

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Michaela Šimková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Sociální dopady u poruchy ADHD v dospělém věku

Bakalářská práce

2024

Michaela Šimková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Michaela Šimková**
Osobní číslo: **Z21247**
Studijní program: **B0988P240002 Zdravotně sociální péče**
Téma práce: **Sociální dopady poruchy ADHD v dospělém věku**
Téma práce anglicky: **Social impacts of ADHD in adulthood**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

KENDÍKOVÁ, Jitka, 2019. *ADHD krok za krokem*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-438-1.
MIOVSKÝ, Michal, 2018. *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0387-4.
PUGNEROVÁ, Michaela a KVINTOVÁ, Jana, 2016. *Přehled poruch psychického úvoje*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5452-9.
ŠLAPAL, Radomír, 2022. *ÁDéHáĎáci: kteří to vlastně jsou a co s nimi?* Brno: Facta Medica. ISBN 978-80-88056-13-3.
ŽÁČKOVÁ, Hana a JUCOVIČOVÁ, Drahomíra, 2017. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporny i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0204-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Kopáčová, DiS.**
Katedra porodní asistence, perioperační péče
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2024**

doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.
děkan

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2024

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Sociální dopady u poruchy ADHD v dospělém věku“ jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 22. 4. 2024

Michaela Šimková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Lucii Kopáčové, DiS., za její odborné vedení, ochotu, čas a cenné rady věnované mé práci. Děkuji také všem zúčastněným respondentům mého výzkumu za ochotu a čas. Nakonec bych chtěla poděkovat hlavně svým blízkým, rodině a přátelům za trpělivost a podporu.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem ADHD na život dospělých jedinců v oblasti vztahové, studijní nebo pracovní a jaké mají tyto dopady vliv na působení ve společnosti.

Část teoretická se zaměřuje na vymezení pojmu ADHD, ADHD v dospělosti, sociální práci a sociální dopady.

V části výzkumné bylo cílem pomocí kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaných rozhovorů, popsat dopady poruchy ADHD na jednotlivé oblasti života jedince.

KLÍČOVÁ SLOVA

ADHD, dospělost, sociální práce, dopady, terapie

TITLE

Social impacts of ADHD in adulthood

ANNOTATION

This bachelor's thesis examines the impact of ADHD on the lives of adults in the areas of relationships, studies and work, and its implications for societal participation.

The theoretical part focuses on the defining ADHD, ADHD in adulthood, social work, and social impacts.

In the research section, the goal was to use qualitative research through semi-structured interviews to describe the impact of ADHD on various life domains of an individual.

KEYWORDS

ADHD, adulthood, social work, impacts, therapies

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce	13
1.1 Cíl práce.....	13
1.2 Metody k dosažení cíle	13
Teoretická část	14
2 Vymezení pojmu ADHD	14
2.1 Terminologie ADHD	14
2.2 Členění ADHD	15
2.2.1 Typ s převažující poruchou pozornosti.....	15
2.2.2 Typ převážně hyperaktivně-impulzivní	15
2.2.3 Typ kombinovaný.....	16
2.3 Etiologie.....	16
3 ADHD v dospělosti.....	18
3.1 Projevy ADHD v dospělosti	18
3.1.1 Hyperaktivita	19
3.1.2 Impulzivita.....	19
3.1.3 Nepozornost.....	20
3.2 Diagnostika ADHD.....	20
3.3 Léčba.....	22
3.3.1 Psychoterapie	23
3.4 Komorbidity.....	24
4 Sociální práce.....	26
4.1.1 Poradenství.....	26
4.1.2 Speciální poradny a centra	26
5 Sociální dopady.....	29
5.1 Rodina	29

5.2	Škola / vzdělání.....	30
5.3	Partnerské a přátelské vztahy.....	31
5.4	Pracovní oblast.....	31
	Výzkumná část.....	32
6	Metodika výzkumné části	32
6.1	Výzkumný soubor.....	33
6.2	Charakteristika výzkumného souboru	33
6.3	Sběr dat	35
7	Interpretace výsledků.....	36
7.1	Informovanost.....	36
7.1.1	Zdroj informací.....	36
7.1.2	Dostatečná informovanost	37
7.2	Psychické a emoční prožívání.....	38
7.2.1	Vnímání sám sebe.....	38
7.2.2	Psychické komorbidity a závislosti.....	40
7.2.3	Emoce	42
7.3	Sociální interakce a vztahy	43
7.3.1	Sociální neobratnost.....	43
7.3.2	Nepochopení okolím.....	46
7.3.3	Rizikové faktory	48
8	Diskuze	50
8.1	Limity práce.....	53
9	Závěr.....	54
10	Použitá literatura	55
11	Přílohy.....	61

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Tabulka 1 - Charakteristika respondentů (Autorka, 2024)	34
Tabulka 2 - Hlavní témata a podoblasti (Autorka, 2024)	36

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ADD	Porucha pozornosti bez hyperaktivity
ADHD	Porucha pozornosti s hyperaktivitou
ANGL	Anglicky
APA	Americká psychiatrická asociace
Bc	Bakalářské studium
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický statistický manuál
EKG	Elektrokardiografie
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
LDE	Lehká dětská encefalopatie
LF	Lékařská fakulta
LMD	Lehká mozková dysfunkce
Mgr	Magisterské studium
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MŠ	Mateřská škola
MŠMT	Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
SPC	Speciální pedagogické centrum
SVP	Středisko výchovné péče
UK	Univerzita Karlova
VFN	Vojenská fakultní nemocnice
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

ADHD je stále pro spoustu odborníků porucha, která se týká převážně dětí a dle Čermákové (2020) z této poruchy až na výjimky „vyrostou“. Setkáváme se stále častěji s případy, kdy porucha přetrvává i do dospělosti. Přestože obecnou problematikou ADHD je společnost saturovaná a diagnostikovat děti není neobvyklé, u dospělé populace ale panuje znalost podstatně menší. Zavádějící se totiž může zdát forma, kterou se může ADHD v dospělosti projevovat a dle které nemusí být porucha na první pohled zřetelná. Téma ADHD v dospělosti je stále nedostatečně objasněné a neexistují jasné informace poskytující ucelený pohled na tuto problematiku. Přitom dopady mohou mít vliv na oblasti, se kterými se jedinec potýká v každodenním životě a mohou mít výrazný dopad jak na psychickou stránku jedince, tak na oblast sociální, ve které se pohybuje. Léčba ADHD, která by poruchu zcela odstranila neexistuje, a tak se i mimo farmakologickou léčbu klade důraz na nácvik kompenzačních mechanismů a technik pro lepší zvládnání.

Přestože je informovanost veřejnosti o projevech a celkovém působení jedinců s ADHD na vzestupu, stále dochází k nepochopení ze strany společnosti. To může mít u jedince s ADHD vliv na rozvoj komorbidních diagnóz, například úzkostí, deprese nebo závislostí. Toto téma byla autorce blízké pro znalost několika jedinců v jejím okolí, kteří se s ADHD a nepochopením potýkají neustále.

Tato bakalářská práce se zaměřuje na téma Sociální dopady poruchy ADHD v dospělém věku. Výzkum využívá kvalitativní metodu sběru dat. Cílem této práce je blíže popsat vliv poruchy ADHD na každodenní oblasti jedince a jakým způsobem se následně dopady projevují při interakci se společností. Práce se zároveň zabývá oblastí pomoci, zejména v oblasti poradenství a sociální práce, která může ovlivnit jejich kvalitu života. V oblasti sociální práce je nutná znalost problematiky pro správné a včasné stanovení diagnózy, které může být pro následující rozvoj jedince podstatné.

Podstatou této práce je získat subjektivní pohled jedinců, kteří mají poruchu ADHD diagnostikovanou a zjistit jakým způsobem jim poruchu ovlivňuje jejich život, a zda s těmito problémy následně vyhledávají sociální pomoc.

1 CÍLE A METODY PRÁCE

1.1 Cíl práce

Cílem teoretické části bylo vymezit pojem ADHD a popsat, jak se liší projevy u dospělých jedinců, uvést metody diagnostiky a léčby, uvést dopady v různých oblastech života a představit možnosti sociální práce.

Hlavní výzkumný cíl:

Zjistit, jak porucha ADHD ovlivňuje jedince v běžných oblastech života a jaké působí komplikace.

Dílčí cíle výzkumné práce:

1. Zjistit v jaké oblasti se jedinci setkávali s největším dopadem poruchy ADHD a jak se to projevovalo.
2. Zjistit, jakou formou nejčastěji jedinci s ADHD získávají informace o poruše ADHD.
3. Zhodnotit, zda jedinci vnímali okolí (rodina, přátelé, škola...), jako významný faktor na jejich vývoj.

1.2 Metody k dosažení cíle

Teoretická část byla vypracována z dostupných ověřených zdrojů a kapitoly byly vybírány dle jejich důležitosti a v souvislosti s daným tématem.

Výzkumná část byla provedena pomocí kvalitativního sběru dat, ten byl uskutečněn formou polostrukturovaného rozhovoru. Analýza dat proběhla na základě tematické analýzy.

TEORETICKÁ ČÁST

2 VYMEZENÍ POJMU ADHD

Porucha ADHD bývá mnohdy označována jako nejčastěji diagnostikované celoživotní neurovývojové onemocnění vyskytující se již v dětském věku (Ptáček a Ptáčková, 2018). Přináší s sebou nepříznivé dopady mající vliv na správnou činnost kognitivních funkcí, spojené jak s vnímáním času (např. pocit, že čas se během zkoušky zrychluje), tak s oslabenou pracovní pamětí (Smetáčková, 2023). Společnost prosazovala názor, že dětem v procesu růstu a dozrávání osobnosti porucha odezní (Stárková, 2016).

V současné době na základě nových výzkumů a teorií převažují názory, že ADHD není pouze dětskou poruchou, ale přetrvává v určité míře po zbytek života (Žáčková a kol., 2017). V dětském věku zasahuje 5-10 % populace, přičemž se následně více jak polovina jedinců potýká s touto diagnózou i v dospělosti (Šlapal, 2022).

Další zkoumaná oblast, která bývá uváděna v souvislosti s výskytem ADHD, je zaměřena na rozdíly mezi pohlavími. Ve většině případů je pozorován častější výskyt této poruchy mezi mužskou částí populace než mezi ženami (Lundqvist et al., 2023). V dětském věku často pozorujeme nerovnoměrné rozložení výskytu ADHD, přičemž převažuje v poměru přibližně 3:1 u mužů. V dospělosti dochází většinou ke stabilizaci nepoměru mezi pohlavími (Masopust et al., 2014). U dívek je tomu tak proto, že projevy jejich poruchy nepozornosti většinou nebývají tolik zřetelné. Častěji je u nich diagnostikována pouze forma ADD, při níž není zjevná hyperaktivita. Dívky s touto diagnózou proto nebývají tolik, a tak ne vždy u nich dojde ke zvolení správného postupu v rámci léčby. Nedostatečná pomoc nebo intervence může mít poté nežádoucí dopady na jejich kvalitu života (Pasz a kol., 2020).

Podobný názor vyslovila i Závěrková (2016), dle které vlivy a projevy ADHD narušují životní oblasti – ať už v oblasti, studijní nebo třeba při každodenních aktivitách jedince.

2.1 Terminologie ADHD

Zkratku ADHD (angl. Attention deficit hyperactivity disorder) uvádí český překlad jako porucha pozornosti s hyperaktivitou (Kendíková, 2019). Terminologie procházela od počátku této problematiky spoustou změn. Názvy poruch se měnily především na základě pokroku ve vědě, a to zejména ve zkoumání příčin, projevů, nebo způsobů léčby (Goetz a kol., 2009). U

hyperaktivních dětí bylo zprvu používáno označení LDE (lehká dětská encefalopatie). Následně se přešlo k termínu LMD (lehká mozková dysfunkce). Zároveň se objevovala označení jako hyperaktivní (hyperkinetický) syndrom nebo naopak hypoaktivní (hypokinétický) syndrom, ty svou podobou také spadají pod poruchy pozornosti. Všechny tyto poruchy byly ale diagnostikovány a léčeny pouze u pacientů dětského věku. Až koncem minulého století se začala formovat současná terminologie, která do problematiky těchto poruch zahrnuje i dospělý věk. Ustálilo se pojmenování poruch na dva současně užívané termíny – ADHD a ADD, které jsou v soudobém světě nejpoužívanější (Žáčková a kol., 2017). Přičemž porucha ADD, která bývá zaměňována za poruchu ADHD, mívá velmi podobnou symptomatiku, projevuje se ale pouze poruchou pozornosti bez hyperaktivity (Závěrková, 2018).

2.2 Členění ADHD

Dle Diagnostického statistického manuálu duševních poruch dělíme ADHD na 3 subtypy – ADHD převážně nepozorný, převážně hyperaktivně-impulzivní a kombinovaný (Miovský a kol., 2018)

2.2.1 Typ s převažující poruchou pozornosti

Typ s převažující poruchou pozornosti je charakterizován především problémem se soustředěním nebo také výpadky pozornosti. Tyto výpadky mohou být zjevné, když na dítěti pozorujeme, že není duchem přítomno nebo nás nevnímá. U jedinců s tímto typem je nejčastější problém udržet pozornost na určitou věc a organizovat svůj čas. Příkladem problémového plnění školních povinností může pro dítě s tímto typem být plnění úkolů, na které se není schopno soustředit, ale třeba také příprava pomůcek do školy. Mimo nesoustředění se jako problémové jeví i zapomínání nebo ztrácení věcí. Samotné plnění úkolů následně působí velmi chaoticky, protože si je dítě není schopno naplánovat (Žáčková a kol., 2017).

2.2.2 Typ převážně hyperaktivně-impulzivní

Dalším již zmiňovaným typem je typ převážně hyperaktivně-kompulzivní, u kterého se dle Zelinkové (2015) projevují poruchy jak v rámci hyperaktivity, tak impulzivity. Ty se mohou projevit způsobem, kdy se dítě zdá být velmi akční, nevydrží sedět, musí mít něco v ruce nebo si s něčím hrát. Impulzivita se dá jiným způsobem vyjádřit jako vnitřní neklid, který nutí dítě neustále k pohybu nebo k vykonávání nějaké činnosti. Velmi často tak dochází k jednání, které provádí ukvapeně, bez rozmyšlení. Bývá také uváděn jako nejčastější příčinou

psychosociálních obtíží (Žáčková a kol., 2017). U tohoto typu ADHD bývá zpravidla zvýšený předpoklad přetrvání do dospělosti (Zelinková, 2015).

2.2.3 Typ kombinovaný

U toho typu dochází ke kombinaci všech výše zmíněných projevů. Objevují se ale převážně ve stejné míře, nelze tedy zcela určit, které symptomy převažují (Žáčková a kol., 2017; Stárková, 2016).

2.3 Etiologie

Existuje hned několik faktorů, které mají dle odborníků určitý vliv na vznik a rozvoj poruchy ADHD. U žádné z nich ale nejsou příčiny zcela zřejmé a jejich vliv není dostatečně podložen důkazy (Ptáček a Ptáčková, 2018). Nejčastěji jsou důsledky projevů ADHD připisovány vlivům genetickým nebo vlivům prostředí, mezi které řadíme mimo jiné i poranění mozku (Faraone et al., 2019; Stojanovski et al., 2019). Nejčastěji uváděným faktorem ovlivňujícím rozvoj poruchy je právě genetika, a to až s 60 % prevalencí (Žáčková a kol., 2017).

Dědičnost

Nejběžnější příčina, která ovlivňuje výskyt této poruchy z hlediska genetiky, je přímý výskyt v rodině. Téměř nejčastější predispozice vzniku se vyskytuje v rodinách, kde alespoň jeden z rodičů trpí touto poruchou (Šlapal, 2022).

Významný vliv genetiky zkoumali vědci v souvislosti s výskytem ADHD i u dvojčat. Bylo zjištěno že, pokud je porucha diagnostikována alespoň jednomu z jednovaječných dvojčat, je téměř jisté, že poruchu zdědilo i druhé dvojče. Míra výskytu je dle odborníků až 80 %. V případech dvouvaječných míra klesá a nemusí být vždy jistý výskyt i u druhého dvojčete. Zde je pak míra výskytu přibližně 25–30 % (Kolářová, 2018).

Dalším velmi významným faktorem odpovědným za vznik poruchy, se v současné době považuje rizikový věk rodičů. Ten se v moderní době zvyšuje, ať už z vlastního rozhodnutí, nezodpovědnosti rodičů nebo případných problémů s početím. U rodičů s vyšším věkem bývá vyšší riziko výskytu různých dětských poruch, včetně poruchy pozornosti (Šlapal, 2022).

Vlivy prostředí a poranění mozku

Jako výrazný faktor, jenž je považován za potenciální spouštěč choroby se uvádí kontakt s olovem během těhotenství nebo v raném věku (Nilsen a kol., 2020). Ovšem rizikovými se

ukázaly i jiné vlivy působící na dítě během těhotenství, mezi které bychom mohli zahrnout výskyt infekce v krvi matky, stres, nevyhovující zdravotní stav, kouření, a to jak aktivní, tak pasivní, užívání alkoholu nebo jiných návykových látek. Nepříznivě mohou také působit komplikace nebo jiné nežádoucí vlivy těsně před porodem a při něm. Sem řadíme třeba přenášení dítěte nebo naopak předčasný porod s nízkou porodní hmotností, různé druhy krvácení nebo dlouhý rizikový porod (Kolářová, 2018).

Jako další možné vlivy na vznik poruchy ADHD jsou na základě nepodložených výzkumů uváděny následek špatných dietních opatření (ve smyslu nadměrné konzumace cukru), nedostačující faktory v rámci rodičovství nebo v sociální oblasti, jako jsou špatná situace v rodině nebo nedostatek financí. Neplatí to ani pro časté vystavování dítěte televizi. Avšak tyto faktory nejsou vědecky potvrzené, uvádí se pouze, že mohou negativně působit na příznaky (National Institute of Mental Health, 2023). Tyto faktory jsou považovány za rizikové, ale u žádného z nich nebyla zjištěná přímá souvislost s příčinou vzniku poruchy (Stárková, 2016).

3 ADHD V DOSPĚLOSTI

Období dospělosti obvykle poutá méně pozornosti než dětství a dospívání. To platí i pro poruchu ADHD v dospělosti, neznamená to ale, že by to bylo téma opomíjené. Je tomu právě naopak, informovanost a znalosti o ADHD v této fázi života mohou výrazně ovlivnit kvalitu života nejen jedince, ale i jeho rodiny a lidí v jeho blízkém okolí (Závěrková, 2023).

Cílem této kapitoly je představit informace o ADHD v dospělosti. Většině dospělých trpících touto poruchou se nedostává dostatečné pozornosti lékařů, není správně diagnostikována a nedostává se jim adekvátní léčby. Mají problémy ve škole, v práci a ve vztazích. Tyto faktory mohou mít za následek frustraci a pocit méněcennosti. V jejich důsledku se mohou u jedinců vyvinout úzkostné poruchy a deprese. Klinický obraz ADHD u dospělých je velmi různorodý. Bývá pro ně obtížné kontrolovat své chování. Symptomy, jako je impulzivita, vnitřní neklid a neschopnost dokončit úkoly u jednotlivce, mohou být zaměňovány za symptomy jiných poruch, například neurotických (Závěrková, 2023; Ptáček a kol., 2018).

Ačkoliv s vývojem mozku klesá pravděpodobnost výskytu ADHD, přibližně dvě třetiny jedinců projevují některé symptomy i v dospělosti, a více než 15 % dospělých má plně rozvinutou formu ADHD. Podle průzkumu WHO z roku 2017 je celosvětová prevalence výskytu ADHD průměrně 2,8 % dospělé populace (Kolářová, 2018).

Obecně jsou dospělí vděční za své zdraví a bezpečí, zadují se ze sociálních kontaktů s vrstevníky Pracují, sportují a experimentují s novými věcmi. Naopak, dospělí s ADHD jsou vlivem impulzivity častěji zapojeni do dopravních nehod a bývají častěji zraněni. V důsledku hyperaktivity jsou náchylnější ke kriminálním činům, oproti lidem bez poruchy bývají mnohdy zatčeni, odsouzeni nebo uvězněni. Často zanedbávají své zdraví, mají problémy v oblasti užívání návykových látek, kouření a rizikovém sexuálním chování. Navíc mají obtíže dodržovat pravidelný denní režim, což se projevuje problémy se spánkem a stravováním (Závěrková, 2023).

3.1 Projevy ADHD v dospělosti

Již z názvu poruchy nám vyplývají dvě ze tří celkových oblastí, a to nepozornost a hyperaktivita. Třetí oblast je nazývána jako impulzivita (Pasz a kol., 2020).

Podle Diagnostického statistického manuálu (DSM) jsou symptomy ADHD v dětství i dospělosti podobné, avšak pro stanovení diagnózy v dospělosti stačí identifikovat méně

symptomů než v dětství. V praxi se však stále odborníci neshodují na jednotných projevech ADHD u dospělých. Z klinického pohledu se projevy hyperaktivity u dospělých často projevují vnitřním neklidem, zvýšenou impulzivitou, obtížnou kontrolou nálad, sníženým sebevědomím, netrpělivostí, nervozitou nebo touhou po změnách. Dominantní se stává porucha pozornosti a porucha krátkodobé paměti. Na rozdíl od dětí mají dospělí obvykle lepší schopnost sebeovládání, což může maskovat některé nedostatky a projevy (Švandová et. al., 2021; Ptáček a kol., 2018; Závěrková, 2023; Paclt, 2016).

Dospělí s ADHD také mají problém s plánováním a se schopností efektivně nakládat s časem. Mají obtíže v oblasti exekutivních funkcí a komunikace, projevující se třeba jako neschopnost udržet pozornost během rozhovoru. Působí chaoticky, mají tendenci porušovat pravidla, překračovat hranice a reagovat podrážděně i na mírný tlak na výkon (Závěrková, 2023).

3.1.1 Hyperaktivita

Porucha aktivity bývá typickým příznakem poruchy ADHD. U dospělých se neprojevuje navenek, ale vnitřním neklidem a neustálou potřebou aktivit, a to i v situacích, kdy to není vhodné. Jedinec také sebou může nadměrně škubat, mluvit nebo mít tiky. Osoba s poruchou ADHD mluví velmi rychle, může se zadržávat, není jí při řeči moc rozumět, může trpět samomluvou, nepřestane mluvit nebo si často zpívá. Nepokoj se může projevovat i ve spánku, kdy dochází k tomu, že jedinec spí neklidně, mluví ze spaní, odkopává se, může být náměsíčný nebo může trpět nočními můrami. Emočně se projevuje netrpělivostí, nízkou tolerancí k frustraci a výbuchy hněvu. V pracovním prostředí se může hyperaktivita projevovat jako workoholismus. Rizikovým faktorem pak bývá zvýšená aktivita, která snižuje pozornost, což velmi často vede ke vzniku úrazů (Závěrková, 2023; National Institute of Mental Health, 2023; Šlapal, 2023).

3.1.2 Impulzivita

Impulzivní chování se projevuje tím, že jedinec jedná náhle bez předchozího přemýšlení nebo jasného cíle a účelu. Jedná spontánně a dochází ke zmatečnému jednání, které ventiluje výbuchy vzteku nebo konflikty. Je pro něj typická zbrkllost, netrpělivost, nedokončování činností nebo úkolů. Jako u hyperaktivity je i zde ovlivněna řeč. Ta bývá hlasitá, jedinec skáče do řeči jiné osoby, může impulzivně komentovat řeč ostatních a projev nebývá plynulý. Osoba projevující impulzivní chování může přerušovat ostatní nebo činit důležitá rozhodnutí, aniž by zvažovala dlouhodobé následky. Impulzivita výrazně ovlivňuje i pracovní výkonnost, pokud

jedinec není impulzivně ovlivňován, bývá jeho výkon stabilnější. Výrazně obtížnější je pro tyto osoby provádět činnosti vyžadující pečlivost (National Institute of Mental Health, 2023; Závěrková, 2023; Šlapal, 2023; Žáčková a kol., 2017). Rizikovým pro tento příznak bývá nezodpovědné chování a tendence ke vzniku závislostí, zejména na návykových látkách (Závěrková, 2023; Žáčková a kol., 2017).

3.1.3 Nepozornost

Jindy označována jako roztěkanost, nesoustředěnost nebo zahleděnost. Porucha pozornosti přetrvává jako trvalý příznak ADHD do dospělosti. Projevuje se často nenápadně, ve formě obtíží s organizací práce a času, chaotičností, zapomnětlivostí a neschopností systematické práce a důsledného řešení úkolů. Jedince je velmi snadné rozptýlit, ale naopak se následně velmi těžce vrací zpátky k předchozí aktivitě. Dále se jedinec jeví jako nepořádný, neuklízí, ztrácí věci, nezvládá samostatnou práci. Takoví lidé jsou rychle unavitelní a nedokáží udržet příliš dlouho pozornost, což se projevuje v neschopnosti dokončovat úkoly v termínu. Mezi ty typičtější projevy pak řadíme stav, kdy jedinec vykonává více činností najednou a není schopen oddělit podstatné od nepodstatného (Ptáček a kol., 2018; Šlapal, 2023; Závěrková a kol., 2017). Rizikem poruchy pozornosti se pak tedy pro jedince může stát zapomětlivost (Žáčková a kol., 2017).

3.2 Diagnostika ADHD

Zatímco ADHD jako porucha u dětí je v klinickém prostředí již dobře známá, termín ADHD ve smyslu celoživotní poruchy je relativně nový. Definice a diagnostická kritéria se vyvíjely od roku 1980 (DSM-3) a nadále se upravují. Pojem ADHD jako celoživotní poruchy byl formálně představen až v Diagnostickém a statistickém manuálu (DSM-5) z roku 2013 Americkou psychiatrickou asociací (Vňuková et al., 2022). Symptomaticky obdobnou poruchu popisuje i Mezinárodní klasifikace nemocí 10 (MKN-10), již definuje název Hyperkinetická porucha, která má striktnější symptomatická kritéria a je stále považována pouze za dětskou poruchu.

V oblasti psychiatrie odborníci využívají tedy dva hlavní způsoby klasifikace poruch: evropský a americký. Evropský systém, známý jako Mezinárodní klasifikace nemocí platný v ČR od roku 1994, který má od roku 2023 11. revizi (MKN-11), vydává Světová zdravotnická organizace (WHO). Zatímco americký systém, označovaný jako Diagnostický a statistický manuál duševních poruch má od roku 2013 5. revizi (DSM-5) a je vydáván Americkou psychiatrickou asociací (Americká psychiatrická asociace, 2022; World Health Organization, 2022). Tyto

diagnostické normy zajišťují zejména správnou identifikaci a léčbu ADHD (Faraone et. al. 2021).

Při stanovení diagnózy je také třeba vzít v potaz stavy, jejichž vznik nesouvisí s ADHD, ale mohou být způsobeny například zvýšenou zátěží, stresem, jinou duševní poruchou nebo jiným onemocněním. Těmi může být například deprese, úzkostná porucha, epilepsie, porucha štítné žlázy nebo srdeční onemocnění (Závěrková, 2018).

Diagnózu ADHD může stanovit pouze kvalifikovaný klinický odborník prostřednictvím rozhovoru s rodičem nebo s pacientem, sloužící k získání anamnestických údajů. Nejčastěji je ve zdravotnických zařízeních prováděn lékaři (neurolog nebo psychiatr), pověřenými psychology, zařízením poskytující poradenství nebo školskými zařízeními, případně speciálními pedagogy (Závěrková, 2018). Nelze ji stanovit pouze pomocí hodnotících stupnic, neuropsychologických testů nebo pomocí metod zobrazování mozku (Faraone et. al. 2021). Diagnostický postup zahrnuje sledování projevů v různých sociálních prostředích (rodina, škola) a hodnocení jejich negativního dopadu na fungování jedince (Stárková, 2016). U dospělých jedinců se hlavní kritérium diagnostiky snižuje z příznaků snižujících kvalitu života na příznaky narušující život jedince (Závěrková, 2018).

Diagnóza vyžaduje například: přítomnost šesti hyperaktivně-impulzivních nebo nepozorných symptomů po dobu alespoň 6 měsíců, u osob starších 17 let stačí příznaků pouze pět; symptomy v různých prostředích nebo symptomy, které narušují život (Faraone et. al. 2021) (viz. Příloha B).

K diagnostice je možné využívat i různé screeningové sebeposuzovací škály. Dostupné jsou např. ASRS (The Adult ADHD Self-Report Scale), ASRI (The Adult Symptoms Role Impact Inventory) nebo WURS (The Wender Utah Rating Scale, která klade důraz i na emoční stránku jedince). Mimo škály se ke stanovení diagnostiky využívá neuropsychologických testů, a to zejména Test inteligence, Test exekutivních funkcí, Test pozornosti, paměti nebo impulzivity (Ptáček a Ptáčková, 2018).

MKN-10 a DSV-5

MKN-10, neboli Mezinárodní klasifikace nemocí je mezinárodně uznávaný systém, využívaný zejména v oblasti klinické medicíny. Vznikl na počátku 20. století a v jeho obsahu docházelo v průběhu let k neustálým úpravám. Systém MKN-10 nevymezuje přímo pojem ADHD, ale

pracuje s pojmem tzv. Hyperkinetická porucha, který je klinicky ADHD velmi podobný. I zde se vyskytují symptomy hyperaktivita, impulzivita a porucha pozornosti. Avšak pro stanovení diagnózy je třeba určitého počtu přítomných příznaků projevujících se po určitý čas. To znamená symptomatický výskyt nejméně po dobu šesti měsíců a počátek potíží již před sedmým rokem života (Ptáček a Ptáčková, 2018; MKN-10, 2022).

DSM-5 je více přizpůsoben i diagnostice dospělých jedinců a není zde nutnost výskytu symptomů v každé oblasti, ale stačí, když jedinec vykazuje příznaky alespoň v jedné skupině. Diagnostická kritéria DSM-5 stanovují devět faktorů pro hyperaktivitu a impulzivitu a devět znaků pro nepozornost (Závěrková, 2018; Americká psychiatrická asociace, 2022).

3.3 Léčba

Z léčebného hlediska je všeobecně známé, že farmakoterapie je neúčinnější metodou (Stárková, 2016).

Léčebný přístup zahrnuje kombinaci farmakoterapie, která reguluje přenos neurotransmiterů (dopamin a noradrenalin), s behaviorálními terapiemi a edukačními opatřeními (Paclt, 2016; Závěrková, 2023).

Jedna z forem terapie zahrnuje léčbu stimulanty, ty jsou nejefektivnější zejména při krátkodobé léčbě, jak ukázala studie Závěrkové (2023). Působí jako stimulant na centrální nervovou soustavu. Tyto látky snižují pocit únavy, zrychlují psychomotorické funkce, avšak riziko spočívá v tom, že mohou vést k vytvoření závislosti. Nejčastěji používanou látkou je methylfenidát, který existuje ve dvou variantách: okamžitě působící a s postupným uvolňováním. Na českém trhu jsou k dispozici dva hlavní přípravky, a to Ritalin, krátkodobě působící, který zlepšuje pozornost a Concerta, s postupným uvolňováním, která mimo to omezuje impulzivní chování. Krátkodobě působící forma je vhodnější pro děti mladšího školního věku, zatímco u starších dětí, které nechceme vystavovat medikaci ve škole, se častěji volí přípravek s prodlouženým účinkem (Stárková, 2016; Zmeškalová, 2016).

Další možností je léčba pomocí nonstimulantů. Sem řadíme látku jménem atomoxetin. Atomoxetin, účinná složka léku známého jako Strattera, je jediná látka s indikací k léčbě ADHD u dospělých v České republice. Jelikož se nejedná o stimulační látku, nevzniká u ní riziko závislosti. Původně byl tento přípravek testován jako antidepresivum, ale jeho antidepresivní působení není potvrzeno. Jeho účinek spočívá ve zvýšení přenosu noradrenalinu a je vhodný

zejména pro ty pacienty, u nichž existuje riziko možného zneužívání návykových látek nebo pro pacienty s rizikem vzniku úzkostí (Závěrková, 2023; Paclt, 2016; Masopust, 2014).

Při zvažování léčby ADHD je důležité brát v úvahu individuální charakteristiky každého pacienta, těmi mohou být věk, fyzický stav, možné vedlejší účinky léku nebo třeba kontraindikace. Neméně podstatným krokem před zahájením léčby je posouzení zdravotního stavu pacienta s důrazem na kardiovaskulární aspekty, konzultace s kardiologem a provedení EKG (Stárková, 2016).

3.3.1 Psychoterapie

Psychoterapie poskytuje různé formy léčby, jako jsou behaviorální terapie, individuální nebo skupinová terapie, rodinné nebo systemické terapie. Zahrnuje rozhovory rodiny a dítěte s psychoterapeutem, jichž cílem je vzájemná spolupráce, zvládnání symptomů ADHD, zlepšení sebevědomí a komunikace s okolím. Důležitá je také spolupráce s rodiči a učiteli, která zahrnuje poradenství, zejména se zaměřením na podporu vhodného chování, adaptaci a zlepšení školních výsledků dítěte. Nedílnou součástí je i léčba režimová, která zahrnuje změny v životním stylu rodiny a školního prostředí za účelem lepší adaptace dítěte, lepší organizace času, diverzifikace úkolů a motivace. Psychoterapie pomáhá nejen dětem s ADHD, ale také učí rodiče a učitele, jak podporovat dítě zvládat poruchu. Zvládnutí těchto dovedností je klíčové pro úspěch dítěte i v dospělosti (Závěrková, 2023; Ptáček a kol., 2018).

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

Od psychoterapie se očekává, že pomůže při osvojení vhodných sociálních a školních dovedností, ke zlepšení deficitů ve výkonech, podpoří chování alepší sebekontrolu jedinců. Na tyto zmíněné oblasti se nejvíce zaměřuje terapie KBT. Tato terapie se specializuje především na zlepšení chování a kognitivních procesů, často v kombinaci s farmakoterapií. V praxi se používají různé metody, jako je trénink sociálních a školních dovedností, plánování, učení se hospodaření s časem a neurokognitivní trénink (Miovský, 2018; Závěrková, 2023).

Skupinová terapie

Tento typ terapie je efektivní zejména díky schopnosti poskytnout klientovi podporující, korektivní a vzdělávací prostředí, kde může sdílet své problémy v bezpečném prostředí. Nejlepších výsledků je dosahováno při delších pobytech jedinců kde se mohou vzájemně podporovat. Cílem této metody je v rámci kolektivního prostředí modelovat a korigovat

problematické oblasti. Tato technika je také často využívána při spolupráci s rodiči nebo případně učiteli (Miovský, 2018; Závěrková, 2023).

Rodinná a systemická terapie

V tomto typu terapie je klíčové zohlednit všechny aspekty života, včetně rodiny. Zahrnuje podporu, vzdělávání a zároveň i terapii rodiny, respektive rodičů jedince, jejichž působení (zejména stres) má výrazný vliv na rozvoj symptomů jedince. Terapie se zaměřuje především na psychoedukaci, stanovení pravidel pro řešení problémů, odměňování pozitivního chování, rodinné interakce v problémových situacích, společné plánování a zvládání emocí (Miovský, 2018; Závěrková, 2018).

3.4 Komorbidity

V souvislosti s ADHD je důležité brát v úvahu možnost výskytu různých komorbidních poruch. Často se stává, že porucha nebývá v dětství rozpoznána. Jedinci se tak často obracejí na lékaře, až když začnou mít výrazné sekundární obtíže. Těmi mohou být úzkost, deprese, poruchy spánku, poruchy kompulzivního chování, závislosti nebo poruchy příjmu potravy. V souvislosti s komorbiditami může vznikat rizikové chování, projevující se třeba při řízení motorového vozidla, rizikovým sexuálním životem nebo kriminalitou. Až 60 % dětí s ADHD trpí minimálně jednou komorbidní poruchou. Oproti běžné populaci je u nich vyšší pravděpodobnost alkoholové závislosti, a to až o 35 %, drogové závislosti až o 14 %, deprese až o 18 % a úzkosti až o 32 %. Určení diagnózy komorbidních poruch může být složité, ale jejich správné rozpoznání je zásadní pro nastavení psychoterapie a farmakoterapie. Zároveň je důležité rozlišit symptomy duševních poruch, které mohou být podobné symptomům ADHD (Miovský, 2018; Závěrková, 2023).

Deprese – psychické poruchy mají své kořeny již v dětství a mohou přetrvávat trvat do dospělosti. Přesná příčina není zcela jasná, avšak je zřejmé, že symptomy deprese mohou zhoršit každodenní život lidí s ADHD. Každý neúspěch a neefektivní úsilí může vyvolat negativní pocity (tamtéž).

Úzkost - i zde je nejasný důvod vzniku, ale jako jeden z možných vlivů se uvádí pobyt v emočně náročných podmínkách. V souvislosti s úzkostí mohou být přítomny i neurotické potíže nebo tiková porucha (tamtéž).

Poruchy příjmu potravy - příčina je přikládána mimo jiné impulzivité, při které dochází k záchvatovému příjmu potravy (tamtéž).

Závislosti – jako příčina zde dominuje impulzivita spolu s nedostatečným sebeovládáním. To zvyšuje riziko vzniku rizikového chování, abusu drog, alkoholu a tabákových výrobků. V dnešní době moderních technologií se stále častěji objevují případy závislosti na internetu a potíže s hazardem, zejména z důvodu touhy po odměnách a zisku nebo kvůli impulzivnímu jednání (tamtéž).

Poruchy spánku – jedinci chodí spát obvykle později a usínají déle než hodinu po ulehnutí. Spánek po probuzení nepřináší dostatečný odpočinek a ráno se cítí unavení. Vyznačují se kratší dobou spánku (tamtéž).

4 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Kapitola o sociální práci s lidmi s diagnostikovaným ADHD se zaměřuje na poskytování podpory, poradenství a speciálních služeb pro tyto jedince. Celkově poskytne tato kapitola ucelený přehled o sociální práci s ADHD a naznačí, jak podporovat jedince s touto poruchou.

4.1.1 Poradenství

Dle zákona MPSV č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je poskytováno sociální poradenství základní a odborné. Cílem základního sociálního poradenství je poskytnout osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace, zároveň se jedná o základní činnost při poskytování různých sociálních služeb, přičemž poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Poradenství dále vymezuje Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Jeho poskytování ve školských zařízeních zajišťuje psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník nebo metodik prevence.

Oproti tomu odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů skupin osob v poradnách, jako například občanské, manželské nebo pro osoby se zdravotním postižením a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Dále zákon definuje základní činnosti zahrnující zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Česko, 2006).

4.1.2 Speciální poradny a centra

Dle zákona č. 561/2004 Sb. Školský zákon vymezuje školní poradenská zařízení jako místa nabízející odborné služby pro děti, žáky a studenty a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení informační, zejména v oblasti speciální pedagogiky a pedagogicko-psychologického poradenství, zahrnující preventivní péči a pomoc při rozhodování o vhodném typu vzdělávání. Důležitou součástí jejich práce je také spolupráce s orgány sociálně-právní ochrany dětí, orgány péče o mládež a rodinu, poskytovateli zdravotních služeb a dalšími relevantními subjekty.

V souvislosti s ADHD tyto služby provádí diagnostická a poradenská vyšetření pro žáky, kteří se potýkají s obtížemi ve vzdělávání a výchově. Tato vyšetření jsou vedena k identifikaci specifických poruch učení, jako je dyslexie, dysgrafie apod., dále poruch chování, jako jsou

problémy s pozorností, soustředěním nebo hyperaktivitou. Na základě zjištěných specifik jsou poté stanovena individuální podpůrná opatření pro daného žáka (Kebertová, 2021).

Střediska výchovné péče (SVP)

Síť školských zařízení preventivní výchovné péče a školských zařízení pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy poskytuje poradenství a konzultace pro děti a mládež ve věku od 3 do 26 let, kteří se potýkají s problémy ve výchově během svého studia. Tato zařízení spolupracují s dalšími institucemi poskytujícími preventivní výchovnou, poradenskou a terapeutickou péči. Některá zařízení jsou dobře propojena s tlumočníky, aby mohla efektivně spolupracovat s vícejazyčnými dětmi a jejich rodinami. Poradenství je dostupné jak pro děti, tak i pro rodiče a školy, obvykle na pracovišti daného centra. Poradci mohou také navštěvovat školy pro náslechy a konzultace, aby mohli poskytnout podporu přímo ve výuce, individuálně přizpůsobenou potřebám konkrétního dítěte, třídy a vzdělávacího prostředí (Havrdová a kol., 2024).

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)

Pedagogicko-psychologické poradny nabízejí odbornou psychologickou a pedagogickou podporu a poradenství pro žáky předškolního věku, základních a středních škol až do ukončení školní docházky, pro rodiče, zákonné zástupce a pedagogické pracovníky. K jejich hlavním činnostem patří posouzení školní připravenosti a doporučení odkladu nebo předčasného nástupu do školy, podpora rozvoje různých dovedností a funkcí nezbytných pro úspěšné vzdělávání, vedení k efektivnímu učení a podpora prosociálního chování a sebepoznání. Důležitou součástí práce PPP je individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika, která slouží zejména k začlenění žáků se specifickými potřebami do školního prostředí a k navrhování přizpůsobených vzdělávacích programů (Kendíková, 2019).

Speciálně pedagogická centra (SPC)

Speciálně pedagogická centra nabízejí široké spektrum služeb v oblasti psychologie, speciální pedagogiky a sociální pomoci. Jejich hlavním cílem je podpora dětí se zdravotním postižením ve všech typech škol a poskytování poradenství zákonným zástupcům, pedagogům a školám. SPC nabízejí odbornou pomoc učitelům, kteří mají ve svých třídách integrovány žáky se zdravotním postižením. Specializují se na žáky s různými typy postižení. Hlavní činností SPC je poskytování podkladů pro zařazení dětí do vzdělávacího procesu, individuální pomoc dětem

se specifickými vzdělávacími potřebami, poradenství a podpora pro rodiče a zákonné zástupce a rovněž podpora a poradenství pro pedagogické pracovníky (Kendíková, 2019).

Péče pro dospělé s ADHD je v České republice stále v počáteční fázi, přičemž větší zkušenosti a znalosti se týkají spíše péče poskytované dětem s touto diagnózou. Možnost komplexních programů téměř neexistuje a mnoho odborníků v oblasti psychiatrie neví, jak s ADHD u dospělých pracovat. Jedinými komplexními programy v ČR jsou podpůrné programy poskytované Psychiatrickou klinikou 1. LF UK a VFN v Praze. Další možnou pomocí je sdružení DYS-centrum Praha, které poskytuje rozsáhlé služby lidem s poruchami učení a chování a také služby jejich rodinám (Čermáková, 2020).

5 SOCIÁLNÍ DOPADY

Poslední kapitola se zabývá sociálními dopady spojenými s poruchou ADHD u dospělých jedinců. Popisuje, jakým způsobem může ADHD působit na komunikaci a interakci s okolím a blízkými. Zejména se zabývá vztahy a působením jedinců jak na poli školním, tak i pracovním, vztahy mezi blízkou rodinou a s přáteli. Na problematiku sociálních dopadů se zaměřovala výzkumná část této bakalářské práce.

Sociální prostředí, ve kterém se jedinec vyskytuje, je totiž kromě vývoje jedince dalším významným činitelem, působícím na vliv a rozvoj obrazu symptomu. Je klíčové, jakým způsobem je jedinec přijímán, jaké jsou na něj kladeny požadavky, jaké překážky musí překonávat a jak se učí s nimi vyrovnávat. Pro hyperaktivní osoby je to často náročný proces, který vyžaduje zvýšené úsilí (Žáčková, 2017).

Porucha ADHD působí v sociální oblasti nejednoho jedince. Je však vcelku individuální, jak moc bude sociální oblast poruchou ovlivněna. S jistotou se dá ale říct, že ADHD působí na jedince i na jeho okolí nejen v dětství, ale i v dospělosti. Samotný přechod do dospělosti s sebou přináší určitá omezení a změny, jež osoby s ADHD zasahují. Ať už jde o větší zodpovědnost a spolehlivost nebo pravidelnost. Jedinci s ADHD mají nadále obtíže ve společenských situacích, které by byly pro většinu lidí zvladatelné. Problémové je pro ně odhadnout v některých situacích reakci nebo rozpoznat mimiku a následně tak mohou jednat neadekvátně a být tak považováni za necitlivé. Problematika v sociální oblasti ale není u většiny jedinců způsobena neschopností nebo neznalostí vhodného chování, ale porušenou schopností uplatňovat sociální dovednosti v dané situaci (Ptáček a kol., 2018). Tyto vlivy mohou také stát za rozvojem frustrace a pocitů nejistoty a méněcennosti (Pasz, 2020; Závěrková, 2018).

5.1 Rodina

Rodinné prostředí je již od raného dětství prvním a zároveň nejdůležitějším prostředím, které má vliv na formování a vývoj jedince. Významný vliv má zejména výchova a přístup rodičů, dle nichž se formuje psychika a identita dítěte. Dle Žáčkové (2017) jsou pro zdárný vývoj potřebné tři zásady, a to vstřícnost, jasně definované hranice a důslednost v jejich plnění. Na dítě nesmí být výchovou vytvářen přílišný tlak, ale zároveň jeho výchova nesmí být příliš nedůsledná. Pokud jsou tato pravidla dodržena, je naděje na pozitivní ovlivnění poruchy. Dále je velmi důležité, jakým způsobem byli rodiče ve výchově sjednoceni a zda s nimi stejným způsobem spolupracovali i ostatní členové rodiny. Pokud by uplatňoval každý z nich jiný styl

výchovy, mohlo by se stát, že dítě by nejmírnějšího člena začalo využívat a manipulovat s ním, což by nemělo pozitivní vliv na rozvoj jeho duševního zdraví (Závěrková, 2018; Žáčková, 2017; Pugnerová a kol., 2016). Pro řádný vývoj dítěte je tedy potřeba stabilní, klidné a jistotou naplněné prostředí. Pro děti s diagnózou ADHD je totiž velmi náročné se v nesprávném prostředí přizpůsobit vlivem jejich zvýšeného emočního prožívání (Žáčková, 2017).

5.2 Škola / vzdělání

Děti s poruchou ADHD se dle Školského zákona č. 561/2004 Sb. a vyhlášky MŠMT č. 27/2016 Sb. řadí mezi děti se speciálními vzdělávacími potřebami.

Této problematice je vhodné věnovat náležitou pozornost již od základních škol. Kompenzace a vývoj poruchy má značný vliv na budoucí úspěch či neúspěch jedinců ve vzdělávání. Úspěch závisí na intenzitě projevů a schopnosti jedince tyto projevy kompenzovat. Během dospívání se při studiu nejčastěji projevuje nepozornost, poruchy soustředění, impulzivita, oslabené volní vlastnosti, poruchy exekutivních funkcí a sklony k odkládání úkolů (Žáčková, 2017; Závěrková, 2018). Cílem je poskytnout žákům s ADHD individualizovanou formu vzdělávání, aby bylo minimalizováno riziko předčasného ukončení vzdělávání. Často se totiž stává, že jedinci jsou ochotni ukončit studium jenom pro to, že je nebaví a jsou do učení nuceni. V důsledku toho je pro žáky vhodné vypracovat individuální vzdělávací plán, který je možné v průběhu studia aktualizovat (Závěrková, 2018).

Kromě charakteristických projevů ADHD mohou mít na průběh vzdělávání vliv také specifické poruchy učení. I když není uváděna přímá souvislost mezi ADHD a těmito poruchami, často se vyskytují společně, což může výrazně ztížit proces vzdělávání. Z důvodu obavy z nepřijetí společností nebo posměchu v důsledku těchto poruch, se jedinci mohou vyhýbat situacím, které by pro ně mohly být ponižující (Žáčková, 2017; Závěrková, 2018).

Dopad může mít tato porucha i na sociální interakci. Problémy pak mohou nastávat u spolužáků, kteří nemusí tolerovat jejich nesoustředěnost, nezodpovědnost, snížené sebevědomí nebo impulzivitu. Konfliktními se pak mohou stávat situace, ve kterých pro jedince s ADHD vzniká problém s osvojováním autorit (Pasz, 2020; Žáčková, 2017).

Další uváděnou oblast spojenou s jedinci s ADHD je šikana, ale zde není jednotný názor, protože tito jedinci mohou být, jak šikanováni, tak těmi, kteří šikanují (Žáčková, 2017).

5.3 Partnerské a přátelské vztahy

Zde nenastává obtíž ani tak s navazováním nových vztahů, to totiž probíhá často impulzivně, ale problém nastává v následném udržování těchto vztahů. Dochází k tomu tak v přátelské i partnerské oblasti. Nepříznivě, co se týče projevů, působí na kvalitu vztahů zejména výkyvy nálad, snížené sebevědomí nebo strach ze ztráty nebo zklamání blízkých osob. Na úrovni kamarádských vztahů během studia se často uvádí, že jedinci s ADHD jsou sice bráni jako ti „zábavní“, ale za bližšího přítele by si je vybral málo kdo (Závěrková, 2018; Žáčková, 2017).

Co se týče vztahů partnerských, zde působí negativně omezená schopnost plánovat čas, což může být vnímáno jako neschopnost nebo nezodpovědnost, potíže s nasloucháním, nedokončování činností a emoční labilita. Vztahy nepříznivě ovlivňuje i impulzivní chování nebo nepromyšlené rozhodování, kterým tito jedinci často řeší různé situace. Impulzivnost může mít za následek vyšší riziko vzniku závislostí nebo častější střídání partnerů, čímž si jedinci zvyšují sebevědomí a potvrzují svou přitažlivost a schopnost navazovat vztahy. Proto se tyto jevy uvádějí jako nejčastější důvod rozpadu partnerských vztahů (Závěrková, 2018; Žáčková, 2017).

5.4 Pracovní oblast

Pracovní oblast je další prostředí, ve kterém jedinec s ADHD i jeho okolí pocítuje dopady poruchy. Nejčastěji uváděným problémem je i zde nespolehlivost, neschopnost dokončovat zadanou práci včas, zapomínání na důležitá data a problém s respektováním autorit. Na druhou stranu tito jedinci dokáží být velmi pracovitý, což někdy může působit jako workoholismus. Avšak jeho kolegové nemusí být s tímto tempem spokojeni, neboť mohou mít pocit, že sami nepracují dostatečně a obávají se, že od nich budou požadovány stejné výkony. Proto jsou jedinci s ADHD na pracovišti vnímáni spíše jako ohrožující (Závěrková, 2018; Žáčková, 2017).

VÝZKUMNÁ ČÁST

Cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, jak porucha ADHD ovlivňuje jedince v běžných oblastech života a zjistit, jak se tyto dopady projevují na jeho interakci ve společnosti.

6 METODIKA VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Pro výzkumnou část byl zvolen kvalitativní výzkum, a to formou polostrukturovaných rozhovorů. Při nichž je stanoveno zpočátku téma a následně struktura rozhovoru pomocí hlavních výzkumných otázek, které se v průběhu rozhovoru mohou doplňovat nebo upravovat. Kvalitativní výzkum má za cíl zjistit, jak lidé v určitém prostředí vnímají a reagují na to co se děje a proč tak jednají. Hendl (2016) popsal princip kvalitativní metody jako: „*Výzkumník ve svém hledání významu a snaze pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal. Snaží se nevynechat nic, co by mohlo pomoci vyjasnit situaci*“. Během výzkumu mohou mimo jiné vznikat i hypotézy a nové metody, jak rozhovor dále rozvíjet a jak pokračovat se sběrem dat (Hendl, 2016).

Pro sběr dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů bývá typická určitá omezenost. Rozhovor se skládá z předem připravených otevřených otázek, týkajících se tématu, které tvoří kostru výzkumu. Zároveň se rozhovoru nechává určitá volnost, za účelem prolínání a zjišťování informací, které nebyly cílem výzkumu, ale mohou tvořit s tématem souvislosti. Na tyto otázky respondenti následně mají odpovídat. Podstatou polostrukturovaných rozhovorů bývá chronologie otázek při sběru dat a tím dochází k omezení odlišností ve struktuře. Přispívá k udržení tématu a k systematickému vedení rozhovoru a předchází odchýlení se od tématu (Hendl, 2016; Hricová a spol., 2023).

Vyhodnocení dat proběhlo pomocí tematické analýzy. Braun a Clarke definují v knize Hricové (2023) tematickou analýzu jako: „*Soubor vzorů nebo společných myšlenek opakující se v rámci souboru dat a tematická analýza tato témata identifikuje a dále analyzuje*“. Výsledkem této metody by měla být charakteristika, seznam a popis zjištěných témat (Hricová a spol., 2023).

6.1 Výzkumný soubor

Účastníci výzkumu, jsou označeni v této práci jako respondent/ka. Označení „respondenti“ bylo zahrnuto i v publikaci Metodologie v sociální práci (Hricová a spol., 2023).

Skupina respondentů byla zvolena metodou účelového výběru vzorku. Tato metoda využívá principu předem stanovených kritérií, dle nichž probíhá výběr vhodných respondentů. Podstatný je zde fakt, že zkoumané oblasti, by nebylo možné získat u kohokoliv jiného (Hricová a spol., 2023).

Kritériem pro výběr respondentů bylo překročení hranice dospělosti, to znamená minimální věková hranice 18 let, dále stanovení diagnózy klinickým odborníkem a přesah poruchy ADHD i do dospělého věku. Výběr vzorku byl uskutečněn pomocí Facebookové skupiny, zaměřené na dospělé jedince s ADHD. Byla zde položena otázka s prosbou o zapojení do výzkumu. V položeném dotazu byla obsažena kritéria nezbytná pro výběr vzorku. Z nabídky 14 respondentů, od kterých autorka obdržela odpověď, jich bylo do výzkumu zařazeno 7. Tento počet byl zvolen z důvodu předčasného ukončení komunikace ze strany respondentů nebo nenaplnění kritérií pro výzkum.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek se skládá ze 7 respondentů, 2 muži a 5 žen. Všichni tito respondenti splňovali podmínky účasti na výzkumu. Respondenti se o výzkumu dozvěděli přes sociální síť Facebook.

Respondent č. 1 – Prvním respondentem byl muž ve věku 39 let. ADHD mu bylo diagnostikováno ve 31 letech. V současné době pracuje jako business analytik. Je ženatý a má dvě děti. Je medikován Concertou a k odborníkovi nedochází.

Respondentka č. 2 – Druhým respondentem byla žena ve věku 32 let. ADHD jí bylo diagnostikováno také ve 32 letech. V současné době pracuje jako učitelka v mateřské školce. Má partnera. Nemá medikaci a dochází na terapie.

Respondent č. 3 – Třetím respondentem byl muž ve věku 25 let. ADHD mu bylo diagnostikováno ve 23 letech. V současné době je v 1. ročníku magisterského studia. Nemá partnerský vztah. Medikaci již neužívá, dochází na sezení v rámci studia.

Respondentka č. 4 – Čtvrtým respondentem byla žena ve věku 30 let. ADHD jí bylo diagnostikováno také ve 30 letech. V současné době pracuje jako copywriter. Žije se sestrou. Užívá Atomoxetin a na terapie nedochází. Léčí se s úzkostmi a depresemi.

Respondentka č. 5 – Pátým respondentem byla žena ve věku 20 let. ADHD jí bylo diagnostikováno v 19 letech. V současné době je v 1. ročníku bakalářského studia. Má partnera. Nově začala docházet na terapie k psychologovi.

Respondentka č. 6 – Šestým respondentem byla žena ve věku 23 let. ADHD jí bylo diagnostikováno v 9 letech. V současné době je ve 3. ročníku bakalářského studia. Má partnera. Nemá medikaci a dochází na terapie v rámci studia.

Respondentka č. 7 – Sedmým respondentem byla žena ve věku 40 let. ADHD jí bylo diagnostikováno v 38 letech. Momentálně je nezaměstnaná. Na terapie nedochází.

Tabulka 1 - Charakteristika respondentů (Autorka, 2024)

Respondent č.	Pohlaví	Věk při konání rozhovoru	Věk diagnostiky ADHD	Studium/zaměstnání	Léčba
1.	Muž	39 let	31 let	Business analytik	Atomoxetin
2.	Žena	32 let	32 let	Učitelka v MŠ	Terapie
3.	Muž	25 let	23 let	Student Mgr.	Terapie
4.	Žena	30 let	30 let	Copywriter	Atomoxetin
5.	Žena	20 let	19 let	Student Bc.	Terapie
6.	Žena	23 let	9 let	Student Bc.	Terapie
7.	Žena	40 let	38 let	Nezaměstnaná	Nic

6.3 Sběr dat

Sběr dat byl proveden celkem se 7 respondenty. Na základě odpovědí respondentů na položený dotaz k výzkumu ve Facebookové skupině, bylo se všemi zúčastněnými provedeno individuální naplánování schůzek formou textových zpráv. Na začátku každého rozhovoru bylo opět jednotlivě respondentům sděleno téma výzkumu a účel, za kterým bude sběr dat proveden.

Následně jim byl položen dotaz, zda souhlasí s výzkumem, jehož součástí bylo sdělení souhlasu o pořizování zvukového záznamu, za účelem následného zpracování dat. V neposlední řadě jim byla poskytnuta informace o podmínce zachování anonymity.

Rozhovory byly provedeny s každým respondentem samostatně v místě bydliště na základě předem domluvených on-line schůzek. Účastníci si zvolili formu spojení, kterými byly aplikace MStTeams, Messenger a WhatsApp. Prostřednictvím nich následně rozhovor proběhl. Samotný rozhovor byl proveden formou polostrukturovaných rozhovorů, kde byly stanoveny 3 hlavní oblasti, skládající se z 20 otázek. V průběhu rozhovoru byly pokládány doplňující otázky k tématu. Oblasti s otázkami jsou přiloženy v přílohách (viz. Příloha D). Rozhovor byl po celou dobu nahráván přes aplikaci diktafon v mobilním telefonu. Rozhovor byl po celou dobu směřován zejména na oblasti dětství, dospělosti a osobního života. Délka rozhovorů nebyla stanovena, k ukončení došlo v případě nasycení potřebných dat. Dle Hendla (2016) probíhá sběr dat a jejich analýza „*v delším časovém intervalu, výzkumný proces má longitudinální charakter.*“

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Ze 7 provedených a přepsaných rozhovorů, byly odpovědi zadány do programu Atlas.ti. Na základě podobnosti a propojenosti částí textů z nich byly následně vytvořeny kódy. Tyto kódy mezi sebou jevily různé spojitosti, ze kterých vznikaly oblasti. Z nichž byla následně zobecněním dotvořena 3 hlavní témata, a to Informovanost, Rizikové faktory a Interakce ve společnosti. Pro lepší pochopení byla vytvořena tabulka hlavních témat a oblastí (viz. Tabulka 2)

Tabulka 2 - Hlavní témata a podoblasti (Autorka, 2024)

Informovanost	Psychické a emoční prožívání	Sociální interakce a vztahy
Zdroj informací	Vnímání sám sebe	Sociální neobratnost
Dostatečnost informací	Psychické komorbidity a závislosti	Nepochopení okolím
	Prožívání emocí	Rizikové faktory

7.1 Informovanost

Prvním tématem, které bylo stanoveno, se zaměřovalo na informovanost jedinců s ADHD ohledně svých možností a způsoby, jakými potřebné znalosti získávají. Následně se nám s tímto tématem pojí 2 dílčí oblasti, a to **Zdroj informací a Dostatečná informovanost**.

7.1.1 Zdroj informací

V této oblasti se respondenti obracejí na různé zdroje. Z analýzy dat se stanovily jako hlavní zdroje informací **internet**, dále od **odborníků**, pomocí **sociálních sítí** anebo v rámci **studií**.

Respondenti č. 1, 2 a 6 jako primární zdroj informací využili internet a různé internetové články. Respondent č. 1 uvedl i mimo internetových zdrojů, i zdroje od psychologa v rámci terapie: „*nějaké informace jsem dostal během terapie, zbytek si zjišťuji na internetu.*“ Respondentka č. 2, následně na otázku, zda jako zdroj informací využila internet, odpověděla: „*No, hlavně. Protože kolem mě lidi jako moc nevědí.*“ Respondentka č. 6 využila zdrojů více: „*snažím se najít víc zdrojů a udělat si nějaký svůj obrázek.*“

Respondenti č. 3 a 5 získali znalosti v rámci studia. Respondent č. 3 uvedl přímo: „*My jsme se o tom učili ve škole, takže jsem tak nějak věděl.*“ Respondentka č. 5 poukazovala na to samé: *A v průběhu toho, jak jsem se o tom učila (...)*“, mimo to jako zdroj uvedla příležitostně i Facebookovou skupinu: „*(...) ale když mám nějaký problém nebo něco takového, že si říkám, že to je divný, to by mohlo souviset nebo tak něco, tak vždycky se podívám do té skupiny.*“

Respondenti č. 2 a 4. získávali informace zejména od odborníků. Respondentka č. 2 se řídila také informacemi z terapií, od odborníků: „*My vlastně, když narazím na nějaký problém, něco, co mě jako trápí, tak on mi dokáže vlastně říct, ať jako zkusím nějakou cestu.*“ Respondentka č. 4 uvedla, jako prvotní zdroj: „*Já třeba, dostala jsem materiály k ADHD od psychiatričky.*“

Všichni respondenti se poté shodovali, že využili jako zdroj informací Facebookové skupiny. Respondentka č. 7 využívá zdrojů vícero: „*Já sleduju nějaký lidi, většinou jsou to lidi, co sami mají ADHD, případně nějaký odborníky, kteří se tomu věnují, a sleduju je prostě na sociálních sítích. Mám doma pár nějakých knížek, takže spíš tímhle tím způsobem. Asi bych se na tu Facebookovou skupinu obrátila, když bych chtěla poradit.*“

7.1.2 Dostatečná informovanost

Na adekvátní znalosti problematiky ADHD se přímo neshodoval ani jeden respondent. Při hledání odpovědi na dostatečnou znalost problematiky ADHD se setkaly dva názory. Z nich byl jeden uváděn jako, „**množství získaných informací odpovídá současné potřebě, více není třeba**“, avšak nebyla vyvrácena, v případě potřeby, nutnost o dodatečné informace. V druhém případě jim naopak „**žádné informace poskytnuty nebyly**“.

Respondent č. 1 vyjádřil dostatečnou informovanost k jeho současnému stavu: „*Ano, jako jsem si vědom toho, že je jako psychiatr, psycholog, že existují nějaký skupiny, medikace atd.*“

Respondentka č. 2 byla ve stavu, kdy informací pro běžné zvládání měla dostatek a více jich nepotřebovala: „*nejsem plně informovaná, ale zatím jsem to jako neřešila, že bych potřebovala ještě něco vědět.*“

Respondentky č. 4, 5 a 6 byly s poskytováním znalostí nespokojeni, jejich informovanost byla velmi nízká. Respondentka č. 4 uvedl: „*Zatím jsem ale nedostala žádné možnosti, jenom ty informativní papíry.*“ Respondent č. 5 vyjádřil vlastní názor: „*Si myslím, že hrozně chybí tady*

ty informace. To ani není nikdy napsaný, nebo aspoň jsem to nedohledala.“ Respondent č. 6 v nabídce a více informací doufal, ale nebylo mu nic navrženo: „A taky jsem tak nějak doufala, že mi třeba řeknou i co by se dalo dělat dál. No, nedozvěděli jsme se nic. Takže tady máte poslední papír a nashle.“

7.2 Psychické a emoční prožívání

Druhé téma se zabývalo spojitostmi mezi psychickou stránkou jedince a poruchou ADHD. Významnými oblastmi tématu „Psychické a emoční prožívání“ byly použity 3 oblasti. První oblast byla zaměřena na změnu **vnímání jich samotných**, jenž byla ovlivněna zejména stanovením diagnózy. Druhá oblast byla věnována **psychickým komorbiditám, závislostem a emocím obecně**, které jsou velmi úzce s problematikou ADHD propojeny.

7.2.1 Vnímání sám sebe

Tato oblast ukazuje, jakým způsobem respondenti vnímali vlastní identitu. Z výpovědí vyvstaly dva směry, z nichž je patrné, že respondenti spíše popisovali, **jak stanovení diagnózy změnilo pohled na ně samotné**.

Respondenti č. 1, 2, 4 a 6 se jednoznačně shodovali u vyslyšené diagnózy s pozitivním vlivem na jejich vnímání a přinesení do jejich života určité úlevy. Respondenti č. 3 a 5 byli toho názoru, že diagnóza ADHD není důvod k negativnímu vnímání a označili ji jako příjemnou součást sebe samých. Respondentka č. 7 uvedla ambivalentní pocity, které se u ní objevily v důsledku diagnostiky a následného vlastního vnímání. Zjištění, co způsobovalo problémy sice přineslo úlevu, ale s ní obavu, jak okolí bude na respondentku reagovat při zjištění její diagnózy.

Respondent č. 1 v souvislosti na vyslyšenou diagnózu popsal změnu ve vlastním vnímání jako: *„asi mi chvílku trvalo to přijmout nicméně jakmile jsem to začal studovat, tak nastoupilo ohromné množství jako AHA momentů a no jo, to jsem přesně já.“*

Respondentka č. 2 ve své odpovědi sdělila uvedla, že diagnóza ji pomohla přijmout a vysvětlit vlastní jednání: *„Ale nebrala jsem to ve špatném smyslu, já pak byla ráda, že jsem vlastně našla, jo aha, proto se tak cítím. Že jsem si tam našla, ono je to kvůli tomu, ono to dává smysl. Že to svoje chování si můžu víceméně odůvodnit a uvědomit.“*

Respondent č. 3 cítil určitou změnu ve vnímání, ale přijal diagnózu jako část sebe a díky její zvláštnosti je za ni vděčný: „Protože vnímám velkou pravdu a fakt, že ta diagnóza je jako součástí mě. Takže mě to dělá jiným, jako specifickým, ale že to není špatně. Takže fakt se nesnažím vidět, že když jsem jiný, tak je to nutně špatně. Tak já vlastně tím, že jsem jinej, tak jsem za to dost rád.“

Respondentce č. 4 se v rámci diagnostika změnil celý pohled na vlastní vnímání a zjistila obrovskou úlevu. Dokázala si přiznat, že její chování nebylo způsobeno jejím charakterem, ale na podkladě ADHD: „Diagnóza mi pomohla být více klidnější a vyrovnanější, protože to vysvětlilo hodně věcí. A je to taková úleva, že prostě na mě není nic špatně. Že to neznamená, že jsem líná, neschopná a tak. Ale že prostě mám ten mozek vyvinutý jinak a že prostě za to nemůžu, že to prostě není moje vina.“

Respondentka č. 5 uvedla ve vlastním vnímání originalitu a jedinečnost jedince „Ale zase člověk je jakoby jinej, že není jakoby originál. Takže každý ADHD člověk je jako jinej a je to vlastně něco, co čím se vlastně dá pracovat vědomě a je to taková hezká věc podle mě, že člověk se tím i hodně může poznat.“

Respondentka č. 6 v své výpovědi uvedla, že zprvu o sobě měla negativní vnímání. V důsledku diagnostiky u ní ale vyvstalo objasnění a změna vnímání: „A vlastně až v tu chvíli mi to začalo spoustu věcí vysvětlovat a ukazovat. No spíš úlevu, protože jsem si říkala, jo vlastně, tak asi to není tím, že jsem fakt jenom divná. Že za to úplně nemůžu.“

Respondentka č. 7 s odlišností ve vnímání sebe sama nebyla ztotožněna a následně se jí jako problém jeví okolí, které by mohlo působit negativně: „Nejproblémovější oblast je to jako přijetí té svoji jinakosti. Já myslím, že se prostě bojím toho, že když někomu řeknu, že prostě jsem jako jiná než oni, že se mi to jakoby vymstí“. V souvislosti s vnímáním své jinakosti, respondentka s ohledem na minulost uvedla jako problém pozdní vysvětlení situace: „Mě fakt ale nic víc nepoznamenalo v životě než to, že mám ADHD a neměla jsem tu diagnózu, protože pro mě nejhorší jsou ty pocity viny a studu, který jsem celý život a vlastně doteď mám, že jsem nereagovala a nedělala věci tak, jako všichni ostatní“. Snažila se situaci vysvětlovat, ale nedokázala najít správný důvod: „(...) říkat si, že jsem asi hloupá, ale to já jsem si nikdy nemyslela sama o sobě. Takže ten pocit toho morálního selhání.“ Avšak reakce na zjištění diagnózy byla pozitivní: „přišla úleva, že to vysvětlovalo situace“.

7.2.2 Psychické komorbidity a závislosti

Depresivní stavy a úzkosti, tyto kódy vyvstaly hned z několika výpovědí respondentů. Staly se tak součástí života respondentů s ADHD a ovlivňují jejich působení a jednání. Společným důvodem se z dat jevil problém s nezapadnutím a přílišný tlak na vhodné chování. Vhodné by zde bylo zmínit, že z dat byla u některých respondentů zjištěna **závislost**. Ta se uvádí také jako komorbidita a má jistý podklad v psychické rovině. U jedinců s ADHD má zároveň větší prevalenci.

Psychické potíže se v důsledku ADHD projevilo u respondentek č. 2, 4, 6 a 7. Problematika **závislosti** se následně objevila u respondentů č. 1, 3 a 7. Během rozhovorů si respondenti byli vědomi příčiny.

Respondentka č. 2 stanovila jako hlavní podstatu vzniku svých potíží nevhodné reakce rodiny na její školní výsledky: *„tak já jsem potom byla doma vlastně shazována a potom to šlo k částečným depresím a hrozný sebelítosti a že když nejsem hvězda, tak jsem prostě hrozná a za nic nestojím. A to se se mnou potom jako taky táhlo hodně dlouho.“*

Respondentka č. 4 se s psychickými potíží potýká již od dětství a uvedla, že příčinou vzniku byly problémy v rodině a nevhodný styl výchovy: *„No já se léčím na psychiatrii už asi sedm let. Celý ty roky jsem se léčila s depresemi a úzkostmi. Rodinou byla označena jako problémové dítě a s tímto označením vyrůstala: „Potížista, vymýšlím si, simuluju, flákám se, jsem líná a drzá. my jsme měli armádní výchovu a to nechcete. Babička mi říkala, že jsem prostě tak nepřijemná a nepřizpůsobivá, že jednou umřu sama.“*

Respondentka č. 6 se setkala s nepochopením již od útlého dětství a rizikovým pro vznik psychických obtíží se stalo prostředí školy: *„Vlastně tím, že na té základce spousta učitelů na to (ADHD) nebrala ohledy, tak mi to vybuodovalo, zaprvé nějaké úzkosti a mám stavy, kdy propadám do depresí. Uvedla důvod zejména v nedostatečnosti v porovnání s ostatními žáky: „Právě proto, že mě porovnávaly s těma dětma, který se dokázaly učit, dokázaly fungovat a tak. Vlastně na tom druhém stupni už jsem byla pro ně úplně jiná, tam jsem pro ně byla divná. Dále v souvislosti s odlišností respondentka zmínila nepochopení ze strany spolužáků formou šikany: „(...) do toho šikana, ono se tak nakupilo a teď se mi to mstí a vrací.“* Na rozvoj psychických problémů mělo vliv, dle výpovědi, zhoršení vztahů: *„(...) vzhledem k tomu, že mi to docela pokazilo dost přátelských nebo normálních vztahů, tak mi to docela zhoršilo to psychické zdraví jako takové.*

Respondentka č. 7 vinila za vznik psychických potíží pozdní diagnostiku, která vedla k rozvoji traumat v jejím současném životě, zejména v důsledku vlastního vnímání odlišností ale nedostatečnosti v jejich řešení: „(...) ale ty úzkosti byly jako vedlejším produktem toho ADHD. Protože já jsem úzkostná a je to jako jednoznačně u mě výsledek toho nediodnostikovaného života, toho dětství a dospívání, kdy prostě jsem vlastně jako veškerá moje traumata, která mám, souvisejí s tím, že jsem se jako odžila tak dlouho bez toho, abych věděla, co je se mnou špatně. Prostě takový to jako klasický věci, to, že jsem prostě nebyla schopna mít uklizeno a že jsem nebyla schopná přijít v čas, tak se jako na mě vršily nánosy a nánosy studu a ty představy sama. A úzkosti jsou z toho jako jednoznačný důsledek.“

Respondent č. 1 ve své výpovědi označil závislost, jako důvod, proč začal řešit možnost diagnostiky ADHD. Problematická pro něj byla oblast motivace, která souvisela jako s jeho závislostí, tak má své projevy i v ADHD: „(...) já jsem v té době hodně konzumoval pornografii. Následně se ukázalo, že pornografie je jeden ze způsobů, jakým totálně prokrastinuji a že se vlastně musím prvotně zbavit prokrastinace“. Dále uvedl riziko nevědomé závislosti na adrenalinu, jejíž riziko vnímal, ale ne vždy se mu to podařilo eliminovat: „(...) taky je velmi častá závislost na adrenalinu a ty deadliny, to je prostě, jo tak já to prostě podvědomě udělám tak, abych si musel máknout a dokázat, že na to mám a mít tam ten adrenalin a říct si, jo jsem dobrý, dal jsem to za den, to, co normální lidi dělají týden. Takže na toto si teď snažím dávat hodně pozor.“

Respondent č. 3 se s označením „závislák“ setkal již v dospívání. Sám riziko nevnímal v takové míře, aby se to dalo za závislost považovat. Obecně riziko závislosti vnímá: „(...) v té době, když jsem byl mladší, to jsem si uvědomoval, že téma videohrami trávím mnoho času. Já jsem řekl, že ok, já vím, že nejsem prostě. Ví, že mě to hodně baví“. Jak bylo zmíněno výše, rodina měla jiný názor: „Mě to bylo tady předhazováno hodně, ještě když jsem byl mladší. Že jsem jako závislák.“

Respondentka č. 7 se s některými typy závislostí ztotožnila. Dále je pro ni naprosto jednoznačné riziko vzniku závislosti a vysoká prevalence u jedinců s ADHD: „Sto procentně jsem jako šílený binge-watcher¹, jako seriálů prostě. Chytne mě seriál, já se nehnu celý víkend z gauče. Stejně tak počítačový hry, alkohol.“ V souvislosti s vnímáním rizik, respondentka uvedla snahu o

¹ V překladu z angl.: zhlédnutí velkého množství dílů seriálu nebo filmů v nepřetržitém sledu

eliminaci rozvoje hlubších závislostí: „*Pracuju s tím, protože tyhle věci jsou prostě jako vážný, no. To jsou fakt věci, které člověk může dostat do strašného průšvihů.*“

7.2.3 Emoce

Tato oblast zahrnuje emoční stránku respondentů. Popisuje, jakým způsobem je ovlivněno jejich **emoční prožívání**. Problémovou oblastí se následně jevila emoční nestabilita.

Respondent č. 3 uvedl v důsledku přibývání problémových situací v životě rozvoj problémů s emocemi: „*Potom teda časem, jak už jsem byl rozbitější a rozbitější, tak byla i nějaká emoční nestabilita víc.* S touto problematikou se pojila i odpověď na současnou nejhůře zvládatelnou oblast: „*(...) teď asi nějaké výkyvy emocí.*“

Respondentka č. 4 se potýkala s obdobnými projevy. Odpověď byla získána v souvislosti na oblast řešení a potřebu terapií. Respondentka udala vznik problému se zvládáním emocí, jako důvod pro vyhledání terapií: „*Já bych šla i na tu terapii, protože mám hodně problém se zvládáním emocí.*“

Respondentka č. 6 taktéž pociťuje problémy ve zvládání emocí: „*(...) nedokážu odhadnout a zkorigovat ty své projevy emoční.* Oblastí, jež se jevila jako riziková, stanovila respondentka výbuchy emocí: „*(...) v souvislosti s tím, že dost často dokážu vybuchnout úplně bezdůvodně.*“ Následně ale uvedla své reakce s odstupem času jako vědomé: „*A vím, že svoje reakce přeženu a uvědomuji si to, ale až pak.*“

Respondentka č. 7 pro změnu uvedla rozvoj emoční nestability v důsledku přehnané reakce na odmítnutí ze strany okolí: „*Já mám jako fakt silný, a to údajně taky souvisí s ADHD, taková ta citlivost vůči odmítnutí. Taková ta jako přehnaná citlivost vůči odmítnutí.*“

7.3 Sociální interakce a vztahy

Téma „Sociální interakce a vztahy“ popisuje působení jedinců ve společnosti a obtíže se kterými se potýkají. Tématu byly přiřazeny 3 oblasti, a to **Sociální neobratnost, Nepochopení a Rizikové faktory**.

7.3.1 Sociální neobratnost

Potíže v sociální oblasti obsahovaly výpovědi každého respondenta. Z analýzy dat bylo zjištěno hned několik oblastí, které působí jedincům s ADHD ve společnosti komplikace. Mezi ty nejčastěji zmiňované patřila neschopnost navazovat a udržovat vztahy. Potíže se vztahy zde byly uváděny i v souvislosti s impulzivním jednáním. Dále zmiňovaná byla forma sociální fobie, která dle výpovědí působila v interakci se společností taktéž omezení.

Respondent č. 1 vědomě popisoval projevy sociální neobratnosti v souvislosti s impulzivitou při jednání s okolím a neschopnost vnímat neverbální složky komunikace. Uvedl zde jako důvod omezené možnosti své projevy v daných situacích ovládat: *„Já prostě chápu, že můžu někomu, když řeknu něco, tak že mu to může ublížit a podobně. Ale uvědomovat si to v tu chvíli, co říkám a vlastně vnímat třeba náladu, vnímat neverbální komunikaci a podobně a vědět že tak tady jsem sestřelil. V reakci na následné udržování vztahů respondent jednoznačně prokázal neschopnost vztahy udržovat. Zejména se zaměřoval na udržování kontaktů přes sociální sítě, kde se potýkal se zapomětivostí: „Já v podstatě nejsem schopný udržovat sociální kontakty, protože já prostě, já si píšu a najednou přestanu odepisovat a úplně zapomenu, že jsem si s tím člověkem psal. V případech, kde se respondent zavázal k výpomoci, nastal dle výpovědi obdobný problém, jako v předchozím případě: „Slibovat, že s něčím pomůžu je strašně nebezpečný, protože nepomůžu, protože na to zapomenu nebo to nestihnou, nebo nebudu schopný si to zařídit“.* Respondent označil kontakt s okolím jako sociální fobii: *„To je část nějaké jako sociální fobie, já mám problém zvednout telefon a zavolat někomu.“*

Respondent č. 2 neuvedla obtíže s navazováním vztahů na přátelské úrovni, ale uvedla potíže s udržováním vztahů na partnerské úrovni. Zde viděla problém v nedostatečném vnímání partnerových pocitů a potřeb: *„(...) vím, že třeba jsem mývala potíže, co se týče s partnerem. Já jsem třeba hodně mluvila o sobě a o svých vlastních problémech a potom jsem nevnímala ty jeho, protože jsem mu nedala prostor“.* Mimo vztahy partnerské, uvedla respondentka i omezenou schopnost udržovat i vztahy přátelské. K přerušení kontaktu docházelo na podkladě strachu ze schůzky a ztráty zájmu, jenž pak způsobil zánik vztahu: *„Pocituji také velmi*

sníženou schopnost udržet si přátele. Lehce se s nimi seznámím ale poté přátelství udržovat znamená se s nimi také scházet a často se mi nechce, tím se oddalují lidem a poté přátelství zanikne“. Při kontaktu s okolím se respondentka setkala s vlastními pocity, ve kterých se ubírala k přehnaným reakcím na situace, kde nebyly adekvátní. Ty následně působily negativně na okolí a zapříčinily ukončení vztahu: *„(...) dokážu nad zbytečnostmi moc přemýšlet. A říkám si, ten člověk už se se mnou nebude chtít vídat, nebo se se mnou chtít přátelit, já jsem prostě divná. Ale to je zase o tom, že si to namlouvám i já. A potom, když se s tím člověkem vidím, tak už si tak nepopovídáme, už to není jako tak fajn, a už prostě potom to třeba jako vyplyne, že prostě jako nebudeme přátelé.“*

Respondent č. 3 v reakci na vliv ADHD na sociální interakci uvedl potíže pouze v udržování vztahů, a to zejména těch intimních: *„Potom vlastně to udržování těch vztahů to jsem jako spíš pocítil, až když jsem začal mít intimní vztahy. (...) tam byl problém“.*

Respondentka č. 4 sdělila v souvislosti s nejobtížněji zvládatelnou oblastí vztahy: *„Největší problém jsou pořád ty vztahy“.* Jako důvod neschopnosti navazovat vztahy uvedla odlišné vnímání a nenalezení společných zájmů: *„já neuměla navazovat vztahy, protože já měla, jako jak jsem přemýšlela úplně jinak, měla jsem úplně jiné zájmy“.* S neschopností navazovat vztahy se dle výpovědi respondentka potýkala již od dětství a přetrvává do dnešní doby: *„Nenašla jsem si na základce ani jednoho kamaráda a dalších 18 let jsem žila bez nějakých bližších kamarádů, (...) prostě jsem neuměla navazovat vztahy ani nic, a to mě provází v podstatě do dnes“.* Vědomě uvedla fakt, že pokud pro ni nebyl vztah přínosný, neudržovala ho: *„Vyjdu vstříc, pomůžu, ale prostě když mi ten vztah nic nedává, tak ho nějak na sílu nehrotím“.*

Respondentka č. 5 vyjádřila v souvislosti s problematikou navazováním vztahů souhlas. Sebe v sociálních interakcích uvedla jako asociálního člověka, ale v důsledku impulzivního chování mohla při interakci působit jako komunikativní. Dále ale uvedla, že rozhovory mohly v důsledku neuvážených témat působit zvláště: *„(...) myslím si, že u mě teda minimálně jo, protože já sice jako jsem takový asociální člověk, že úplně nevím, jak navazovat vztahy, ale když už jako s někým mluvím novým, tak jsem prostě hodně impulzní a hodně dělám takový jako divný rozhovory, že říkám nechtěný informace těm lidem, (...) až vidím, že jsou lidi hodně moc otrávený anebo že se na mě koukají hodně divně, tak přestanu a nechám jim slovo.“.* Co se týkalo následného udržování vztahů, označila jako problém přehlížení a zapomínání na zprávy, jež se okolí mohlo jevit jako úmyslná ignorace: *„To je taky docela problém, protože když mi*

třeba lidi píšou, tak já mám tendence přehlížet jejich zprávy. Takže to mám jako často pak nějaké jako nedorozumění, že je ignoruju nebo tak něco“. Zároveň označila za problematickou oblast na udržování vztahů i kontakt s rodinou, kde taktéž vinila zapomínání: *„(...) zapomínám nebo spíš se neozývám třeba rodičům, jelikož bydlím sama, tak prostě, bych pořád měla nějak jako psát, že žiju.“* Zároveň vztahovou oblast označila taktéž za oblast, kde pocítovala největší sociální dopad poruchy ADHD: *„(...) i ty vztahy.*

Respondentka č. 6 sdělila v oblasti sociální interakce neschopnost sociálního kontaktu s cizími lidmi: *„Já se cizím lidem trošku vyhýbám. Já mám svoji malou bublinu a málo koho do ní pouštím. Jsem hodně introvert“.* V případě navazování kontaktu uvedla nutnost zahájit kontakt a konverzaci ze strany ostatních: *„Aktivně se nevybízím. já jsem se nikdy nezačala s někým bavit sama od sebe. Vždycky musel přijít ten člověk a začít se bavit ten člověk“.* Důvod nenavazovat vztahy viděla v sociální fobii, následkem předchozích nevydařených vztahů: *„Zase to mě brání, nevím, nějaký strach asi, v oslovování lidí. (...) že vlastně z každého seznámení s někým novým mám vlastně větší a větších strach, zvláště když to skončí právě kvůli tomu, že v uvozovkách je to na ty lidi moc, to moje chování“.* V souvislosti se špatnými zkušenostmi se u respondentky projevila přecitlivělost a strach z odmítnutí. Sdělila, že obavy vznikaly v situacích, kdy došlo k nepatrným změnám stereotypu: *„Já jsem člověk, který zaprvé mi stačí, aby člověk změnil smajlíka a už přemýšlím, co jsem sakra udělala špatně a začnu se vyptávat. Žádný velký drama se neděje, ale já už v tom vidím že jsou na mě našťvaný, že jsem něco provedla a začnu se vyptávat, začnu to zjišťovat“.* Zároveň vztahy označila za oblast, ve které nejvíce pocítoujete dopad ADHD: *„Ve vztazích. Partnerských, kamarádských, ale nejvíc těch partnerských. - že stačí jedna malá věc, která mi nějakým způsobem vadila.“*

Respondentka č. 7 označila za neschopností navazovat vztahy neznalost pravidel sociální interakce a nevhodné chování v jejich důsledku: *„(...) já jsem prostě neuměla pochopit jako ta pravidla té sociální interakce. Jsem se velmi často chovala prostě jako divně, že jsem jako nerozuměla“.* Jako kompenzaci zkusila respondentka již v dětství metodu nápodoby, ta ale nebyla vždy efektivní: *„Já jsem se strašně snažila jako najít si kamarády a strašně jsem se snažila, ale nedařilo se mi napodobovat to, co dělají ty ostatní děti“.* V souvislosti se vztahovou problematikou uvedla potřebu vyhledat terapie: *„Já jsem navštívila psychiatra a tam jsem vlastně řešila věci, kde se mi to jako velmi projevovalo, byly právě vztahy“.* Mimo vztahy přátelské, sdělila obtíže i v partnerských vztazích, kde jako důvod uváděla opět neznalost: *„potom stejně opožděná jsem byla v nějakých romantických vztazích, protože opět, já jsem*

absolutně nezvládala ty situace, vůbec jsem nechápala, jak to dělat. “ Co se týče následného udržování vztahů, projevila neschopnost opakovaného a pravidelného kontaktu, zejména pak s rodinou: „(...) protože já třeba prostě nejsem s lidmi v kontaktu, jen tak, jak lidi třeba svým rodičům volají pravidelně, nebo s rodinou, nebo s přáteli, tak tohle to já vůbec jako nedělám. “

7.3.2 Nepochopení okolím

Přijetí společností bývá mnohdy nezbytným faktorem pro ovlivnění kvality života a efektivní působení na sociálním poli. Z výpovědí často vycházelo zjištění, že za přijetím jedince do společnosti mnohdy stály faktory, jako **předsudky společnosti** a **stigma**. To ve společnosti panuje na základě nedostatku informací o poruše ADHD v dospělém věku.

Respondent č. 1 se setkal s nepochopením u svých rodičů, kteří se dle výpovědi nesetkali s následky ADHD v dospělém životě.: *„Asi jenom rodiče, ty furt nechápou, jak moc to ovlivňuje život a nevnímají to (...).“* Dalším místem, kde se s nepochopením setkal se stala psychiatrička, ke které docházel v rámci medikace: *„(...) pak jedna psychiatrička mi po první návštěvě řekla, že nemám ADHD (...).“* Jako důvod uvedla, spíše než ADHD, projevy vlastního charakteru, což u respondenta vyvolalo ukončení medikace: *„(...) a že to je jenom můj jako charakter a že to musím jako překonat vůlí. podstatě důvod, proč jsem přestal brát prášky.“*

Respondentka č. 2 sdělila svou diagnózu pouze úzkému okruhu lidí: *„Já jsem to řekla jenom v podstatě čtyřem lidem“.* U rodiny, zejména otce, se setkala s předsudky na základě odlišných projevů: *„Když jsem to řekla tátovi, tak ten byl překvapený, a právě mi řekl, že jako když jsem byla malá, že neviděl žádné jako projevy, že si nemyslel, že bych měla ADHD.“* S ohledem na rozšířené předsudky a stigma ve společnosti se rozhodla sdílet svou diagnózu pouze s těmi, u kterých si je jista pochopení.: *„já to neříkám těm lidem, u kterých si právě myslím, že by se to dostalo do nějaký té míry, že se vymýšlím a že to je hovadina a že celý ADHD je blbost a takhle.“*

Respondent č. 3 na dotaz, zda se ve svém životě setkal s nepochopením, uvedl že ano. Sdělil ale, že si je vědom odlišnosti a tyto situace se pro něj nestaly důležité: *„Stoprocentně. Ale už to je takový, že už jsem si vědom toho, že prostě nejsem jako člověk pro každého člověka.“* Dále potvrdil přítomnost určitého předsudku ve společnosti, ve kterém se s ADHD potýkají pouze děti: *„Ve společnosti tam vím, že to jako je, jaký to je, u těch děcek a takhle, že je to prostě jako velký téma. Potom každý říká, že všichni mají ADHD.“* Omezování schopností, na základě předsudku, se stalo pro respondenta nejhůře akceptovatelné: *„Ale rozhodně mě jako štve, když jako člověk potom dělá, že jo, ty máš ADHD, ty prostě nemůžeš tady něco. Avšak pochybnosti*

působily na respondenta pozitivně, zejména jako motivace: „*Pochybování toho okolí, to je něco, co mě dokáže hrozně moc jakože fakt úplně naplnit vůlí a jako motivací a vším možným.*“

Respondentka č. 4 z důvodu obavy před nepochopením oznámila svou diagnózu pouze pár lidem ve svém okolí. U rodiny se setkala s nepochopením na základě neznalosti problematiky: „*Ono to ví jenom rodina a moje nejlepší kamarádka, která má shodou okolností taky ADHD. Rodiče to neznali.*“

Respondentka č. 5 na dotaz, zda se ve svém životě setkala s nepochopením uvedla jasný souhlas. Jelikož si diagnózu vyslechla ještě při studiu na střední škole, byla s nepochopením konfrontována již tam. Dle výpovědi k tomu docházelo zejména na základě chybného předsudku: „*Jo. Vím, že na střední jsem to dozvěděla v polovině čtvrtáku. A tam jsem to říkala učitelům, sice už jsem nestihla takový ten papír z poradny, ale říkala jsem to učitelům, jenom aby to třeba věděli (...), ale byly tam i učitelky, který se na mě spíš koukaly z vrchu a třeba jedna tam byla, která to totálně popřela a říkala, že to není možné, že si to vymýšlím, že já v jejich hodinách prostě nejsem hyperaktivní.*“ Dále uvedla, že si je vědoma předsudků, které ovlivňují vnímání jedinců s ADHD: „*Jo, určitě jo. Myslím si, že hodně ta starší generace, 50+, třeba, že hodně těch věcí berou už ze starších dní a tak. (...) že ADHD jsou prostě zlobivý kluci. A u těch holek to asi obzvláště neberou.*“

Respondentka č. 6 v důsledku opakovanému nepochopení přestala na svou diagnózu upozorňovat: „*Takže jsem se většinou setkávala s nepochopením, proto jsem to pak vlastně přestala říkat.* To se však s odstupem času změnilo a naučila se s tím pracovat. Následně respondentka začala o diagnóze mluvit jako o součásti sebe: „*A naučila jsem se to až, je to třeba rok zpátky. Ted' už jako to prostě řeknu, je to tak a prostě tak to bude.*“ Předsudek zde vnímala v souvislosti s představami, že je to pouze dětská nemoc a dítě z ní vyroste: „*(...) protože je to takový to typický, však z toho dítě vyroste.*“

Respondentka č. 7 se s nepochopením setkala dle výpovědi před i po stanovení diagnózy: „*jako zcela jednoznačně a neustále, no.*“ Po stanovení diagnózy se potýkala s nepochopením a byla označována jako líná: „*Ted' po té diagnóze je to jako, ježiš, všichni máme trochu ADHD a všichni občas něco zapomeneme. Tak prostě kdyby si se trošku snažila a nebyla líná, tak bys to mohla dělat stejně jako všichni ostatní.*“ V důsledku nepochopení se rozhodla diagnózu nesdělovat: „*Já se spíš snažím jako popravdě tu diagnózu moc lidem, jako neříkat, ale právě jako ve chvíli, kdy vidím, že to absolutně nepadá na úrodnou půdu a že ti lidi jako jsou ti, co*

jako nevěří na to, že ADHD existuje, tak se jim to jako nesnažím vysvětlovat. “ Uvedla vědomou přítomnost předsudků ve společnosti, jež označila diagnózu jako výmluvu: „Určitě. Myslím, že se standardní veřejnost myslí, že to je diagnóza, která se prostě najednou objevila a že to je prostě jako výmluva. S nepochopením vůči předsudkům se setkala i u odborníků. Setkala se s názorem, že poruchu ADHD mají pouze chlapci v dětském věku: „Dokonce mi řekla ta psychologička, ke které jsem si přišla pro diagnózu, že je to diagnóza jenom malých dětí. “

7.3.3 Rizikové faktory

Na rozvoj dítěte s ADHD má, dle studií, vliv hned několik faktorů, se kterými se během života potýkají. Ty se projevily i v datech zjištěných v rámci výzkumu. Nejčastěji vnímané faktory byly ze strany rodiny, a to za účelem usměrňování chování. Avšak ne vždy byl tento způsob uváděn jako efektivní. Podobné faktory se vyskytovaly i ve škole.

Respondentka č. 2 vnímala vliv rodiny na výchovu jako efektivní. Zejména ve smyslu nastavení hranic vhodného chování: *„V tomhle ohledu (pozn.: neposednost) určitě. Myslím, že mi to tam dalo jasný mantinely, jak se mám chovat, a i když se mi třeba něco nechťelo, tak prostě to musím udělat. Respondentka se dokázala v rámci nastavení hranic disciplinovat: „Mě máma jako učila, že prostě a tady si sedneš a dokud to nedoděláš, tak prostě budeš sedět a budeš to dělat. Což pro mě bylo samozřejmě peklo, ale naučila jsem se vlastně, jak se disciplinovat sama sebe. “*

Respondent č. 3 uvedl způsob výchovy jako neakceptující. Následkem přísné výchovy a strachu z trestu došlo u respondenta k vnitřnímu utlumení, zejména co se týče projevů: *„Ale vím, že jako doma se taky řešilo hodně věcí, prostě fyzickými tresty. A to teda mám za to, že to je věc, u které si člověk, spíš ho to tak nějak vnitřně prostě utlumí, že už se bojí toho dalšího výprasku. “* Podstatný vliv na útlum a následné zůstávání ve své hlavě mělo i období, kdy se jeho rodiče rozváděli: *„A jakože rodiče už byli taky jako dost naštvaný a prostě my jsme ještě měli u nás nějaký problémy, když se rodiče rozváděli a tak. Tak jsem hodně byl jako ve své hlavě, no. “* Dále respondent uvedl také působení školy na utlumení projevů. V důsledku projevů poruchy se setkal s negativním přístupem ze strany učitelů, což zapříčinilo uzavření do sebe: *„Jsem takový jako hodně to, hodně ve své hlavě, jakože přemýšlivý. To jsem se z části naučil v té škole, že už vlastně ty jako následky byly pak zlé. “*

Respondentka č. 4 popsala styl výchovy jako velmi drsný: *„Já si myslím, že ano, protože my jsme měli armádní výchovu a to nechcete. Takže v podstatě my jsme byli furt kritizováni. “* Tento styl výchovy uvedla jako jeden z rizikových pro rozvoj psychických obtíží, se kterými se celý

život potýkala: „možná kvůli tomu byly i ty psychické problém, že možná se to začalo rozvíjet, ale když dvě děti ze tří chtějí spáchat sebevraždu a třetí dítě prostě si platí za s*x, protože není schopný navázat vztah, tak to asi nebude chyba v těch dětech, protože kdyby byla chyba v těch dětech, nejsou na sr**ky všichni tři.“

Respondentka č. 5 vnímala striktní výchovu na základní škole jako negativně působící. Uvedla, že tento přístup není optimální pro další rozvoj dětí s poruchou ADHD: „(...) že se člověk v těch nižších ročnících, jako třeba na té základce hodně musí držet na uzdě, protože ty učitelé tam hodně vyžadují tu disciplínu, aby se ty děti vychovaly, ale když je tam pak někdo jiný, tak je to podle mě hodně demotivující pro to dítě i do budoucna.“ Jako následek tohoto vlivu, uvedla respondentka neadekvátní rozvoj, projevující se taktéž utlumením nebo traumatem: „A když jsem to ještě nevěděla, tak tam jsem byla zase impulsivní hodně před učiteli na prvním stupni. Na druhém stupni už ne, protože jsem z toho měla trauma, strašně jsem se pak bála mluvit.“ V důsledku impulzivity se setkala s neprofesionálním chováním ze strany učitelů, které taktéž vedlo k uzavření do sebe: „Někdo dokonce i říká takový ty věci, které člověka zabolí, třeba to vytahuje i před ostatními. A jako hodně učitelů v mém životě to takhle mělo.“

Respondentka č. 7 popisovala výchovu v důsledku projevů poruchy, jako direktivní: „(...) já jsem vyrostla primárně s mámou, od které jsem zdělila ADHD a spíš jsem v rámci rodiny dostávala čochku za všechny ty své projevy.“ Jelikož v dětství nebyla diagnostikována, byla výchovou své matky nucena své projevy maskovat, což bylo pozitivní pouze v tom ohledu, že nepoutala pozornost: „Myslím si, že ten přístup mámin, protože to nevěděla, co se děje, tak ona mě vlastně tlačila do takového extrémního maskování. Moje výchova byla o tom, že hlavně ať si někdo nevšimne, že jsi divná.“ Dále respondentka uvedla, že tento způsobem maskování ve společnosti využívá neustále, s poznámkou, že by se ho chtěla do budoucna zbavit: „Já funguji ve společnosti a většinou projdu pod tím radarem, že si mě nevšimnou.“

8 DISKUZE

Tato kapitola bude věnována informacím zjištěným ve výzkumné části. Taktéž zde budou zvýrazněny informace, které vznikly z rozhovorů témata, která mohou být užitečná.

Diskuse je tvořena třemi dílčími výzkumnými otázkami, které jsou níže vyhodnoceny.

První dílčí výzkumný cíl: V jakých oblastech se porucha ADHD nejvíce projevuje a jaké působí potíže?

Prostřednictvím analýzy dat vyplynulo mnoho oblastí, při kterých dochází k omezením v rámci diagnózy. Nejvíce ovlivňující se ukázala zejména při interakci ve společnosti.

Z výzkumu vyplývá, že největší problémovou oblastí způsobenou poruchou ADHD se pro respondenty stala oblast mezilidských vztahů a sociálních dovedností. Všichni respondenti se shodovali, že nejvíce problematické je pro ně udržování vztahů. Stejný závěr vyslovila ve své bakalářské práci i Bordovská (2017), která taktéž popisuje sociální oblast, u jedinců s ADHD jako nejvíce problematickou. Zejména poté uvádí obtíže v seznamování a začleňování do kolektivu, a to jak u dětí, tak u dospělých. U poloviny respondentů byl zaznamenán dopad i na oblasti vytváření a navazování vztahů. Se stejným výsledkem jsem se setkala ve své bakalářské práci i Vykoukalová (2022). I ona uvedla, že polovina respondentů měla potíže navazovat vztahy a druhá polovina neměla naopak žádné problémy. Ve svém závěru uvádí, že na udržování vztahů se taktéž podílela ztráta zájmu. Tento důvod se objevil u dvou respondentů ve výzkumu. Z analýzy dat bylo také zjištěno, že na udržování vztahů se u několika respondentů podílely přehnané emoční reakce na nepodstatné události nebo změna stereotypu. Z článku Příhodové (2011) se ukázalo, že snížené schopnosti sebeovládání a impulzivita, bývají pro jedince v dospělém věku typičtější a obtížněji zvládatelné.

Z výzkumu se pro 4 respondenty taktéž jevil jako důvod neschopnosti sociální interakce nepochopení sociálních pravidel. Ve výzkumu uvedli, že nevěděli, jak v různých situacích komunikovat nebo třeba nedokázali poznat vážnost situace. Podobný názor byl popsán ve článku Michalové (2015). Zde potíže s nesprávným rozpoznáním emočních výrazů spojovala ale pouze s dětskou populací, u dospělé populace se výzkum na toto téma nepodařilo nalézt.

Z analýzy dat u respondentů vyplynula příčina těchto obtíží spočívající ve strachu z negativního názoru okolí na základě jejich chování. Tyto výsledky potvrdil ve svém článku i Masopust

(2014), kde uvedl, že obtíže se sebereprezentací a poznáváním lidí vznikají následkem strachu ze selhání. Zmínka o dopadech na sociální oblast byla i v diplomové práci Gruberové (2017), avšak dále popisuje, že většina respondentů si vytvořila různé kompenzace, díky kterým tyto situace ve společnosti zvládají lépe.

Druhá dílčí výzkumná otázka: Jakými způsoby jedinci nejčastěji vyhledávají informace k diagnóze?

Z prezentace výsledků bylo zaznamenáno, že respondenti potřebné informace získávali z různých zdrojů.

Všichni respondenti se vzájemně shodovali, že nejvíce informací získávají pomocí internetu a internetových článků. Pouze jeden respondent uvedl primární zdroj informací od odborníků. Internet uváděli jako nejužitečnější metodu. Výzkumná práce popisující získávání informací o diagnóze jedinci s ADHD nebyla nalezena, ale výzkum zjišťující informovanost veřejnosti o ADHD provedla Janáková (2020) ve své bakalářské práci. Od celkového počtu 812 odpovídajících z široké veřejnosti, získala celkem 211 odpovědí, kde jako hlavní zdroj o poruše ADHD veřejnost uváděla televizi, následně se 137 odpovědí uváděli internet a poté se 129 odpovědi sociální média. Mezi další zdroje informací dle odpovědí patřily knihy, videa, odborníci a škola (přednášky). Tyto možnosti získávání informací se shodují s odpověďmi respondentů mé výzkumné části. Je tedy patrné, že vyhledávání informací o poruše ADHD se podstatně neliší na základě výskytu diagnózy.

Z analýzy dat bylo možné provést porovnání odpovědí respondentů v rámci tohoto výzkumu. Ti se shodovali, že veřejnost má omezené znalosti a informovanost odborníků je nedostatečná. Taktéž uváděli, že žádný odborník jim nedokázal říci dostatečné množství informací o jejich stavu, případně možnostech. Dvěma respondentům byly v rámci terapií nabídnuty pouze tištěné informace v podobě časopisů a knížek. Obdobný závěr vychází z diplomové práce Česlové (2022), ve které na odpověď, zda je porucha ADHD ve společnosti dostatečně objasněna, uvádí, že určitě ne v takové míře, v jaké by měla být, ale je zcela jisté, že se jí zabývá podstatně více lidí než v minulosti. U poloviny respondentů bylo zjištěno, že odborník pouze stanovil diagnózu, uvedl základní informace a následně respondenty medikoval. Žádný z respondentů neuvedl možnost sociálního poradenství.

Není možné ale zcela jednotně odpovědět a stanovit určitou možnost a zdroje. Z prezentace dat je ale jasné, že způsob vyhledávání informací pomocí internetu je nejčastější. Avšak prezentace dat nevyklučuje ani získávání informací pomocí sociálních sítí, kde se jedná spíše o získávání informací pomocí příspěvků zahrnující převážně vlastní zkušenosti jednotlivcům.

Třetí dílčí výzkumná otázka: Kdo z okolí jedince měl na jeho vývoj, zejména vliv na poruchu?

Poslední výzkumnou otázkou bylo zjistit, jací činitelé měli v okolí jedince vliv na jeho následný rozvoj, zejména ve smyslu poruchy.

Na vývoj jedince má vliv hned několik faktorů z jeho okolí. Ať už pozitivních nebo negativních. Respondenti se shodovali na dvou oblastech, a to působení rodiny a školy. Ve dvou případech respondenti uvedli vliv rodiny na jejich následný vývoj, jako pozitivní. Nyní se díky vhodnému působení rodiny dokáží lépe ovládat a pracovat s vnitřními pocity. Hrnčiarová (2021) ve svém článku uvedla souvislost se zjištěnými daty, a to že nedostatek pozitivních vazeb v rodině může být pro správný rozvoj dítěte s ADHD rizikovým. Negativní působení popisovali dva respondenti, u nichž se shodně jednalo o následek přísné výchovy. S odstupem času se u jednoho nich z nadměrného stresu a strachu v důsledku přísné výchovy projevíly psychické potíže, a to úzkosti a deprese. U druhého byl spouštěč strach z výprasku, což mělo za následek utlumení a uzavření se do sebe před okolím. Na důležitost správné výchovy upozorňuje i Lenka Nekužová (2016) ve své bakalářské práci na téma „*Pozitivní vliv rodiny na vývoj dítěte s ADHD a jeho socializaci a chování ve škole*“. V závěru zmiňuje, že na základě efektivního výchovného stylu je pro děti následně mnohem lehčí přizpůsobit se i školním podmínkám. Většina respondentů se v domácím prostředí setkala nebo stále setkává s problémy, původně na základě nezjištěného ADHD. Obtíže dělaly zejména projevy. V rodinách dle analýzy odpovědí docházelo k rozporům na základě nevhodného jednání s jedinci s ADHD. Tento problém objasnil Paclt (2016) ve svém článku „*ADHD v dětství, dospívání a dospělosti*“. Uvádí, že pokud není zvolen správný přístup a léčba, tak tyto potíže mohou mít nepříznivý vliv na působení a vztahy celé rodiny. Tento článek potvrzuje problematiku se vztahy v rodině z výpovědí respondentů.

Z jedné výpovědi byla zjištěna i rozhodující oblast škola. Respondent uvedl, že vnímal působením, které bylo negativní, ze školního prostředí. Náročnost situace vysvětloval na tom, že na základních školách je vyžadována určitá disciplína a pokud dochází jejímu porušení, odráží se to následně na nevhodných interakcích s učiteli. S negativními projevy se setkala na základě impulzivního chování a zapříčinilo to trauma a strach z mluvením před třídou nebo větším počtem lidí. Později to u něj vedlo ke vzniku úzkostných poruch. O vlivu při přechodu do školy píše i Žáčková (2017) ve své knize, kde vnímá na základě poruchy riziko nepřijetí nebo na základě nevstřícného nebo nepřijatelného přístupu podklad pro vznik úzkostných poruch. S důležitostí nastavení vhodných vazeb souhlasí i článek Paclta (2016), ve kterém jsou dobré sociální vztahy důvodem k přijetí dítěte, ať už rodiči, učiteli nebo kamarády.

8.1 Limity práce

Limitem práce bylo dle autorky nadbytečné množství vzorků respondentů. Do budoucna by bylo optimální vybrat menší vzorek a pro různorodost výzkumu vzorek definovat přesnějšími kritérii, to znamená například uvést jako kritérium zkušenost se zaměstnáním.

Z analýzy dat sice vyplynulo velmi zajímavých témat, ale nebyly v souvislosti se zadaným tématem. Dále by autorka kvůli rozsáhlosti tématu, doporučila omezit množství doplňujících otázek.

Doporučení pro praxi

Krom provedeného výzkumu, byla ze sběru dat nalezena oblast týkající se sociální pomoci a podpory lidem s ADHD. Bylo zjištěno, že pro tyto jedince není stanovena ucelená pomoc, proto se zde nabízí možnost lépe prozkoumat tuto oblast. Mohlo by to tak přinést efektivnější uplatnění a sociální působení těchto jedinců, jenž je ovlivňováno zejména z důvodu nedostatečné pomoci.

9 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo objasnit, jak porucha ADHD ovlivňuje jedince v běžných oblastech života a jakým způsobem se tyto dopady projevují při interakci ve společnosti.

K naplnění cílů byl využit kvalitativní výzkum, který proběhl formou polostrukturovaných rozhovorů. Následně zjištěná data byla zpracována pomocí otevřeného kódování. Z nich byly vytvořeny 3 hlavní kategorie, ze kterých byl vyvozen závěr.

První průzkumná otázka měla za cíl zjistit, kterou oblast nejvíce zasahuje porucha ADHD. Byla stanovena jedna hlavní oblast, se kterou se shodoval všechny výzkumy, a to oblast sociální. Nejvíce potíží činí navazování a následné udržování vztahů. Není ale zcela jednotné, zda více v partnerských či přátelských. Taktéž problémová byla sociální neobratnost, která je důležitá pro správné přijetí do společnosti. Tyto výsledky se plně shodují se všemi tvrzeními na podobná témata.

Druhá průzkumná otázka měla za cíl zjistit, pomocí čeho jedinci s ADHD nejvíce vyhledávají potřebné informace o jejich poruše. Z výsledků se nejvíce respondentů shodovalo na internetovém vyhledávání informací, ale nebyly vyloučeny i jiné možnosti. Internet byl využíván, dle mého názoru, jelikož se zdá být na toto téma nejvíce obsáhlý. Respondenti se taktéž shodovali, že na internetu najdou většinu informací. Naopak jsem očekávala získávání podstatně větší části informací od odborníků, avšak od nich respondenti odcházeli spíše z nedostatku znalostí zklamání. Mé výsledky nebyly zaznamenány v žádné jiné studii, tudíž nemohu posoudit, zda bylo cíle naplněno.

Poslední průzkumný cíl se zaměřoval na působení vlivů z okolí jedince, mající dopad na jejich rozvoj. Působení pocítovali někteří respondenti již od dětství, a to již na základní škole. Tam na ně nebyl brán ohled, což působilo negativně na jejich vnímání sebevědomí a následnou interakci. Významný vliv byl ale ze strany rodiny. Dalo by se říci, že působení bylo zaznamenáno z poloviny pozitivně a z poloviny negativně. Tak jako v mém průzkumu, i další výzkumy a studie odkazují na důležitost a zvolení efektivního stylu výchovy. Ten je vnímám pro správný rozvoj a vhodné působení ve společnosti jako nejdůležitější faktor.

10 POUŽITÁ LITERATURA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition. Text revision* [online]. Copyright © Washington, DC, American Psychiatric Association, 1337 s., ISBN 978-0-89042-576-3. Dostupné z: <https://www.mredscircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf>

BORDOVSKÁ, Michaela. *ADHD - hyperaktivita s poruchou pozornosti* [online]. Pardubice, 2017 [cit. 2024-04-09]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta chemicko-technologická. Vedoucí práce Mgr. Šárka Štěpánková, Ph.D. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/69412/BordovskaM_ADHD_SS_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ČERMÁKOVÁ, Markéta et al., 2020. Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD/ADD) Poruchy pozornosti a hyperaktivita (ADHD): příručka pro dospělé. In: *Nepozornidospeli.cz* [online]. [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: http://nepozornidospeli.cz/images/ADHD_prowebFIN.pdf

ČESKO. Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Zakonyprolidi.cz* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2024 [cit. 2024-02-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27?text=Vyhl%C3%A1%C5%A1ka+M%C5%A0MT+%C4%8D.+27%2F2016>

ČESKO. Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Zakonyprolidi.cz* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2024 [cit. 2024-02-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72?text=Vyhl%C3%A1%C5%A1ka+%C4%8D.+72%2F2005+Sb>

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. In: *Zakonyprolidi.cz* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2024 [cit. 2024-02-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKO. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Zakonyprolidi.cz* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010–2024 [cit. 2024-02-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561?text=Z%C3%A1kon+%C4%8D.+561%2F2004+Sb.+%C5%A0kolsk%C3%BD+z%C3%A1kon>

- ČESLOVÁ, Karolína. *ADHD v dospělosti - kvalita života* [online]. Hradec Králové, 2022 [cit. 2024-04-17]. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové. Vedoucí práce doc. MUDr. Josef Herink. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/175658/120430156.pdf?sequence=1>
- FARAONE, Stephen et al., 2019. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* [online]. Houndmills, Hampshire, UK ; New York, NY : Stockton Press, c1996-. 24(4):562-575 [cit.-2023-11-1]. DOI: 10.1038/s41380-018-0070-0.
- FARAONE, Stephen et al., 2021. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* [online]. Fayetteville, N. Y., ANKHO International Inc., 128:789–818. [cit 2024-04-01]. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022
- FUERMAIER, B M Anselm et al., 2017. Effects of methylphenidate on memory functions of adults with ADHD. *APPL Neuropsychol Adult* [online]. Philadelphia, PA : Taylor & Francis Group. 24(3):199-211 [cit. 2023-11-4]. DOI: 10.1080/23279095.2015.1124108.
- GRUBEROVÁ, Kateřina. *Život s ADHD v dospělém věku* [online]. Brno, 2017 [cit. 2024-04-16]. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Lenka Slepíčková, Ph.D. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/dx3ev/DP-gruberova-358105.pdf>
- HAVRDOVÁ, Klára a Klára PTÁČKOVÁ, 2023. Střediska výchovné péče. In: *inkluzivniskola.cz* [online]. Copyright META, o.p.s. [cit. 2024-01-15]. Dostupné z: <https://inkluzivniskola.cz/strediska-vychovne-pece>
- HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání.* Praha: Portál. 496 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HRICOVÁ, Alena et al., 2023. *Metodologie v sociální práci.* Praha: Grada. 208 s. ISBN 978-80-271-3636-0.
- HRNČIAROVÁ, Jela, 2021. Závislost u dospělých s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). *Psychiatrie pro praxi* [online]. Copyright 2001-2024 Solen s.r.o., 22(1): 17–24 [cit. 2024-03-20]. ISSN 1803-5272. DOI: 10.36290/psy.2021.003. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2021/01/03.pdf>

JANÁKOVÁ, Aneta. *Informovanost veřejnosti a postoje učitelů k dětem s ADHD* [online]. České Budějovice 2020 [cit. 2024-04-19]. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Zuzana Bílková, Ph.D. Dostupné z: https://dspace.jcu.cz/bitstream/handle/20.500.14390/42522/BP_Janakova.pdf?sequence=1&isAllowed=y

JUCOVIČOVÁ, Drahomíra a Hana ŽÁČKOVÁ, 2015. *Máme dítě s ADHD: rady pro rodiče*. Praha: Grada Publishing. 264 s. ISBN 978-80-247-5347-8.

KEBERTOVÁ, Dana, 2021. IVP, PO, ŠPZ... aneb jak se vyznat ve zkratkách užívaných ve školství. In: *Autismport.cz* [online]. Revize 27. 4. 2023. Copyright © 2024 Národní ústav pro autismus, z.ú. [cit. 2024-01-15]. Dostupné z: <https://autismport.cz/o-autistickem-spektru/detail/ivp-po-spz-aneb-jak-se-vyznat-ve-zkratkach-uzivanych-ve-skolstvi>

KENDÍKOVÁ, Jitka, 2019. *ADHD krok za krokem*. Praha: Raabe. Dobrá škola. 156 s. ISBN 978-80-7496-438-1.

KOLÁŘOVÁ, Zdenka, 2018. Porucha ADHD často přechází z dětství do dospělosti. In: *Tribune.cz* [online]. Copyright 2023 Medical Tribune [cit. 2023-10-30]. Dostupné z <https://www.tribune.cz/medicina/porucha-adhd-casto-prechazi-z-detstvi-do-dospelosti/>

LUNDQVIST, Mikael et al., 2023. Working memory control dynamics follow principles of spatial computing. *Nat Commun* [online]. London: Nature Pub. 14(1):1429 [cit. 2023-10-31]. DOI: 10.1038/s41467-023-36555-4

MASOPUST, Jiří et al., 2014. Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. In: *Psychiatrie pro praxi* [online]. Copyright 2001-2023 Solen s.r.o, 15(3):112-117 [cit. 2023-11-1]. ISSN: 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/03/05.pdf>

MICHALOVÁ, Zdeňka a Ilona, PEŠATOVÁ a kol., 2015. *Determinanty inkluzivního vzdělávání dětí s ADHD*. Brno: Tribun EU. Copyright Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2015239 s. ISBN 978-80-7414-934-4. Dostupné z: http://inkluzie.ujep.cz/files/determinanty_vzdelavani_s_adhd_web_fin.pdf

MIOVSKÝ, Michal, 2018. *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 208 s. ISBN 978-80-271-0387-4.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, September 2023. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Nimh.nih.gov* [online]. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Poslední revize září 2023. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd>

NEKUŽOVÁ, Lenka. *Pozitivní vliv rodiny na vývoj dítěte s ADHD a jeho socializaci a chování ve škole* [online]. Brno, 2016 [cit. 2024-04-18]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Jarmila Matochová. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/ktj2l/BP_TISK_aywsg.pdf

NILSEN, M Frances et al., 2020. A systematic review and meta-analysis examining the interrelationships between chemical and non-chemical stressors and inherent characteristics in children with ADHD. *Environ Res* [online]. New York, Academic Press. 180:108884 [cit. 2023-11-3]. DOI: 10.1016/j.envres.2019.108884

PACLT, Ivo, 2016. ADHD v dětství, dospívání a dospělosti. *Farmacie pro praxi* [online]. Copyright 2001-2024 Solen s.r.o., 12(1): 16–17 [cit. 2024-03-09]. ISSN 2788-1717. DOI: 10.36290/lek.2016.004. Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2016/01/04.pdf>

PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ, 2020. *Normální šílenství*. Brno: Host. 544 s. ISBN: 978-80-275-0389-6.

PŘÍHODOVÁ, Iva, 2011. Porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD). *Cesk Slov Neurol N* [online]. Copyright 2008-2024 MeDitorial, 74/107(4): 408-418 [cit. 2024-04-18]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.csmn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2011-4/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776>

PTÁČEK, Radek a PTÁČKOVÁ, Hana, 2018. *ADHD – variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. 128 s. ISBN 978-80-246-2930-8.

PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ, 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 296 s. ISBN 978-80-247-5452-9.

SMETÁČKOVÁ, Irena et al., 2023. Dopad ADHD na plánování, coping a časovou perspektivu v každodenním životě jedince. *Československá psychologie* [online]. Published by the Institute of Psychology, 67(1), 15-29. DOI: 10.51561/cspych.67.1.15. ISSN 1804-6436. Dostupné z:

[View of Dopad ADHD na plánování, coping a časovou perspektivu v každodenním životě jedince \(ceskoslovenskapsychologie.cz\)](#)

STÁRKOVÁ, Libuše, 2016. ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi* [online]. Copyright 2001-2023 Solen s.r.o., 17(1): 16-21 [cit. 2023-10-30]. ISSN 1803-5264. DOI: 10.36290/ped.2016.004. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf>

STOJANOVSKI, Sonja et al., 2019. Polygenic Risk and Neural Substrates of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms in Youths With a History of Mild Traumatic Brain Injury. *Biol Psychiatry* [online]. New York, Plenum Pub. Corp. 85(5):408-416 [cit. 2023-11-2]. DOI: 10.1016/j.biopsych.2018.06.024

ŠLAPAL, Radomír, 2022. *ÁDÉHÁĎÁCI: kteří to vlastně jsou a co s nimi?* Brno: Facta Medica. 54 s. ISBN 978-80-88056-13-3.

ŠVANDOVÁ, Lucie et al., 2021. Vnímání času a časová perspektiva u osob s ADHD. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Copyright Česká a Slovenská psychiatrie 2024, Galén 2024, 117(4): 199-204 [cit. 2024-02-01]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1416>

VŇUKOVÁ, Martina et al., 2022. Validity of the Czech Translation of the Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Self-Report Scale (ASRS). *Front Psychol* [online]. Pully, Switzerland : Frontiers Research Foundation. 13:799344 [cit. 2024-03-15]. ISSN: 1664-1078. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.799344.

VYKOUKALOVÁ, Natálie. *Psychosociální dopad ADHD v dospělosti* [online]. Olomouc, 2022 [cit. 2024-04-09]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Ústav speciálněpedagogických studií. Vedoucí práce Mgr. Martin Dominik Polínek, Ph.D. Dostupné z: <https://library.upol.cz/arl-upol/cs/csg/?repo=upolrepo&key=70647580863>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2022. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics, Eleventh revision* [online]. Copyright © Geneva: World Health Organization. 2521 s. Dostupné z: <https://icdcdn.who.int>

ZÁVĚRKOVÁ, Markéta et al, 2023. *Cesta životem s ADHD: jak se vyrovnat s diagnózou v jednotlivých etapách života*. V Praze: Pasparta. 132 s. ISBN 978-80-88429-83-8.

ZÁVĚRKOVÁ, Markéta, 2016. *Jak se žije s ADHD: co se stane, když vám vstoupí do života, jaké to je žít s nimi a s námi*. Praha: Pasparta. 126 s. ISBN 978-80-88163-30-5.

ZÁVĚRKOVÁ, Markéta, 2018. *O ADHD v dospívání a dospělosti*. Praha: Pasparta. 144 s. ISBN 978-80-88290-07-0.

ZELINKOVÁ, Olga, 2015. *Poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, ADHD*. Vyd. 12. Praha: Portál. 263 s. ISBN 978-80-262-0875-4.

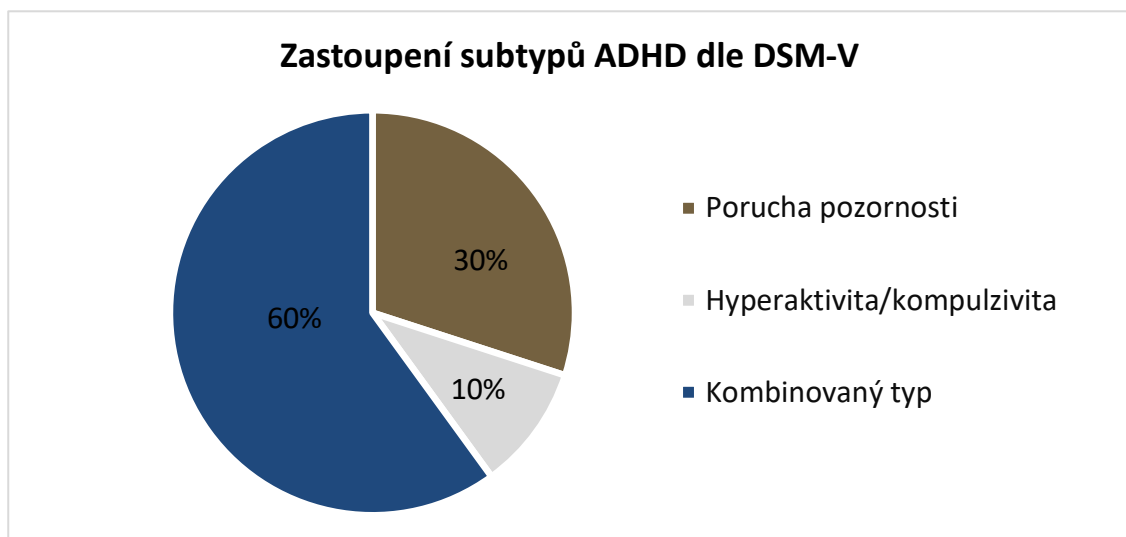
ZMEŠKALOVÁ, Daniela et al., 2016. Indikace atomoxetinu – kazuistika léčby ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Copyright 2001-2024 Solen s.r.o., 17(1): 25–27 [cit. 2024-04-01]. ISSN 1803-5272. DOI: 10.36290/psy.2016.007. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2016/01/07.pdf>

ŽÁČKOVÁ, Hana a JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporny i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada, 2017. 168 s. ISBN 978-80-271-0204-4.

11 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Výskyt subtypů ADHD dle DMS-5 (APA, 2022)</i>	62
Příloha B – <i>Diagnostická kritéria ADHD dle DSM-5 (APA, 2022)</i>	63
Příloha C – <i>Diagnostická kritéria ADHD dle MKN-10 (WHO, 2022)</i>	65
Příloha D – <i>Osnova otázek polostrukturovaného rozhovoru (Autorka, 2024)</i>	66

Příloha A – *Výskyt subtypů ADHD dle DMS-5 (APA, 2022)*



A. 6 a více (pro děti) nebo 5 a více (pro jedince ≥ 17 let) z následujících příznaků **NEPOZORNOST** a/nebo **HYPERAKTIVITY** a **IMPULZIVITY**, které přetrvávají po dobu ≥ 6 měsíců a mají negativní dopad na vývoj, fungování a sociální, vzdělávací nebo pracovní aktivity:

1. Nepozornost

- a) Často není schopen se soustředit na detaily nebo dělá chyby z nepozornosti ve škole, práci nebo jinde (např. přehlíží nebo vynechává detaily, práce je nepřesná).
- b) Často má problémy udržet pozornost na úkoly (např. má obtíže soustředit se na přednášky, rozhovory nebo delší čtení).
- c) Často vypadá, že neposlouchá (např. je myšlenkami jinde).
- d) Často nesleduje instrukce do konce a není schopen dokončit školní úkoly, domácí práce nebo pracovní povinnosti (např. začne plnit úlohy, ale rychle ztrácí pozornost a snadno se nechá rozptýlit).
- e) Často má problémy organizovat úkoly a aktivity (např. obtíže udržet si pořádek; dezorganizovaná práce; nezvládá organizaci času; nestíhá termíny).
- f) Často se vyhýbá nebo je neochotný plnit úlohy, které vyžadují setrvalé duševní úsilí (např. u starších adolescentů a dospělých příprava zpráv, vyplňování formulářů, kontrola dlouhých článků).
- g) Často ztrácí věci (např. materiály, tužku, knihy, pomůcky, peněženky a doklady, klíče, dokumenty, brýle, mobilní telefony).
- h) Často je rozptýlen okolními stimuly (u starších adolescentů a dospělých to mohou být i související myšlenky).
- i) Při denních činnostech je často zapomětlivý (např. udělat domácí práce, povinnosti; u dospělých zavolat nazpátek, zaplatit účty, dodržet schůzky).

2. Hyperaktivita a impulzivita

- a) Často se ošívá, klepe rukama nebo se vrtí na židli.
- b) Často vstává ze židle v situacích, kdy se očekává, že by měl zůstat sedět (např. opouští svoje místo ve třídě, v kanceláři nebo jiné pracoviště).
- c) Často běhá nebo vyvíjí aktivitu v situacích, kdy je to nevhodné. (Pozn.: u adolescentů a dospělých se může omezit na pocit neklidu)
- d) Často je neschopen si tiše hrát nebo tiše trávit volný čas.
- e) Často je v poklusu, chová se jako by byl „poháněn motorem“ (např. nedokáže nebo mu je nepohodlné zůstat delší dobu v klidu např. restauracích, na schůzkách.)
- f) Často nadměrně hovoří.

g) Často vyhrkne odpovědi ještě dřív, než byla otázka dokončena (např. dokončuje věty za druhé).

h) Často má obtíže čekat, až na něj dojde řada (např. při čekání ve frontě).

i) Často přerušuje nebo ruší druhé (např. plete se do rozhovoru nebo aktivit, může používat věci druhých; dospělí se vetrou nebo přebírají to, co dělají druzí).

B. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity, impulzivity bylo přítomno před dosažením 12 let.
C. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity, impulzivity je přítomno ve dvou nebo více prostředí (např. doma, ve škole, v práci; s přáteli nebo příbuznými; jiné).
D. Existuje jasný důkaz, že příznaky narušují nebo snižují kvalitu sociálního, akademického nebo profesionálního fungování.
E. Příznaky se nevyskytují výlučně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a nelze je lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (např. poruchou nálad, úzkostnou poruchou, poruchou osobnosti, intoxikací návykovou látkou nebo abstinčním stavem).

Vznik před sedmým rokem věku dítěte a výskyt symptomů nejméně šest měsíců.

1. Nepozornost

- a) Obtížně koncentruje pozornost
- b) Nedokáže udržet pozornost
- c) Neposlouchá
- d) Nedokončuje úkoly
- e) Vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí
- f) Nepořádný, dezorganizovaný
- g) Ztrácí věci
- h) Je roztržitý
- i) Je zapomnětlivý

2. Hyperaktivita

- j) Neposedí, vrtí se
- k) Nevydrží sedět na místě
- l) Pobíhá kolem
- m) Vyrušuje, je hlučný, obtížně zachovává klid a ticho
- n) Je v neustálém pohybu

3. Impulzivita

- o) Je nezdrženlivý, příliš mluví
- p) Vyhrkne odpověď bez přemýšlení
- q) Nedokáže čekat
- r) Přerušuje ostatní

Příloha D – *Osnova otázek polostrukturovaného rozhovoru* (Autorka, 2024)

1. Pohlaví:
2. Věk:
3. V jakém věku vám byla porucha ADHD diagnostikována? ----- Případně kým?

Dětství

4. Vnímali/a jste odlišnosti (příznaky) již od dětství?
5. Měl/a jste s poruchou ADHD problémy již na základní škole?
 - Jestli Ano:
 - a. Jak se to projevovalo?
 - b. Byl pro vás na ZŠ v rámci výuky vytvořeny nějaké druhy úlev – Individuální plán, ...?

Dospělost – studium/zaměstnání

6. Studujete nebo pracujete? - Jaké zaměstnání / školu?
7. Vybíral/a jste si zaměstnání podle toho, které by bylo vhodné pro poruchu ADHD?
8. Jaký byl pro vás přechod do pracovního prostředí?
9. Přišlo vám vhodné upozornit zaměstnavatele na vaši dg.?
10. Byl na vaši diagnózu brán nějaký ohled při nástupu do zaměstnání?

Dospělost – osobní život

11. Jaký je váš aktuální partnerský život?
12. Jaký vnímáte vliv poruchy ADHD na vaše osobní (rodinné) vztahy?
13. Máte zkušenosti s nepochopením ze strany ostatních lidí kvůli ADHD?
14. Můžete popsat oblast, ve které jste pocítil/a nebo pozoroval/a největší sociální dopad poruchy ADHD ve vašem dospělém životě?
15. Jaký byl obecně váš pohled na ADHD v dospělosti?
16. Využil/a jste někdy nějakou formu terapií, příp. medikace?
17. Dalo by se říct, že vám ADHD ovlivňuje kvalitu života?
18. Vnímáte i nějaká pozitiva spojená s ADHD?
19. Jak porucha ADHD ovlivňuje vaše interakce ve společnosti?
20. Máte přehled, na jaké formy sociální podpory máte nárok?