vedoucí práce: **doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.**

Olomouc

2023

Na tomto místě bych chtěl poděkovat vedoucímu své bakalářské práce doc. Radkovi Obereignerů za konzultace a odborné vedení. Velké poděkování také patří Ingrid a Zdislavě Šviderové za korekturu a zpětnou vazbu a respondentům za účast na výzkumu.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Sebepojetí u dospělých s ADHD“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedl jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2023

Podpis

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD	4
TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 ADHD	7
1.1 Vymezení ADHD.....	9
1.2 Diagnostika ADHD.....	17
1.3 Terapie ADHD	20
1.4 Specifika ADHD v dospělosti	25
1.5 Sebepojetí.....	28
1.6 ADHD, osobnost a sebepojetí	29
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	31
2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	32
3 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY	33
3.1 Interpretativní fenomenologická analýza.....	33
3.2 Polostrukturované interview	35
4 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	37
4.1 Výzkumný soubor	37
4.2 Výběr respondentů	38
4.3 Etické otázky výzkumu	39
4.4 Průběh rozhovorů	39
4.5 Použité diagnostické nástroje.....	40
5 PRÁCE S DATY.....	42
5.1 Použitý software	42
5.2 Zpracování dat.....	43
6 VÝSLEDKY	45
6.1 Pavel	45
6.2 Klára	51
6.3 Martina.....	60
6.4 Vlastní reflexe tématu	67
7 DISKUSE	69
8 ZÁVĚR.....	77
9 SOUHRN	78
LITERATURA.....	80
PŘÍLOHY.....	2

ÚVOD

O ADHD u dospělých se mluví v poslední době stále více. Téma je diskutováno v odborných kruzích, vycházejí odborné články a studie, v rozhlasových pořadech a podcastech se objevují popularizační rozhovory s odborníky. Ale pozadu nezůstávají ani sami dospělí s ADHD – začínají tento problém tematizovat a vnášet jej do veřejné diskuse. Mnoho slavných osobností v médiích veřejně přiznalo, že mají ADHD a snaží se šířit osvětu. Na sociálních sítích vznikají tematicky zaměřené skupiny a objevují se kanály na YouTube např. dnes už docela populární „*How To ADHD*“. Díky nárůstu povědomí a dostupnosti informací se mnoho lidí v této diagnóze poznalo a konečně našlo pojmenování pro své celoživotní problémy.

Bohužel lékařů, kteří se na ADHD specializují, či jsou vůbec dospělé pacienty s podezřením na ADHD ochotní přijmout a léčit, je u nás stále málo a ani zdaleka nepokrývají poptávku. Důvodem je, že donedávna se předpokládalo, že jde pouze o dětskou poruchu, která maturací sama vymizí. Slovo donedávna by mohlo být v uvozovkách, protože ve Spojených státech se o fenoménu ADHD v dospělosti psalo už před 30 lety. Navzdory tomu tato oblast stále není moc prozkoumaná. Studie zabývající se ADHD se většinou prováděly na dětech nebo maximálně na adolescentech. Na dospělé populaci jich bylo uděláno nesrovnatelně méně a byly prováděny i na mnohem menších výzkumných souborech. Z toho plyne, že fenomén ADHD v dospělosti stále nabízí mnoho prostoru ke zkoumání.

Téma dospělých s ADHD je mi osobně blízké, mimo jiné také proto, že jsem tuto diagnózu v dětském věku sám obdržel (tehdy ještě jako LMD) a jak by se dalo očekávat, nikam za ty roky nezmizela, mám ji stále a s různými jejími projevy se potýkám celý život. Jelikož jsem nikdy nevlastnil mozek bez ADHD, nevím jak takový mozek funguje. Nevím tedy kde končí běžné charakterové rysy a začínají symptomy poruchy a obráceně. Nakolik je vlastně osobnost člověka s ADHD definována či spoluutvářena touto poruchou? A lze ji vůbec od jeho osobnosti oddělit? Byl by to stále on? Myslím že, mnoho lidí s ADHD si bude klást podobné otázky. Bude pro ně asi těžké posoudit, co je ještě „v normě“ a měli by za to převzít odpovědnost a co je již patologie u které by si mohli s úlevou říct „to dělá ta porucha, za to přece nemůžu“ a dál se neobviňovat. Myslím, že se pravděpodobně dostanou do jedné z extrémních poloh, buď odmítnou odpovědnost za vše, anebo se

naopak budou za vše obviňovat. Celoživotní zkušenost s touto poruchou bude tedy určitě nějak formovat to jakým způsobem na sebe její „majitelé“ pohlížejí, jak se vnímají a prožívají.

V předkládané práci bych se tedy chtěl zaměřit na sebepojetí dospělých s ADHD a na to jak se utvářelo v kontextu různých životních událostí a milníků, jako je školní docházka, studium, volba povolání, zaměstnání, sociální a partnerské vztahy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ADHD

Zkratka ADHD znamená *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Do češtiny se překládá jako Porucha pozornosti s hyperaktivitou. Jedná se neurovývojovou poruchu – je tedy vrozená, nelze ji získat v průběhu života. Ačkoli je definována na základě symptomatiky, u postižených jedinců bychom našli odchylky ve stavbě mozku, v jeho fungování a dostali bychom u nich i odlišný encefalogram (Hoogman et al., 2017). Typickými projevy ADHD jsou, jak vyplývá z názvu nepozornost, hyperaktivita a také impulzivní jednání. Tyto projevy jsou většinou pro okolí rušivé, těžko akceptovatelné a nezhřídkavě narážejí na nepochopení a odsuzování. Jsou často spíše považovány za charakterové vady, nevychovanost a nedostatek sebekontroly. Samotná diagnóza ADHD je často veřejností považována za „vymyšlenou pseudodiagnózu pro zlobivá a nevychovaná děcka“, která je má jen omlouvat („co bychom měli léčit rákoskou, léčíme prášky“) (Saul, 2014). Pacienti s ADHD, kteří se celý život setkávají s nepochopením a odsuzováním svého chování, mají obvykle nízké sebevědomí a sebehodnotu, což je živná půda pro rozvoj dalších psychických problémů, jako třeba deprese, úzkosti nebo nějaký druh závislostního chování. Reaktivně se u nich může rozvinout i porucha opozičního vzdoru nebo porucha chování která může v dospělosti přerůst až do disociální (antisociální) poruchy osobnosti.

ADHD bývá nejčastěji diagnostikována v předškolním věku nebo u školáků. Uvnitř instituce (škola, školka) kde jsou děti v kolektivu vrstevníků a musí se podřizovat zdejšími pravidly a plnit zadané úkoly se obvykle naplno projeví příznaky poruchy. Zdaleka ne všichni pacienti jsou v dětském věku správně diagnostikováni. V případě, že převažuje spíše nepozornost nad hyperaktivitou, porucha častěji není rozpoznána („kdyby se víc snažil...“), ale ani v případě hyperaktivity nemusí dítě získat dítě správnou diagnózu. Tyto pacienty během dospívání nebo až v dospělosti dovede do ordinace psychologa či psychiatra obvykle nějaký sekundární problém který se na neléčené ADHD nabíjí.

Ještě donedávna panovalo přesvědčení, že ADHD je nemocí dětského věku a během dospívání její projevy samy vymizí. To se dle posledních výzkumů a zkušeností

lékařů a také samotných pacientů nepotvrzuje. ADHD přetrvává až u poloviny pacientů do dospělosti a stává se z ní celoživotní problém. Obvykle se ale s dospíváním proměňují projevy nemoci – vnější neklid a hyperaktivita se transformuje do vnitřního neklidu a napětí, případně má nějaké subtilnější a společensky přijatelnější formy jako podupávání nohou, pohrávání si drobnými předměty atd. Dospělý pacient je již schopen si uvědomit nevhodnost svého chování a je schopný ho do značné míry korigovat, to ale neznamená, že mu ADHD nečiní v životě nejrůznější obtíže. Často se potýká s nízkým sebevědomím, které je důsledkem řady předchozích neúspěchů a kritiky okolí, má narušené sociální vztahy, partnerské vztahy, problémy v zaměstnání, nezřídka se jedná o „*job hoppera*“ (stejně jako byl předtím „*school hopper*“), kvůli tomu má i nižší socioekonomický status. Má statisticky významně větší pravděpodobnost, že spadne do závislosti na alkoholu či jiné návykové látce, spáchá trestný čin, bude se věnovat rizikovému sexuálnímu chování nebo způsobí dopravní nehodu (Watters et al., 2017). Na rozdíl od hyperaktivity, která s věkem ustupuje, impulzivita zůstává zpravidla na stejné úrovni, takže jedinec často jedná impulzivně a dělá zbrklá rozhodnutí a to i v důležitých životních otázkách. Výsledkem je často člověk neukotvený v životě, který se zmítá jako ona bárka na rozbouřeném moři. Z vnějšího pohledu typický „*loser*“ a „*tragéd*“ málokdo by za tím hledal nějakou diagnózu.

Navzdory tomu ale existuje skupina lidí s ADHD (a nejspíš jich není zas tak málo), kteří jsou v životě naopak úspěšní, mají vysoký sociální a ekonomický status a jsou to často velmi výrazné osobnosti. Mnoho z nich dosáhlo absolutní špičky v různých oborech lidské činnosti – ve sportu, v umění, ve vědě, v politice atd. Patří mezi ně např. olympionik Michael Phelps, herečka Emma Watson nebo muzikant Dave Grohl (ADDitude, 2023). Spekuluje se také, že tuto diagnózu mohli mít Albert Einstein, Wolfgang A. Mozart, Isaac Newton, Leonardo da Vinci nebo Winston Churchill a mnoho dalších (MENTALUP, 2021). Je otázka, jestli svého úspěchu dosáhli díky ADHD nebo ADHD navzdory? Hyperaktivita by nemusela být jen zdrojem problémů, ale mohla by být zřejmě i silným hnacím motorem, který jedinci pomáhá dosahovat vytyčených cílů. Díky tomuto zajímavému paradoxu se objevují spekulace, jestli se opravdu jedná o diagnózu nebo jen o jiný způsob fungování mozku. V poslední době se také objevuje koncept neurodivergence (původně se vztahoval jen na PAS), jež se snaží na lidi s autismem a ADHD nahlížet z této perspektivy (Holá, 2022).

Následující text o ADHD v dospělosti je rozdělen na rešeršní a výzkumnou část. V rešerši se nejdříve pokusíme vymezit diagnostickou jednotku ADHD, jak na ni pohlížejí

jednotlivé klasifikační systémy a jaká mají diagnostická kritéria, dále pak nástroje, které jsou k diagnostice užívány, možnosti léčby a nakonec se zaměříme na specifika této poruchy u dospělých pacientů. Ve výzkumné části pak předkládáme vlastní kvalitativní výzkum mezi dospělými pacienty s ADHD, který byl realizován na vzorku tří respondentů.

1.1 Vymezení ADHD

Diagnostická jednotka ADHD má poměrně dlouhou historii. Pohled na ni se postupem času měnil a vyvíjel, stejně jako se vyvíjel i její název. Od počátečního akcentu na neurologické pozadí diagnózy se postupně přešlo k důrazu na symptomatiku.

Samotný pojem ADHD se poprvé objevuje v DSM-III, jež byla publikovaná v roce 1980, ale porucha byla pod různými názvy známá již mnohem dříve. Od 19. století různí lékaři popisovali klinické projevy hyperaktivity u dětí. Známa je například práce německého lékaře Heinricha Hoffmana (1809–1894) *Neposedný Filip*, v níž malý chlapec vykazující hyperaktivní projevy zlobí svoje rodiče u společného jídla. Autor upozorňuje že tohle chování je dlouhodobé a běžné výchovné prostředky neúčinkují. Britský pediatr George Still (1868–1941) toto později popsal jako „defekt morální kontroly“ – Still zde slučuje ADHD s disociační poruchou (Ptáček et al., 2020).

Po druhé světové válce se objevuje diagnostická jednotka Minimální mozkové poškození (*minimal brain damage – MBD*), která hledá příčinu v organickém poškození mozku nebo v jeho nezralosti. V roce 1962 Oxfordská mezinárodní studijní skupina dětské neurologie navrhla používat termín Lehká mozková dysfunkce (LMD), v angličtině *minimal brain dysfunction*. Tato diagnostická kategorie byla určena pro děti s pestrá organickou symptomatikou, která nenarušovala jejich intelekt – odlišila tedy děti s mentální retardací. Zároveň také definovala tři hlavní symptomy – nepozornost, hyperaktivitu a impulzivitu (Clements, 1966).

V roce 1968 vychází DSM-II ve kterém je definována jednotka Hyperkinetická reakce v dětství případně Hyperkinetická reakce v adolescenci. Tato jednotka není určena pro děti, u nichž se symptomy rozvinuly jako důsledek organického poškození, vylučuje tedy organickou etiologii a přesouvá důraz na symptomatiku (American Psychiatric Association, 1968; Ptáček et al., 2020).

V roce 1980 vychází DSM-III ve které je poprvé definována ADHD – tehdy ještě pod trochu odlišnými zkratkami pro tři rozdílné kategorie – ADDH (*attention deficit*

disorder with hyperactivity) u které jsou přítomny všechny tři hlavní symptomy, ADD (*attention deficit disorder without hyperactivity*), kde převažuje nepozornost a impulzivita a ADD-RT (*attention deficit disorder, residual type*) pro reziduální příznaky (American Psychiatric Association, 1980). V roce 1987 vyšla revidovaná verze DSM-III-R ve které byly všechny tři kategorie sjednoceny do jediné jednotky ADHD (American Psychiatric Association, 1987). V DSM-IV byly definovány tři subtypy – převážně nepozorný, převážně impulsivní a kombinovaný (American Psychiatric Association, 1994). DSM-5 pak nově umožňuje přiznat tuto diagnózu i dospělým a přechází tak ke konceptu celoživotní pervazivní poruchy (Raboch et al., 2015).

1.1.1 DSM-5

Diagnostický a statistický manuál připravuje APA (*American Psychiatric Association*), jedná se o klasifikační systém duševních nemocí používaný ve Spojených státech (Raboch et al., 2015). V ČR není tento systém standardizován – nelze vykazovat pojišťovně diagnózy stanovené na základě DSM.

DSM ale přesto uvádíme na prvním místě z více důvodů. Tím nejpodstatnějším je fakt, že DSM na rozdíl od aktuálně platné MKN-10 má definovanou diagnostickou jednotku ADHD. MKN-10 má podobnou jednotku s názvem Hyperkinetické poruchy (F90) (ÚZIS ČR, 2022). Přestože jednotky z obou systémů popisují de facto stejnou poruchu mají trochu odlišná diagnostická kritéria. Pojetí ADHD je širší a umožňuje reálně přiznat tuto diagnózu širšímu spektru pacientů. Navíc nově od páté revize DSM je možné stanovit diagnózu ADHD i u dospělých (Raboch et al., 2015). Diagnóza ADHD je rovněž mnohem více v povědomí laické veřejnosti a nakonec i odborná veřejnost ji už nějakou dobu upřednostňuje. Ve veřejném diskurzu se setkáme prakticky jen s ADHD, o Hyperkinetické poruše se moc nemluví/nepíše. V neposlední řadě i MKN-11 nově jednotku ADHD přebírá a nahrazuje jí zastaralé pojetí Hyperkinetické poruchy (World Health Organization, 2019).

Diagnostická kritéria

Dva hlavní diagnostické znaky, jak už vyplývá z názvu, jsou nepozornost a hyperaktivita s impulzivitou. Musí přetrvávat alespoň šest měsíců, neodpovídají vývojové úrovni jedince a nejsou projevem opozičního vzdoru ani lépe vysvětlitelné pomocí jiných diagnostických jednotek. Zároveň negativně zasahují do různých oblastí života – školní/studijní, pracovní, sociální vztahy atd. (Raboch et al., 2015).

Pro diagnostiku nepozornosti musí být přítomno alespoň šest z následujících obtíží (u starších 17 let postačuje pět příznaků):

- Nevěnuje plnou pozornost detailům a dělá chyby z nepozornosti
- Nedokáže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hře
- Často se zdá že neposlouchá, co se mu říká
- Často nesleduje instrukce a selhává v dokončení úlohy nebo práce
- Často má problémy s organizováním úkolů a aktivit
- Často se vyhýbá úkolům vyžadujícím trvalé duševní úsilí, nemá je rád a nechťejí se mu dělat

Pro diagnostiku hyperaktivity a impulzivity musí být přítomno alespoň šest z následujících příznaků (u starších 17 let postačuje pět příznaků):

- Často se neklidně pohybuje nebo poklepává nohama nebo rukama
- Často odchází z místa a to i v situacích kdy by měl sedět
- Často pobíhá nebo není schopen sedět klidně, i v situacích kdy to není vhodné
- Často si nedokáže klidně hrát nebo se zapojovat do volnočasových aktivit
- Je neustále v pohybu, nedokáže se zastavit
- Často nadměrně mluví
- Často odpovídá na otázku dříve, než byla dokončena
- Neumí počkat až na něj přijde řada
- Často přerušuje nebo vyrušuje ostatní

Podtypy ADHD dle DSM-5

Dle toho, jestli převažují příznaky z oblasti nepozornost nebo hyperaktivita můžeme ADHD rozdělit na tři podtypy (Raboch et al., 2015).

- Porucha s převahou nepozornosti
- Porucha s převahou hyperaktivity
- Kombinovaný typ

Dle stupně závažnosti dělí DSM-5 ADHD na (Ptáček & Ptáčková, 2019):

- Mírnou – jen několik symptomů, které způsobují jen mírné narušení běžného fungování
- Střední – postižení mezi stupni mírný a těžký

- Závažnou – mnoho příznaků, které výrazně narušují normální fungování jedince v různých oblastech života (práce, škola, sociální vztahy atd.)
- V částečné remisi – ustoupí-li některé příznaky, které předtím prokazatelně přetrvávaly

1.1.2 MKN-10 (ICD-10)

10. revize mezinárodní klasifikace nemocí (*International Classification of Diseases 10th Revision*) používaná aktuálně v ČR diagnózu ADHD nezná. Používá ekvivalentní jednotku Hyperkinetická porucha, která má v MKN označení F90. Kategorie F90, spadá pod Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání. V pojetí MKN-10 se jedná o víceméně dětskou poruchu u které se předpokládá, že dozráváním mozku postupně sama vymizí (ÚZIS ČR, 2022). Dospělým tedy není možné tuto diagnózu přiznat.

Pro tuto jednotku je charakteristický nástup v prvních pěti letech života. Vyznačuje se nedostatečnou vytrvalostí, obzvláště v situacích náročných na poznávací schopnosti, přebíháním mezi činnostmi, nedokončováním věcí a desorganizovanou a nadměrnou aktivitou. Hyperaktivní děti mají problém s kázní a dodržováním pravidel, často se vůči dospělým chovají desinhibovaně a chybí jim odstup. Mají zároveň problém mezi svými vrstevníky – obvykle nejsou v kolektivu oblíbené. Kognitivní, motorické a sociální schopnosti bývají často narušené a je pro ně charakteristický nerovnoměrný vývoj (ÚZIS ČR, 2022).

Diagnostická kritéria

Pro diagnostikování nepozornosti musí přetrvávat nejméně šest z následujících symptomů po dobu nejméně šesti měsíců, v takové míře že závažně narušuje přizpůsobení a běžné fungování dítěte (Paclt, 2007; Ptáček & Ptáčková, 2019):

- Obtížně koncentruje pozornost, dělá chyby z nepozornosti ve škole i mimo ni
- Dělá mu problém udržet pozornost při plnění úkolů
- Neposlouchá, co se mu říká
- Nepostupuje dle pokynů a nedokončuje zadanou práci
- Nedokáže si zorganizovat úkoly a činnosti
- Často se vyhýbá úkolům, které vyžadují jisté duševní úsilí
- Často ztrácí věci

- Je snadno vyrušitelný vnějšími podněty
- Je zapomnětlivý při běžných denních činnostech

Pro diagnostiku hyperaktivity je nutné splňovat alespoň tři z následujících příznaků po dobu nejméně šesti měsíců.

- Bezděčně pohybuje rukama nebo nohama
- Nevydrží sedět v situacích kdy se to očekává, např. ve vyučování
- Pobíhá nebo popochází v situacích kdy je to nevhodné
- Je nadměrně hlučný při hraní; má problém se chovat tiše při odpočinkových činnostech
- Trvale vykazuje nadměrnou motorickou aktivitu

Pro diagnostiku impulzivitu je nutné mít po dobu alespoň šesti měsíců alespoň jeden z následujících projevů:

- Často odpovídá dřív, než byla dokončena otázka
- Nevydrží čekat, až na něj přijde řada
- Přerušuje ostatní a skáče jim do řeči
- Nadměrně mluví

Podtypy ADHD dle MKN-10

Diagnostická jednotka Hyperkinetická porucha (F90) se dělí na (ÚZIS ČR, 2022):

- Poruchu aktivity a pozornosti (F90.0)
- Hyperkinetickou poruchu chování (F90.1) – jedná se o sdružení hyperkinetické poruchy s poruchou chování – tedy jakýsi předstupeň Disociální poruchy osobnosti

Pro úplnost do kategorie F90 spadají ještě:

- Jiná hyperkinetická porucha (F90.8)
- Hyperkinetická porucha nespecifikovaná (F90.9)

1.1.3 MKN-11 (ICD-11)

MKN-11 jež bude v dohledné době zavedena i v ČR opouští zastaralé pojetí Hyperkinetické poruchy a v souladu s DSM-5 zavádí jednotku *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (6A05). Zároveň je nově možné tuto diagnózu stanovit u dospělé

populace – přiklání se tedy k celoživotnímu pojetí této poruchy. ADHD je zde řazeno do skupiny neurovývojové poruchy (World Health Organization, 2019).

Diagnostická kritéria

Pro přidělení diagnózy je potřeba, aby projevy nepozornosti nebo hyperaktivity a impulsivity nebo jejich kombinace přetrvávaly nejméně šest měsíců a měly negativní dopad na různé oblasti života – studijní, pracovní nebo například oblast sociálních vztahů. Tyto projevy by měli výrazně vybočovat z normy chování očekávané v daném věku a nejsou lépe vysvětlitelné jinou duševní poruchou. Zároveň musí být tyto příznaky patrné již před dvanáctým rokem života, typicky již od raného dětství. Přestože je tedy možné diagnózu přiznat dospělému, je potřeba aby měl za sebou historii projevů specifických pro ADHD. Problémy, které se izolovaně objeví až v dospělosti mají zřejmě jiný původ (World Health Organization, 2019).

Nepozornost může být diagnostikována, pokud přetrvává několik symptomů, které mají přímý negativní dopad na různé oblasti života. Symptomy jsou seskupeny do následujících klastrů:

- Má potíže s udržení pozornosti u úkolů, které neposkytují dostatečnou stimulaci a odměnu nebo vyžadují velké vynaložené duševní úsilí; nepozornost k detailům; chyby z nepozornosti; nedokončování započatých úkolů
- Je snadno rozptýlitelný podněty, které nesouvisí s danou činností; často se zdá že neposlouchá, když na něj někdo mluví; denní snění
- Ztrácí věci; zapomnětlivost při běžných činnostech; potíže se zapamatováním úkolů; potíže s plánováním a organizováním úkolů např. ve škole

Nepozornost nemusí být patrná, pokud je jedinec zapojen do nějaké činnosti, která poskytuje okamžitou odměnu a intenzivní stimulaci nebo pro ni má velké osobní zaujetí.

Obdobně je na tom hyperaktivita a impulzivita – opět musí přetrvávat několik symptomů, které mají negativní dopad na různé oblasti. Jsou seskupeny do následujících klastrů (World Health Organization, 2019):

- Je nadměrně motoricky aktivní – nevydrží sedět a to i v situacích, kdy se to očekává, i když sedí je na něm patrný fyzický neklid (zvláště u dětí), u dospělých pak pocit vnitřního napětí, pocit nepohodlí když má setrvat v klidu a mlčet
- Potíže se tiše zapojit do činností

- Mluví, když není tázán, odpovídá dříve, než byla dopovězena otázka, komentuje různé činnosti, potíže s čekáním až na něj přijde řada a to v různých situacích – při rozhovoru, při hře atd., skáče ostatním do řeči
- Má tendenci následovat bezprostřední podněty bez uvažování a bez zvážení případného rizika a důsledků např. riskantní řízení automobilu

Na rozdíl od DSM-5 Mezinárodní klasifikace nemocí nestanovuje přesný počet příznaků, které se musí v každé oblasti vyskytovat, aby mohla být ADHD diagnostikována, stačí když mají projevy prokazatelně negativní dopad na život.

Podtypy ADHD dle MKN-11

Stejně jako DSM-5 poruchu dělí na tři podtypy dle toho, jestli převládá nepozornost nebo hyperaktivita a impulzivita či jejich kombinace na (World Health Organization, 2019):

- S převahou projevů nepozornosti (6A05.0)
- S převahou projevů hyperaktivity a impulzivity (6A05.1)
- Kombinovaný typ (6A05.2).

Dále má MKN-11 další dva podtypy pro případy které nelze klasifikovat do některé z předchozích kategorií:

- S dalšími specifickými projevy (6A05.Y)
- S nespecifikovanými projevy (6A05.Z)

1.1.4 Další projevy a obtíže spojené s ADHD

Ačkoli diagnostická kritéria seskupují symptomy ADHD do třech klastrů – porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, tak samotná ADHD i bez přidružených komorbidit má obvykle daleko širší spektrum projevů značně přesahující tyto tři shluky. Obvykle bývají více či méně narušeny další exekutivní funkce. ADHD je velice variabilní a těžko lze stanovit nějaký typický průběh. U různých pacientů může mít různou podobu a různou závažnost. Jejich symptomy a obtíže mohou být také velice variabilní (Ptáček & Ptáčková, 2019).

Emotivita

Další typicky narušenou oblastí je emotivita. Většina pacientů má problém regulovat své emoce. Mají problém zvládat hněv, frustraci, touhu, zklamání atd. Maté (2021) uvádí, že emoční reakce jsou nevyzrálé a neadekvátní věku. Reakce odpovídají dětskému věku, ale ne věku adolescentů a dospělých, kteří by již měli mít kontrolu nad svými emocemi.

Vnímání času

Vnímání času je další oblast, jež je pro pacienty s ADHD velice problematická. Většina z nich nemá o čase ponětí, nebo s ním nedokáže hospodařit. Na jedné straně jsou schopni celé hodiny prokrastinovat a na druhé straně chtějí během krátké doby zvládnout extrémně velké množství aktivit (Weissenberger et al., 2021).

Paměť

Typické je narušení krátkodobé paměti a schopnost v paměti udržet více věcí najednou. Mnoho pacientů neustále ztrácí a zapomíná různé věci, zapomínají na naplánované schůzky a úkoly co měli udělat atd. Mohou mít i problémy i s ukládáním informací do paměti (Kofler et al., 2010).

Vyjadřovací schopnosti

U dětí s ADHD se mohou objevit problémy s porozuměním nebo vyjadřováním, zejména s významem slov. Tento problém má zřejmě souvislost s oslabením verbální pracovní paměti díky impulzivitě. U ADHD bývají také typicky přidruženy specifické poruchy učení jako dyslexie (Hawkins et al., 2016).

Narušená motorika a koordinace

U jedinců s ADHD se mohou vyskytovat různé mimovolní pohyby např. končetinami. Tyto pohyby jsou špatně koordinované a jsou nepřiměřené situaci, často také společensky nevhodné. Děti s ADHD mívají také celkově narušenou motoriku nebo jsou opožděny v motorickém vývoji. Obtíže jim činní různé pohybové aktivity, které vyžadují koordinaci, např. spolupráci rukou. Zároveň je pro ně obtížné se učit nové pohyby (Mokobane et al., 2019).

Sociální oblast

Poměrně typický je i deficit v sociální oblasti. Většina pacientů má narušenou schopnost navazovat a udržet zdravé a funkční vztahy. Obvykle mají nedostatek

osvojených sociálních dovedností a nevědí, jak reagovat v různých sociálních situacích, případně reagují impulzivně čímž jsou pro ostatní špatně čitelní. Důsledkem toho se může jedinec dostat až do sociální izolace. Mnoho dětí s ADHD je vyčleněno z třídního kolektivu, adolescenti jsou pak považováni za outsidersy. Problémy se přenášejí dále do dospělosti, postižení mají problém navázat nebo udržet partnerský vztah, mají problém se začlenit do pracovního kolektivu atd.

V některých případech, ale může dojít k úplnému opaku a dítě s ADHD se může stát lídrem třídního kolektivu nebo party vrstevníků, protože ostatní děti k němu vzhlížejí a obdivují jeho energičnost a odbrzděné chování vůči autoritám (učitelům). Stejně tak i dospělí mohou být v určitém procentu případů navzdory své diagnóze (nebo díky ní?) pracovně velmi úspěšní a mít dobré sociální postavení (Ptáček & Ptáčková, 2019).

1.1.5 Epidemiologie

Odhady prevalence ADHD v populaci se u různých autorů liší. Odlišnost vyplývá z rozdílných metodických postupů a diagnostických nástrojů a kritérií (Polanczyk et al., 2014). Polanczyk (2007) například udává, že celosvětový výskyt ADHD v dětské populaci 5 až 7 %, u dospělých je to pak o něco méně, v průměru 3,4 %. Posner (2020) udává, že z výsledků metaanalýz vyplívá, že průměr je 5,29 % pro dětský věk a 2,5 % pro dospělé (19 až 45 let). Dále uvádí, že u 15 % dospělých přetrvávají symptomy v plné síle a u 40 až 60 % v částečné podobě. Je otázka, co vyvolává pokles u dospělé populace. Je to skutečně vymizení všech symptomů a obtíží, nebo je to jen zkreslení způsobené tím že dospívající a dospělí nepokračují v léčbě a vypadnou ze statistik?

ADHD se vyskytuje častěji u chlapců než u dívek a to v poměru 3:1. Často zaznívá, jestli tento nepoměr nemůže být dán spíše poddiagnostikovaností u dívek než skutečným výskytem. U dívek se častěji vyskytuje nepozorný typ bez hyperaktivity, který mnohem snáze unikne pozornosti a není zachycen a adekvátně léčen (Miovský, 2018).

1.2 Diagnostika ADHD

Diagnostická kritéria dle jednotlivých klasifikačních systémů (MKN a DSM) pro ADHD či F90 byla nastíněna již v předešlé kapitole. Tato kapitola se bude zabývat konkrétními nástroji pro diagnostiku poruchy.

Kromě běžných klinických metod lze pro diagnostiku ADHD využít i celou řadu nástrojů, které mohou diagnostický proces zrychlit, zjednodušit a poskytnout objektivní vodítka. Jedná se o screeningové dotazníky, dotazníky pro rodiče a učitele dětí s ADHD, škály pro posouzení symptomů, škály pro posouzení deficitů, škály pro posouzení komorbidit a diagnostické rozhovory (Miovský, 2018).

Následující přehled diagnostických nástrojů rozhodně není vyčerpávající. Jedná se především o nástroje, které mohou být použity pro diagnostiku dospělých pacientů.

1.2.1 ASRS

ASRS je zkratka pro *Adult ADHD Self-Report Scale*. Jedná se o jednoduchou 18 položkovou sebesposuzovací škálu založenou na diagnostických kritériích DSM-IV. Škála diferencuje jedince s ADHD a jedince bez ADHD, ale zároveň nediferencuje jiné psychiatrické poruchy, proto *false positive* výsledek může znamenat, že posuzovaný trpí jinou poruchou, jež se vyskytuje častěji. Škála je k dispozici i ve zkrácené šesti položkové verzi pro rychlé zhodnocení pacientů. Delší verze je určena pro posouzení pacientů, u kterých již existuje podezření na výskyt ADHD. Administrace ASRS trvá okolo pěti minut. Tento nástroj je volně dostupný (Kessler et al., 2005; Miovský, 2018).

1.2.2 BAARS-IV

The Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV je škála, která posuzuje symptomy ADHD dle DSM-IV. Škála vychází ze statistických analýz nejběžnějších symptomů spojených s ADHD a také diferencuje nepozorný subtyp ADHD – tedy ten nejrozšířenější (Barkley, 2011).

1.2.3 CAARS

CAARS je zkratkou pro škálu *The Conners' Adult ADHD Rating Scale*. Škála existuje ve dvou verzích – klinické a sebesposuzovací. Posuzuje symptomy ADHD v různých prostředích – ve škole, v práci, doma, v sociálních vztazích. Škála má třicet položek (Conners et al., 1999; Miovský, 2018).

1.2.4 WURS

Nástroj WURS je popsán v kapitole č. 4.6 Použité diagnostické nástroje

1.2.5 DIVA-5

DIVA-5 (*The Diagnostic Interview for ADHD in Adults*) je diagnostický rozhovor, který slouží k posouzení možného výskytu ADHD. Příznaky posuzuje dle diagnostických kritérií DSM-5. Rozhovor je rozdělen na tři části. První část je zaměřena na posouzení symptomů v dětství (do 12 let), druhá na symptomy v dospělosti, třetí se pak věnuje potížím, které symptomy ADHD v současnosti způsobují. Tyto problémy se dělí do pěti kategorií:

- Vztahy a rodinný život
- Práce a vzdělání
- Sociální kontakty
- Volný čas a koníčky
- Sebeobraz a sebevědomí

DIVA-5 nezjišťuje případné komorbidity. K rozhovoru jsou přiloženy příklady konkrétního chování v dětství i v dospělosti, přesto by měl tazatel mít o problematice ADHD dobré povědomí. Administrace rozhovoru trvá přibližně hodinu. DIVA vznikla v Nizozemsku a stojí za ní *DIVA Foundation* (Kooij & Francken, 2020). Na klinice adiktologie 1. LF vznikl český překlad (Šťastná, 2021).

1.2.6 CAADID

CAADID je další diagnostický rozhovor pro posouzení ADHD. Název je zkratkou pro *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV*. CAADID tedy pro posouzení využívá diagnostických kritérií dle DSM-IV. Jedná se o polostrukturované interview, které sestává ze dvou sekcí. První část mapuje následující oblasti: demografii a osobní historii, psychomotorický vývoj, rizikové faktory pro ADHD a psychiatrické komorbidity (Ramos-Quiroga et al., 2012). Další část sestává z posouzení každé z otázek dle DSM-IV kritérií pro ADHD. Ke každé otázce je k dispozici nápověda a příklady symptomů. Interview se snaží zmapovat problémy napříč různými oblastmi – ve škole, v práci, v sociálních interakcích, v dětství a v dospělosti (Epstein et al., 2000; Asheron et al., 2003, citováno v Miovský, 2018)

1.3 Terapie ADHD

V terapii ADHD se běžně využívají jak psychofarmaka, tak poradenství a psychoterapie, často jejich kombinace (Posner et al., 2020). Méně často pak je pak prováděn biofeedback. U malých dětí je navíc důležitá spolupráce rodičů a školy na vytvoření vhodných výchovných a režimových opatření a nastavení optimálního přístupu k dítěti – ten by měl na jedné straně akceptovat poruchu a problémy, které z ní vyplívají a mít porozumění (dítě za to nemůže), na druhé straně by měl být důsledný ve výchově a učit dítě k odpovědnosti za své chování. Dospělým s ADHD by režimová opatření jistě také prospěla, ale musejí si je již vytvářet sami, případně se to učit v psychoterapii.

Jako alternativní způsoby léčby se objevují různé diety nebo fyzické cvičení. Maté (2021) dále doporučuje například pobyt v přírodě, meditaci a praktikování mindfulness, zpomalení životního stylu, věnování se kreativním činnostem a uspořádání si fyzického prostoru (udržovat si pořádek ve věcech, v bytě, na pracovišti atd.).

1.3.1 Farmakoterapie

Nejběžnější formou terapie je léčba pomocí psychofarmak. Farmakoterapie dospělých se liší od terapie dětí. U dětí se rodiče často spokojí s tím, že jsou příznaky potlačeny během pobytu ve škole. U dospělé populace je potřeba pokrýt nejen pracovní dobu, ale i čas po práci kdy je čekají další povinnosti, třeba péče o rodinu. Tomu se musí přizpůsobit i dávkování léků (Cahová et al., 2010). U dospělých a zejména dospívajících hrozí i riziko zneužívání léků nebo obchodování s nimi – stimulanty se často zneužívají jako droga na podporu učení nebo na hubnutí (Theiner, 2012). Riziko také představuje vznik závislosti, proto jsou těmto pacientům častěji předepisovány nestimulační přípravky.

V České republice jsou aktuálně dostupné dva preparáty určené pro léčbu ADHD. Jedná se stimulant methylfenidát a nestimulující přípravek atomoxetin. V zahraničí se používají i jiné preparáty např. stimulanty amfetamin, lisdexamfetamin a dexteroamfetamin a z nonstimulantů např. viloxazin (NARI), bupropion (NDRI), guanfacin (alfa 2-mimetikum, používá se mimo jiné jako antihypertenzivum) a klonidin (alfa 2-mimetikum) (Drugs.com, n.d.). U nestimulačních přípravků se vesměs jedná o léky druhé volby, případně o léky předepisované jako off-label a některé je možné použít kromě léčby symptomů ADHD i k souběžné léčbě depresivních příznaků. Několik z těchto

přípravků, bychom našli i na českém trhu např. klonidin, nejsou sice schválené pro léčbu ADHD, ale je možné je indikovat off-label.

Dle Paclta (2007) při farmakorezistentní ADHD nebo jsou-li přítomny i poruchy chování (u dětí), lze předepsat i antipsychotika 2. generace (zejména risperidon) nebo thymoprofylaktika (lithium nebo karbamazepin). Rovněž Goetz (2009) uvádí, že je možné předepsat risperidon v případě poruch chování a to už u dětí od pěti let. Při užívání antipsychotik, je vhodná dispenzarizace na endokrinologii, aby se včas zabránilo případnému vzniku prolaktémie (Paclt, 2007). V současnosti ale léčba antipsychotiky není moc doporučovaná a autoři se k ní stavějí spíše rezervovaně (Ptáček & Ptáčková, 2019; Sultan et al., 2019). Dle Sultana (2019) mají antipsychotika jen malý účinek na léčbu závažných symptomů ADHD a v případě lehčích symptomů jsou vhodnější léky první volby určené na léčbu ADHD.

Jelikož je ADHD v současnosti chápána jako celoživotní pervazivní porucha její vyléčení je nepravděpodobné. Léčba psychofarmaky je tedy pouze symptomatická, nikoli kurativní. Po vysazení léků se příznaky opět objevují, proto je velmi důležité farmakoterapii kombinovat i s psychoterapií, poradenstvím a výchovnými opatřeními, bez nich je její dlouhodobý efekt omezený (Ptáček & Ptáčková, 2019). I v příbalových letácích schválených léků na ADHD je výslovně uvedeno doporučení léčbu kombinovat s psychoterapií.

Methylfenidát

Methylfenidát je stimulační přípravek, u kterého se předpokládá, že funguje jako blokátor zpětného vychytávání dopaminu (Husárová & Ondrejka, 2012). V ČR je k sehnání pod obchodními názvy Ritalin (methylfenidát s rychlým uvolňováním) a Concerta (methylfenidát OROS – s postupným uvolňováním) (Theiner, 2012). Concertu je doporučeno předepisovat od 6 do 18 let. Dospělým není tento lék vhodné předepsat, pokud se terapie zahajuje v dospělosti, ale je možné pokračovat v terapii, byla-li zahájena již v dětství. Ritalin je možné předepisovat jen u dětí od 6 let a u dospívajících, pro dospělé pacienty s ADHD není schválen (lze jej předepsat dospělým s narkolepsií). Dvojitě zaslepené studie prokázaly, že methylfenidát s rychlým i postupným uvolňováním mají stejnou účinnost (Goetz, 2009).

Atomoxetin

Atomoxetin je v ČR dostupný pod obchodním názvem Strattera. Jedná se o nestimulační přípravek. Strattera je u nás lékem první volby pro dospělé s ADHD a de facto také jediným oficiálně schváleným (pokud již není podáván methylfenidát od dětství). Vzhledem k tomu, že se jedná o nestimulační přípravek nehrozí u ní riziko závislosti ani zneužívání (Goetz, 2009). Dle ATC klasifikace léčiv atomoxetin spadá do kategorie centrálně působící sympatomimetika (Státní ústav pro kontrolu léčiv, n.d.). Původně byl ale vyvíjen jako NARI (*noradrenalin reuptake inhibitors*) antidepressivum, jeho antidepressivní účinky ale nebyly natolik výrazné (Orel, 2016). Mechanismus účinku je tedy inhibice zpětného vychytávání noradrenalinu. Účinek se na rozdíl od methylfenidátu dostavuje po čtyřech až šesti týdnech užívání.

1.3.2 Psychoterapie

Další možností léčby je psychoterapie. Může být kombinována s farmakoterapií nebo v případě lehčích příznaků může být léčbou první volby. Psychoterapie nebo psychologické poradenství by tak či onak mělo být vždy součástí léčby. Psychofarmaka bez psychoterapie nemohou docílit nějaké zásadní změny, jen tlumí nežádoucí projevy.

V Miovský (2018) si pokládají otázku, jestli je v případě ADHD vůbec možné mluvit o psychoterapii, když se jedná o neurokognitivní poruchu, která nemá psychogenní etiologii, jestli by nebylo vhodnější používat spíše označení neurokognitivní rehabilitace. Ale vzápětí si odpovídají, že četné výzkumy dokládají, že vlivem psychoterapie může docházet k přestavbě mozku a změnám hladin mediátorů, takže označení je zcela na místě. Také v případě komorbidit má psychoterapie své uplatnění (Mioviský, 2018).

KBT

V souvislosti s ADHD se nejčastěji zmiňuje a doporučuje kognitivně-behaviorální terapie (Safren, 2006). KBT je krátkodobá terapie orientovaná na přítomnost, pracuje s jasně stanovenými a měřitelnými cíli. Zaměřuje se na změnu chování, čehož dosahuje nácvikem a posilováním žádoucího chování. Dále se snaží o identifikaci maladaptivních myšlenkových schémat a jejich následnou úpravu. Moderní KBT („třetí vlna“ KBT) je integrativní směr, který se nebojí přejímat osvědčené prvky a postupy z jiných terapeutických směrů nebo dokonce i z východních nauk, třeba zenového buddhismu (Šlepecký et al., 2018).

KBT se nesnaží o léčbu hlavních symptomů ADHD – nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Snaží se spíše o zmírnění jejich dopadu, učí pacienty time managementu, jak nepodléhat prokrastinaci, jak si zorganizovat věci atd. Jde tedy spíše podpůrnou terapii, která učí pacienty praktické věci a jak čelit nárokům běžného života.

KBT může rovněž pomoci v korekci různých omylů myšlení jako je binární myšlení ve stylu „všechno nebo nic“, přehnaná generalizace nebo pesimistické očekávání že vše dopadne špatně („opět selžu“) atd. (ADDitude, 2021).

V případě ADHD se používají zejména tyto techniky (Miovský, 2018):

- Pobídková terapie (token economy)
- Hospodaření s časem, organizační dovednosti
- Trénink sociálních dovedností
- Trénink školních dovedností
- Psychoedukace
- Neurokognitivní trénink

Jiné přístupy

Zdaleka ne všichni lékaři a terapeuti se kloní ke KBT. Někteří spíše prosazují jiné směry, ve kterých je větší důraz kladen na vztah terapeuta a pacienta než na techniky, zejména existenciálně nebo humanisticky zaměřené směry. Dle nich pacienti s ADHD potřebují spíše ošetřit emoční rány a naučit se přijímat sami sebe. Například psycholožka Lada Pourová, specializující se na práci s dospělými s ADHD doporučuje daseinanalýzu. Říká, že *„lidé s poruchou pozornosti potřebují najít vnitřní svobodu, jistotu, bezpečí a autentičnost u druhého člověka“* (Pourová, 2017).

Gabor Maté (2021) se v podstatě hlásí k témuž, když zdůrazňuje že pro děti s ADHD je nejdůležitější bezpodmínečné přijetí a obnova vztahu mezi dítětem a rodičem. Stejně tak dospělí dle něj potřebují více než jen organizační nástroje a úpravu chování – důležitější je pro ně jejich vztah ke svému já nikoliv to, jak zvládají nějaký úkol nebo povinnost.

Dle webu ADDitude je dále vhodná také dialekticko-behaviorální terapie (DBT), muzikoterapie, arteterapie, hypoterapie nebo koučování (ADDitude, 2021).

1.3.3 EEG Biofeedback

EEG biofeedback („biologická zpětná vazba“) nebo také *neurobiofeedback* je léčebná metoda využívaná pro pacienty s ADHD, jejíž účinky byly jednoznačně prokázány v několika studiích. Je vhodná jak pro děti, tak pro dospělé. Je ale stále řazena spíše mezi alternativní metody (Kopřivová et al., 2008).

Léčba pomocí biofeedbacku v ČR není nijak legislativně upravena ani regulována, proto jej může nabízet teoreticky kdokoli i bez patřičného vzdělání a proškolení v používání této techniky. Zpravidla je ale nabízena ve zdravotnických zařízeních a psychology. Biofeedback také není hrazen ze zdravotního pojištění (Ptáček & Novotný, 2017).

Během EEG sezení má pacient na hlavě nasazený EEG snímače – elektrody a na monitor počítače je mu vizualizován jeho „encefalogram“ obvykle v podobě nějaké počítačové hry. Pacient tuto hru ovládá pomocí aktivity svého mozku. Aby hru zvládl musí se naučit aktivitu mozku vědomě kontrolovat. Za pokroky, které udělá je odměňován např. body ve hře – metoda je tedy založena na operantním podmiňování. Terapeut může regulovat obtížnost této hry a nastavovat frekvenci odměn dle stavu pacienta, ideální poměr odměněného a neodměněného času je 80 % ku 20 % (Yucha & Gilbert, 2004, citováno v Ptáček & Novotný, 2017). Zhruba po 40 sezeních pacienti vykazují zlepšení v regulaci pozornosti a koncentrace. Zlepšení pozornosti jsou následně přenositelná i do běžného života.

1.3.4 Pohybové aktivity, fyzické cvičení

Další alternativní přístup k léčbě ADHD je pravidelná pohybová aktivita. Je vhodná jak pro děti, tak pro dospělé. Sport a pravidelný pohyb má samozřejmě blahodárné účinky i pro zdravou populaci, ale pro pacienty s ADHD přináší ještě výraznější benefity, protože může přispět ke zmírnění negativních příznaků poruchy, na čemž se shoduje řada studií. Pozitivní efekt sportu zřejmě souvisí se zvýšením hladiny noradrenalinu a dopaminu na synapsích (Heijer et al., 2017).

Děti s ADHD také mají častěji horší motorické a koordinační schopnosti, výběrem vhodné pohybové aktivity je tedy možné je zmírnit nebo odstranit. Zároveň má sport pozitivní vliv na sebehodnocení a sebevědomí a také na rozvoj sociálních dovedností a začlenění do kolektivu vrstevníků (Lopez-Williams et al., 2005).

1.4 Specifika ADHD v dospělosti

Tato kapitola se zaměřuje na specifické problémy, se kterými se setkávají dospělí pacienti a ADHD. Problémů a problematických oblastí se kterými se dospělí s ADHD potýkají je celá řada. Vzhledem k tomu, že ADHD prostupuje celou osobností, postihuje nebo nějakým způsobem ovlivňuje (ať už pozitivně či negativně) prakticky všechny oblasti života jedince. Následující kapitola si neklade za cíl být vyčerpávajícím přehledem, ale zaměřuje se jen na oblasti, které jsou předmětem výzkumu.

1.4.1 Problémy v oblasti partnerských vztahů a sexuality

Pro lidi trpící ADHD je poměrně typické, že mají problémy v oblasti partnerských vztahů a sexuality. Problémy se mohou týkat jak navazování a udržení vztahů, tak samotného prožívání intimity. Často je diskutován strach z intimity (Marsh et al., 2015) a v protikladu k němu také rizikové sexuální chování (Isaksson et al., 2018).

Vytvoření zdravých a trvalých partnerských vztahů a navázání intimity je jeden hlavních vývojových cílů mladých dospělých. Psychiatrická diagnóza či psychické problémy v tomto ohledu představují vždy komplikaci a přítěž. Teenageři a mladí dospělí s ADHD nejsou výjimkou. Mnohým z nich se vztah nepodaří navázat a rezignují na další snahu, nebo vztahy rychle střídají. Vztahy, které naváží jsou často neuspokojivé a provázejí je konflikty s partnerem. Lidé s ADHD se také oproti zdravé populaci mnohem častěji rozvádějí, jejich vztahy jsou mnohem méně stabilní a uspokojující a je u nich vyšší riziko partnerského násilí. Zároveň se ženy s ADHD samy častěji stávají obětmi sexuálního násilí (Hertz et al., 2022).

Problém s navazováním vztahů může být zapříčiněn více faktory. Může vycházet z toho, že lidé s ADHD jsou obvykle méně sociálně zdatní oproti zdravé populaci, zároveň to může korespondovat s jejich nízkým sebehodnocením a nízkou důvěrou ve vlastní schopnosti. Děti s ADHD se často setkávají s odmítáním vrstevníky a tato obava z odmítnutí se může následně přenášet do navazování vztahů. Lidem s ADHD zároveň kvůli jejich nepozornosti mohou unikat i různé nonverbální signály vysílané protějškem, značící zájem či nezájem proto mohou nesprávně vyhodnocovat situaci.

ADHD je často spojováno s promiskuitou a rizikovým sexuálním chováním (RSB – *risk sexual behavior*). Studie prováděná na ruských adolescentech, kterou prováděl Isaksson et al. (2018) potvrdila vyšší výskyt rizikového sexuálního chování jako je

nechráněný sex, více sexuálních partnerů, sex pod vlivem alkoholu nebo drog a vyšší výskyt nechtěných těhotenství. Jako více rizikové se v této studii jeví muži. Rizikové chování může být dáno deficitem exekutivních funkcí, jako je neschopnost inhibovat impulsy a regulovat své chování a zároveň se na něm může podílet vyhledávání nových podnětů (*novelty seeking*). Impulzivní podtyp ADHD by tedy mohl být rizikovým faktorem pro RSB. Nelze z toho ale učinit jednoznačný závěr, protože jedinci s nepozorným podtypem jsou na druhou stranu více náchylní ke zneužívání návykových látek, jež je také prekurzorem pro RSB. Nepozorní mají také větší deficity v oblasti plánování a organizování a snadná vyrušitelnost a zapomínání může rovněž zapříčinit špatné předvídání následků chování. Nepozornost je více spojena se školními neúspěchy což je opět asociováno s větším rizikem závislostního chování a dřívejším zahájením pohlavního života (Isaksson et al., 2018).

Jiná on-line studie, která srovnávala sexuální chování lidí s ADHD se zdravou populací nezjistila žádné rozdíly v míře rizikového chování, ale lidé s ADHD signifikantně více skórovali v míře hypersexuality na subklinické úrovni oproti kontrolní skupině. Předpoklad o rizikovém chování tato studie nepotvrdila (Hertz et al., 2022).

Studie, kterou zase provedl Marsh et al. (2015) zjistila, že s rostoucím množstvím příznaků ADHD narůstá strach z intimity a blízkých vztahů. Příznaky nepozornosti souvisejí s pesimističtějším očekáváním od partnerských vztahů a sníženou vírou v lásku, důvěru, podporu, přijetí, důvěrné přátelství atd.

Problémy se mohou vyskytovat i při samotném pohlavním styku kdy jedinec s ADHD má problém udržet pozornost a věnovat ji partnerovi, pohlavní styk jej může v průběhu začít nudit, protože je myšlenkami již někde úplně jinde, nebo může mít problém se soustředit na své tělesné vjemy. To může vést k frustraci z neuspokojivého sexu, vzniku dysfunkcí nebo vyhýbání se sexu.

1.4.2 Problémy v zaměstnání

Další typicky problematickou oblastí pro dospělé s ADHD je samozřejmě zaměstnání. Vzhledem k tomu, že v něm trávíme velkou část života v dospělosti a jsme na příjmech z něj existenčně závislí je to dosti důležitá oblast. Zároveň se máloco tolik propisuje do naší životní spokojenosti jako právě spokojenost či úspěšnost v práci.

Tři základní clustery obtíží ADHD – tedy nepozornost, impulzivita a hyperaktivita jsou už samy o sobě komplikací v mnoha pracích a jsou prediktorem potenciálního selhání. Další sekundární obtíže jako různé psychické komorbidity (např. úzkost), nízké sebevědomí, sociální neobratnost, emoční labilita atd., pacientům situaci ještě více komplikují. Asi tedy nebude překvapením, že dospělí s ADHD jsou méně úspěšní v práci oproti zdravé populaci. Obvykle zastávají hůře placené pozice, častěji střídají práce (*job hopping*), mají četnější konflikty na pracovišti, jejich nadřízení jsou s nimi v průměru méně spokojeni, s větší pravděpodobností dostanou výpověď, jsou více ohroženi nezaměstnaností a mají celkově nižší socioekonomický status (Murphy & Barkley, 2007; Watters et al., 2017). Na druhé straně mohou být kvůli hyperfocusu náchylní k workoholismu (Adamou et al., 2013).

Obecně lze říct, že některá povolání jsou pro ADHD svým charakterem méně vhodná než jiná. Jedná se především o práce, které vyžadují dlouhodobé soustředění, monotónní práce a práce které vyžadují sedět na místě a zaměstnání s vyššími nároky na organizaci a time management (Adamou et al., 2013). Vhodná mohou být různá dynamická zaměstnání s pestrou pracovní náplní – např. novinář nebo učitel; zaměstnání kde se očekává velký výdej energie, velký fyzický výkon – např. hasič, záchranář, trenér či profesionální sportovec; kreativní povolání – herec, spisovatel; práce v pomáhajících profesích – např. zdravotní sestra či sociální pracovník; nebo naopak dobře strukturovaná zaměstnání – např. dělník (PsychCentral, 2021).

Adamou et al. (2013) nabízejí několik doporučení pro zaměstnavatele, jak přizpůsobit podmínky pro zaměstnance s ADHD. Jedná se spíše o menší organizační opatření. Např. pravidelný a strukturovaný feedback a supervize, všechny informace by zároveň měly být i v textové podobě možnost delegovat nudné úkoly, systém pobídek a odměn a jasně definované cíle. Pro nepozorné a impulzivní samostatná kancelář, případně stůl umístěný na nějakém klidnějším místě, pružná pracovní doba, aby mohli využívat v kanceláři čas kdy je větší klid na práci, možnost mít sluchátka na uších k odstínění hluku. Hyperaktivním umožnit více pohybu v práci, pravidelné přestávky (Adamou et al., 2013).

Jelikož v České republice není diagnóza ADHD zatím oficiálně používána (stejně jako MKN-11), nemají dospělí pacienti s ADHD nárok na žádné úlevy ani nepožívají žádnou zvláštní právní ochranu na trhu práce. Jiná situace je ve Spojených státech, kde jsou považováni za znevýhodněné na trhu práce a na základě zákona *Americans with*

Disabilities ACT (ADA) požívají zvýšenou právní ochranu (Chadd, 2022). ADA se snaží bránit diskriminaci na základě handicapu.

1.5 Sebepojetí

Sebepojetí (anglicky *self concept* či *self-concept*) je konstrukt objevující se v psychologii osobnosti. Sebepojetí by se dalo stručně charakterizovat jako vztah k sobě samému, jako soubor představ a postojů které se váží k Já. Ovlivňuje také způsob, jakým se prožíváme a vnímáme. Definice sebepojetí je celá řada, například:

„Sebepojetí (self-concept) vytváření úsudku o sobě, jež má hodnotící a popisný rozměr; na rozdíl od sebehodnocení je v sebepojetí zdůrazněna kognitivní složka.“ (Hartl & Hartlová, 2010)

„V nejširším smyslu je sebepojetí percepcí sebe samého. Tyto percepce jsou formovány prostřednictvím zkušeností s prostředím ... a jsou ovlivněny zvláště posílením z prostředí a od významných druhých.“ (Shalvenson et al., 1976, citováno v Blatný & Plháková, 2003)

„Sebepojetí (self-concept) může být snadno definováno jako vidění nebo mentální reprezentace sebe.“ (Van der Werff, 1990, citováno v Blatný & Plháková, 2003)

„Definujeme Já (self) jako mentální reprezentaci sebe neodlišující se v podstatě od mentálních reprezentací, které má člověk ohledně jiných myšlenek, objektů a událostí a jiných atributů a implikací. Jinými slovy, Já je pojem, ne nepodobný jiným pojmům, který je uložen v paměti jako struktura znalostí, ne nepodobná jiným znalostním strukturám.“ (Kihlstrom & Kantor, 1984, citováno v Blatný, 2001)

Sebepojetí je součástí jáství. Já, anglicky *self* je mnohem širší koncept než sebepojetí. Dle Cakirpaloglu (2013) *self* vychází z vědomí o vlastním nepřetržitým bytí a identitě, je výsledkem na sebe vzájemně působících vlastností jedince a ovlivňuje jeho vztah k ostatním jedincům a objektům. Je ovlivňováno psychickými, sociálními a fyzikálními vlivy.

William James rozdělil Já na Já jako subjekt tedy Já poznávající (*self-as-knower*) a Já jako objekt tedy Já poznávané (*self-as-know*). Současná kognitivní psychologie chápe *self*, jako mentální reprezentaci Já uloženou v paměti.

Dle Vymětala (2004) se sebepojetí skládá ze třech základních složek – kognitivní, emocionální (afektivní) a konativní (behaviorální). Kognitivní složka obsahuje sebezpoznání a sebehodnocení, emocionální složka sebpřijetí a sebeúctu a do konativní složky spadá seberealizace (Vymětal, 2004).

1.6 ADHD, osobnost a sebepojetí

Ovlivňuje ADHD nějakým způsobem osobnost a sebepojetí? Jelikož se jedná o celoživotní pervazivní poruchu, lze očekávat že se nějakým projevím jak na osobnosti, tak na sebepojetí. Odpověď na tuto otázku se pokusilo přinést několik studií.

Osobnost

Perroud et al. (2016) prováděli výzkum na 119 dospělých s ADHD (ve studii byly zastoupeny všechny tři subtypy) a porovnávali je s kontrolním vzorkem o velikosti 403 osob. Respondenti vyplňovali *Temperament and Character Inventory* (TCI). Mezi kontrolní skupinou a pacienty s ADHD byl zřetelný rozdíl. Pacienti s ADHD výrazně skórovali na škálách Vyhledávání nového (*Novelty Seeking*), Vyhýbání se poškození (*Harm Avoidance*) a Sebeřesahu (*Self-Transcendence*). Naopak měli nízké skóre v Kooperaci (*Cooperativeness*) a v Sebeřízení (*Self-Directedness*). Vysoké skóre ve Vyhýbání se poškození odlišovalo převážně nepozorný subtyp a vysoké skóre ve Vyhledávání nového dominovalo u hyperaktivního podtypu. Sebeřízení (*Self-Directedness*) pak ukazovalo na závažnost – čím nižší, tím se jednalo o méně zralou přizpůsobenou osobnost, nízké skóre na škále bylo také prediktorem hraniční poruchy osobnosti (Perroud et al., 2016).

V jiné studii výzkumníci na klinickém vzorku 117 pacientů zkoumali vztah pětifaktorového modelu a symptomů ADHD. Zjistili, že hyperaktivita a impulzivita korelují s faktory modelu nezávisle na sobě. Vysoká impulzivita se pojila s nízkou Přívětivostí a vysoká hyperaktivita se pojila s vyšší Extraverzí. Ani jeden ze symptomů nepredikoval Neuroticismus. Výzkumníci předpokládají, že impulzivita a hyperaktivita v dospělosti reprezentují dva odlišné konstrukty na rozdíl od dětství, kdy jsou mnohem více provázené. To by mohlo naznačovat, že se v dospělosti mění nejenom exprese symptomů, ale i jejich struktura. Nepozornost pak souvisela s vyšším Neuroticismem a nižší Svědomitostí (Knouse et al., 2013).

Sebepojetí

ADHD jednoznačně ovlivňuje sebepojetí a sebevědomí už od raného dětství. Studie, kterou provedl Pisseco et al. (2001) zjistila, že hyperaktivita u dětí je prediktorem externalizujícího chování, tyto děti se projevují rušivě a mají výchovné problémy. Naopak nepozornost vede spíše k internalizujícímu chování, které má mnohem větší dopad na sebepojetí a častěji vede k rozvoji úzkostí a nízkého sebevědomí. Kombinovaný subtyp, jež se projevuje jak nepozorností, tak hyperaktivitou vede ještě k nižšímu sebepojetí, než samostatná hyperaktivita a nepozornost (Graetz et al., 2005). K internalizujícímu chování mají také mnohem větší sklon dívky než chlapci, ale tento závěr není úplně jednoznačný, jelikož se ve výzkumných souborech obvykle objevuje mnohem méně dívek než chlapců (Gershon, 2002). Externalizující chování, ačkoli se jeví problematičtěji, má mnohem lepší prognózu – jednak bývá častěji zachyceno a správně diagnostikováno a zároveň nepáchá tak výrazné škody na sebepojetí jednotlivce.

Studie, jež se zaměřovala na sebepojetí dětí a adolescentů s ADHD zjistila, že sebepojetí se snižuje s věkem. Starší děti skórovaly v sebepojetí v průměru hůře než mladší, což může být dáno kumulačním efektem neúspěchů a negativní zpětné vazby které se jim dostává (Houck et al., 2011).

Cueli et al. (2020) ve studii prováděné na žácích ve věku 11 až 16 potvrdili negativní dopad symptomatologie nepozornosti na sebepojetí a to jak přímý tak nepřímý vliv. Přímý je ovlivněno akademické sebepojetí žáků, nepřímý pak emoční, sociální a fyzické sebepojetí. Nepřímý vliv není způsoben samotnou nepozorností ale úzkostí, která s nepozorností koreluje. U hyperaktivity a impulzivity ale na rozdíl od předešlých studií vztah nezjistili – ani přímý, ani nepřímý (Cueli et al., 2020).

VÝZKUMNÁ ČÁST

2 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Výzkumná práce z klinické psychologie se zabývá dospělými s ADHD. Hlavním cílem této práce je zmapovat zkušenosti dospělých pacientů s ADHD s důrazem na důležité životní milníky jako je např. školní docházka, studium, dospívání, volba povolání a jejich pracovní uplatnění, vztahy s vrstevníky, navazování partnerských vztahů a partnerský život. Sekundárním cílem je pak zmapovat, jak tyto zkušenosti ovlivnily sebepojetí dospělých s ADHD. Studie prováděné na dětech a adolescentech naznačují, že ADHD se pojí s negativním sebepojetím. Studie, kterou prováděl Houck et al. (2011) zjistila, že starší děti dosahovaly nižšího sebepojetí, oproti těm mladším, což by mohlo naznačovat, že sebepojetí lidí s ADHD má během života spíš klesající tendenci.

Formulace výzkumných otázek

Výzkumné otázky byly shrnuty do třech bodů – zaměřují se na subjektivní vnímání potenciálně problematických oblastí pro dospělé s ADHD, jestli vnímají negativní vliv ADHD a jak se to vše případně propsalo do jejich sebepojetí:

1. Jak dospělí s ADHD zpětně hodnotí školní docházku, dospívání, volbu povolání a vztahy s vrstevníky?
2. Vnímají respondenti, že byly tyto oblasti nějak (negativně) ovlivněny ADHD?
3. Jaký dopad měla symptomatika zvažované diagnostické kategorie ADHD na sebepojetí respondentů?

3 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

S ohledem na výzkumný problém byl zvolen kvalitativní design. Povaze tématu nejlépe odpovídá interpretativní fenomenologická analýza (IPA), která je vhodná ke zmapování životní zkušenosti cílové skupiny – dospělých pacientů s ADHD. Pro sběr dat bylo využito polostrukturované interview.

3.1 Interpretativní fenomenologická analýza

Interpretativní fenomenologická analýza (IPA) je fenomenologicky orientovaný výzkum (tedy vycházející z filozofického směru fenomenologie), ve kterém se výzkumník zaměřuje na osobní zkušenost respondenta. Pro popis používá jazyk, který je blízký této zkušenosti, blízký slovníku, který užívá sám respondent, oproštěný od teoretických konstruktů. Výzkumník se v IPA snaží typicky odpovědět na otázku „*jaký význam připisuje respondent své zkušenosti s daným fenoménem*“ (Hendl, 2008). Cílem v IPA je spíše explarovat než vysvětlovat, proto je výzkum zaměřen na proces a na významy spíše než na výsledek a popsání konkrétních příčin a důsledků (Říháček et al., 2013).

IPA je kvalitativně orientovaný výzkumný design, který vznikl pro potřeby výzkumu v oblasti psychologie. Jeho počátky se datují do 90. let dvacátého století. Rozpracoval jej Jonathan A. Smith pro své výzkumy v oblasti psychologie zdraví. Dnes je již široce aplikován i v dalších psychologických disciplínách např. v klinické psychologii a psychoterapii, ale také v jiných společenskovedních disciplínách. Je teoreticky ukotvena ve třech zdrojích – ve fenomenologii, v hermeneutice a v idiografickém přístupu. IPA poskytuje výzkumníkovi velký prostor pro kreativitu a dává mu poměrně velkou volnost v interpretaci získaných dat oproti jiným kvalitativním přístupům (Říháček et al., 2013). Výzkumník se nemusí striktně držet strohého vědeckého jazyka zaměřeného jen na popis skutečnosti, ale užívá běžný jazyk často podobný jazyku respondenta, proto může nabývat výstup z fenomenologické analýzy až „umělecké kvality“.

V IPA nestojí výzkumník stranou, ale je součástí výzkumu, který provádí. Sám do něj něco vnáší, data „nesbírá“ ale utváří je vzájemnou interakcí spolu s respondentem.

Proto je důležité, aby si výzkumník zreflektoval vlastní vztah k tématu, své postoje a prekoncepce které má. Říháček (2013) nabízí dva způsoby, jak provést tuto reflexi. Prvním je provést dialog sama se sebou, k tomu je možné využít i Gestalt techniku prázdné židle. Druhou možností je požádat jinou osobu, např. kolegu, aby s námi dané téma rozebral. Zároveň je vhodné tuto reflexi provést vícekrát, protože vztah výzkumníka k tématu se často během výzkumu mění.

V IPA pracujeme obvykle s nižším počtem respondentů, kterým věnujeme větší pozornost a snažíme se daný fenomén detailně prozkoumat a zpracovat. Jelikož se IPA zaměřuje na individuální zkušenost a jaký význam tato zkušenost nese, není zde potřeba velký počet respondentů (Říháček et al., 2013). IPA je idiografická, nesnaží o zobecnění výsledků výzkumu. Výsledky lze zobecnit maximálně na danou skupinu. Smith et al. (2009, citováno v Říháček et al., 2013) hovoří o teoretické transferebilitě, díky které lze propojovat výsledky výzkumu s existující literaturou nebo jinými již provedenými výzkumy.

Při výběru respondentů se snažíme, aby vzorek byl co nejvíce homogenní, např. stejné dosažené vzdělání, ne moc velké věkové rozpětí, podobný socioekonomický status atd. Respondenti ale zároveň musí dobře reprezentovat fenomén, který chceme zkoumat (Říháček et al., 2013). Proto se při výběru výzkumného vzorku volí účelový výběr, kdy cíleně hledáme respondenty, kteří mají zkušenost s daným fenoménem.

Postup

Na počátku výzkumu by měla proběhnout reflexe výzkumníka, jak již bylo uvedeno výše. V dalším kroku probíhá tvorba dat. Nejčastěji se používají polostrukturované nebo nestrukturované rozhovory. Je ale možné využít např. i ohniskové skupiny, i když to není úplně běžné. Výzkumník v rozhovoru nechává respondenta mluvit o tom co sám respondent považuje na daném tématu za důležité – snaží se zachytit jeho subjektivní pohled spíše než dosáhnout objektivitu. Zároveň může zachycovat i jeho neverbální projevy, provázející rozhovor – např. smích, zamyšlení, váhání atd.

Zpracování dat začíná jejich převodem do textové podoby. Pro tento krok je v dnešní době možné použít různé softwarové nástroje, které proces velmi usnadní a urychlí. Vlastní analýza pak začíná pozorným čtením textu. Je žádoucí, aby výzkumník text četl opakovaně, případně si znova poslechnul nahrávku. Výzkumník se při čtení snaží co nejvíce respondentovi přiblížit a vcítit se do jeho situace.

Dalším krokem je kódování – psaní poznámek a komentářů do textu a vyznačování důležitých pasáží. To je lze dělat „po staru“ klasicky na papír do vytištěného textu nebo je k tomu možné opět využít specializovaný software (teoreticky lze využít i běžný textový editor jako MS Word). Pro kvalitativní analýzu textu jsou určeny nástroje CAQDAS (*Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software*). K dispozici je více produktů jak ze světa open source software, tak i komerčních proprietárních nástrojů. CAQDAS nástroje mají efektivně vyřešenou správu kódů, s jednotlivými kódy nám umožňují pracovat jako samostatnými instancemi, vyhledávat v nich, spojovat je do skupin a vizualizovat je v grafické podobě.

Pro kódování zde není žádné závazné pravidlo, záleží na výzkumníkovi, jak k tomu přistoupí, IPA zde ponechává značnou volnost. Kódy mohou být sémantické, mohou parafrázovat, zaměřovat se na jazykové prostředky které používá respondent atd. Je možné mít i více druhů kódů, které se zaměřují na různé aspekty.

V následujícím kroku v námi vytvořených kódech hledáme rodící se témata. Pracujeme již víceméně s kódy a poznámkami než s původním textem. Názvy témat jsou na vyšší úrovni abstrakce než samotné kódy. Jedná se vlastně už o výzkumníkovi interpretace. Říháček (2013) uvádí, že se v tomto kroku do centra zájmu dostává právě výzkumník a respondent je více upozaděn.

Následně se snažíme témata, která nám vystoupila v předchozím kroku propojovat a hledat mezi nimi souvislosti. Témata můžeme uspořádat do skupin a vytvořit nadřazená – takto je můžeme seřadit hierarchicky dle různé míry abstrakce. Témata by měla odkazovat na původní text prostřednictvím kódů.

Celý tento proces pak opakujeme u dalších rozhovorů. Po analýze všech rozhovorů se nadále snažíme propojovat témata vzešlá od jednotlivých respondentů a hledat mezi nimi vzorce a podobnosti (Říháček et al., 2013).

3.2 Polostrukturované interview

Pro sběr dat bylo využito polostrukturované (semistrukturované) interview, protože nejlépe vyhovuje zvolenému designu. Na jedné straně nabízí základní osnovu v podobě předpřipravených otázek a témat, které jsou stejné pro všechny respondenty. Na druhé straně ale umožňuje pružně reagovat na témata a podněty které do rozhovoru vnášejí sami

respondenti. Jedná se kompromis mezi strukturovaným a zcela nestrukturovaným rozhovorem.

Hlavní částí rozhovoru je tzv. jádro interview což jsou povinné otázky na které chceme slyšet odpověď, a které by neměly být vynechány. Kromě nich je pak možné pokládat další dotazy dle toho, jak se rozhovor vyvíjí a jaká témata se vynořují. Je také vhodné využívat inquiry – doptávání se, abychom získali co nejpodrobnější informace o daném tématu. Jednotlivé otázky není potřeba pokládat ve stejném pořadí, ale spíše flexibilně přizpůsobovat směřování rozhovoru. Je také možné nechat respondenta volněji mluvit, otázky si postupně odškrtnávat, když na ně padne odpověď a nakonec se jen doptat na to co ještě nebylo řečeno (Miovský, 2006).

Polostrukturované interview klade na výzkumníka mnohem větší nároky než plně strukturované. Na jedné straně by se měl snažit získat maximum informací o daném tématu, případně prozkoumat i příbuzná témata, objeví-li se, ale na straně druhé si musí ohlídat, aby rozhovor zbytečně nezabíhal mimo.

Před rozhovorem je také vhodné si promyslet, v jakých prostorách budou rozhovory probíhat a jsou-li dané prostory vhodné s ohledem téma (např. není ideální probírat intimní téma v rušné kavárně), ale i na skupinu respondentů (např. budeme-li dělat výzkum ve skupině uživatelů tvrdých drog, zřejmě si je nepozveme do ordinace). Miovský (2006) také uvádí, že by se měl výzkumník na jednotlivé rozhovory stejně obléct a stejně vystupovat, aby nebyli respondenti ovlivněni různým způsobem vystupování.

4 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor tvoří tři respondenti – jeden muž a dvě ženy. Respondenti jsou ve věkovém rozmezí od 25 do 30 let, jedná se tedy o mladé dospělé. Všichni jsou dosud svobodní a bezdětní. Dva žijí v partnerském vztahu, jedna respondentka je momentálně single. Všichni mají ukončené středoškolské vzdělání, jedna respondentka má ukončený bakalářský stupeň vysoké školy a druhá jej momentálně studuje. Momentálně jsou všichni zaměstnaní, respondentka, která aktuálně studuje pracuje na částečný úvazek. Respondenti mají diagnostikované ADHD (o problematice diagnostiky ADHD v ČR je pojednáno v diskusi).

4.1 Výzkumný soubor

Na tomto místě uvádím stručný přehled demografických údajů respondentů. Zároveň přikládám výsledky z dotazníků, které byly respondentům administrovány. Jedná se o WURS – tedy škálu pro orientační posouzení ADHD. Dotazník sebepojetí DOS.

Respondent 1 – Pavel

Pavlovi je 30 let, má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou. Pracuje v oblasti logistiky. Je svobodný a nemá děti. Žije s přítelkyní.

WURS – 86 bodů

Respondent 2 – Klára

Kláře je 28 let má ukončené bakalářské vzdělání a v současnosti pracuje jako testerka v IT firmě. Klára je svobodná a nemá děti, má přítele, ale zatím spolu nebydlí.

WURS – 31 bodů

Respondent 3 – Martina

Martině je 25 let, má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou a v současnosti studuje na vysoké škole. Je svobodná, nemá děti a momentálně je single.

WURS – 50 bodů

4.2 Výběr respondentů

Při výběru respondentů bylo vzhledem k designu výzkumu i cílové skupině využito nepravděpodobností metod výběru. Konkrétně se jednalo kombinaci účelového výběru a samovýběru. Účelový výběr je typ výběru, ve kterém záměrně vyhledáváme respondenty, jež splňují určité charakteristiky – v tomto případě dospělé pacienty s ADHD. Samovýběr je založen na principu dobrovolnosti – kdo se přihlásí (Miovský, 2006). Jelikož pro design IPA je vhodnější mít homogenní vzorek (Říháček et al., 2013), byla snaha vybírat respondenty i dle tohoto kritéria – tak aby měli podobný věk a byly v podobné životní situaci.

Počet respondentů

Na začátku výzkumu bylo v plánu udělat rozhovor s pěti respondenty. Po prvních dvou rozhovorech, ze kterých bylo získáno velké množství materiálu (nahrávky v délce necelých dvou hodin, po přepsání každá zhruba 40 normostran textu), byl tento počet snížen na tři, aby bylo vůbec reálné toto množství materiálu zpracovat a také aby práce výrazně nepřekročila požadovaný rozsah. Smith et al. (2009, citováno v Říháček et al., 2013) uvádí, že pro diplomové práce s designem IPA je dostačující velikost výzkumného souboru je 3 až 6 respondentů, do limitu se tedy výzkumný soubor vejde.

Průběh výběru

K cílové skupině respondentů jsme se dostali přes skupinu na Facebooku, která je tematicky zaměřena právě na ADHD v dospělosti (účelový výběr). V této skupině byl zveřejněn inzerát, který nabízel možnost zúčastnit se pohovoru v rámci kvalitativního výzkumu (samovýběr). Na inzerát zareagovalo 10 lidí, buď napsali komentář pod inzerát nebo poslali zprávu přes Messenger. Do užšího výběru byly vybráni ti, kteří poslali zprávu přes Messenger. Napsat zprávu je mnohem osobnější než napsat komentář, takže to bylo interpretováno, jako větší zájem nebo větší motivace k účasti. Jednalo se o šest lidí, dva muže a čtyři ženy. Tři měli možnost absolvovat rozhovor v Olomouci a tři v Praze. Primárně byli osloveni potenciální respondenti, kteří se mohli zúčastnit v Olomouci, jelikož zrealizovat rozhovory v Olomouci by bylo logisticky jednodušší, už jen kvůli tomu, že jsou tu k dispozici pracovní prostory na katedře. S dvěma zájemci z Olomouce byl nakonec realizován rozhovor (jeden muž, jedna žena), třetí zájemkyně z Olomouce odpadla – nejdříve zrušila již domluvený rozhovor z důvodu nemoci a poté přestala úplně komunikovat (ačkoli byla často online).

Po prvních dvou rozhovorech bylo vzhledem k množství materiálu rozhodnuto udělat už jen jeden rozhovor, ale jelikož nebyli další zájemci, kteří byli ochotni absolvovat rozhovor v Olomouci, bylo potřeba vybrat jednoho ze tří zájemců z Prahy (z těch, co byly vybráni do užšího výběru). Byla oslovena tedy žena, která odpověděla jako první na Messenger, následně byl realizován rozhovor v Praze.

4.3 Etické otázky výzkumu

V rámci rozhovorů se respondenti mohou dotknout i citlivých a osobních témat. Respondenti nemusejí odpovídat na otázky, pokud jim to není komfortní a mohou rozhovor kdykoli ukončit. O této skutečnosti byli informováni. Před začátkem rozhovoru byl od každého respondenta vyžádán ústní souhlas s pořízením záznamu a jeho dalším zpracováním a publikací výstupu v diplomové práci. Text souhlasu byl na informačním letáku, který respondent po spuštění nahrávání přečetl. Souhlas je tedy nahraný na diktafon spolu se zbytkem rozhovoru a je možné jej zpětně doložit.

V textu práce je zachována anonymita respondentů – jejich identita je upravena tak, aby nebyli pro čtenáře textu rozpoznatelní.

4.4 Průběh rozhovorů

Rozhovory byly realizovány v zimě na přelomu let 2022 a 2023. První rozhovor proběhl začátkem prosince, další dva během ledna následujícího roku.

Pro rozhovory byla snaha zajistit klidné prostory, kde nebude rozhovor nikdo narušovat. Jednak proto, aby se respondenti neostýchali rozprávět o osobních tématech a také aby, vzhledem k povaze diagnózy dokázali udržet pozornost nad tématem rozhovoru. Sám výzkumník by měl možná problém v hlučnějším prostředí s více podněty udržet koncentraci. V neposlední řadě by se hlučné prostředí podepsalo na kvalitě nahrávky. První rozhovor proběhl v zasedací místnosti v zaměstnání výzkumníka, což bylo trochu nouzové řešení, protože bylo původně v plánu využít pracovní místnost na katedře. Respondent mohl jen o víkendu a pracovní místnosti nejsou v tuto dobu k dispozici. Druhý rozhovor se podařilo zrealizovat v pracovní místnosti na katedře. Za třetí respondentkou bylo potřeba cestovat do Prahy, kde nebylo k dispozici žádné zázemí. Nejdříve bylo v plánu udělat rozhovor někde v kavárně i za cenu, že to nebude ideální řešení, na poslední chvíli se ale podařilo zajistit hodinový pronájem kanceláře.

Rozhovory byly nahrávány na diktafon (mobilní telefon), poznámky na papír během rozhovorů nebyly pořizovány. Byla snaha veškerou pozornost věnovat respondentům a nerozdělovat ji mezi respondenta a psaní poznámek. Nahrávání bylo s respondenty dopředu domluveno. Po spuštění nahrávání byli respondenti požádáni, aby přečetli souhlas s účastí na výzkumu, pořízením nahrávky a zpracováním dat.

Měli jsme připravenou sadu otázek vytištěnou na papíře, ale byla brána spíše jako osnova a respondentům byla ponechána volnost. První dva rozhovory nám přišly o něco strukturovanější, třetí byl mnohem volnější – respondentka hned ze začátku začala otevírat více témat která, byla zařazená později, tak jsme ji nechali vyprávět.

4.5 Použité diagnostické nástroje

Po rozhovorech byly respondentům administrovány Dotazník sebepojetí (DOS) a WURS – škála pro orientační posouzení ADHD.

WURS

WURS je zkratka pro *The Wender Utah Rating Scale*. Autorem škály je americký lékař Paul H. Wender, jehož jméno nese. Jedná se o 25 položkovou sebesuzovaci škálu (zkrácená verze) ve které musí participant retrospektivně posoudit míru svých obtíží v dětství. Odpovědi jsou bodovány – pokud se potíže nevyskytovaly, získá za otázku 0 bodů, pokud se vyskytovaly ve vysoké míře získá 4 body, maximum je tedy 100 bodů. Získá-li respondent více než 46 bodů, může to predikovat výskyt ADHD. Škála je celkově zaměřená na emoční dysregulaci (Ward et al., 1993). WURS je dostupný také v českém jazyce a lze jej volně stáhnout na webu. Každý, kdo má podezření na ADHD, ji tedy může použít pro orientační posouzení. V případě dosažení vysokého skóru je potřeba následné vyšetření u odborníka.

DOS

Dotazník sebepojetí (DOS) je diagnostický nástroj na měření sebepojetí jedince. Dotazník byl zkonstruován pracovníky katedry psychologie Univerzity Palackého a poprvé byl vydán v roce 2021.

Dotazník se skládá se šesti škál – faktorů, které sytí hlavní faktor sebepojetí. Jedná se následující položky:

- Sociální přizpůsobivost

- Práce a studium
- Fyzický zjev
- Odolnost vůči úzkosti
- Oblíbenost v kolektivu
- Smysl a seberealizaci

Každý z faktorů je v dotazníku zastoupen několika tvrzeními, na které má respondent možnost odpovědět Rozhodně souhlasím, Souhlasím, Nesouhlasím a Rozhodně nesouhlasím, odpovědi jsou bodovány jedním až čtyřmi body. Prostřední neutrální odpověď není k dispozici. Část tvrzení je formulována kladně – za odpověď Rozhodně souhlasím jsou čtyři body, část tvrzení je formulována záporně a za odpověď Rozhodně souhlasím je jeden bod. Body v rámci každé škály se sečtou a převedou se pomocí převodní tabulky na T-skóre. Tímto získáme T-skóre pro jednotlivé škály. Pro obecný faktor sebepojetí musíme sečíst body ze všech škál a tuto hodnotu převést na T-skóre (Dolejš et al., 2021).

Dotazník je k dispozici ve dvou verzích, DOS-36 s plnou sadou otázek 36 otázek (šest pro každou škálu), nebo ve zkrácené verzi DOS-18 s 18 otázkami, kde každou škálu sytí tři otázky. Dotazník je standardizován pro adolescenty ve věku 15–20 let a pro dospělé ve věku 21–65 let (Dolejš et al., 2021).

5 PRÁCE S DATY

Tato kapitola se zaměřuje na proces zpracování dat a softwarové nástroje, které k tomu byly využity.

5.1 Použitý software

Pro zpracování a vyhodnocování dat byly využity softwarové nástroje Transkriptor a ATLAS.ti. Dále samozřejmě kancelářský balík MS Office, zejména Word a další software, který dnes již představuje „povinnou výbavu“ počítače.

Transkriptor

Pro přepis nahrávek do textové podoby byl využit Transkriptor. Jedná se o webovou aplikaci, která slouží k převodu mluveného slova do textové podoby. Neplacená verze umožňuje převod nahrávky maximálně v délce pěti minut, pro delší nahrávky je potřeba již placený přístup. Na výběr je řada jazyků, které umí nástroj detekovat, jedním z nich je i čeština.

ATLAS.ti

ATLAS.ti je softwarový nástroj určený pro analýzu kvalitativních dat pro potřeby kvalitativního výzkumu. Patří do skupiny nástrojů CAQDAS, což je zkratka pro *Computer-Aided Qualitative Data Analysis Software*. Je vyvíjen německou společností ATLAS.ti GmbH (dříve *Scientific Software Development GmbH*), kterou v roce 1993 založil Thomas Muhr (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, n.d.).

ATLAS.ti umožňuje do projektu import kvalitativních dat v různém formátu. Primárně je určen pro práci s textem, ale je možné importovat i audio nebo video nahrávky či obrázky. V nahraném textu je následně možné vyznačovat jednotlivé pasáže a přidělovat jim kódy (*codes*), tyto kódy se pak dají slučovat do skupin (*code groups*) na základě různých pravidel, které si stanovíme. Kódy a skupiny je pak možné spojovat do sítí (*networks*), jež nám umožňují vidět komplexnější vztahy, podobnosti a vzorce napříč textem nebo mezi vícero různými texty.

5.2 Zpracování dat

Jak již bylo zmíněno výše, pro převod nahrávek do textové podoby byl použit Transkriptor. První dojem z této aplikace nebyl úplně nejlepší. Nahrávku sice převedl do textové podoby, ale ne moc kvalitně – byla tam řada přeslechů a chyb, takže text bylo potřeba pracně opravovat. Druhá nahrávka byla pořizována na kvalitnější telefon a který byl umístěn blíže respondentce, takže záznam byl mnohem kvalitnější. Text po převodu byl mnohem lépe srozumitelný a bylo v něm výrazně méně chyb. Samozřejmě převod nebyl stoprocentní a bylo potřeba si celou nahrávku znovu poslechnout, text projít a udělat korekci. Úroveň kvality převodu se také lišila dle toho, jak respondenti zrovna rychle mluvili, jak dobře artikulovali a jestli používali nespisovné výrazy a koncovky. Pomineme-li kvalitu převodu, která je dosti závislá na kvalitě nahrávky a na paralingvistických charakteristikách mluvčího, Transkriptor velice usnadnil práci zejména v tom, že nahrávku rozsekal na krátké úseky, ke kterým zobrazil příslušné části textu, takže bylo velice snadné se vracet či hledat v nahrávce konkrétní pasáže.

Text po korekci byl exportován, tazatel a respondent byli barevně odlišeni a byl poslán respondentům k nahlédnutí. Už během korekce byla snaha text trochu čistit od parazitických slov, různých přereků a podobně.

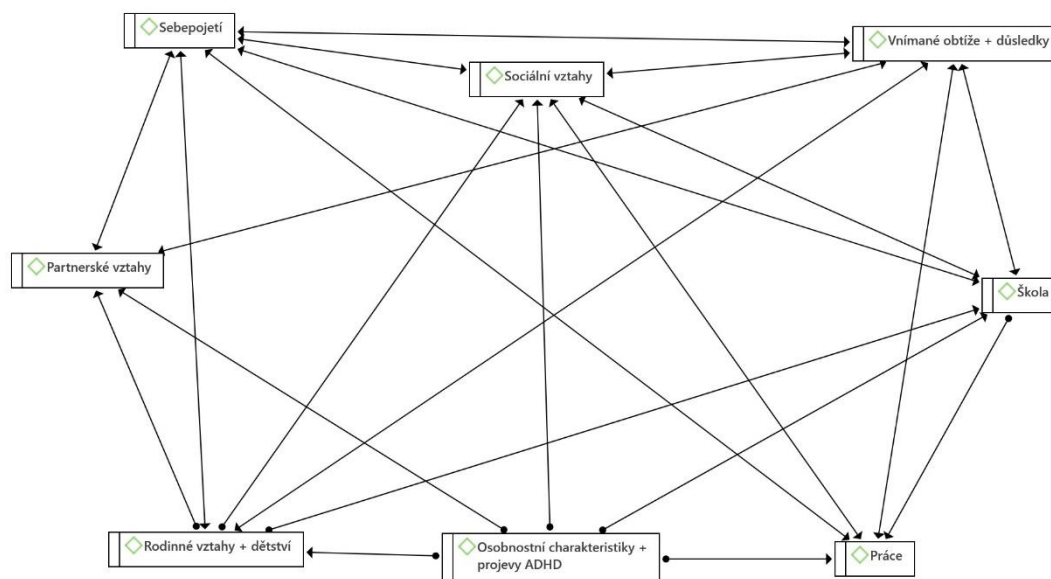
Samotná analýza pak probíhala v programu ATLAS.ti. Na začátku jsme řešili dilema, jestli analyzovat každý rozhovor v samostatném projektu nebo zda použít jeden společný projekt pro všechny tři rozhovory. Nejdříve jsme se rozhodli pro druhou možnost. Spatřovali jsem výhodu v tom, že bude možné „recyklovat“ kódy které byly použity u předchozího textu. Jelikož respondenti přinášeli hodně podobná témata, zmiňovali stejné problémy a velmi podobné okolnosti jejich vzniku, jevílo se to jako výhodné. Bylo by pak možné lépe tyto paralely postihnout. Projekt ale postupně přestal být přehledný, proto jsme se z praktických důvodů rozhodli jej rozdělit a každý rozhovor exportovat do samostatného projektu. Rozhovory v této fázi (před rozdělením projektu) už prošly první vlnou kódování.

V dalším kroku byly texty znovu pročteny a jednotlivým úsekům byly přiřazeny další kódy. Kodovali jsme sémanticky – na základě významu, dle toho co respondent v dané pasáži sděluje. Je potřeba říct, že mezi prvním a třetím rozhovorem byl značný rozdíl v tom, jak jsme ke kódování přistupovali. Zpočátku byly kódy poměrně dost hodnotící a také jsme se snažili o co nejmenší počet kategorií, které byly hodně obecné a vlastně i málo vypovídající. Ve třetím rozhovoru jsme už převážně jen parafrázovali, co

respondent v dané pasáži sděluje, případně k označení kódu použil jeho vlastní slova. Tyto kódy poskytovaly mnohem komplexnější a „pestřejší“ pohled na osobu respondenta. Proto jsme se zpětně ještě jednou vrátili k předešlým dvěma rozhovorům a kódovali jsme je ještě jednou stejně jako ten poslední.

Kódy, které se jevily jako nejvíce reprezentativní či vypovídající byly seřazeny do několika skupin (*Code Groups*). Nesnažili jsme se využít všechny kódy, u jednoho rozhovoru jsem jich bylo zhruba 80 až 90. Skupiny byly pojmenovány tak, aby zahrnovaly oblasti, na které se tážeme v zadání – práce, škola, rodina a dětství, sociální vztahy, partnerské vztahy. Dále jsme přidali skupinu obsahující osobnostní charakteristiky a projevy ADHD a skupinu zahrnující vnímané obtíže a důsledky. Poslední skupina byla nazvána Sebepojetí, tato skupina obsahuje kódy, které vyjadřují, jak sami sebe respondenti vnímají, jak se sami hodnotí a jaké soudy o sobě pronášejí.

Následně byla sestavena síť vztahů (*Network*) mezi těmito skupinami (Obrázek 1). Jako základní skupinu vidíme Osobnostní charakteristiky a projevy ADHD, která obsahuje vrozené vlastnosti jedince. Tyto charakteristiky pak ovlivňují chování jedince v nejrůznějších situacích a prostředích (např. ve škole nebo v práci) a mají dopad na vývoj jeho vztahů. Vnímané obtíže jsou pak důsledkem selhávání v těchto prostředích a nefunkčních či nějak narušených vztahů. Zároveň na základě vztahů a spokojenosti či nespokojenosti s nimi utváří jedinec své sebepojetí, to pak zpětně ovlivňuje jednotlivé oblasti.



Obrázek 1 Síť vztahů

6 VÝSLEDKY

V následující části se pokusíme na základě provedené fenomenologické analýzy načrtnout příběhy jednotlivých respondentů. Jejich výpovědi jsou zároveň částečnou odpovědí na výzkumné otázky. Souhrnnou interpretaci všech tří rozhovorů uvádíme v kapitole diskuse, která dále kapitola obsahuje vyhodnocení Dotazníku sebepojetí (DOS-36) pro jednotlivé respondenty a na jejím konci je přiložena sebereflexe autora.

6.1 Pavel

Pavlovi je 30 let a pracuje v oblasti logistiky. Je to už jeho několikáté zaměstnání. Předtím vystřídal vícero prací, jednalo se o pozice dělníka ve výrobě. Pavel většinou neměl problém s prací, naopak normy přepřelňoval – kvůli svojí hyperaktivitě potřeboval stále nějakou výzvu. Často mu ale na pracovišti nevyhovoval kolektiv. Říká, že potřebuje nějaké lidi, se kterými si sedne, kteří mají podobný humor a podobný pohled na svět jako on. A ne vždy se mu někoho takové podaří najít.

Pavel absolvoval učební obor instalatér. Na léta na učňáku nevzpomíná moc dobře, říká, že byl jeden z mála, kdo tam neměl žádného spolužáka ze základky, a tak neměl ve třídě žádné zastání. V ročníku byl outsider.

Pavel žije s přítelkyní, která ho v nedávné době přiměla k tomu, aby začal řešit svoje problémy a vyhledal lékaře. Pavel to komentoval slovy: „...měla tři teorie, že buď su autista anebo mám ADHD nebo su prostě kokot...“ Díky diagnóze konečně začal rozumět, co se mu v životě děje.

Mezi jeho koníčky patří hlavně hudba, říká že mu pořád hraje něco v hlavě. Sám také hudbu tvoří a hraje na baskytaru v garážové kapele. A pak různé sporty – fotbal, hokej, basket a zejména adrenalinová jízda na kole.

Obtíže a projevy

U Pavla se ADHD projevuje hlavně hyperaktivitou a impulzivitou. Ve škole impulzivně vykřikoval a vyrušoval při vyučování. Dlouho měl také problém na různé věci

reagovat s chladnou hlavou. Říká, že na jeho obtíže má velký vliv únava. Čím víc je unavený, tím více je impulzivní. Když jde ráno do práce nevyspalý, ví, že to nebude moc dobré. Zároveň je také rychle unavitelný, když se musí déle soustředit nebo reagovat na větší množství podnětů, impulsivita u něj rychle narůstá. Na druhou stranu říká, že problém je, i když se hodně vyspí a je dostatečně odpočatý. V takovém případě má nadbytek energie začne vymýšlet různé drobné zlomyslnosti a naschvály, které okolí nebere vždy dobře a s humorem.

„Spíš vymýšlím blbosti... Tím, že si vyspanej a jsi prostě ready na ten den, tak ta hyperaktivita se tam prostě projevuje. Vždycky musíš dělat blbosti a schválně sereš lidi třeba a jako baví tě to, přijde ti to vtipný. Děláš zlo schválně, ale takový to jako humorný zlo, co lidi třeba sere...”

Když je unavený, střídají se mu nálady, objevují se u něj i náladové propady a pocity ztráty smyslu. Pavel rovněž zmiňuje, že mívá pocity viny a výčitky za nejruznější věci, za které často ani reálně nemůže:

„Jako já su strašně přecitlivělej, takže vždycky vím, že kdyby se něco posralo, tak prostě bych toho pak strašně litoval a vyčítal si to. A ty výčitky by mě zničily ještě víc než cokoliv jinýho. Takže jo, z výčitek mám hrozně jako velký obavy. Kdybych to prostě pokazil ve vztahu nebo aj v té práci, třeba že jsem to třeba zbytečně hrotil, třeba nějaký situace, kde to nebylo úplně zapotřebí, ale je to hodně těžký no...”

Hyperaktivita pro něj není jen zdroj obtíží, ale je i silným hnacím motorem. Pavel pracuje manuálně a díky hyperaktivitě je hodně výkonný pracovník. V práci má potřebu překonávat sám sebe a dávat si čím dál vyšší mety.

Pavel také říká, že je hodně senzitivní na různé podněty, hlavně na různé zvuky, ty ho pěkně štvou:

„Jako já jsem hlavně strašně alergický na různý zvuky, jako ty mě fakt dokážou vytočit opravdu do nepříčetnosti. Třeba zvuky při jídle, jako druhéjch lidí.”

Sociální vztahy

Pavel hodně tematizuje potřebu kolektivu lidí co mu sednou. Pokud je v kolektivu, který mu nevyhovuje, má problém se projevit a je ve vnitřní tenzi. Ne vždy takový kolektiv ale nacházel. Na učňáku si nenašel žádného kamaráda a byl tam v úplné sociální izolaci. O tom jak to tam zvládal, říká:

„Řešil jsem to tak, že jsem prostě dojel domů do té vesnice, kde jsem měl kamarády a bavil jsem se s nima. Do té školy jsem jel jenom přežívat.“

Ani v zaměstnání se mu ne vždy dařilo zapadnout a najít tam alespoň jednoho člověka, se kterým by si rozuměl. Pavel udává, že to byl pro něj často hlavní důvod, proč byl v zaměstnání nespokojený a proč nakonec změnil práci. Říká, že takto během jednoho roku vystřídal sedm zaměstnání.

Pavel také zmiňuje, že se často setkával s nepochopením a nepřátelskými či odmítavými postoji:

„...od školy, od základky, učňák, práce, prostě všude kde jsem byl, tak to tam bylo, prostě něco, aspoň jeden člověk, kterej zmiňoval tyhle věci, za který prostě nemůžu, nebo člověk co má ADHD.“

Pavel také mluví o potřebě probírání hlubších témat, pro které potřebuje lidi, se kterými si opravdu sedne.

„Prostě si s ním nemám co říct. Dobrý, můžu se pobavit o tom co bude dělat o víkendu, ale nikdy to nezajde na nějaký hlubší témata. A tyhle témata potřebuju prostě řešit s lidma, ne jenom nějaký povrchní věci, prostě jako kam půjdu v pátek večer na pivo, nebo tak, to mě nebaví. No, takže většinou kvůli tady tomu než mě poznaj lidi takhle hloubš, tak většinou mám problém se do toho kolektivu dostat hloubš.“

V současné práci má jednoho „skvělého“ kolegu, který ho tam drží, je to pro něj důležitější než samotná náplň práce. I když by mohl hledat třeba lépe placenou práci, moc se mu do toho nechce, protože by riskoval, že si tam s nikým nesedne a nezapadne.

„Jako fakt si musím hledat lidi u kterých cítím, že jsou na nějaké hodně podobné vlně. Tím nemyslím, že musí mít ADHD, ale prostě podobnej humor.“

Celkově prostě podobnej náhled na svět jako protože jakmile to člověk nemá absolutně přirozeně, prostě se s ním nechci bavit. “

Pavel vidí podobnosti mezi ADHD a autismem, zároveň o sobě říká, že je v některých věcech trochu jako autista:

„Protože jsem takový autista trošku v něčem si myslím. “

Dětství a rodina

Pavel vyrůstal sám s mámou, otce nikdy nepoznal, je jedináček. Často se o něj starali a vychovávali ho děda s babičkou. Měl prý takovou střídavou péči – pendloval mezi mámou a prarodiči. Říká, že jeho „máti“ toho měla hodně. A také popisuje, že ona sama nebyla „úplně klidný typ“ a že se u ní projevovala impulzivita. Na poznámku, že ADHD je často dědičné, Pavel reaguje, že si to nemyslí – narodil se císařským řezem a v tom spatřuje hlavní příčinu své ADHD.

Kvůli výchovným problémům ve škole a poznámkám co nosil skoro každý den měl Pavel problémy i doma. Často se dostával s mámou do konfliktu.

„A prostě máti to brala hodně těžce, protože samozřejmě je to starší ročník a nevěděla vůbec co to ADHD je. Taky žila třeba v tom, že je to nějaký novodobý výmysl spíš, aby tím nějak omlouvali děcka, co dělají bordel a takhle. A bylo to fakt špatný no protože jsem furt nosil poznámky a máma mi vždycky prostě řekla ať už prostě nevyrušuju a prostě dávám pozor, neupozorňuju na sebe prostě. Jenže to nešlo v ten moment. “

Škola

Pavel říká, že na základce měl docela dobré známky, ale byl nezvladatelným dítětem. Neustále na sebe v hodině strhával pozornost a něco vykřikoval. Učitelé si s ním moc nevěděli rady a nedokázali ho usměrnit a pokud vycítil, že si učitel nedokáže zjednat respekt, ještě přitlačil na pilu.

„Ale pak změnili třídní a ona byla taková prostě, že si všechno nechala líbit a já jsem to cítil a ta impulzivita byla větší. Tím víc jsem vykřikoval a vyrušoval a takovýhle věci. Jako protože jsem si to k ní mohl víc dovolit a ona to prostě sama nezvládala. Celkově tu třídu nezvládala a já jsem tam byl jeden z hlavních spouštěčů toho jako bordelu. Tak ona mě prostě poslala jako na to vyšetření. “

Pro problémové chování byl i odeslán na vyšetření do pedagogicko-psychologické poradny. Pavel má podezření, že tam byl tenkrát pozitivní náález, ale dle jeho slov mu to „*máti vždycky zatajila*“. Takže se nijak neléčil a s jeho problémy se nepracovalo. Kolektiv na základce ho ale bral a měl v něm dobré postavení. Říká, že ve třídě byl za šaška, na vše impulzivně reagoval a snažil se pobavit třídu. Image třídního šaška mu v té době připadala „cool“, ale zpětně už si to tak moc nemyslí.

„Prostě vždycky jsem musel vykřiknout něco, skočit do řeči, prostě projevit se nějak. A to vlastně byl paradox takovej, že mě na té psychologii řekla ta doktorka, nebo respektive řekla máti `že něco tam je, ale ADHD to asi nebude, on je prostě jenom takový třídní šašek`. „

Pavlovy problémy škola řešila tedy hlavně pomocí kázeňských opatření – neustále nosil domů poznámky a každé pololetí dostával důtku, což vyvolávalo konflikty a napětí doma.

„Máti s tím nebyla nikdy v pohodě, ale prostě to nešlo. Mohla mě já nevím, cokoliv udělat, ale stejně to nešlo... ten mozek změnit. V té době jsem si neuvědomoval, že to ADHD mám. Prostě to přicházelo samo... Jako ten mozek tak reagoval, prostě nešlo to změnit.“

Pavlova pozice v kolektivu se změnila po nástupu na učňák. Přišel na školu do jiného města, kde nikoho neznal. Ostatní spolužáci z ročníku se vesměs znali ze základních škol a každý tam měl nějaké kamarády. Do nové třídy nezapadnul a stal se z něj outsider. Setkal se zde i s šikanou. Pavel popisuje, že měl strach se projevit a být sám sebou, právě protože tu nikoho neznal, což pozici outsidera ještě posilovalo. Učňák protrpěl a říká o něm:

„Byly to asi nejhorší tři roky mého života bych řekl, nechtěl bych to vrátit za žádnou cenu, ty vole.“

Práce

Pavel je vyučený instalatér, ale v tomto oboru dlouho nevydržel, protože k němu neměl vztah a nebavilo ho to. Taky mu tam nevychoval kolektiv. Potom nastoupil do práce jako soustružník. Zpočátku se mu tam moc nedařilo – dokonce si vyslechl od mistra, že je

„nejslabší kus co tam kdy měli“. To ho namotivovalo, aby zabral. Bral to jako výzvu a chtěl ostatním dokázat, že to zvládne a bude lepší než oni.

„To mě jako hodně vyhecovalo, že jsem nakonec... Tam jsem vlastně měl dva stroje a na jednom jsem plnil 100 % a na novém 50 %. Došlo to až do bodu kdy jsem nakonec plnil 200 %, 100 % tam i tam. Lítal jsem tam a zpátky jako blázen.“

Ve fabrice ale pracoval na směnném provozu, který mu moc neseseděl, respektive mu nesesedělo střídání směn, ale byl rád, že je tam sám. Díky tomu tam vydržel šest let. To mu mohlo vyhovovat právě proto, že tu na sebe necítil žádný tlak, že nemůže být sám sebou.

Na této pozici vydržel pár let, pak odešel a vystřídal několik prací během krátké doby. Nikde moc dlouho nevydržel, protože mu neseseděl kolektiv, práce ho nebavila – často mu tam chyběla výzva, nebo jak sám říká to byla „otročina“. V současnosti pracuje v logistice. O práci říká, že mu celkem vyhovuje, ne že by se těšil až tam „půjde vytvářet hodnoty“, ale nevadí mu tam chodit. V práci má jednoho kolegu, se kterým si skvěle rozumí a to ho tam drží. V práci mu také hodně pomohla medikace. Od té doby, co užívá léky se mu zlepšila koncentrace a dělá mnohem méně chyb.

Pavel říká, že by ho bavila nějaká kreativní práce, kde by mohl něco vytvářet, třeba práce s grafikou.

Partnerské vztahy

Pavel žije v současnosti s přítelkyní. Říká, že měl za život asi tři nebo čtyři vážné vztahy, mimo to měl více krátkodobých, které dlouho nevydržely, tak maximálně tři měsíce. Myslí si, že všechny předchozí vztahy skončily díky jeho ADHD a impulzivitě. Pavel nedokázal na běžné věci reagovat s chladnou hlavou a vždycky situaci hned vyostřil, což skončilo hádkou a u těch kratších vztahů často hned rozchodem. Hádky si Pavel následně vždy vyčítá a obviňuje se z nich.

„Třeba když se pohádáme doma, tak okamžitě nastoupí výčitky a nevím do dneška, jak se s tím vypořádat, abych si to tak nevyčítal.“

Dnes je už ale klidnější a má mnohem lepší náhled na své problémy a uvědomuje si, že reaguje impulzivně. Přesto říká, že to s ním přítelkyně nemá lehké a chápe, že je na něj někdy našťavaná. Problémy ve vztahu mu dělá i zapomínání, což často přítelkyni šťve – třeba když se o něčem baví a Pavel si to pak nepamatuje.

Vyhodnocení dotazníků

Pavel v Dotazníku sebepojetí (DOS-36) dosáhl nízkého skóre (Tabulka 1). Celkový skór hlavního faktoru sebepojetí je 33 T což je v pásmu podprůměru. Nejlépe skóroval na škále Fyzický zjev (51 T). Na škále Sociální přizpůsobivost naopak dosáhl nejnižšího skóre (20 T), což je hluboko v pásmu podprůměru. Zde je zřejmá souvislost s jeho problémem začlenit se a také impulzivní výbušnou povahou. Práce a studium (40 T) je na spodní hranici pásma průměru, tento faktor je ovlivněn na jedné straně negativní zkušeností ze školy, častým střídáním prací a zároveň se zde projevuje i Pavlův zápal a snaha být lepší než předchozí den. Odolnost vůči úzkosti (34 T) – Pavel sám popisuje, že zažívá úzkost, často se obviňuje a trpí výčitkami. Oblíbenost v kolektivu (44 T) je nad spodní hranici pásma průměru, opět koresponduje s problémem začlenit se do kolektivu a tím, že popisuje, že se mu obtížněji hledají kamarádi. Smysl a seberealizace (36) je v pásmu podprůměru.

Na škále WURS Pavel dosáhnul 86 bodů, což je vysoké skóre. Pro potenciální výskyt ADHD je hranice 46 bodů. Vysoké skóre může naznačovat výraznou symptomatiku ADHD.

Škála	Počet bodů	T-skóre
Sociální přizpůsobivost	12	20
Práce a studium	16	40
Fyzický zjev	16	51
Odolnost vůči úzkosti	11	34
Oblíbenost v kolektivu	16	44
Smysl a seberealizace	14	36
Celkově	85	33

Tabulka 1 Pavlovy výsledky v dotazníku DOS-36

6.2 Klára

Klára je 28 let, nedávno začala pracovat jako testerka v IT firmě, je to její první práce na plný úvazek po ukončení školy. Má vystudovanou ochranu krajiny. Před tím vystřídala dvě jiné vysoké školy, ale ty se jí navzdory velkému úsilí a času, které na studium vynakládala, nepodařilo dokončit.

Problémy začala pocítovat od střední školy – přestávala stíhat tempo výuky, potřebovala na vše mnohem více času než její spolužáci, měla problém si studium nějak

zorganizovat a zapomínala, jak sama říká, že „*vše to před sebou jenom nějak hrnula*“. To se negativně podepisovalo na jejím sebevědomí. Vše se ještě zhoršilo s nástupem na první vysokou školu. Ačkoli se Klára opravdu snažila, zapisovala si třeba více volitelných předmětů, než musela, zapojovala se do mimostudijních aktivit, domlouvala si stáže, školu nakonec nedokončila. Měsíc před státnicemi se psychicky zhroutila. Potom zkusila další studium, ale po roce jej zanechala. Nakonec se jí na třetí VŠ podařilo uspět, říká že jí v tom pomohl hlavně covid.

Klára má přitele, ale zatím spolu nežijí. Je to její druhý vztah po dlouhé době, kdy byla single. Vztah s prvním přítelem se jí rozpadnul v 18 letech a po této negativní zkušenosti vztahy dlouho odmítala.

Klára má ráda aktivní životní styl – jezdí na kole, lozí po skalách, dříve chodila do skautu. Hrála i na flétnu, respektive musela hrát a nesnášela to. Ve volném čase se také snaží vzdělávat ve svém oboru.

Obtíže a projevy

ADHD se u Kláry projevuje hlavně nepozorností, dle jejího lékaře se jedná o převážně nepozorný typ ADHD. Klára to tak sama cítí, zároveň ale dodává „*že nějaká složka hyperaktivity tam možná je*“ – nevydrží v klidu sedět, pohrává si z různými předměty nebo do něčeho klepe a to občas vytáčí kolegy v práci. Největší obtíže jí působí právě nepozornost, která pravděpodobně negativně ovlivňuje paměť. Na tu si Klára nejvíce stěžuje, říká, že má problémy s krátkodobou i dlouhodobou pamětí. Zapomíná nejen věci spojené s každodenním fungováním jako různé schůzky, pokud si je nedá do poznámek, ale mizí jí i vzpomínky na události v jejím životě:

„To mě na tom asi nejvíc štve na tom všem, že si nejsem vůbec schopná zapamatovat jako rozhovory s lidma, co mi říkají, nebo že jsme se vůbec prostě bavili. Takový to nevím... Fakt mám pocit, že prostě po 14 dnech, co někoho potkám nebo něco proběhne, tak se mi to prostě všechno vymaže...“

Také má pocit, že tím občas vytáčí svého přítele a jejich vztah díky tomu trpí:

„Nepamatuju si některé věci, třeba co se jako mezi náma staly nebo nějaké vzpomínky z dovolených a tak.“

Klára také udává že trpěla lehkými depresemi, které se jí rozvinuly v souvislosti s problémy při studiu, kvůli nim se často stranila kolektivu, protože neměla náladu se s nikým bavit. Odbornou pomoc v tomto ohledu nikdy nevyhledala. V současnosti už ale depresivní nálady nevnímá jako tolik zatěžující, říká, že jsou „*na takové té filozofičtější úrovni*“.

Od Kláry také zaznívá, že ostatní lidi mají horší problémy než ona a má pocit, že by vše měla zvládnout sama.

Dětství a rodina

Klára vyrostla na Moravské vesnici v úplné rodině. Popisuje, že měla normální šťastné dětství a nemá pocit, že by se od ostatních dětí v té době nějak odlišovala. Má starší sestru, se kterou měla během dětství a dospívání špatné vztahy. Tomu napomáhalo i to, že sestru často dostávala za vzor a byla s ní porovnávána. V současnosti je už rivalita zapomenutá, se sestrou má dobrý vztah a vnímá ji naopak jako velkou oporu.

Vztahy s rodiči popisuje jako dobré, říká že má skvělé rodiče, zároveň je ale nechce zklamat a má pocit, že od ní mají vysoké očekávání a že ona by mu měla dostat. Celý život se je snaží uspokojovat, ale přiznává, že je to pro ni vlastně hodně náročné a dost ji to vyčerpává.

„Já jsem se hodně snažila, že jo, protože právě jako jak byla ta laťka vysoko, rodiče ode mě měli vysoké očekávání.“

Což u ní vedlo k velkému tlaku na výkon a snaze za každou cenu dostudovat vysokou školu, i když se studiem bojovala a zpětně hodnotí, že na škole nebyla moc šťastná.

V širší rodině se necítí být moc přijímaná a říká že je zde spíše za „černou ovci“. Její sestřenice jsou už provdané, mají děti a vlastní bydlení, ona stále bydlí u rodičů a s přítelem společné bydlení ještě nezačali řešit. Cítí se s nimi být porovnávána a říká, že ji všichni považují za nedospělou a nezodpovědnou, mimo jiné i pro to že nedokončila vysokou školu:

„Asi ten širší okruh rodiny. Tam je to naopak, že tam mám zas pocit, že mě odsuzují za to, že jsem třeba nedostudovala vysokou školu a teďka jako nenašla jsem si práci v oboru a takový ty věci, protože oni jsou dost založení tady na těch

hodnotách. Prostě najít si partnera mít skvělou kariéru, rodinu, děti, domek postavit a támhleto. Já jsem právě jako opak tady toho... “

V rodině se také moc nezapojuje do sociálních interakcí a často raději ani nemluví.

Sociální vztahy

Klára působila vesele a společensky, přesto přiznává, že sociální vztahy nejsou zrovna její parketou. Říká, že má problém se začlenit do nějaké sociální skupiny:

„...přijde mi, že nejsem schopná se nějak začlenit do nějaké skupiny lidí jakože přátel, že vlastně občas mě to trochu dohání, že vlastně nikam nepatřím, jako že mám přátele, tak jako v různých místech, v různých sférách.“

Její přátelé se mezi sebou navzájem neznají a jsou z jiných bublin, a má pocit, že je ani nemůže pozvat na společnou akci. Zároveň to působí, že se spíše jedná o volnější přátelské vztahy než o blízké kamarády, kteří si na ni dokážou udělat čas:

„Takže občas když mám nějakou takovou sociálnější náladu, tak mě mrzí, že vlastně nemůžu napsat kámošům ať jdou na pivo, udělat nějakou párty...“

Příčinu vidí v tom, že občas zapomene na slíbenou schůzku, domluvenou akci, nebo na poslední chvíli odřekne svou účast, protože zrovna nemá náladu se s někým potkávat a bavit. Také tam vnímá tlak na to, že se od ní očekává, že se bude chovat nějakým způsobem. Klára říká, že má mezi svými přáteli image klauna:

„Asi jsem si na tom vybudovala jako nějakou image, že do teďka vlastně všichni kamarádi myslí, že jsem takový ten šašek prostě, kterého lidi moc neberou vážně...“

Když někam jde má pocit, že by měla hrát roli toho klauna a bavit ostatní. Pokud má zrovna smutnou náladu tak raději nejde do společnosti, aby nemusela hrát. Zároveň ale říká, že ten klaun, to je ona, že je to její pravé já, které se bála dříve dávat najevo. Na otázku, jestli její tato role příjemná odpovídá:

„Vlastně je mi to příjemné, protože mi přijde, že to jsem to jako já, že tím, jak jsem se to prostě ty dlouhé roky nějak snažila schovávat, protože prostě vidím, že jako asi je to špatně podle lidí...“

Od Kláry často zaznívá, že nemůže být sama sebou, protože by ji za to okolí mohlo odsuzovat. Také má obavu mluvit před lidmi, zejména před skupinou lidí. Když je v nějaké skupině, raději mlčí a jen poslouchá než aby se sama do rozhovoru aktivně zapojovala. Tyto obavy se objevují i když je ve společnosti známých nebo přátel. Obava mluvit je dalším faktorem, který ji brání v budování sociálních vztahů. Dle Kláry má původ ve zkouškách na vysoké škole, kde zažívala intenzivní nepříjemné pocity. Aby nepříjemný pocit a obavy překonala, tak se ve společnosti vždy rychle opije:

„Já když jdu mezi lidi, jako bud' s kamarády, nebo na nějakou oslavu, tak se bud' předem, nebo velice rychle na začátku té akce opiju a pak všechny tady ty moje obavy z toho, že co se může stát jsou pryč. A já jsem najednou hrozně extrovertní a společenská.“

Když je opilá, jak sama říká může „vypustit Krakena“. Jakmile je Kraken na svobodě, odhodí zábrany, nebojí se mluvit, vtipkovat (má ráda černý humor) a bavit. Tohle je ten klaun za kterého ji ostatní mají.

Pocit, že pro okolí musí hrát klauna, ikdyž je to pro ni občas náročné a ne vždy komfortní je v kontradikci s tím, že sama sebou může být jen když se opije a vypustí Krakena. Role klauna je pro Kláru zřejmě ambivalentní. Díky klaunovi se dokáže zapojovat do sociálních interakcí, ale zároveň ji to stojí dost energie.

Škola

Nejvíce své problémy vnímala při studiu, zde se nepozornost a zapomínání naplno projeví. Na základní škole učivo zvládala a nevnímala žádné obtíže, což mohlo být tím že: *„ty hodiny byly krátké, nebo jakože prostě ten čas na tu koncentraci byl omezený“*. Ale po nástupu na střední se to začalo zhoršovat – *„Noo, jako já jsem tak od střední pociťovala, že je se mnou jako něco špatně a pak vlastně na výšce“*. K tomu se přidaly problémy s organizací studia a potřeba neúměrně velkého množství času na přípravu, který ale zároveň často nedokázala efektivně využívat.

Klářina starší sestra byla ve škole premiantkou, často s ní byla srovnávána a dostávala ji za vzor. To u ní mohlo vyvolat dojem, že aby byla přijímána musí být ve škole také úspěšná. Zároveň pociťovala, že rodiče od ní mají vysoká očekávání. Když začla mít problémy a přestala zvládat nároky studia, dávala si to za vinu, považovala to svoje selhání a snažila se to dohánět větším usilím:

„Škola byla prostě celý můj život a ten titul prostě, který jsem potřebovala získat, že jo? A dala jsem do toho fakt všechno, tak jsem neměla jako čas asi vůbec na nic.“

Zároveň zde zaznívá že studium pro ni bylo v určité době i koníčkem, nebo to tak alespoň tenkrát vnímala:

„Takže tehdy jsem jako považovala za toho koníčka prostě to studium. Navíc já jsem si třeba nabírala předměty navíc, třeba i prostě magisterské, abych měla navrch na ty prostě svoje spolužáky. Domluvila jsem si bakalářku na akademii věd, abych jako nevím... abych sobě něco dokázala teď jako zpětně.“

Ale zpětně to trochu relativizuje říká že asi koníčky nebyli. Zde se může projevat tendence lidí s ADHD se snadno pro něco nadchnout a nechat se tím zcela pohltit (hyperfokus), která se ovšem občas rychle vyčerpá nebo se přelee někam jinam. Stejně tak touha po ocenění, které se dostává sestře za její úspěchy ve škole, mohla zapříčinit, že si Klára ztotožnila školu s koníčkem, ačkoli v ní měla těžkosti. Ambivalentní vztah ke škole dokresluje prolínání se zápalu a úsilí s pocity rezignace a marnosti.

„A na výšce už to bylo takový, že.... jak jsem ten život nezvládala, tak jsem to přestávala skrývat, protože už jsem na to neměla sílu a vlastně se to tak jako stalo součástí mojí osobnosti, že prostě mě ti lidi tam jako brali za takového jako... Jak se to řekne česky? Jako takovou volnomyšlenkářskou, prostě nezodpovědnou holku, co má všechno na háku.“

Dlouhodobý nápor stresu v kombinaci s vynaloženým úsilím vyústil do toho, že se Klára měsíc před státnicemi psychicky zhroutila a studium, kterému obětovala tři roky nedokončila. Poté Klára vystřídala ještě dvě vysoké školy, tu třetí se jí nakonec podařilo úspěšně dokončit. Dle jejích slov to bylo hlavně díky covidu: *„kdyby nebyl covid tak to nejspíš zase neudělám“*. Díky online výuce zažívala méně stresu a také jí pomohlo, že se u některých zkoušek dalo podvádět. Lockdown jí nevadil, protože na výšce neměla žádnou partu ani kamarády, naopak jí vyhovovalo, že nemusí chodit do společnosti: *„pro mě to bylo vysvobození, jako že jsem nemusela chodit mezi lidi“*. Dodává ještě že v té době kvůli škole trpěla lehkými depresemi a v tomhle stavu se nechtěla s nikým potkávat.

O titulu, o který tak dlouho usilovala říká: „*je to strašně zbastlený a vůbec si nemyslím, že si titul zasloužím*“.

Práce

Klára v nedávné době nastoupila na pozici IT testerky ve firmě zabývající se vývojem software. Práci v tomhle oboru primárně nehledala, spíš se náhodně naskytla příležitost, tak jí využila. Je to její první práce na plný úvazek po škole. Během studia chodila na různé brigády, jednalo se hlavně o manuální práci. Pracovala třeba jako servírka v kavárně, sanitář v nemocnici, zahradník nebo dělník ve výrobě. Oceňovala, že měla čistou hlavu, žádné starosti a hlavně dostatek pohybu.

„Neměla jsem žádnou zodpovědnost v podstatě a zároveň vím, že jsem tam prostě mohla běhat po té hale. Měla jsem tam nějakou činnost, že jo, prostě tahala jsem tam bedny, takže to jako paradoxně byla moje nejlepší práce, nebo v té nemocnici to bylo skvělý. Já jsem tam vždycky nachodila za tu jednu směnu tolik kroků...“

Když dokončila školu, koukala se po podobných pozicích navzdory tomu, že už měla vysokoškolský diplom, možná si ani tolik nevěřila, že by mohla nějakou kvalifikovanou práci získat.

„Jo, já jsem v podstatě když jsem si hledala tu práci, tak jsem si posílala životopisy na takový manuální práce, jakože prostě v nějakých zahradnictvích nebo nějaký takový jako zemědělský věci, protože jako zaprvé jsem věděla, že mě po škole nikde chtít nebudou a za druhé prostě vím, že jako by mě to bavilo a hlavně dělat venku, to je pro mě úplně jako wow.“

O současné práci říká, že ji baví a je ráda, že dostala možnost pracovat v IT. Snaží se také o obor zajímat a chodí na různé kurzy, aby si doplnila vzdělání a rozšířila obzory. Trochu bojuje s tím, že se jedná o sedavou práci, kde nemůže ventilovat energii. Neklid se u ní projevuje třeba tím, že si z něčím neustále hraje, nebo do něčeho klepe čímž vytáčí kolegy.

To, že by měla v tomto zaměstnání vydržet dlouhodobě si ale spíš představit nedovede – potřebuje zkoušet nové věci, stereotyp ji moc nebaví. Ráda by ještě třeba vycestovala do zahraničí a tam klidně vezme jakoukoliv práci. Taky říká, že budoucnost

moc neřeší a nepřemýšlí o ní, takže moc dopředu neuvažuje ani o svojí kariéře. Naopak říká, že jí je zaměření na peníze a budování kariéry cizí.

Partnerské vztahy

Klára má momentálně druhý vážnější vztah po více letech, co byla single. V tomhle single mezidobí měla nějaké kamarády, se kterými randila a jak sama říká, někdy to došlo tak daleko, že se spolu vyspali. Ale když to začalo vypadat vážněji, vždy to ukončila. Vztah dlouho odmítala kvůli bolestné zkušenosti s rozchodem.

Její současný vztah se vyvinul z dlouhodobějšího přátelství. S přítelem sdílí podobný humor, pohled na svět a zájmy jako třeba sport a aktivní životní styl. Líbí se jí na něm, že je hodně nekonvenční. Přítel v minulosti řešil také psychické obtíže (depresivní symptomatika) a navštěvoval psychoterapii, v současné době už potíže nemá. Klára to komentuje:

„Myslím si, že měl nějaké deprese a něco na ten způsob, ale teďka už, právě až mě to skoro mrzí, začíná být až moc normální, že si jako srovnal ten život, začal pracovat a teďka najednou je na té vlně jak všichni ostatní...“

Klára má pocit, že je na ni přítel moc hodný, že kvůli ní dělá hodně ústupků, zatímco ona ustupovat nemusí. Trochu to působí, že má pocit, že si nezaslouží, aby na ni někdo byl tak hodný. Zároveň ale říká, že nechce příteli ublížit, ale pak dodává, že má potřebu vyhledávat nové věci, nové lidi a zážitky a má to tak i ve vztazích.

Děti neplánuje, myslí si, že by to nezvládla a děti by trpěly. To že nebude chtít děti věděla celý život a čím je starší tím si je jistější. Její přítel děti dříve chtěl, ale už si to nějak rozmyslel, prý tomu napomohlo i to, že u svých kamarádů viděl, jak je to pracné. Klára také popisuje, že od doby, co se narodilo dítě její sestře, se jí vracel sen ve kterém jí padá dítě z rukou:

„...to je jsem vlastně zapoměla trochu zmínit... Já jsem k tomu psychiatrovi šla, vlastně po tom, co se narodila, protože jsem měla hrůzu a jakože fakt se mi o tom zdály sny často, že mi její dítě padá z ruk, jako když ho chovám a já jsem hrozně clumsy...“

Klára také zmiňuje, že jí problém s pamětí způsobuje různé menší trable ve vztahu, když třeba něco zapomene nebo když si třeba nedokáže vybavit společně strávené chvíle na loňské dovolené.

Vyhodnocení dotazníků,

V dotazníku sebepojetí Klára dosáhla celkově nízkých výsledků (Tabulka 2). Celkové Sebepojetí je v pásmu podprůměru (22 T). Na všech škálách kromě Sociální přizpůsobivosti se také umístila v pásmu podprůměru. Sociální přizpůsobivost je na dolní hranici pásma normy (41 T). Práce a studium (28 T) je zřejmě ovlivněná studijními neúspěchy a také nízkými ambicemi v pracovní oblasti. Fyzický zjev (22 T) – tato práce se fyzickým zjevem nezabývá a ani toto téma nebylo předmětem rozhovoru, ale Klára působila sympaticky. Odolnost vůči úzkosti (34 T) a Oblíbenost v kolektivu (26 T) zřejmě odráží různé Klářiny obavy jako mluvení před lidmi, strach že se někoho dotkne a pocit, že nemůže být v kolektivu sama sebou. To jí znemožňuje se plnohodnotně zapojit do sociálních vztahů a je zdrojem úzkosti. Smysl a seberealizace (26 T) je odrazem zřejmě ne moc optimistického očekávání od budoucnosti a jisté rezignovanosti.

Na škále WURS Klára dosáhla 31 bodů. Hranice, jež může predikovat výskyt ADHD je 46 bodů. Nicméně tento výsledek nemusí nic znamenat, jedná se jen o škálu pro orientační posouzení. Klára také udávala že v dětství si problémy nevybavuje – je otázka, zda opravdu žádné potíže nebyly, či si je jen nepamatuje nebo si dobu dětství zpětně idealizuje. Navíc Klára má typ s převahou nepozornosti, který se nemusí zdaleka tak moc manifestovat navenek.

Škála	Počet bodů	T-skóre
Sociální přizpůsobivost	17	41
Práce a studium	13	28
Fyzický zjev	8	22
Odolnost vůči úzkosti	11	34
Oblíbenost v kolektivu	11	26
Smysl a seberealizace	11	26
Celkově	71	22

Tabulka 2 Klářiny výsledky v dotazníku DOS-36

6.3 Martina

Martině je 25 let. Momentálně studuje na Filozofické fakultě, před tím krátce studovala na Lékařské fakultě, ale studium ukončila, když se zkomplikovalo během pandemie covidu a lockdownu. A ještě dříve strávila dva roky studiem jaderné fyziky, kterého zanechala kvůli vysokým nárokům, zhoršujícím se psychickým problémům a nakonec i ztrátě zájmu o obor a přehodnocení životních priorit. Mezi tím vyučovala jízdu na koni, pracovala v knihkupectví a teď v poslední době pracuje jako právní asistentka, ale práci by v dohledné době ráda změnila, jednak protože jí monotónní práce v kanceláři nevyhovuje a jednak proto, že by chtěla být blíže aktuálně studovanému oboru. Dle jejích slov byla práce u koní a v knihkupectví pro ADHD mozek lepší než ta kancelářská.

Martina je single, čerstvě se rozešla po dlouholetém vztahu, říká že je ve svých pětadvaceti „*poprvé efektivně vzato nezadaná*“ a že „*chronicky neumí být sama*“. Partner pro ni vždy představoval jistotu a jakýsi stabilizační bod. Aktuálně ale nový vztah nehledá a raději by se chtěla postavit na vlastní nohy a vybudovat si vlastní nezávislost.

ADHD ji bylo diagnostikováno před dvěma lety. Její psychické problémy sahají ale až do doby, kdy nastoupila na osmileté gymnázium. Výrazně se pak prohloubily po nástupu na vysokou školu. Tam pojala podezření, že by za tím vším mohla být nějaká diagnóza a začala pátrat až se dostala na stopu ADHD. Na potvrzení z úst psychiatra si ale ještě pár let počkala, protože nemohla sehnat nikoho kdo by ji diagnostikoval.

Martina má ráda různé kreativní činnosti, hraje divadlo a jezdí na koni, o koních říká, že jsou její celoživotní láska.

Obtíže a projevy

Martina má hlavně problémy hlavně s impulzivitou a nepozorností. Díky impulzivitě má „dar“ říkat ty nejméně vhodné věci v tu nejméně vhodnou chvíli, dojde jí to většinou až vzápětí. Stává se jí také že impulzivita vystupňuje natolik že pociťuje ztrátu kontroly nad svým chováním, sama to pojmenovává, že „*nemá řídítka*“. Pocit ztráty kontroly se objevuje když je ve společnosti nebo ve stavu nějaké excitace:

„Hlavně jsou pro mě třeba strašně moc nějakým způsobem jakože exciting, vzrušující nebo něco takového nové kolektivy, takže seznamovák přesně na vysoké a tak... Já tam na sobě cítím, že nemám prostě řídítka, že ono se to někam řítí a ta pusa něco říká a já něco dělám a sice si u toho říkám: Ježišmarjáá, vždyť vypadáš

jako úplnej idiot! Co děláš!? A fakt bych se strašně ráda zastavila, ale prostě se nezastavím, protože to jako nedokážu.“

Nepozornost zase způsobuje, že má problém udržet v paměti věci související s běžnou denní agendou. To jí přinutilo vybudovat si vlastní systém time managementu vycházející z bullet journals, kterému říká „*můj externí mozek*“. Díky externímu mozku jí ale prý její spolužáci někdy paradoxně považují za velice organizovanou. Popisuje také že má problém udržet v paměti více věcí na jednou:

„...jakože dvě věci potřebuju někam odnést do vedlejší místnosti – do blbý vedlejší místnosti a já to v hlavě neudržím, že tam ty věci nesu, takže v momentě, kdy potřebuji donést víc věcí a jednu z nich si dám do kapsy, no tak na tu třetí naprosto zapomenu...“

Jako další problematické místo vnímá úklid a udržování domácnosti.

„Vždycky, když bejvalej přítel odjel na víkend pryč a vrátil se po tom víkendu, tak tam byl výbuch a já jsem měla při tom pocit, že jsem do kuchyně třeba celou dobu nešla. Ale nějak se to jako stalo. (smích)“

Popisuje, že má na tyhle věci jakousi slepotu. V jejím vizuálním poli všechny objekty splývají dohromady a je v nich pro ni obtížné vidět či rozpoznat nepořádek, případně si vůbec jednotlivé objekty uložit do paměti:

„Když jsem se učila na přijímačky vnímání... Když tam bylo popsany někde vnímání zraku a teď tam bylo popsáno to, že na sítnici se nám tvoří taková ta barevná mozaika a teprve skrz tady ty mechanismy se učíme jako rozlišovat jednotlivé předměty a tak mně se to strašně propojilo s tím, co já vidím v momentě, kdy je někde jako nepořádek, já vidím prostě mozaiku! (smích)“

Martina popisovala svoje obtíže s humorem a velkým nadhledem, ale když tím kdysi procházela, určitě to veselé nebylo. Obtíže začala poprvé vnímat po nástupu na osmiletý gympl kde nedokázala zapadnout, říká že byla „*naprostý outcast*“. To se rychle podepsalo na jejích školních výsledcích a známkách. A hlavně na sebevědomý. Protrpěla se celými osmi roky gymnázia a bylo to pro ni nejhorší období jejího života. Jako způsob úlevy od stresu, který zde zažívala si našla sebepoškozování. Toho sice po čase zanechala

kvůli příteli, ale po nástupu na první vysokou školu, kde se nápor stresu ještě zvětšil začala mít sebevražedné myšlenky:

„...já nevím, třeba ve 12 ve 13 jsem začala s nějakým sebepoškozováním a vznikaly vlastně ty zárodky těch věcí, které potom na jaderce vlastně přešly až do nějakých těch sebevražedných tendencí no. Vznikly tak nějak v té sekundě, tercii tam to začalo bublat.“

Sociální vztahy

Martina navzdory tomu že působí také velice společensky a extravertně, mívala problém zapadnout do kolektivů a bývala spíš outsiderem.

„...pro většinu těch lidí jsem zase byla prostě praštěná a nechtěli se mnou mít nic moc společného. A pak tam byla tak jedna dvě holky vždycky jako se kterýma jsem se naopak velmi dobře vlastně jako sťukla. Ale jinak jako nové kolektivy pro mě vždycky byly jako problematické.“

Na vině je podle ní její impulzivita, kvůli které na ní okolí obvykle kouká skrze prsty. Impulzivita jí vždy narůstá, když je v nějakém kolektivu, hlavně když přijde do nového kolektivu nebo nové situace, ztrácí říditka a dostává se do stavu který není moc schopná kontrolovat a předvídat co se stane. Ostatními je pak zaškatulkována jako „ta praštěná“.

„Já třeba i když jsem jako nevím, když jsem třeba byla na seznamováku, tak já se jako fyzicky klepu, jak kdyby mi byla jako neuvěřitelná kosa a je to prostě jenom, protože jsem jako úplně... Ježíšmarjáá – nová situace a pak mi prostě drkotají zuby a jsem jako úplně hrozně jako nabitá z toho.“

Martina se ale naučila vyhledávat kolektivy, ve kterých jsou lidé jejího druhu s podobně nekonvečním myšlením a chováním a zde se nakonec dokázala začlenit a zapadnout. Takový kolektiv našla na jaderce, kde se stala i členkou místního ochotnického divadelního souboru.

„... když jsem přešla z toho gymplu, kde to bylo hrozný, tak jsem přišla na jaderku, kde je heslo všichni jsme tady ufouni a bylo to boží.“

Martina popisuje, že byla dříve sociálně velmi neobratná a měla problém třeba někam zavolat nebo jít něco vyřídit na úřad. Také s humorem poznamenává, že: „*většinou lidí se podaří si vytvořit social skills dříve než ve třicetce*“.

Rodina

Martina vyrostla v úplné rodině, má jednu starší sestru. Vztah se sestrou nehodnotí moc kladně, říká, že v dětství se kvůli ní bála chodit domů. Takhle mluví o letním táboře na kterém byla se sestrou:

„...o mě nikdo neměl jakýkoliv zájem a ségra ta taky ne. Jsem tam celou dobu musela sledovat, jak se ségra věnuje jiným dětem a je z nich úplně nadšená a já tam prostě někde vzadu sama brečím...“

Z jejích slov je patrné, že ani v současnosti k sobě nenašly moc cestu a jsou si spíše odcizené.

„Když si představím člověka, kterej je jako moje ségra, pro mě takový prototyp zodpovědného dospělého. Prostě takovej ten sociální, všechno jako v pohodě zařídí, zodpovědná, organizovaná a nikdy prostě s tímhle problémy neměla, prostě nějaký takový ty problémy jak se v tom životě zorientovat. A zároveň je to ten typ člověka, se kterým já si nemám tolik jako co říct.“

Její vztah s rodiči byl poznamenán neúspěchy ve škole. Bylo jí neustále „*omlacováno o hlavu*“ že nevyužívá svůj potenciál. Sama říká, že na jedné straně věděla že to je blbost, ale na druhé straně se s tím do jisté míry ztotožnila. Pocit nevyužitého potenciálu je pro ni stále silné téma. Měla pocit, že svoje rodiče zklamává a měla by se víc snažit, aby měli radost a naplnila jejich vysoká očekávání. Nakonec ji začali napadat myšlenky, že by pro rodiče bylo lepší, kdyby nežila:

„...ale zároveň jsem fakt byla přesvědčena, že to, že nejsem schopná jakoby studovat a naplňovat ten potenciál, takže tím rodiče zklamávám natolik, že by jim bylo objektivně líp, kdybych se zabila...“

Martině se do rodiny asi celkově nedaří příliš zapadnout. Říká že je v rodině jediná, kdo není neurotypický, obtížně hledá společná témata k hovoru s členy rodiny a věci, co jí přijdou zajímavé, ostatním zajímavé nepřijdou a obráceně. Dříve se jí také často stávalo, že způsobila poprask nevhodnou poznámkou nebo něco rychle řekla, aniž by

domyslela důsledky. Teď už se jí to tolik nestává, protože dokáže lépe odhadnout na co rodina bude reagovat negativně:

„Celou dobu prostě přemejšlím ty jo, co bych mohla říct. Je chvílička ticha, tak já k tomu něco řeknu a teď je to vyloženě takový ten záběr prostě z filmu, kdy z toho živého oběda se všichni zarazí a takhle koukají.

MB Taková jako petarda?

Ano! (smích) A nikdo jako nechápe, proč jsem to řekla, co jsem to řekla... Cože!? A já si tam jenom říkám, dobře, tak možná bude lepší, když tady budu jenom sedět a koukat na vás, tak jo.“

Škola

Martina byla na základní škole premiantkou, intelektově tu výrazně převyšovala zbytek třídy. Zřejmě se i zde chovala impulzivně a svérázně, jak je jí vlastní, ale třídní kolektiv dětí, se kterými se znala už od školky ji bral takovou, jaká je. Na osmiletém gymnasiu kam přestoupila díky skvělým školním výsledkům, už tomu bylo jinak. Rychle se ocitla v pozici úplného outsidera. Brzy začala mít výchovné problémy a začal se jí zhoršovat prospěch, až klesla mezi nejslabší žáky v ročníku. Byla odeslána na pedagogicko-psychologické vyšetření, kde ADHD/Hyperkinetickou poruchu nerozpoznali. Bylo jí pouze řečeno, že je chytrá dost, mohla by mít lepší výsledky a měla by se víc snažit. Martina se začala dostávat do bezvýchodné situace – začala se bát chodit domů (mimo jiné kvůli špatnému vztahu se sestrou) a u dospělých, kterým se o svém trápení snažila říct, příliš neuspěla:

„...bála jsem se chodit domů a zároveň to byly všechno věci, se kterými když jsem jako šla za někým starším dospělým, že jsem z toho fakt jako nešťastná, tak to byly věci, které oni vnímali, jako to je přece jako normální.“

Martina také silně tematizuje pocit úplné ztráty sebehodnoty. Říká, že měla do té doby svou hodnotu a identitu postavenou na tom, že byla dobrá ve škole a že byla ta chytrá. Od mala to slýchala ze všech stran a byla v tomhle přesvědčení neustále utvrzována, až to přijala za své. Se školními neúspěchy se ale její sebehodnota rozsypala a Martina si přestala vážit sama sebe. Vše vyústilo do sebepoškozování.

Zpětně si uvědomuje, že byla závislá na pozitivním oceňování od ostatních. Svou hodnotu postavila na školních výsledcích, protože za to byla oceňovaná okolím. Když se jí nedařilo na gymplu, snažila se zoufale najít něco, v čem by mohla vynikat, aby zase získala ocenění a mohla si sama sebe opět vážit. To ji převedlo ke studii částicové fyziky. Někdo jí řekl, že by v tom mohla být dobrá a ona se toho chytila. Ale zároveň se pro fyziku dokázala nadchnout, jak to ADÉHÁĎáci umí. Nadšení se ale brzy vyčerpalo a na studiu začala bojovat, přestala zvládat nároky, začaly ji přepadat depresivní myšlenky a nakonec i myšlenky na smrt.

Ke studiu fyziky má docela rozpolcený postoj, na jedné straně oceňuje kolektiv, ve kterém se cítila po strádání na gymnáziu konečně přijatá a bez problému zapadla. Zapojila se tu i do „*jaderňáckého divadla*“, ve kterém si našla přítele, na druhé straně ji ale studium vysávalo a bylo pro ni zdrojem depresivních nálad.

Práce

Martina aktuálně při studiu pracuje na částečný úvazek jako asistentka v právní kanceláři. Měla sice období, kdy se pro právo nadchla (jako se stejně snadno nadchla už pro spoustu věcí), ale to už je dávno pryč a momentálně je pro ni tahle práce dost ubíjející. Nebaví ji sedět v kanceláři ani v té práci nevidí žádný smysl.

„Po třech měsících jsem vyhořela podle mě a do teď jako nechápu, že jsem do teď v té práci, že tam pořád zvládnou chodit aspoň jako na part time a že na full time jsem tam vydržela jako rok a půl, tomu fakt nerozumím. Tak momentálně to mám tak, že přijdu, jenom přijdu do toho prostředí té kanceláře a už mám pocit, že na místě usnu. Jsem chronický insomniak! (smích)“

Kancelářská práce, která vyžaduje celodenní sezení u obrazovky je asi obecně peklem pro všechny lidi s ADHD. Martina by ráda tuhle práci co nejdřív opustila a našla si jinou, která bude blíže oboru který v současnosti studuje.

Než začala pracovat jako právní asistentka pracovala v knihkupectví a taky rok vyučovala děti jízdy na koni. O koních říká, že jsou její celoživotní láskou. Obě tyto práce hodnotí mnohem lépe než tu kancelářskou:

„Jo přesně, bylo to prostě akčnější a bylo to jednak tím, že vlastně člověk dělal, že jo rukama, tak člověk viděl ten výsledek za A, za B se u toho neustále hejbal a za C to bylo v tom ruchu té prodejny. Takže zatím co prostě v tom

knihkupectví se mi X krát stalo, že jsem šla na dvanáctihodinovou směnu a na konci té směny jsem zjistila, že jsem si zapomněla vybrat oběd, protože mi ten čas prostě utekl. A přijdu do té kanceláře a už po 40 minutách mám pocit, že už bych jako snad měla jít domů proboha.“

Partnerské vztahy

Martina má za sebou dva dlouhodobé vztahy. Ten druhý se jí čerstvě rozpadnul a Martina je prakticky poprvé ve své dospělosti nezadaná. Nový vztah momentálně nehledá, chce vyzkoušet žít chvíli sama a naučit se samostatně čelit nárokům každodenního života a v neposlední řadě najít sama sebe. O svém předchozím vztahu se vyjadřuje jako o „kodependentním“ a zpětně hodnotí že oba nebyly dost vyspělí na to, aby mohl přežít. Sama sebe vidí ve vztahu jak tu více závislou a říká, že potřebovala někoho, kdo bude „dospělý i za ni“ nebo trochu metaforicky „že jí chyběly vlastní nohy“. Nebyla zvyklá zařizovat různé praktické věci, nezvládala moc péči o domácnost.

O bývalém příteli říká, že byl nejspíš někde na autistickém spektru a měl problém se čtením emocí.

Vyhodnocení dotazníků

V Dotazníku sebepojetí (DOS) dosáhla celkově průměrné skóre (42 T) v hlavním faktoru Sebepojetí – i když je při spodní hranici pásma průměru (Tabulka 3). Na škálách Sociální přizpůsobivosti a Práce a studium dosáhla nejvyšších hodnot, v obou případech 50 T. Dobrý výsledek na těchto škálách může souviset se snahou na sobě pracovat, s přebíráním zodpovědnosti za vlastní život a snahou se postavit na vlastní nohy. Také tím, že Martina konečně studuje obor, o kterém dlouho snila a který si sama vybrala. Nejnižší skóre má na škále Oblíbenost v kolektivu – 36 T, což je již v pásmu podprůměru. To koresponduje s pozicí outsidera, ve které se Martina často nedobrovolně ocitá. Hraniční hodnotu 40 T má na škále Fyzický zjev, tomuto tématu se práce nevěnuje, nicméně Martina na mě působila sympaticky a na jejím vzhledu žádné nedostatky nebyly. Odolnost vůči úzkosti je na úrovni průměru – 49 T. Vzhledem k problémům, kterými Martina prošla je na dobré úrovni. Může to být opět dáno přebíráním zodpovědnosti za vlastní, získáváním kompetencí k řešení praktických problémů a nejspíš se tu projevuje i faktor psychoterapie. Na škále Smysl a seberealizace dosáhla skóre 43 T, což je při spodní hranici pásma průměru.

Na sebesposuzovací škále WURS Martina získala 50 bodů. Od 46 bodů predikuje potenciální výskyt ADHD.

Škála	Počet bodů	T-skóre
Sociální přizpůsobivost	19	50
Práce a studium	19	50
Fyzický zjev	13	40
Odolnost vůči úzkosti	16	49
Oblíbenost v kolektivu	14	36
Smysl a seberealizace	16	43
Celkově	97	42

Tabulka 3 Martininy výsledky v dotazníku DOS-36

6.4 Vlastní reflexe tématu

Jak jsem již zmínil v úvodu, sám mám už od dětství diagnostikované ADHD nebo vlastně jejího „předchůdce“ LMD (na počátku 90. let u nás byla diagnostická jednotka ADHD ještě neznámá). Samozřejmě moje ADHD během let dospívání nikam nezmizelo, z ADHD dítěte vyrostl dospělý ADHD. Ale změnilo se, není patrné na první pohled, sotva by mi ho někdo přisuzoval. Když to někomu řeknu tak se podivuje – „Ty, že máš ADHD? Vždyť vypadáš úplně klidně...“ To je pohled „z venku“, uvnitř klidný rozhodně nejsem, nic nemůže být vzdálenější pravdě, uvnitř jsem v totálním chaosu.

Osobně si myslím, že je úplně nesmysl, aby se někdo z ADHD vyléčil nebo vyrostl. U všech lidí, co tímhle trpí, je to celoživotní záležitost. Onen statistický bias je nejspíš způsoben proměnou symptomatologie a také tím, že mnoho dospívajících odmítne pokračovat v léčbě, do které je natlačili rodiče a vypadnou ze statistik. Sám jsem takto léčbu přerušil. Celou tuhle záležitost jsem pohřbil někde na okraji vědomí a bral ji jako minulost, ke které se nechci nikdy vracet. Byl jsem sice trochu podivín, ale v rámci normy.

V dospělosti mě to ale opět dohnalo. Začaly se mi kupit nejrůznější (nejen) psychické problémy, které bylo potřeba řešit. Díky psychoterapii jsem si pak uvědomil, že je tu stále tenhle polozapomenutý a nedořešený problém, který asi determinuje moje chování víc, než si myslím. Když jsem si pak přečetl něco o ADHD v dospělosti bylo mi naprosto jasné, že je to o mě. ADHD nikam nezmizelo, mám ho stále v plné síle, jen jsem

se ho naučil víc maskovat a kompenzovat, ale ne dost na to, aby mi nejrůznějším způsobem nenabourávalo život.

Nechci se tu dál rozepisovat o svém životě s ADHD, má osoba není předmětem výzkumu, jen jsem chtěl v rychlosti naznačit vlastní zkušenost, aby bylo zřejmé, z jaké pozice na téma nahlížím. Kromě psychologa/studenta psychologie (tedy řekněme odborníka) jsem zároveň i tím „insiderem“ majícím vlastní autentickou zkušenost a vhled. To může mít výhodu v tom, že si dokážu asi mnohem lépe představit s čím se respondenti potýkají, co prožívají, snáze se mi budou formulovat otázky a také bude možná snazší s respondenty navázat prvotní kontakt. Na druhé straně to může být i kamenem úrazu – chybí mi patřičný odstup od tématu. Stejně tak jako lékař bez ADHD si dovede jen stěží představit v čem žije jeho pacient, já si dokážu jen stěží představit jaký je život bez ADHD. Nevím, jak funguje zdravý mozek, jak vypadá realita bez ADHD. Zním sice dobře patologii, o které píšu, ale už neznám zdravou normu, ke které bych ji mohl vztáhnout. Je to pro mě abstraktní a teoretický pojem. Otázka tedy je, jestli je lepší výzkumník ten, který zná problém jen teoreticky nebo někdo, kdo ho zná zcela prakticky, ale nemá od něj odstup?

Předkládanou práci bych přesto nerad zcela kontaminoval vlastními zkušenostmi a pohledem na tuto poruchu. Už při psaní rešerše jsem se několikrát přistihнул, že spíše než fakta vypisuji vlastní postřehy a následně stisknul tlačítko DELETE. Také se snažím vyvarovat toho jít do výzkumu s nějakou snahou potvrdit si vlastní názor či postoj, nebo dělat lidem s ADHD advokáta (ač by to často potřebovali). Ale samozřejmě oddělit práci zcela od své zkušenosti nedokážu, už jen volba otázek a vedení interview je jejím odrazem, stejně tak výběr použitých zdrojů. Vzhledem k tomu, že výzkumným designem je IPA, doufám, že to nebude na závadu a práci to obohatí.

A mimochodem, při studiu literatury jsem nabyl dojem, že tímto tématem se zabývají z velké části právě lidé, co sami trpí ADHD (ale to je asi fenomén celé psychologie, že výzkumníci jsou přitahováni tématy, která zasahují do jejich životů). Např. Gabor Maté – v teoretické části jsem několikrát citoval jeho knihu Roztěkaná mysl (2021). Uvědomuji si, že to není zrovna zdroj vycházející z exaktního výzkumu, mnoho věcí je v něm trochu spekulativních, ale musím říct, že je to asi to nejpravdivější, co jsem o ADHD četl. Naprosto přesně vystihl podstatu téhle poruchy i vnitřní svět člověka s ADHD. Myslím, že k tomu hodně přispěla právě jeho vlastní autentická zkušenost ADHD.

7 DISKUSE

U všech tří respondentů je vidět mnoho podobností, paralel, opakujících se vzorců a podobné zkušenosti které pořídili. Možná je to dáno velikostí vzorku, podobným věkem a podobnou životní fází, ve které se nachází.

Sociální vztahy

Všichni tři respondenti působili velice společensky, extravertně, otevřeně, nechyběl jim smysl pro humor, přesto udávali, že obvykle byli za outsidersy, měli a stále mají spíše málo přátel, pohybují se na okraji společnosti a mají problém zapadnout. V dotazníku DOS měli všichni v položce Oblíbenost v kolektivu nízký skóre (44, 26, 36). To může být způsobeno impulzivním chováním, díky kterému mohou být pro ostatní hůře čitelní, ale zřejmě nejenom kvůli tomu. Bylo patrné také jisté sociální stažení a rezignovanost po prožitých negativních zkušenostech. Zajímavé také je, a často to zaznívalo, že respondenti mají pocit, že nemohou být ve společnosti sami sebou a když budou, okolí na to bude reagovat nějak negativně či je přímo bude odsuzovat. Když jdou tedy někam do společnosti, cítí se pod tlakem, protože musí být pro ostatní „nějací“ a mají pocit, že musí hrát roli, která jim není vlastní. To v nich vyvolává negativní pocity a je to také energeticky náročné a únavné. Proto se společnosti raději vyhnou, ačkoli je paradoxně vidět, že o sociální vztahy ve skutečnosti stojí. Sociální vztahy byly pro všechny tři důležitým tématem.

Respondenti také celkem shodně uváděli, že si rozumí hlavně s lidmi, kteří mají také ADHD nebo řeší jiné psychické obtíže, případně s lidmi, kteří jsou nějakým způsobem nekonvenční či nějak vybočují z normy.

Rodina

U respondentů je patrné, že ačkoli se u nich problémy začaly objevovat už během školní docházky, rodiče jim nepřisuzovali velký význam, spíše je bagatelizovali a vykládali si to jako, že se jejich dítě dostatečně nesnaží, či se (v případě Pavla) neumí chovat. To pak ovlivňovalo dále vzájemné vztahy. Respondenti se pak dostávali do svým

způsobem bezvýchodné situace. Kupily se jim problémy, se kterými si sami nedokázali poradit – neměli na ně dostatečný náhled a dovednosti k jejich zvládnutí (a to ani později v období adolescence, či po nástupu na VŠ). Zároveň doma neměli dostatečnou oporu a někoho kdo by jim v tomto ohledu naslouchal a poskytl pomoc. Naopak se jejich problémy spíše stávaly zdrojem konfliktů v rodině a způsobovaly jim další stres.

Respondenti mají také tendenci se za své problémy i pošramocené vztahy obviňovat, rodiče hodnotí shovívavě a moc nepřipouštějí, že by část viny byla i na jejich straně. Což je asi přirozené, jelikož dítě je na svých rodičích existenčně závislé, nemůže si dovolit ohrozit tento vztah a raději vezmu vinu na sebe. Obě respondentky si navíc zvnitřnily pocit, že zklamaly rodiče a nedokázaly naplnit jejich očekávání, což se projevuje na jejich sebedůvěře a sebehodnocení.

Respondentky mají i ve svých rodinách pozici outsiderů (Klára v tomto ohledu mluví o širší rodině), nedokáží se zde příliš zapojit do sociálních interakcí a jsou zde za „černé ovce“. I v dospělosti jsou hodnoceny spíše rozpačitě, protože se vymykají běžným společenským normám. Zajímavé je, že obě respondentky shodně udávají, že měly v dětství špatný vztah se starší sestrou. Otázka je, nakolik to bylo dáno srovnáváním ze strany rodičů a okolí, či jestli to bylo ovlivněno přímo symptomy ADHD, jako třeba impulzivním chováním.

Škola

U všech respondentů se také shodně objevily problémy se změnou primární školy. Respektive Pavel uvádí, že byl problematickým žákem i na ZŠ, ale tyto problémy pociťovalo spíše jeho okolí, on sám to tak do značné míry nevnímal. Byli zde v kolektivu dětí, se kterými se znali už od školky a byli v tomto kolektivu integrováni. Ale v okamžiku, když odešli do nové školy, kde byl úplně nový, pro ně neznámý kolektiv, nedokázali se do něj již zapojit a rychle se dostali do pozice outsiderů. Začal se jim zhoršovat prospěch a objevovat se u nich psychické problémy. To vše se pak rychle propisovalo do jejich sebevědomí a sebehodnoty. Obtížnější navazování sociálních vztahů zřejmě vychází z nižší sociální obratnosti, která je pro ADHD poměrně typická (Ptáček & Ptáčková, 2019).

Všichni tři mají intelekt zřejmě ve vyšším pásmu průměru či v pásmu nadprůměru. IQ testy jim nebyly administrovány, ale usuzujeme na to z jejich slovníku (ačkoli je někdy expresivní a nespisovný), všeobecného rozhledu, dobrého náhledu na jejich problémy a

způsobu jakým o nich dovedou uvažovat a vidět je v širších souvislostech. Přesto bojovali ve škole a dosahovali v ní podprůměrných výsledků. Obě respondentky vystřídalý více vysokých škol aniž by je dokončily, i když často vynakládaly velké úsilí a věnovali jim hodně času. Špatné školní či studijní výsledky mohou být ovlivněny impulzivitou a nepozorností, která jistě komplikuje přípravu i aktivní účast na výuce. Zřejmě se zde ale promítala i jejich pozice outsiderů, kvůli které nedokázali těžit z benefitů jež přináší spolupráce v rámci třídního kolektivu (sdílení informací, spolupráce na projektech a úkolech, psychická podpora). Školu měli kvůli této vyloučené pozici spojenou s negativními emocemi a to sráželo i jejich motivaci. Motivace byla často spíše vnějšího charakteru – obě respondentky cítily silný tlak na výkon z rodiny a snažily se těmto očekáváním dostát.

Práce

V pracovní oblasti se ukazuje, že respondentům mnohem více vyhovovala manuální práce či práce v nějakém rušném prostředí, které přinášelo spoustu stimulů. Pro Pavla představovala práce ve výrobě každodenní výzvu, kde se snažil splnit normy ještě lépe než předchozí den. Klára si zase užívala práci ve skladu nebo práci sanitáře a oceňovala na ní, že mohla každý den nachodit spoustu kroků a měla po tom ze sebe i dobrý pocit. Naopak práce v kanceláři se jeví jako problematičtá. Martina vyloženě přiznává, že ji ničí. Klára je zatím nadšená z nové dobře placené práce v IT, ale pociťuje že je pro ni náročné zvládnout usedět osm hodin na židli, soustředit se a přiznává, že prvotní nadšení lehce vyprchává.

Manuální práce respondentům zřejmě umožňuje ventilovat hyperaktivitu, která se jinak mění na vnitřní tenzi, oproti kancelářské práci, která to neumožňuje a navíc klade velké nároky na pozornost a pečlivost, se kterou mají všichni respondenti vzhledem k obtížím s pamětí a zapomínáním problém. Dlouhé soustředění je navíc rychle unavuje, což se negativně propisuje do jejich nálady.

Do spokojenosti v práci se u nich silně promítají sociální vztahy na pracovišti. Ty samozřejmě ovlivňují všechny zaměstnance, i ty bez ADHD, ale zde se nám to jeví jako mnohem silnější faktor a prediktor pracovní úspěšnosti či toho, jestli zaměstnanec odejde nebo zůstane. Negativní zkušenosti z minulých kolektivů a pozice outsiderů je dělá velice citlivé a zranitelné vůči odmítnutí a kritice. Strach z kritiky jim brání se v kolektivu

svobodně projevit a být sami sebou, jak často zmiňují, proto se mohou stahovat do pasivity a paradoxně opět směřovat do pozice outsidera, která je jim tolik nepříjemná.

Partnerské vztahy

V oblasti partnerských vztahů je také vidět jisté narušení. Jednak se tam promítá zapomínání, např. že se s partnerem už o něčem bavili a k něčemu došli, což jejich partnery pochopitelně vytáčí, zvláště když se to opakuje. Dále pak problémy se zvládáním praktických věcí jako je udržování domácnosti či různé zřizování. Martina mluvila o tom, že byla na svém partnerovi v mnoha ohledech závislá, nejen emočně. Na jejím příteli bylo řešení praktických věcí, obstarávání finančních prostředků a úklid bytu. Přijetí odpovědnosti za tyto věci ji přinutil až rozchod.

Partner s ADHD tak může ve vztahu snadno sklouznout do role dítěte, o kterého se druhý partner stará a přebírá tak roli rodiče. Tohle může vytvářet potenciál pro vznik závislých vztahů. O tom Martina také mluvila a svůj vztah tak i sama označila.

Další problematickou oblastí ve vztazích může být impulzivní chování, díky kterému je partner s ADHD méně předvídatelný. Pavel popisoval, že jeho předchozí vztahy skončily, protože často reagoval impulzivně na banality a hned šel do konfliktu. Následně si to pak vždy vyčítal.

Jak již bylo zmíněno výše, všichni respondenti shodně říkali, že jsou jim mnohem bližší a sympatičtější lidé nekonvenční, nějakým způsobem vybočující či lidé co také řeší psychické problémy. Toto bylo patrné i u partnerských vztahů – alespoň u obou respondentek. Martina mluvila o tom, že její bývalý přítel byl někde na autistickém spektru a Klára zase říkala, že její přítel v minulosti řešil deprese a celkově se jedná o nekonvenčního člověka.

Zajímavé také je, že dva respondenti – Klára a Pavel shodně říkali, že nechtějí děti, protože si myslí, že na to nejsou dost zodpovědní a nezvládli by to.

Sebepojetí

V Dotazníku sebepojetí (DOS-36) skórovali všichni tři respondenti nízko, Martina při dolní hranici pásma průměru (celkově 42 T), Pavel (celkově 33 T) a Klára (celkově 22 T) již převážně v pásmu podprůměru. I z rozhovorů bylo patrné, že Martina, přes veškeré problémy, kterými prošla, má nejoptimističtější pohled do budoucna.

Na sebezpojetí všech tří respondentů se zřejmě negativně podepsaly jejich životními zkušenostmi a problémy se kterými se potýkali a částečně stále potýkají. Tyto problémy mají pravděpodobně původ v symptomech ADHD. Nelze to samozřejmě tvrdit jednoznačně, v životech respondentů hrály roli i jiné faktory, které mohly mít negativní vliv na formování jejich sebezpojetí např. přístup rodiny, tlak na výkon, srovnávání atd.

Rozhovory naznačují, že respondenti mají nějakým způsobem narušenou většinu oblastí, jež jsou zdrojem sebezpojetí – škola pro ně byla traumatizující zážitek, mají problém začlenit se do kolektivu, trpí výčitkami, úzkostmi a depresemi, často zažívají stres, pracovní oblast také není moc uspokojivá, objevuje střídání prací, či nejlépe hodnotí nejméně kvalifikované pozice. Respondenti také budili dojem, že nemají již moc velké očekávání od budoucnosti. Výsledky z Dotazníku sebezpojetí s tím korespondují.

Srovnání se studii

Nízké sebezpojetí zjištěné u respondentů odpovídá zjištěním ze studie, kterou provedli Houck et al. (2011). Tato studie zjistila snížené sebezpojetí dětí s ADHD. Zároveň také zjistila, že starší děti mají nižší sebezpojetí než mladší děti, což může ukazovat na trend klesajícího sebezpojetí s věkem. Bakalářská práce se sice nezabývá dětmi, ale lze předpokládat, že nízké sebezpojetí se přenáší do dospělosti a trend v jeho poklesu pravděpodobně pokračuje. Ale protože bylo u respondentů sebezpojetí měřeno pouze jednou a nejsou k dispozici starší data se kterými by se dal současný výsledek porovnat, nelze s jistotou tvrdit, že klesající trend platí i v jejich konkrétním případě.

Respondenti dle toho, co sami popisovali, mají v různé míře zastoupeny hlavní symptomy ADHD – nepozornost, hyperaktivitu a impulzivitu. Klára, která udávala asi největší obtíže s nepozorností (i dle jejího lékaře se jedná o podtyp s převahou nepozornosti) měla mezi respondenty nejnižší skóre v Dotazníku sebezpojetí. To by mohlo být v souladu se zjištěními, že nepozornost je prediktorem nízkého sebezpojetí (Cueli et al., 2020). Martina ale také udávala významné problémy s pozorností, přesto celkově skórovala mnohem lépe, i když v průměru je její výsledek stále relativně nízký. Navíc udávala i hodně vysokou míru impulzivity, takže se v jejím případě pravděpodobně jedná o kombinovaný subtyp. Ten by podle Graetz et al. (2005) měl mít ještě horší dopad na sebezpojetí než samotná nepozornost, to se v případě Martiny nepotvrzuje.

U obou respondentek je také patrné více internalizující chování a rozvoj úzkosti a depresivních symptomů. Gershon (2002) udává, že internalizující chování se více

vyskytuje u dívek. Pavel sice také zmiňuje úzkosti, ale jeho chování (alespoň během dětství a dospívání) bylo hodně externalizující.

Problém s diagnózou ADHD v ČR

V ČR je platný MKN-10 který diagnostickou jednotku ADHD nezná, proto ji nelze oficiálně stanovit. Respektive od 1.1.2022 je na pětiletou přechodnou dobu platný již MKN-11, který už ADHD zná, ale dosud nebyl dokončen český překlad (ÚZIS ČR, 2022), takže fakticky není zatím používán. Nicméně povědomí o ADHD narůstá, chodí stále více pacientů, kteří se domáhají vyšetření a lékaři na to nějak reagují. V praxi to řeší asi různě – někteří tyto pacienty stále odmítají, jiní je „nacpou“ do jiné diagnostické jednotky, aby jim pojišťovna proplatila vyšetření a medikaci.

Jelikož jsme si chtěli ověřit, jak je to v ČR s možností získat tuto diagnózu v dospělosti, napsali jsme e-mail do všech zdravotních pojišťoven a vznesli dotaz dle zákona č.106/1999 Sb. o svobodném přístupu k informacím. Tázali jsme se, zda je možné získat diagnózu ADHD/F90 v dospělosti a zda pojišťovny toto vyšetření hradí. Ze všech pojišťoven přišla odpověď že ANO, respektive odpověď byla trochu alibistická – nemají s tím problém, ale vždy záleží na ošetřujícím lékaři, jakou diagnózu stanoví. Pojišťovny to nerozporují a vyšetření i následnou léčbu proplatí. Takže de facto lékař může vykázat odlišnou diagnózu a pojišťovna to akceptuje a dále nezkoumá. Pacient má proplacenou léčbu a pojišťovna to má administrativně v pořádku.

Tím se vracíme na začátek – respondenti získali diagnózu, která „papírově“ nesedí (tj. jinou než ADHD), ale jejich psychiatři/kliničtí psychologové po vyšetření došli k názoru, že tito pacienti s největší pravděpodobností trpí ADHD – tj. mají klinické příznaky, naplňují diagnostická kritéria a potřebují v tomto ohledu léčbu. Všem třem respondentům byl také indikován atomoxetin, který je v ČR schválen pouze k léčbě Hyperkinetické poruchy a ADHD.

Původně bylo v zadání, že všichni respondenti by měli mít diagnostikované ADHD již od dětství, respektive Hyperkinetickou poruchu (F90), kterou u nás lze diagnostikovat. Tento požadavek vychází ze staršího pojetí dle DSM-IV, které neumožňuje ADHD diagnostikovat dospělým, pokud již tuto diagnózu neměli v dětství. Také jsme předpokládali, že bude obtížné sehnat někoho, kdo to bude mít diagnostikované až v dospělosti, právě kvůli výše zmíněným problémům s diagnostikou.

Od tohoto požadavku bylo nakonec upuštěno a přidrželi jsme se spíše současného pojetí dle DSM-5 nebo MKN-11, které připouští, že je možné ADHD zpětně diagnostikovat i v dospělosti. Kromě teoretického ukotvení nás k tomu vede ještě jeden mnohem praktičtější důvod – všichni zájemci o interview byli diagnostikováni až v dospělosti, neozval se nikdo, kdo by měl diagnózu již od dětství. Domníváme se, že pro ty, co mají diagnózu už od dětství to není zdaleka tak velké téma, jako pro ty, co ji neměli a celý život nevěděli co se s nimi děje. Jako rozhodující faktor při výběru jsme se tedy rozhodli brát skutečnost, zda respondent má či nemá diagnózu, bez ohledu na věk, kdy mu byla stanovena.

Respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu, měli diagnózu stanovenou v nedávné době. Všichni tři zhruba před rokem. Lékaře, který jim diagnózu stanovil tedy našli (ačkoli vypověděli, že to byla anabáze). Jeden z respondentů uvedl, že jako oficiální diagnózu získal F90.0 a jeden F43.2 (Poruchy přizpůsobení), třetí respondent oficiální diagnózu neuvedl. Pro orientační posouzení byli respondenti ještě požádáni o vyplnění dotazníku WURS. To samozřejmě nemůže plnohodnotně suplovat diagnostiku u odborníka, ale určité vodítko to může poskytnout. Po rozhovorech, které jsme následně absolvovali, můžeme říci, že všichni respondenti s ohledem na jejich problémy, mluvený projev, životní styl atd. ADHD s největší pravděpodobností mají.

Limity práce

Jak bylo výše uvedeno, výzkum byl realizován na malém souboru respondentů, který zřejmě není reprezentativní. Všichni respondenti jsou prakticky stejně staří a jsou v podobné životní fázi. Všichni tři byly také v nedávné době diagnostikovány, což jim svým způsobem změnilo život a náhled na spoustu věcí. ADHD je pro ně momentálně významné téma, které se pokoušejí nějak integrovat do svých životů. Na interview se také přihlásili dobrovolně – chtěli o svých problémech mluvit, tedy mají pocit, že mají k tématu co říct. Tomu musela předcházet nějaká vlastní reflexe a získání náhledu na svoje problémy. Tohle vše z nich činí poměrně specifický soubor a výsledky tedy nelze příliš zobecňovat na celou populaci dospělých s ADHD. Vzhledem k použitému designu, ani nebylo usilováno o reprezentativnost, naopak byla snaha, aby byl soubor homogenní. IPA si také neklade za cíl, dosáhnout teoretické transferebility poznatků. Přesto si myslíme, že některé vzorce, které se objevovaly u respondentů budou společné mnoha dospělým s ADHD.

Dalším nezanedbatelným limitem je fakt, že se jedná o studentskou práci, jejíž autor se teprve učí, jak se dělá psychologický výzkum, nemá dosud zkušenosti, o které by se mohl opřít a dost pravděpodobně se mohl dopustit metodologických přešlapů a nepřesností.

8 ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat zkušenosti dospělých s ADHD v kontextu různých životních událostí a milníků jako je školní docházka, studium, zaměstnání, partnerské a sociální vztahy. Dalším cílem bylo zmapovat, jak tyto zkušenosti ovlivnily sebepojetí dospělých s ADHD.

V rámci výzkumu proběhl rozhovor se třemi respondenty, kteří mají v nedávné době diagnostikováno ADHD, tedy až zpětně vidí svoje problémy v kontextu této poruchy. Respondenti v mnoha ohledech popisovali podobné obtíže. Negativní dopad začali vnímat po změně primární školy, kdy začali mít obtíže se začlenit do nového kolektivu. Rodiče vesměs odmítali, že by dítě mělo problém a jejich obtíže zůstaly neřešeny. Problém zapadnout je pro ně obecně velkým tématem, často byli na pozici outsiderů. Dodnes mají problém se začlenit do různých sociálních skupin a mají méně přátel, často se jedná o jednotlivce. Respondenti také udávají, že nemůžou být sami sebou a mají pocit, že se nemůžou svobodně projevit, protože by následovala negativní reakce okolí, či by se mohli někoho dotknout. Okolím jsou často vnímáni jako „šašci“ či jako osoby nějak vybočující z normy.

V dotazníku sebepojetí (DOS-36) respondenti skórovali v dolním pásmu průměru či v podprůměru – jejich sebepojetí je tedy nízké. Dosahovali nízkých hodnot jak na jednotlivých subškálách tak i v celkovém skóre. Výsledek tedy celkem dobře odráží problémy respondentů v mnoha oblastech života, jejich nízké sebevědomí, problémy se sociálními vztahy a ne moc velká očekávání od budoucnosti. Je zřejmé, že četné obtíže, se kterými se celoživotně potýkali, měly na jejich sebepojetí negativní dopad. I jiné studie potvrzují, že sebepojetí lidí s ADHD je narušeno.

9 SOUHRN

Bakalářská diplomová práce „Sebepojetí u dospělých s ADHD“ si klade za cíl zmapovat životní zkušenosti dospělých s ADHD v kontextu různých životních událostí a milníků jako školní docházka, studium, zaměstnání, partnerské a sociální vztahy. Dalším cílem je pak prozkoumat dopad těchto událostí na sebepojetí respondentů.

V teoretické části práce je nejdříve vymezena diagnostická jednotka ADHD a je nastíněna její historie a vývoj pohledu na ni. Následně jsou představena diagnostická kritéria dle DSM a MKN. V případě MKN-10 se jedná o Hyperkinetickou poruchu, která popisuje víceméně tutéž symptomatiku v dětském věku. Dále následuje přehled diagnostických nástrojů pro posouzení možného výskytu ADHD a za nimi terapeutické přístupy k léčbě ADHD. Další kapitola se zabývá specifiky ADHD v dospělosti, konkrétně se zaměřuje na partnerské vztahy a problematiku zaměstnání. Na konci teoretické části je krátce zmíněn konstrukt sebepojetí a jak ADHD ovlivňuje osobnost a sebepojetí.

Praktická část práce je postavena na kvalitativním výzkumu, konkrétně na interpretativní fenomenologické analýze (IPA). Výzkumu se zúčastnili tři respondenti ve věkovém rozmezí od 25 do 30 let. Respondenti se sami přihlásili na inzerát zveřejněný ve facebookové skupině zaměřené na ADHD v dospělosti. Pro sběr dat bylo využito polostrukturované interview. Otázky v rozhovoru byly zaměřeny jednak na projevy ADHD a obecně na potíže vyplývající z této poruchy a také na oblasti jako dětství, školní docházka, studium, práce, partnerské a sociální vztahy – tedy na faktory, které sytí obecnější faktor sebepojetí. Respondenti zároveň vyplnili Dotazník sebepojetí (DOS-36) a WURS – škálu pro orientační posouzení možného výskytu ADHD.

Záznamy z rozhovorů byly převedeny do textové podoby pomocí nástroje Transkriptor a následně zpracovány v programu ATLAS.ti. Byla provedena interpretativní fenomenologická analýza a na jejím základě byly načrtnuty příběhy jednotlivých respondentů a zpracovány odpovědi na to, jak respondenti vnímají oblasti svého života, na které se výzkumné otázky tážou. Zároveň byly vyhodnoceny Dotazníky sebepojetí.

Z rozhovorů vyplývá, že všechny oblasti jsou pro respondenty nějakým způsobem problematické či jsou významně narušeny. Respondenti udávají celou řadu obtíží jako problém začlenit se do kolektivu, pocit že nemohou být sami sebou, objevuje se u nich střídání škol a prací, úzkosti, obavy a depresivní nálady, mají problémy se zvládnutím praktických každodenních věcí atd. Jejich potíže trvají už od dětství, všichni shodně udávají, že je začali subjektivně vnímat po změně primární školy.

V Dotazníku sebepojetí respondenti dosáhli nízkého skóre. Jeden respondent při spodní hranici pásma průměru, dva již v pásmu podprůměru. Nízké skóre tedy koresponduje s obtížemi, které respondenti popisovali v rozhovorech. Narušení v jednotlivých oblastech, které představují zdroje sebepojetí se negativně promítá do konstruktu sebepojetí. Negativní sebepojetí je pravděpodobně důsledkem symptomů ADHD.

LITERATURA

- Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T., Bolea, B., Coghill, D., . . . Young, S. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC Psychiatry*(13), Článek 59 (2013). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-59>
- ADDitude. (2021). *ADHD Therapy Overview: The 9 Best Treatments for Children and Adults*. Získáno 25. března z <https://www.additudemag.com/add-adhd-therapy/#footnote2>
- ADDitude. (25. 1 2023). *Famous People with ADHD*. Získáno 25. března z <https://www.additudemag.com/slideshows/famous-people-with-adhd/>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.; DSM-II)*. Autor.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Autor.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised (DSM-III-R)*. Autor.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Autor.
- ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. (n.d.). *About Atlas.ti*. Získáno 25. března z <https://atlasti.com/about-atlas-ti/>
- Barkley, R. (2011). *Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV)*. Guilford Press.
- Blatný, M. (2001). *Sebepojetí v osobnostním kontextu*. Masarykova univerzita.
- Blatný, M., & Plháková, A. (2023). *Temperament, inteligence, sebepojetí: nové pohledy na tradiční témata psychologického výzkumu*. Psychologický ústav Akademie věd ČR.
- Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*, 11(4), 373-377.
- Cakirpaloglu, P. (2013). *Vybrané kapitoly psychologie osobnosti*. Univerzita Palackého.
- Clements, S. (1966). *Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification: phase one of a three*. US Dept of Health, Education, and Welfare.

- Conners, C., Erhardt, D., & Sparrows, E. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. Multi-Health Systems, Inc.
- Cueli, M., Rodríguez, C., Cañamero, L., Núñez, J., & González-Castro, P. (2020). Self-Concept and Inattention or Hyperactivity– Impulsivity Symptomatology: The Role of Anxiety. *Brain sciences*, 10(4). <https://doi.org/10.3390/brainsci10040250>
- Dolejš, M., Dostál, D., Oberiegnerů, R., Orel, M., & Kňážek, G. (2021). *Dotazník sebebopjetí (DOS) – příručka pro praxi*. Univerzita Palackého.
- Drugs.com. (n.d.). *Medications for ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)*. <https://www.drugs.com/condition/attention-deficit-disorder.html>
- Epstein, J., Johnson, D., & Conners, C. (2000). *Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV*. Multi-Health Systems.
- Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 5(3), 143-154. <https://doi.org/10.1177/108705470200500302>
- Goetz, M. (2009). Současný pohled na léčbu ADHD. *Remedia*, 19(3), 190-196.
- Graetz, B., Sawyer, M., & Baghurst, P. (2005). Gender Differences Among Children With DSM-IV ADHD in Australia. *Journal of the American Academy of Children & Adolescent Psychiatry*, 44(2), 159–168. <https://doi.org/10.1097/00004583-200502000-00008>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.
- Hawkins, E., Gathercole, S., Astle, D., The CALM Team, Holmes, J., & Engelhardt, P. (2016). Language Problems and ADHD Symptoms: How Specific Are the Links? *Brain Sci*, 6(4), 50. <https://doi.org/10.3390/brainsci6040050>
- Heijer, A., Groen, Y., Tucha, L., Fuermaier, A., Koerts, J., Lange, K., . . . Tucha, O. (2017). Sweat it out? The effects of physical exercise on cognition and behavior in children and adults with ADHD: a systematic literature review. *Journal of Neural Transmission*, 124, 3–26. <https://doi.org/10.1007/s00702-016-1593-7>
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace (2., aktualiz. vyd)*. Portál.

- Hertz, P., Turner, D., Barra, S., Biedermann, L., Retz-Junginger, P., Schöttle, D., & Retz, W. (2022). Sexuality in Adults With ADHD: Results of an Online Survey. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.868278>
- Holá, D. (2022). *Co je neurodiverzita a kdo je neurodivergentní?* Načteno z ATYP Magazín: <https://atypmagazin.cz/co-je-neurodiverzita-a-kdo-je-neurodivergentni-neurodiverzni-nebo-neurodivergentni/>
- Hoogman, M., Muetzel, R., & et al. (2017). Brain Imaging of the Cortex in ADHD: A Coordinated Analysis of Large-Scale Clinical and Population-Based Samples. *The American Journal of Psychiatry*, 176(7), 531-542. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18091033>
- Houck, G., Kendall, J., Miller, A., Morrell, P., & Wiebe, G. (2011). Self Concept in Children and Adolescents with ADHD. *J Pediatr Nurs.*, 26(3), 239-247. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.02.004>
- Husárová, V., & Ondrejka, I. (2012). ADHD: stále veľa otázok. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 108(3), 131-137.
- Chadd. (2022). *Asking for Workplace Accommodations*. Získáno 25. března z <https://chadd.org/adhd-weekly/asking-for-workplace-accommodations/>
- Isaksson, J., Stickley, A., Koposov, R., & Ruchkin, V. (2018). The danger of being inattentive – ADHD symptoms and risky sexual behaviour in Russian adolescents. *European Psychiatry*, 47(2008), 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.004>
- Kessler, R., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., . . . Walters, E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002892>
- Knouse, L., Traeger, L., O’Cleirigh, C., & Safren, S. (2013). Adult ADHD Symptoms and Five Factor Model Traits in a Clinical Sample: A Structural Equation Modeling Approach. *J Nerv Ment Dis.*, 201(10). <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182a5bf33>

- Kofler, M., Singh, L., Soto, E., Chan, E., Miller, C., Harmon, S., & Spiegel, J. (2010). Working memory and short-term memory deficits in ADHD: A bifactor modeling approach. *Spiegel*, 34(6), 686-698. <https://doi.org/10.1037/neu0000641>
- Kooij, J., & Francken, M. (2020). *DIVA 5.0 Diagnostic Interview for ADHD in adults*. DIVA Foundation.
- Kopřivová, J., Brunovský, M., Práško, J., & Horáček, J. (2008). EEG Biofeedback a jeho využití v klinické praxi. *Psychiatrie*, 12(1), 10-17.
- Lopez-Williams, A., Chacko, A., Wymbs, B., Fabiano, G., Seymour, K., Gnagy, E., . . . Morris, T. (2005). Athletic Performance and Social Behavior as Predictors of Peer Acceptance in Children Diagnosed With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 13(3), 173-180. <https://doi.org/10.1177/10634266050130030501>
- Marsh, L., Norvilitis, J., Ingersoll, T., & Li, B. (2015). ADHD Symptomatology, Fear of Intimacy, and Sexual Anxiety and Behavior Among College Students in China and the United States. *Journal of Attention Disorders*, 19(3), 211-221. <https://doi.org/10.1177/1087054712453483>
- Maté, G. (2021). *Roztěkaná mysl*. PeopleComm.
- MENTALUP. (2021). *Famous People with ADHD: ADD Celebrities and Well Known People*. Získáno 25. března z <https://www.mentalup.co/blog/famous-people-and-celebrities-with-adhd>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: Dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada.
- Mokobane, M., Pillay, B., & Meyer, A. (2019). Fine motor deficits and attention deficit hyperactivity disorder in primary school children. *South African Journal of Psychiatry*, 25, 1-7. <https://doi.org/10.4102/sajpsychiatry.v25i0.1232>
- Murphy, K., & Barkley, R. (2007). Occupational Functioning in Adults with ADHD. *The Guilford Press*, 15(1), 6-10. <https://doi.org/10.1521/adhd.2007.15.1.6>
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše (2., aktual. a dopl. vyd)*. Grada.
- Paclt, I. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.

- Perroud, N., Hasler, R., Golay, N., Zimmermann, J., Prada, P., Nicastro, R., . . . Baud, P. (2016). Personality profiles in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0906-6>
- Pisecco, S., Wristers, K., Swank, P., Silva, P., & Baker, D. (2001). The effect of academic self-concept on ADHD and antisocial behaviors in early adolescence. *Journal of Learning Disabilities*, 34(5), 450-461. <https://doi.org/10.1177/002221940103400506>
- Polanczyk, G., de Lima, M., Horta, B., Biederman, J., & Rohde, L. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942>
- Polanczyk, G., Willcutt, E., Salum, S., Kieling, C., & Rohde, L. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 1-9. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt261>
- Posner, J., Polanczyk, G., & Sonuga-Barke, E. (2020). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 10222(395), 450–462. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33004-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33004-1)
- Pourová, L. (host) (21. 9. 2017). Diagnóza F [Audio podcast]. <https://wave.rozhlas.cz/diagnoza-f-lide-s-poruchami-pozornosti-selhavaji-i-v-beznych-situacich-5987668>
- PsychCentral. (2021). *Best Jobs for People with ADHD*. Získáno 25. března z <https://psychcentral.com/adhd/best-jobs-for-people-with-adhd#creative-jobs>
- Ptáček, R., & Novotný, M. (2017). *Biofeedback v teorii praxi*. Praha: Grada.
- Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2019). *ADHD variabilita v dětství a dospělosti*. Karolinum.
- Ptáček, R., Ptáčková, H., & Braten, E. (2020). K historii diagnostické kategorie ADHD. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 116(4), 190-196.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Editoři). (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Hogrefe - Testcentrum.

- Ramos-Quiroga, J., Bosch, R., Richarte, V., Valero, S., Gomez Barros, N., Nogueira, M., . . . Casas, M. (2012). Criterion and concurrent validity of Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) Spanish version. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.05.004>
- Říhářek, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Safren, S. (2006). Cognitive-behavioral approaches to ADHD treatment in adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 46-50.
- Saul, R. (2014). *ADHD neexistuje*. Citadela.
- Státní ústav pro kontrolu léčiv. (n.d.). *ATC skupiny*.
https://www.sukl.cz/modules/medication/atc_tree.php
- Sultan, R., Wang, S., Crystal, S., & Olfson, M. (2019). Antipsychotic Treatment Among Youths With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA Network Open*, 2(7), 1-13. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.7850>
- Šlepecký, M., Práško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: nové směry*. Praha: Portál.
- Šťastná, L. (2021). Diagnostic Interview for ADHD in Adults, DIVA-5. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi.*, 4(1), 28-32. <https://doi.org/10.35198/APLP/2021-001-0003>
- Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4), 148-151.
- ÚZIS ČR. (2022). *F90-F98 - Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání*. Získáno 25. března z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F90>
- Vymětal, J. (2004). *Obecná psychoterapie (2., rozš. a přeprac. vyd)*. Grada.
- Ward, M., Wender, P., & Reimherr, F. (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 150(8), 885-890.
<https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.885>
- Watters, C., Adamis, D., McNicholas, F., & Gavin, B. (2017). The impact of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood: a qualitative study. *Irish journal of psychological medicine*, 35(2), 1-7. <https://doi.org/10.1017/ipm.2017.21>

Weissenberger, S., Schönová, K., Büttiker, P., Fazio, R., Vnukova, M., Stefano, G., & Ptáček, R. (2021). Time Perception is a Focal Symptom of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults. *Med Sci Monit*, 27, Článek e933766. <https://doi.org/10.12659/MSM.933766>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11. vydání)*. Získáno 25. března z <https://icd.who.int/>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Informovaný souhlas
4. Otázky do interview
5. Schéma – Pavel
6. Schéma – Klára
7. Schéma – Martina

ABSTRAKT

Název práce: Sebepojetí u dospělých s ADHD

Autor: Mgr. Marek Balun

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Počet stran: 86

Počet příloh: 7

Abstrakt: Tato bakalářská práce z klinické psychologie se zabývá dospělými s ADHD. Práce si klade za cíl zmapovat zkušenosti respondentů, dospělých s ADHD, v kontextu životních událostí a milníků jako je školní docházka, studium, zaměstnání, partnerské a sociální vztahy. Dále se práce zaměřuje na to, jak tyto události ovlivnily sebepojetí respondentů. Výzkum je postaven na kvalitativním designu. Zúčastnili se jej tři respondenti ve věku 25 až 30 let. Z rozhovorů vyšlo, že pro respondenty jsou všechny oblasti vesměs problematické či jsou u nich nějak narušeny. Jejich problémy jsou dlouhodobého charakteru a objevují se již od dětství. Respondenti shodně udávají, že subjektivně začali vnímat obtíže se změnou primární školy. Celoživotní obtíže se zřejmě negativně projeví i na jejich sebepojetí. Sebepojetí respondentů je na nízké úrovni. V Dotazníku sebepojetí (DOS-36) dosáhli celkově nízkého skóre. Jeden respondent skóroval při spodní hranici pásma průměru, další dva již v pásmu podprůměru. Výsledky na jednotlivých subškálách korespondují s obtížemi, které respondenti popisovali během rozhovorů. Nízké sebepojetí je tedy poměrně věrným obrazem jejich celoživotních obtíží.

Klíčová slova: ADHD, ADHD v dospělosti, sebepojetí

ABSTRACT

Title: Self-concept in adults with ADHD

Author: Mgr. Marek Balun

Supervisor: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Number of pages: 86

Number of appendices: 7

Abstract: This bachelor's thesis in clinical psychology deals with adults with ADHD. The aim of the thesis is to map the experiences of respondents, adults with ADHD, in the context of life events and milestones such as school attendance, education, employment, and personal and social relationships. The thesis also focuses on how these events have influenced the respondents' self-concept. The research is based on a qualitative design and involved three respondents aged 25 to 30 years. The interviews revealed that all areas are generally problematic or disrupted for the respondents. Their problems are long-term in nature and have been present since childhood. The respondents unanimously reported subjectively perceiving difficulties with the change of primary school. Lifelong difficulties have apparently negatively affected their self-concept. The self-concept of the respondents is at a low level. They achieved an overall low score on the Self-Concept Questionnaire (DOS-36). One respondent scored at the lower end of the average range, while the other two were already in the below-average range. The results on individual subscales correspond to the difficulties that the respondents described during the interviews. Therefore, low self-concept is a fairly accurate reflection of their lifelong difficulties.

Keywords: ADHD, ADHD in adults, self-concept

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu v rámci bakalářské práce

Název práce: ADHD u dospělých v kontextu životních událostí*

Autor práce: Mgr. Marek Balun

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Termín realizace: 2022–2023

Místo realizace: Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra psychologie

Respondent udělením informovaného souhlasu povoluje zpracování přepisu audionahrávky rozhovoru pro účely bakalářské práce. Veškeré poskytnuté osobní údaje respondenta budou anonymizovány a využity pouze pro potřeby bakalářské práce. Výzkumník je vázán mlčenlivostí ve vztahu k respondentovým osobním údajům. Účast ve výzkumu je dobrovolná, přičemž respondent má právo od něj odstoupit kdykoliv v jeho průběhu. Po dokončení přepisu rozhovoru bude respondentovi zaslán k autorizaci.

Ústní informovaný souhlas:

Souhlasím se svou účastí na výzkumu v rámci bakalářské diplomové práce „ADHD u dospělých v kontextu životních událostí“ a prohlašuji, že jsem byl/a obeznámen/a se všemi podmínkami spojenými s participací. Jsem si vědom/a toho, že mé osobní údaje budou anonymizované a záznam z rozhovoru bude využit pouze pro účely výzkumu.*

* **Poznámka:** Název Bakalářské práce byl později změněn na „Sebepojetí u dospělých s ADHD“ což více vypovídá o samotném výzkumu

Otázky do interview

Úvod

- Jak se u Vás ADHD typicky projevuje?
- V jakých situacích se s těmito projevy typicky potýkáte?
- Jsou i nějaké situace kde se obtíže nevyskytují?

Dětství a rodina

- Jak Vás vnímala Vaše rodina?
- Jak byste charakterizoval vaše dětství?
- Jaké jste měl koníčky a záliby? Jaké máte dnes?

Škola

- Jak Vás ve škole vnímali vaši spolužáci a učitelé?
- Jak zpětně hodnotíte školu/studium?

Práce

- Jak Vám vyhovuje Váš současný obor/práce?
- Zohlednil jste ADHD nějak při volbě povolání?
- Myslíte, že má ADHD nějaký dopad na Vaši úspěšnost a spokojenost v práci?
- Máte nějakou zkušenost s rychlým střídáním zaměstnání?

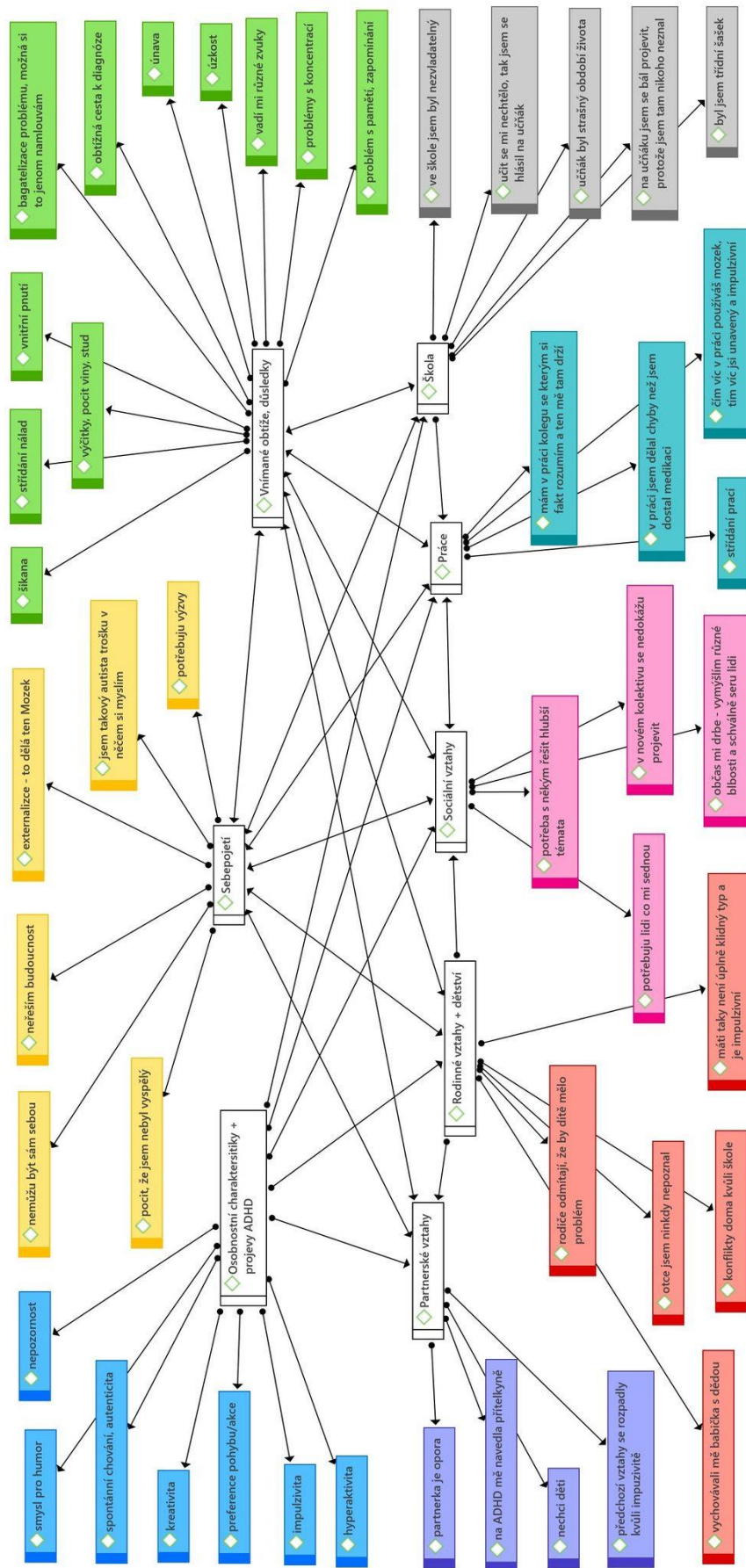
Partnerské vztahy

- Jakým způsobem se promítá ADHD do Vašich partnerských vztahů?
- Jak Váš partner vnímá Vaše ADHD?
- Potýkal se i Váš partner s nějakými psychickými problémy?

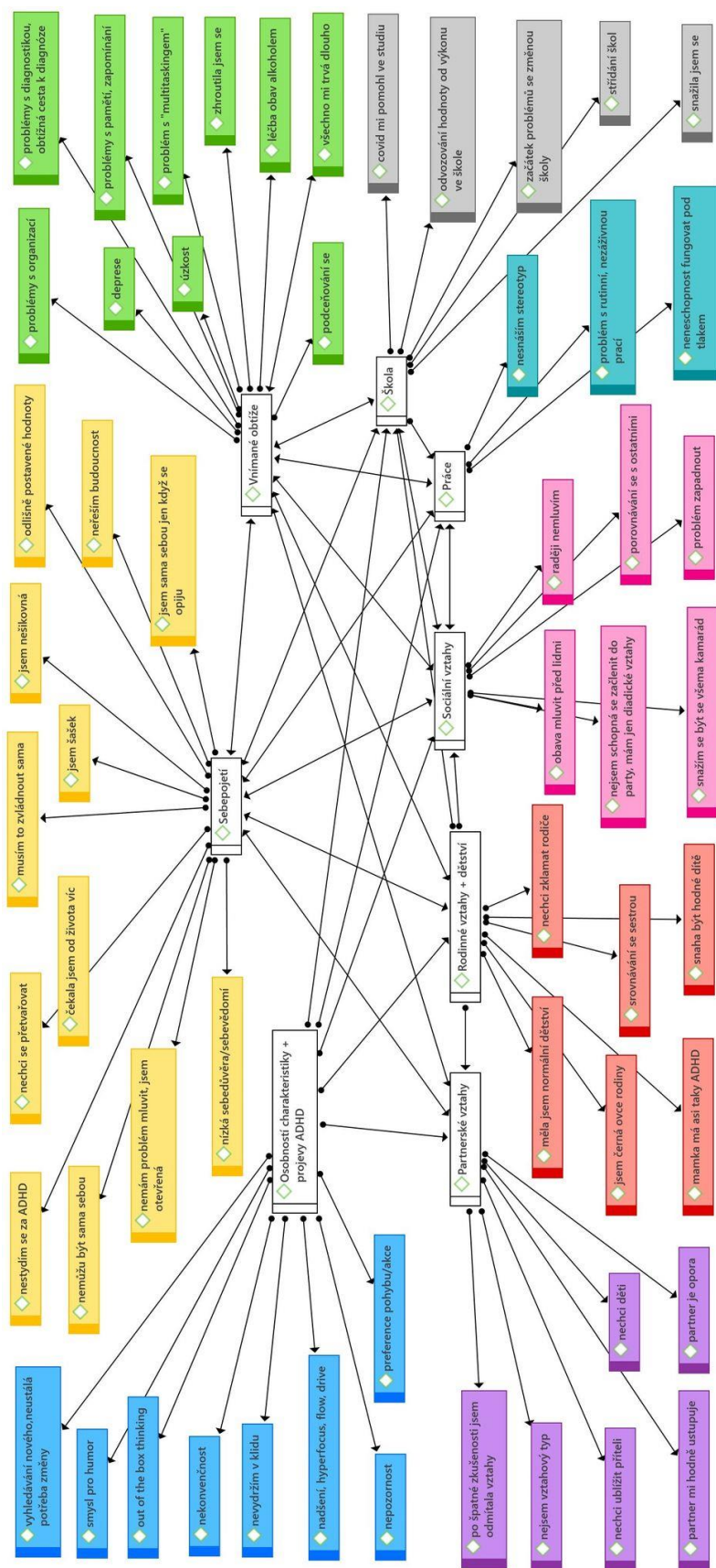
Diagnostika a léčba

- Můžete prosím popsat za jakých okolností Vám bylo diagnostikováno ADHD a co tomu předcházelo?

Příloha č. 5 Schéma – Pavel



Příloha č. 6 Schéma – Klára



Příloha č. 7 Schéma – Martina

