

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra Psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

ADHD na vysoké škole: Zkušenosti a perspektiva studentů psychologie

ADHD in college: Experiences and perspectives of psychology students

Bc. Adéla Vaněčková

Vedoucí práce: doc. PhDr. PaedDr. Anna Kucharská, Ph.D.

Studijní program: Psychologie (N0313AT230007)

Studijní obor: N PSYCH 20 (0313TA230007)

Odevzdáním této diplomové práce na téma ADHD na vysoké škole: Zkušenosti a perspektiva studentů psychologie potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, 10. července 2024

Poděkování

Ráda bych poděkovala paní doc. PhDr. PaedDr. Anně Kucharské, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, za její vstřícnost a ochotu při poskytování cenných rad. Mé upřímné poděkování patří také všem účastnicím výzkumu, které mi ochotně věnovaly svůj čas a projevily mi důvěru při sdílení svého osobního života. Velké dík patří i mé rodině a přátelům, jejichž podpora během mého studia byla neocenitelná. Jmenovitě pak děkuji Lukášovi, který ve mě věřil a byl zdrojem povzbuzení, které mi pomohlo tuto práci dokončit.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá tématem ADHD na vysoké škole z perspektivy studentů psychologie a jejich zkušeností. Zaměřuje se na porozumění tomu, jak studenti, kteří jsou nositeli ADHD od svých dospělých let, zvládají nároky vysoké školy, ať už získali ADHD prostřednictvím odborného posouzení, nebo sebediagnostikování. Cílem práce bylo zmapovat jejich cestu k diagnóze ADHD a jakým způsobem se jejich přístup ke studiu a studijní zkušenosti proměnily po jejím osvojení. Zvláštní pozornost byla věnována tomu, jak studenti zvládají režim vysokoškolského studia, který se významně liší od nižších stupňů vzdělání, a jaké strategie a formy podpory využívají k překonávání studijních výzev.

Teoretická část práce je členěna do tří kapitol. První kapitola poskytuje přehled historického vývoje konceptu ADHD a jeho postavení ve školském poradenském systému v České republice. Druhá kapitola se zabývá diagnostikou ADHD u dospělých, popisuje diagnostická kritéria dle DSM-5 a MKN-11, jejich rozdíly, diagnostický postup, včetně diferenciální diagnostiky, a rostoucí trend sebediagnostikování. Třetí kapitola se věnuje klinickému obrazu ADHD u dospělých, který se oproti obrazu u dětí liší jak v zastoupení jádrových příznaků ADHD, tak v míře vykazování dalších přidružených rysů.

Praktická část práce zahrnuje kvalitativní výzkumné šetření pomocí čtyř polostrukturovaných rozhovorů s vysokoškolskými studenty. Výsledky interpretativní fenomenologické analýzy ukazují, že cesta k diagnóze ADHD nebyla přímočará a byla ovlivněna mnoha faktory. Významnou roli na této cestě sehrála sebediagnostika, která byla součástí diagnostického procesu. Studium na vysoké škole představuje pro studenty s ADHD významnou výzvu kvůli méně strukturovanému režimu a většímu důrazu na samostatnost. Po zjištění, že za dlouhodobými potížemi stojí ADHD, ovšem nastaly v životě studentů změny, které měly pozitivní dopad i na jejich studium. Práce celkově poukazuje na význam podpory okolí a kvalitního odborného přístupu, přičemž autentické zkušenosti studentů mohou přispět k lepšímu porozumění a podpoře těchto jedinců v akademickém prostředí.

KLÍČOVÁ SLOVA

ADHD, vysoká škola, (sebe)diagnostika, klinický obraz, dospělý věk

ABSTRACT

The diploma thesis deals with the topic of ADHD at university from the perspective of psychology students and their experiences. It focuses on understanding how students who have had ADHD since adulthood cope with the demands of college, whether they have acquired ADHD through professional assessment or self-diagnosis. The goal of the thesis was to map their path to the diagnosis of ADHD and how their approach to the study and study experience changed after its adoption. Particular attention was paid to how students cope with the regime of university studies, which is significantly different from lower levels of education, and what strategies and what strategies and forms of support they use to overcome study challenges.

The theoretical part of the thesis is divided into three chapters. The first chapter provides an overview of the historical development of the ADHD concept and its position in the school counseling system in the Czech Republic. The second chapter deals with the diagnosis of ADHD in adults, describes the diagnostic criteria according to DSM-5 and ICD-11, their differences, the diagnostic procedure, including differential diagnosis, and the growing trend of self-diagnosis. The third chapter is devoted to the clinical picture of ADHD in adults, which differs from the picture in children both in the representation of the core symptoms of ADHD and in the degree of reporting of other associated features.

The practical part of the work includes qualitative research using four semi-structured interviews with university students. The results of the interpretive phenomenological analysis show that the path to the diagnosis of ADHD was not straightforward and was influenced by many factors. Self-diagnosis, which was part of the diagnostic process, played an important role on this journey. Studying at university presents a significant challenge for students with ADHD due to the less structured regime and greater emphasis on independence. However, after finding out that ADHD was behind the long-term problems, there were changes in the students' lives that had a positive impact on their studies as well. Overall, the work points to the importance of support from the environment and a quality professional approach, while the authentic experiences of students can contribute to a better understanding and support of these individuals in the academic environment.

KEYWORDS

ADHD, college, (self)diagnosis, clinical picture, adulthood

Obsah

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 HISTORIE PORUCHY ADHD.....	10
1.1 PRVNÍ LÉKAŘSKÉ SPISY	10
1.2 OBDOBÍ MOZKOVÝCH PORUCH.....	11
1.3 VÝVOJ V ČESKÉM PROSTŘEDÍ (LDE, LMD, ADHD).....	12
1.4 VÝVOJ DSM A TERMÍNU ADHD.....	13
1.5 VÝVOJ MKN A TERMÍNU ADHD	15
1.6 ADHD Z HLEDISKA ŠKOLSKÉHO PORADENSKÉHO SYSTÉMU V ČR.....	16
1.6.1 <i>Dítě, žák či student se speciálně vzdělávacími potřebami</i>	16
1.6.2 <i>Student se speciálními potřebami na vysoké škole</i>	16
2 DIAGNOSTIKA ADHD V DOSPĚLÉM VĚKU	18
2.1 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA.....	18
2.1.1 <i>DSM-5</i>	18
2.1.2 <i>MKN-11</i>	20
2.1.3 <i>Rozdíly mezi revizemi DSM-5 a MKN-11</i>	21
2.2 DIAGNOSTICKÝ POSTUP.....	22
2.3 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	24
2.4 KRITICKÉ ZHODNOCENÍ DIAGNOSTICKÝCH KRITÉRIÍ	25
2.4.1 <i>Symptomatologie ADHD u dospělých</i>	25
2.4.2 <i>Věk nástupu poruchy</i>	26
2.4.3 <i>ADHD a gender</i>	27
2.5 SEBEDIAGNOSTIKOVÁNÍ.....	29
3 KLINICKÝ OBRAZ ADHD V DOSPĚLOSTI.....	31
3.1 ADHD A ZRÁNÍ.....	31
3.2 PERSISTENCE ADHD V DOSPĚLOSTI	32
3.3 MODIFIKACE JÁDROVÝCH SYMPTOMŮ ADHD	32
3.3.1 <i>Porucha pozornosti</i>	33
3.3.2 <i>Hyperaktivita</i>	34
3.3.3 <i>Impulzivita</i>	34
3.4 PŘIDRUŽENÉ RYSY ADHD	34
3.4.1 <i>Emoční impulzivita a dysregulace</i>	34
3.4.2 <i>Deficity exekutivních funkcí</i>	35
3.4.3 <i>Časová slepota</i>	36
3.4.4 <i>Poruchy paměti</i>	37
3.4.5 <i>Percepčně motorické poruchy, poruchy učení a komunikace</i>	38
3.4.6 <i>Osobnostní rysy</i>	38

3.4.7	<i>Deficity v sociálních a emočních kompetencích</i>	39
3.5	COPINGOVÉ STRATEGIE	42
3.6	ŽIVOTNÍ STYL	43
3.7	POZITIVNÍ ASPEKTY ADHD	44
3.8	SEBEPOJETÍ	46
PRAKTICKÁ ČÁST		47
4	VÝZKUMNÝ PROBLÉM	47
5	VÝZKUMNÝ CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	48
5.1	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	48
6	VÝZKUMNÝ DESIGN	49
6.1	VÝZKUMNÁ METODA	49
6.2	VYMEZENÍ VÝZKUMNÉHO SOUBORU	50
6.3	METODA SBĚRU DAT	52
6.4	METODA ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	52
6.4.1	<i>Ilustrace procesu analýzy dat na příkladu</i>	53
6.5	ETIKA VÝZKUMU	55
6.6	REFLEXE VÝZKUMNÍKA	55
7	VÝSLEDKY	57
7.1	ANALÝZY JEDNOTLIVÝCH ROZHOVORŮ	57
7.1.1	<i>Výsledky IPA rozhovoru s Eliškou</i>	57
7.1.2	<i>Výsledky IPA rozhovoru s Jasmínou</i>	64
7.1.3	<i>Výsledky IPA rozhovoru s Vandou</i>	70
7.1.4	<i>Výsledky IPA rozhovoru s Klárou</i>	78
7.2	SPOLEČNÁ ANALÝZA ROZHOVORŮ	85
7.2.1	<i>Cesta k ADHD</i>	85
7.2.2	<i>Sebepojetí</i>	87
7.2.3	<i>Adaptace na vysokoškolské prostředí</i>	90
7.2.4	<i>ADHD ve všedním i profesním životě</i>	94
8	SHRNUTÍ A DISKUSE	96
8.1	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	96
8.2	DISKUSE S LITERATUROU	99
8.3	LIMITY VÝZKUMU	104
ZÁVĚR		105
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ		107
SEZNAM PŘÍLOH		118

Úvod

Porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) je ve společnosti poměrně známá, neboť ovlivňuje nejen děti, ale i dospělé po celém světě. Přestože původní koncept ADHD byl omezen pouze na dětství, kdy se předpokládalo, že s dozríváním nervové soustavy symptomy ADHD vymizí, současné poznatky poskytují důkazy o tom, že porucha přetrvává i do dospělosti. Porucha ADHD ovšem nemusí být v dětství identifikována z různých důvodů například kvůli komorbidním onemocněním nebo příznivým environmentálním podmínkám. V důsledku toho může řada jedinců vyhledat odbornou pomoc až v dospělosti, a to kvůli sekundárním obtížím pramenících z ADHD nebo v důsledku životních změn, které dospělý život přináší a které odhalují potíže překračující dosavadní kompenzační strategie. Tato skupina dospělých s diagnostikovaným ADHD v dospělém věku je však dosud málo probádaná a stejně tak i skupina osob, které si ADHD sebediagnostikovaly. Tento pozorovaný fenomén sebediagnostikování, podporovaný informacemi dostupnými online, představuje novou výzvu v oblasti diagnostiky a porozumění ADHD u dospělých.

Tato diplomová práce se proto orientuje na dospělé jedince s ADHD, kteří byli diagnostikováni až v dospělosti, a těch, kteří si ADHD v dospělosti sebediagnostikovali. Výzkum se zároveň soustředí na vysokoškolské prostředí, protože původní chápání ADHD jako dětské nemoci vedl odbornou veřejnost k zaměření pozornosti na vzdělávání žáků s ADHD zejména na základních, případně středních školách. Vzhledem k poznání, že ADHD je poruchou, která přetrvává v individuálním klinickém obrazu do dospělosti, je nezbytné se věnovat také vysokoškolskému studiu, které zůstává v kontextu osob s ADHD relativně neprozkoumané.

Cílem této diplomové práce je zmapovat zkušenosti vysokoškolských studentů s diagnózou ADHD, ať už získanou odborným posouzením nebo sebediagnostikou. Práce se zaměří na to, jak studenti svou diagnózu přijali a jak tato diagnóza ovlivnila jejich přístup ke studiu a studijní zkušenosti. Dílčím cílem je srovnat tyto zkušenosti s jejich předchozím vzděláváním na základních a středních školách, které se liší jak po studijní stránce, tak životním stylem. Práce bude také zkoumat, jak studenti s ADHD zvládají akademické nároky vysokoškolského studia, jaké strategie a formy podpory využívají k překonávání těchto nároků a jaké jsou pozitivní aspekty ADHD v kontextu vysokoškolského vzdělávání. Cílem

je identifikovat faktory, které přispívají k akademickému úspěchu studentů s ADHD a pomáhají jim zvládat výzvy spojené se studiem. Tímto způsobem práce přispěje k lepšímu porozumění potřebám vysokoškolských studentů s ADHD.

Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část práce je členěna do tří kapitol. Aby bylo lépe porozuměno současnému chápání této poruchy, je důležité se ohlédnout do historie a sledovat vývoj poznání a diagnostiky této poruchy. První kapitola proto poskytuje přehled vývoje konceptu ADHD, včetně jeho postavení ve školském poradenském systému v České republice. Druhá kapitola se zabývá diagnostikou ADHD v dospělosti, včetně popisu diagnostických kritérií podle DSM-5 a MKN-11, jejich rozdílů, diagnostického postupu, diferenciální diagnostiky a sebediagnostiky. Třetí kapitola se věnuje klinickému obrazu ADHD u dospělých a poskytuje informace o tom, jak se jádrové symptomy ADHD mohou s věkem měnit a jaké další přidružené rysy a deficity mohou dospělí jedinci s ADHD vykazovat.

Druhá část práce představuje samotné výzkumné šetření, které bylo realizováno prostřednictvím kvalitativního výzkumného designu. Byly provedeny čtyři polostrukturované rozhovory se studenty vysoké školy, konkrétně oboru psychologie. Následně byla provedena interpretativní fenomenologická analýza všech rozhovorů, která identifikovala klíčová témata pro každého respondenta a umožnila hledání souvislostí napříč jednotlivými případy. Po prezentaci výsledků analýzy následuje shrnující kapitola, ve které jsou zodpovězeny výzkumné otázky a porovnány výsledky výzkumu s poznatky z odborných zdrojů v teoretické části práce.

Teoretická část

1 Historie poruchy ADHD

Máme-li lépe porozumět současným pohledům i praxi, tedy tomu, proč jsme dnes tam, kde jsme, měli bychom lépe porozumět etapám poznávání, ze kterých vycházíme a na kterých stojí dnešek. (Mertin, 2004, str. 59)

Tato kapitola sleduje vývoj termínu ADHD od jeho prvních zmínek až po současnost. Zahrnuje různé termíny reflektující změny v pojetí příčin a charakteristik v chování jedince, přičemž začíná prvními záznamy z lékařské praxe a končí vývojem diagnostických manuálů.

1.1 První lékařské spisy

O první popis poruch pozornosti se pokusil německý lékař Melchior Adam Weikard v roce 1775. Jeho lékařská učebnice popisovala dospělé i děti trpící nedostatkem pozornosti, nadměrnou aktivitou a impulzivitou, snadnou rozptýleností a poruchami exekutivních funkcí, což je velmi podobné dnešnímu ADHD. Naznačil, že porucha může být důsledkem špatné výchovy, ale zdůraznil také roli biologických predispozic. (Barkley R. A., 2018)

Druhým významným dílem z konce 18. století s podrobnějšími popisy příznaků podobných ADHD je učebnice Alexandra Crichtona. Crichton prezentuje dva typy poruch pozornosti. První typ spojuje s patologickým oslabením pozornosti z důsledku různých fyzických stavů (nemoc, úrazy hlavy aj.). Porucha souvislého soustředění je druhým typem, typičtějším pro ADHD, která se vyznačuje častým střídáním pozornosti, její nestálostí, nedostatkem vytrvalosti a vnitřním neklidem. Na rozdíl od prvního typu nedochází k deficitu vyčerpáním nervů, ale zvýšením jejich citlivosti. (Barkley R. A., 2018; Palmer & Finger, 2001)

Německý lékař Heinrich Hoffman je mnohými považován za prvního, kdo podal důkladný popis ADHD u dítěte. Ve své knize, založené na klinických pozorováních, prezentuje případ chlapce jménem Philip. Příběh „Neposedný Philip“ zobrazuje konflikt u rodinného oběda způsobený neposedným chováním chlapce a nereagováním na otcovo napomenutí, což ilustruje klinický případ hyperaktivního a impulzivního chlapce. Případ Philipa rovněž zdůrazňuje dlouhodobý charakter chování a význam rodinného a situačního kontextu. (Bader, Tannock, & Hadjikhani, 2018)

V roce 1902 britský pediatr Sir Still poskytl první systematický popis symptomů na tehdejším největším vzorku dětí. Tyto děti vykazovaly potíže s udržení pozornosti, hyperaktivitu, časté agresivní a vzdorovité chování, sníženou schopnost inhibice chování a projevy nelegálnosti. Dalším klíčovým rysem bylo okamžité sebeuspokojení, zvýšená emocionalita, necitlivost na trest a neúčinnost výchovných prostředků. Still zdůraznil, že nedostatky morální kontroly chování u těchto dětí jsou důsledkem organického selhání nikoli špatné výchovy. Navrhl tak termín „defekt morální kontroly“, který se vztahuje pouze pro děti s biologickou predispozicí. (Barkley R. A., 2018)

1.2 Období mozkových poruch

Na přelomu let 1917-1918 propukla v Severní Americe epidemie encefalitidy. U dětí, které infekci mozku přežily, lékaři pozorovali behaviorální a kognitivní následky jako impulzivitu, sociálně rušivé chování, poruchy pozornosti a poruchy paměti. Tento stav, nazvaný „postencefalická porucha chování“, byl způsoben poškozením mozku a jeho charakteristické projevy jsou dnes považovány za běžnou součást ADHD. Epidemie nabyla významu tím, že zvýšila odborný zájem o zkoumání spojitosti mezi poškozením mozku a „problémovým chováním“, a iniciovala debatu o tom, zda za potížemi ve vzdělávání a chování dětí není skryté poškození mozku. (Barkley R. A., 2018)

V roce 1932 němečtí lékaři Franz Kramer a Hans Pollnow poprvé popsali „hyperkinetické onemocnění u dětí“ vyznačující se výraznou motorickou neklidností projevující se pouze během dne na rozdíl od postencefalické motorické stimulaci. Onemocnění bylo identifikováno jako samostatný syndrom, lišící se od jiných podobných stavů, a představuje předchůdce současného konceptu ADHD. (Lange, Reichl, Lange, Tucha, & Tucha, 2010)

V období 40. až 60. let v návaznosti na postencefalickou poruchu se začalo intenzivně zkoumat spojení mezi poškozením mozku u dětí a jejich chováním. Studovaly se různé faktory jako je porodní trauma, infekce, otrava olovem, epilepsie a úrazy hlavy, přičemž vznikl koncept „dítěte s poškozením mozku“, který se používal i u dětí u nichž fyzické poškození prokázáno nebylo. Badatelé Strauss a Lehtinenová argumentovali, že psychologické poruchy mohou být důsledkem poškození mozku. Tento koncept se vyvinul do termínu „minimální poškození mozku“ a diagnostika byla často prováděna pouze na základě behaviorálních projevů. (Barkley R. A., 2018)

1.3 Vývoj v českém prostředí (LDE, LMD, ADHD)

V našich podmínkách nezávisle na světovém vývoji český psychiatr Otakar Kučera se svým týmem v roce 1961 publikoval monografii „Psychopatologické projevy při lehkých dětských encefalopatiích“, kde byl formulován souhrnný název pro drobná neurovývojová poškození mozku termínem „lehká dětská encefalopatie“. (Šturma, 2006)

V klasickém Kučerově pojetí se lehkými dětskými encefalopatiemi dnes rozumí: „*Difuzní poruchy mozkové tkáně trvalého rázu, vzniklé prenatálně, perinatálně nebo postnatálně, rozhodně však před „dobou dospělosti“.* Poruchy jsou lehké v tom smyslu, že při nich není výrazněji postižena motorika či rozumové schopnosti, jež nejsou nižší než podprůměrné. U těchto dětí nacházíme však výrazné poruchy psychických procesů a funkcí, zejména v motorice, vnímání, jednání a myšlení.“ (Šturma, 2006, str. 156)

Roku 1963 se konala konference Oxfordské mezinárodní skupiny pro dětskou neurologii, kde bylo zdůrazněno, že poškození mozku nelze jednoznačně odvozovat z problematického chování dětí. Byla navržena změna terminologie z „minimálního poškození mozku“ na „minimální dysfunkce mozku“, což lépe odráželo stupeň poznání. Další konference tohoto roku, pořádaná Národním institutem pro neurologické nemoci a slepotu, pověřila národní pracovní skupinu vymezením LMD. Komise v roce 1996 dospěla k následující definici:

„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce CNS. Tyto odchylky se mohou projevovat různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole popudů a motoriky.“ (Šturma, 2006, str. 158)

Nový koncept LMD klade důraz na oslabené funkce bez ohledu na příčiny postižení. Tato konceptualizace přispěla k současnému chápání ADHD, definuje jádrové příznaky a rozlišuje se o děti s průměrným a podprůměrným intelektem, u nichž může dojít k vážnějšímu narušení mozkových funkcí. (Lange, Reichl, Lange, Tucha, & Tucha, 2010; Šturma, 2006)

Termín LMD se stal známým v mezinárodním měřítku a u nás byl používán déle než třicet let. Z dnešního pohledu se ovšem jeví jako nepřesný, neboť rozsah syndromu LMD je široký

a zastřešuje více diagnóz. Nový termín ADHD, prosazující se až od 90. let 20. století, již nevychází tak z etiologie syndromu, ale zaměřuje se na popis konkrétních projevů, zejména chování dětí. (Jucovičová & Žáčková, 2015)

K termínu ADHD se kriticky staví profesor Matějček (2003). Považuje ho za jednoduchou a příliš obecnou diagnózu, která neposkytuje hlubší pochopení problému a může být snadno zneužita jako jednoduché vysvětlení pro různé formy chování, jež nemusí být nutně patologické. Termín LMD hodnotí za vhodnější a výstižnější, neboť lépe vysvětluje specifickou dysfunkci mozku a umožňuje konstruktivní dialog mezi odborníky a veřejností.

1.4 Vývoj DSM a termínu ADHD

V 60. letech se s rostoucí nespokojeností s termínem „minimal brain dysfunction“ pozornost upřela na behaviorální symptom „hyperaktivita“. Tento symptom, považovaný za klíčový pro tuto poruchu, vedl k formulaci konceptu syndromu hyperaktivity, definovaného Chessem jako stav, kdy *„dítě vykonává činnosti rychleji než průměrné dítě, je neustále v pohybu, nebo obojí.“* (1960, citovaný podle Barkley, 2018, str. 9). V roce 1968 byla hyperaktivita vymezena ve druhé revizi DSM-II diagnostickou kategorií „hyperkinetické reakce dětství či dospívání“ (American Psychiatric Association, 1968). Porucha je v manuálu definována *„nadměrnou aktivitou, neklidem, snadnou rozptýleností a krátkou pozorností, zejména u malých dětí; chování obvykle slábne v adolescenci“* (str. 50) a bylo vyloučeno, že by takové chování bylo zapříčiněno organickým poškozením mozku.

Časem narůstaly pochybnosti o výlučném zaměření na hyperaktivitu jako hlavní rys poruchy. Virginia Douglas ve svém článku (1972, citovaný podle Barkley, 2018) zdůraznila význam deficitu pozornosti a potíží s kontrolou impulzů. Také uvedla, že ačkoli u hyperaktivity často dochází k ústupu během dospívání, nepozornost a symptomy impulzivity mohou přetrvat do dospělosti. Tento pohled se promítl do třetí revize DSM-III, vydané roku 1980. Byla zavedena diagnostická kategorie „porucha pozornosti“ (ADD) a dvě subkategorie: „porucha pozornosti s hyperaktivitou“ (ADD + H) a „porucha pozornosti, reziduální typ“ (ADD - H), zohledňující přetrvávající příznaky poruchy po odeznění hyperaktivity. Poprvé v historii byla zároveň stanovena kritéria, která musí být pro diagnostiku poruchy naplněna. (American Psychiatric Association, 1980)

V roce 1987 vyšla dodatečná revize DSM-III-R, která sjednotila všechny příznaky pod kategorii „Poruchy pozornosti/Hyperaktivní porucha“. Poprvé byl zaveden termín ADHD, nahrazující předchozí ADD + H. Porucha pozornosti bez hyperaktivity byla zařazena do samostatné kategorie „nediferencovaná porucha pozornosti“ a podtyp ADD – H již nebyl uznáván. Došlo k úpravě diagnostických kritérií, včetně přidání symptomů hyperaktivity, s cílem zpřesnit diagnostiku. (American Psychiatric Association, 1987; Barkley R. A., 2018)

V roce 1994 byla vydána čtvrtá revize DSM-IV, která integrovala nové empirické poznatky. Kategorie ADHD byla rozdělena do tří subtypů: převážně nepozorný, převážně hyperaktivně-impulzivní a kombinovaný typ. Byl zaveden koncept dvou oddělených dimenzí deficitu pozornosti a hyperaktivity-impulzivity. Koncept byl podpořen zavedením lomítka v názvu Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, přestože zkratka ADHD zůstala stejná. Bylo zdůrazněno, že ADHD není pouze dětskou poruchou, a do popisu symptomů byly zahrnuty příklady obtíží v dospělosti. Specifika diagnostiky u dospělých však zůstala opomíjena. DSM-IV obsahuje nejvíce empiricky založených kritérií v historii této poruchy a nově vyžaduje důkazy o příznacích napříč různými oblastmi života. (American Psychiatric Association, 1994; Barkley R. A., 2018; Lange, Reichl, Lange, Tucha, & Tucha, 2010)

Roku 2013 vyšla pátá revize DSM-5, ve které jsou úpravy oproti předchozím vydáním méně dramatické, přesto přichází s některými významnými změnami a příspěvky. ADHD a příbuzné koncepty, tradičně spojovány s dětstvím, se nyní rozšiřují na celoživotní problémy a manuál nově uvádí kritéria pro diagnostiku ADHD v dospělosti. Manuál se distancuje od pohledu na symptomy jako na trvalou charakteristiku a zdůrazňuje, že symptomy se mohou v průběhu času u jednotlivce měnit. Místo „subtypu“ používá „klinický obraz“ – tj. projev diagnózy u konkrétní osoby v daném období. Podle převládajících symptomů se rozlišuje porucha s převahou nepozornosti, s převahou hyperaktivity/impulzivity a kombinovaná porucha. Další významnou změnou je posun věkové hranice pro nástup příznaků ze 7 na 12 let. Nově jsou definovány tři úrovně intenzity ADHD, které se určují v závislosti na stupni narušení sociálního, školního a pracovního fungování, a jsou také přidány nové kategorie „Jiná specifikovaná porucha pozornosti/hyperaktivity“ a „Nespecifická porucha pozornosti“, které způsobují klinicky významný stres a funkční postižení, aniž by splňovaly všechna kritéria ADHD. (American Psychiatric Association, 2013; Epstein & Loren, 2013)

1.5 Vývoj MKN a termínu ADHD

V diagnostickém manuálu Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-6 z roku 1948 se objevuje termín „primární porucha chování v dětství“, který popisuje rozsáhlou škálu problémového chování u dětí různé etiologie. Tato kategorie byla přenesena do následující verze, MKN-7 z roku 1955, bez větších úprav, což naznačuje, že v té době existovaly určité nejasnosti a nejistoty ohledně této problematiky. V roce 1965 byl vydán diagnostický manuál MKN-8, který přinesl do oblasti sledované problematiky minimální úpravy. Termín „primární poruchy chování v dětství“ byl nahrazen termínem „porucha chování v dětství“, přičemž vymezení zůstalo stále nejasné. S výjimkou vyřazení poruch intelektu, tato kategorie stále zahrnuje téměř jakékoli dítě s problémovým chováním. (Ptáček, Ptáčková, & Braten, 2020)

K podstatné změně terminologie a diferenciaci dochází s vydáním MKN-9 v roce 1979, která zavádí diagnostickou kategorii „hyperkinetický syndrom v dětství“, definován jako porucha chování s vývojově nepřiměřenou pozorností a/nebo hyperaktivitou-impulzivitou. Nástup poruchy je v dětství a symptomy se často zmírňují během pozdního dospívání. Toto pojetí je významný krok vpřed, protože reflektuje fakt, že se nejedná o širokou heterogenní kategorii. (Ptáček, Ptáčková, & Braten, 2020; World Health Organization, 1979)

Vydání MKN-10 v roce 1994 představuje zásadní přelom, reagující na vývoj ve výzkumu a směr, kterým se ubíraly DSM-III a DSM-IV. Nová kategorie „Hyperkinetické porucha“ je definována raným nástupem a symptomy nepozornosti, impulsivity a hyperaktivity, přičemž diagnóza vyžaduje přítomnost obou typů symptomů, což neumožňuje identifikaci jedinců s převahou jednoho typu. Kategorie zahrnuje čtyři podkategorie jako porucha aktivity a pozornosti, hyperkinetickou poruchu chování, jinou hyperkinetickou poruchu a hyperkinetickou poruchu nespecifickou. (Ptáček, Ptáčková, & Braten, 2020; Paclt & kolektiv, 2007; World Health Organization, 2016)

Roku 2022 vzešla v platnost MKN-11, ve které došlo ke sjednocení terminologie s aktuální verzí DSM-5 – tzn. manuál pracuje s termínem ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*). Po vzoru DSM, manuál rozlišuje tři klinické obrazy – tj. převážně nepozorný, převážně hyperaktivně-impulzivní a kombinovaný. Tato změna, spočívající v zahrnutí všech kategorií, je významná, neboť v MKN-10 „hyperkinetická porucha“ odpovídala pouze kombinovanému klinickému obrazu. (World Health Organization, 2022)

1.6 ADHD z hlediska školského poradenského systému v ČR

1.6.1 Dítě, žák či student se speciálně vzdělávacími potřebami

Jedinec s ADHD je podle současného školského zákona čili *Zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání*, klasifikován jako dítě, žák či student se speciálně vzdělávacími potřebami. Tento zákon stanovuje vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami primárně v běžných základních školách a středních školách. Tito jedinci mají podle zákona právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. (Zákon č. 561/2004 Sb.)

Na školský zákon navazuje vyhláška MŠMT ČR č. *27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*, podle které se vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných uskutečňuje s využitím podpůrných opatření, kterými jsou speciální metody a postupy, kompenzační učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály, individuální vzdělávací plán aj. (Vyhláška č. 27/2016 Sb.).

1.6.2 Student se speciálními potřebami na vysoké škole

Vzhledem k perzistujícímu charakteru ADHD a z něho vyplývajících potíží, mohou studenti využít poradenských služeb a podpůrných opatření i na vysokých školách.

Výchozí podnět pro poradenské služby na vysokých školách nacházíme v *Zákoně o vysokých školách, č. 111/1998 Sb., § 21*. Ten stanovuje, že povinností vysoké školy je:

- a. poskytovat uchazečům o studium, studentům a dalším osobám informační a poradenské služby související se studiem a s možností uplatnění absolventů studijních programů v praxi,
- b. činit všechna dostupná opatření pro vyrovnání příležitostí studovat na vysoké škole,
- c. činit vhodná opatření pro studium rodičů a osob, které převzaly dítě do péče nahrazující péči rodičů na základě rozhodnutí příslušného orgánu podle občanského zákoníku nebo právních předpisů upravujících státní sociální podporu, a to po dobu, po kterou by jinak trvala jejich mateřská či rodičovská dovolená (dále jen „uznaná doba rodičovství“). (Zákon č. 111/1998 Sb.)

Z legislativy ovšem nevyplývá explicitní organizační struktura pro poskytování poradenských služeb na vysokých školách, ani nejsou vymezeny odborné poradenské

přístupy. Vysoké školy disponují vlastní autonomií, a protože nejsou ve vysokoškolském zákoně poradenské služby detailněji konkretizovány, může se jejich poskytování na různých vysokých školách lišit. (Kucharská, 2022)

V případě Univerzity Karlovy, Akademická poradna při Pedagogické fakultě UK nabízí bezplatné psychologické, speciálně pedagogické, logopedické a asistentské služby pro studenty a zaměstnance UK, případně i jiných veřejných vysokých škol. Zájemci se mohou obrátit na jednotlivé pracovníky poradny podle problematiky, na kterou se zaměřují – od studijních problémů, přes vztahové, osobnostní a logopedické, ale i poradenství vyplývající ze zdravotního handicapu a speciálních vzdělávacích potřeb. (Akademická poradna, n.d.)

Studenti s ADHD jsou evidováni jako studenti se speciálními potřebami (SP), neboli jako skupina studentů s největší mírou podpory, a jsou zařazeni do kategorie F – studenti s jinými obtížemi (psychické problémy, zdravotní znevýhodnění aj.) (Kucharská, 2022). Dle *opatření rektora 23/2007, Standardy podpory poskytované studentkám/studentům a uchazečkám/uchazečům o studium se speciálními potřebami na Univerzitě Karlově* (Karlova Univerzita, 2017), je za studenta či uchazeče o studium se speciálními potřebami pokládán student či uchazeč o studium, který vzhledem k vrozené nebo získané povaze svého zdravotního stavu vyžaduje modifikaci přijímacího řízení, studijních podmínek a kontrol studia, odstranění fyzických překážek, popř. jiné zvláštní úpravy prostorů za účelem úspěšného průběhu studia.

Podpůrná opatření ovšem nejsou poskytována automaticky. Vysokoškolské studium je založeno na aktivitě studenta, a proto si modifikace ve studiu musí student sám vyjednat s konkrétními vyučujícími. V případě potřeby se studenti mohou obrátit na kontaktní osobu pro studenty se speciálními potřebami, která je na každé fakultě k dispozici pro pomoc a poradenství. (Kucharská, 2022)

Cílem podpory studentů se speciálními potřebami není poskytování úlev, neboť i tito studenti musí plnit nároky studia stanovených studijním programem jako ostatní studenti. Mají možnost žádat o modifikace studijních podmínek a kontroly studia, které slouží jako podpora pro vyrovnávání dopadů jejich zdravotního znevýhodnění (Akademická poradna, n.d.)

2 Diagnostika ADHD v dospělém věku

„Diagnóza ADHD by měla být zvažována i v případě, pokud nebyla diagnostikována již v dětství, důležitá je perzistence symptomů a jimi způsobené funkční postižení.“

(Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2014, str. 189)

Tato kapitola se zabývá problematikou diagnostiky ADHD u dospělých. Jsou prezentována a kriticky zhodnocena diagnostická kritéria dvou hlavních klasifikačních systémů, která jsou diskutována v kontextu jejich schopnosti adekvátně zachytit proměnlivé klinické obrazy ADHD v průběhu života. Pozornost je dále věnována rostoucímu trendu sebediagnostiky.

2.1 Diagnostická kritéria

K diagnostice poruchy ADHD se využívají dva hlavní klasifikační systémy, které spolu obecně korespondují, avšak existují mezi nimi i zásadní rozdíly.

2.1.1 DSM-5

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, vydán Americkou psychiatrickou asociací (American Psychiatric Association, 2022), definuje ADHD jako trvalý vzorec nepozornosti a/nebo hyperaktivity-impulzivity, který narušuje běžné fungování nebo vývoj jedince. Pro diagnostikování dospělého jedince základní diagnostická kritéria vyžadují:

A. Přítomnost alespoň 5 a více příznaků nepozornosti a/nebo hyperaktivity-impulzivity, přetrvávajících déle než 6 měsíců a mající negativní přímý dopad na sociální a akademické/pracovní aktivity.

Manuál prezentuje celkem 9 příznaků nepozornosti a 9 příznaků hyperaktivity-impulzivity. Pro účel práce budou uvedeny jen příklady některých z nich.

1. Nepozornost:

- a. Často není schopen soustředit se na detaily nebo dělá chyby z nepozornosti ve školních úlohách, v práci nebo při jiných aktivitách (např. přehlédne detail, práce je nepřesná aj.);
- b. Často má potíže s udržením pozornosti při úkolech nebo při hrách (např. má potíže udržet pozornost při vyučování, konverzacích, dlouhém čtení);

- c. Často se zdá, že neposlouchá, když je přímo osloven (např. je myšlenkami někde jinde, a to i bez zjevného rozptýlení).
2. Hyperaktivita-impulzivita
- a. Často se ošívá nebo klepe rukama či nohama nebo se vrtí na židli;
 - b. Často opouští místo v situacích, kdy se očekává, že zůstane sedět;
 - c. Často pobíhá nebo šplhá v situacích, kdy je to nevhodné. (u dospívajících nebo dospělých to může být omezeno na pocit neklidu).
- B. Pro diagnostiku ADHD je zároveň důležité, aby několik nepozorných nebo hyperaktivně-impulzivních symptomů bylo přítomno **před dosažením věku 12 let**.
- C. Aby se tyto symptomy projevovaly ve **2 nebo více prostředích** (např. doma, ve škole, v práci; mezi přáteli nebo příbuznými; při jiných činnostech). Potvrzení významných symptomů v různých prostředích obvykle nelze provést přesně bez konzultace informátorů, kteří jedince v těchto prostředích viděli.
- D. Dále je nezbytné, aby **existoval jasný důkaz, že příznaky narušují nebo snižují kvalitu sociálního, školního nebo pracovního fungování**.
- E. V neposlední řadě je **nutné vyloučit možnost, že příznaky jsou lépe vysvětlitelné jinou duševní poruchou** (př. poruchou nálady, úzkostnou poruchou, poruchou osobnosti, intoxikací návykovou látkou nebo abstinenčním stavem).

Na základě dvou kategorií symptomů lze diagnostikovat tři klinické obrazy ADHD, a to kombinovanou poruchu, poruchu s převahou nepozornosti a poruchu s převahou hyperaktivity-impulzivity. Současně se specifikuje aktuální závažnost tohoto klinického obrazu (tj. mírná, středně těžká a těžká porucha). Míra projevů příznaků zároveň může být ovlivněna různými faktory – tj. příznaky mohou být minimální či mohou absentovat, když je jedinec často odměňován za vhodné chování, je pod přísným dohledem, nachází se v novém prostředí, zapojuje se do zvláště zajímavých aktivit, je vystaven konzistentní externí stimulaci (např. televize) nebo komunikuje v situacích „jeden na jednoho“.

Diagnóza ADHD může být udělena i v případě částečné remise, a to za předpokladu, že dříve byla splněna všechna kritéria a za posledních 6 měsíců je splněno méně kritérií, ale přesto symptomy stále vedou k narušení sociálního, akademického nebo pracovního fungování.

Kromě uvedených základních příznaků, mohou být pozorovány další charakteristické příznaky spojené s ADHD – tzv. **asociované rysy**. I když zpoždění ve vývoji řeči, motoriky a sociálního rozvoje není specifické pro ADHD, často se může vyskytovat současně. Emoční labilita či impulzivita jsou také časté a mohou se projevovat rychlým vzrušením, snadnou frustrací a nadměrnými emocionálními reakcemi. I když není přítomna konkrétní porucha učení, akademický nebo pracovní výkon je často narušen. Osoby s ADHD dále mohou projevovat neurokognitivní deficity v různých oblastech, jako je paměť, plánování nebo inhibice reakcí. Fyzické charakteristiky spojené s ADHD jsou méně výrazné, ale některé drobné odchylky mohou být pozorovány (např. nízko posazené uši, vyvýšené patro aj.).

2.1.2 MKN-11

Mezinárodní klasifikace nemocí ve své 11. revizi, publikované v roce 2018, v platnosti od roku 2022, nyní zařazuje ADHD jako formální diagnostickou kategorii, která je velmi podobná té v DSM-5. K získání diagnózy v dospělém věku je vyžadován **trvalý vzor nepozornosti a/nebo hyperaktivity-impulzivity**, trvajícím minimálně **6 měsíců**, který má **přímý negativní dopad na akademické, pracovní nebo sociální fungování**. Důkazy o signifikantní nepozornosti a/nebo hyperaktivitě-impulzivních příznacích by měly být přítomny **před dosažením věku 12 let**, obvykle v raném až středním dětství, i když někteří jedinci se mohou poprvé dostat ke klinické pozornosti **později**. Tyto symptomy by měly **přesahovat** meze normálních variací očekávaných pro **věk a úroveň intelektuálního fungování**. MKN-11 dále specifikuje celkem 11 příznaků pro nepozornost a 11 pro hyperaktivitu-impulzivitu a zdůrazňuje, že projevy těchto příznaků se mohou u různých jedinců lišit a mohou se měnit s věkem. Dalším diagnostickým kritériem je, že symptomy musí být patrné **v různých situacích a prostředích**, napříč domovem, školou, prací, v sociálním prostředí, ale mohou se lišit v závislosti na specifických prostředí. V neposlední řadě, ADHD by mělo být diagnostikováno pouze tehdy, pokud **nelze symptomy lépe vysvětlit jinou duševní poruchou**, například poruchou chování nebo neurovývojovou poruchou a nejsou způsobeny účinkem látky či léku.

S ohledem na revize obou klasifikačních systémů, MKN-11 zaujímá více holistický pohled na ADHD oproti systému DSM-5, jehož diagnostická kritéria jsou přísnější. (World Health Organization, 2022; Gomez, Chen, & Houghton, 2023)

2.1.3 Rozdíly mezi revizemi DSM-5 a MKN-11

První rozdíl spočívá v počtu prezentovaných příznaků nepozornosti a hyperaktivity-impulzivity. Zatímco DSM-5 uvádí 9 symptomů nepozornosti, v MKN-11 jich je 11. Například konkrétní symptom, který DSM-5 popisuje jako „často není schopen soustředit se na detaily nebo dělá chyby z nepozornosti ve školních úlohách, v práci nebo při jiných aktivitách“, je v MKN-11 rozdělen na dva oddělené symptomy, a tj. „nedostatečná pozornost k detailům“ a „dělání nedbalých chyb ve školních či pracovních úkolech“. Podobně tomu tak je v případě příznaků hyperaktivity-impulzivity, kdy DSM-5 uvádí 9 a MKN-11 celkem 11 symptomů. Dva z popisovaných symptomů se týkají hyperaktivního chování, „má potíže sedět v klidu, aniž by se ošíval“ a „pocity fyzického neklidu, pocity nepohodlí z ticha a klidného sezení“. MKN-11 specifikuje, že první z těchto symptomů se týká spíše mladších dětí, zatímco druhý se vztahuje na dospívající a dospělé. Avšak sloučení těchto dvou symptomů („fyzický“ a „duševní neklid“) do jednoho vede k celkovému počtu 10, nikoli 11 příznaků. (Gomez, Chen, & Houghton, 2023)

Další ústřední rozdíl mezi klasifikačními systémy spočívá v tom, že MKN-11 se odchyluje od jakéhokoli přesného věku, ve kterém by se příznaky musely projevit. Věkové požadavky pro nástup poruchy byly v MKN-11 definovány jako „časné až střední dětství“, respektující možnost, že někteří jedinci se mohou do klinické pozornosti dostat později, kdežto DSM-5 požaduje, aby „symptomy byly přítomny před dosažením věku 12 let“. V zásadě MKN-11 zaujímá více holistický pohled na ADHD, zdůrazňující vývojovou povahu této poruchy.

Klasifikační systémy se dále liší ve stanovení diagnostických prahů pro počet příznaků v doménách nepozornosti a hyperaktivity-impulzivity. Na rozdíl od DSM-5, kde je tento požadavek výslovně specifikován (6 příznaků pro každou doménu u dětí a 5 u jedinců starších 17 let), v MKN-11 pevně stanovený soubor příznaků souvisejících s věkem není. Vzhledem k variabilitě příznaků ADHD v závislosti na věku a závažnosti poruchy MKN-11 stanovuje, že diagnóza vyžaduje „několik příznaků“, které mají negativní dopad na fungování jedince. Tento přístup umožňuje větší flexibilitu klinického posouzení, avšak autoři Gomez, Chen & Houghton (2023) také zdůrazňují, že s sebou nese určitá diagnostická rizika pro klinické lékaře (zejména začínající), kteří se musí spoléhat na svůj vlastní úsudek.

2.2 Diagnostický postup

Rozhodnutí o diagnóze ADHD by nemělo být ovlivněno tím, zda byla porucha diagnostikována již v dětství či nikoli. Existuje řada faktorů, které mohou přispět k tomu, že porucha ADHD není v dětství identifikována. Jelikož je ADHD často spjaté s dalšími psychiatrickými poruchami, může být přehlédnuto v přítomnosti současných úzkostí, deprese, poruch učení nebo chaotického domácího/školního prostředí. Na selhání v detekci ADHD mohou mít vliv také příznivé osobní a environmentální podmínky, jako je vysoké IQ dítěte, osvojené copingové strategie nebo dobře strukturované školní a domácí prostředí, které umožňují dětem a jejich rodičům zmírnit funkční dopad poruchy (Able, Johnston, Adler, & Swindle, 2006). Dospělí s ADHD tak často vyhledávají odbornou pomoc v momentech výrazných životních změn, jako je začátek vysokoškolského studia nebo vstup do pracovního života. V těchto obdobích se mohou projevit funkční obtíže, které již překračují dosavadní kompenzační strategie nebo jsou zesíleny nedostatkem podpory ze strany rodiny. (Rivas-Vazquez, Diaz, Visser, & Rivas-Vazquez, 2023)

Základním kamenem diagnostického procesu je řádné systematické a komplexní vyšetření, na kterém se podílí zpravidla psychiatr a klinický psycholog, případně i neurolog, a které využívá informace z různých zdrojů. (Barkley R. A., 2018)

V kontrastu k dětem, které obvykle podléhají vyšetření na základě iniciativy rodiny či školy, dospělí se často na odbornou pomoc obracejí sami z vlastní vůle. Motivujícím faktorem jsou obtíže, které příznaky ADHD v jejich životě způsobují. Diagnostika ADHD u dospělých se tak opírá nejen o klinický obraz onemocnění a jeho detailní vývojové charakteristiky, ale nezbytně i o nepříznivé důsledky příznaků. Nejčastějšími metodami vyšetření jsou diagnostický rozhovor a specifické dotazníky a škály, které vycházejí z percepce současných a minulých potíží. Využít lze modifikovanou verzi Connersové škály (Conners Adults ADHD Rating Scale) nebo Wender Utah Rating Scale (WURS), které umožňují identifikovat jádrové příznaky ADHD v dětském věku a sledovat jejich vývoj do dospělosti. Pro získání objektivních anamnestických dat a informací je vhodné doplnit vyšetření rozhovorem s blízkým, popřípadě administrací dotazníku rodinným příslušníkem, aby se předešlo subjektivnímu zkreslení příznaků ADHD a jejich vlivu na fungování v dětství. Důležitou součástí diagnostiky také je zhodnocení celkového psychologického a

psychiatrického profilu, včetně možných komorbidit. Nemělo by se opomíjet ani důkladné somatické vyšetření s cílem vyloučit organické příčiny symptomů ADHD. (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010; Miovský, 2018; Mohr, a další, 2013; Theiner, 2012)

Neurologické vyšetření bývá často doplňkové a doporučuje se zejména u pacientů s atypickými projevy ADHD nebo známkami širšího postižení CNS. Během vyšetření se postupuje od zhodnocení symptomatologie k syndromologii a k etiologii poruchy, což umožňuje stanovení definitivní diagnózy. Pro důkladnější posouzení a zejména k vyloučení organického procesu mozku mohou být indikovány zobrazovací metody jako CT nebo MR mozku. Indikováno může být i elektroencefalografické vyšetření (EEG), a to zejména v případech suspektního epileptického onemocnění. Ze závěrů odborných zahraničních publikací ovšem vyplývá, že tato vyšetření jsou využívána ve výzkumné oblasti. (Goetz & Uhlíková, 2009; Medřická, Kunčíková, & Novák, 2007; Stárková, 2016)

Zásadami diagnostiky v dospělosti podle Konsensu České neuropsychofarmakologické společnosti (Mohr, a další, 2013, str. 197) jsou:

- *„Diagnóza ADHD by měla být zvažována i v případě, že nebyla diagnostikována již v dětství. Pro diagnózu ADHD je důležitější perzistence symptomů a jimi způsobené funkční postižení než prokázaná diagnóza v dětském věku.*
- *Při určení diagnózy ADHD je potřeba brát v úvahu vysokou míru psychiatrické komorbidity s často se překrývajícími symptomy. Přítomnost ostatních duševních poruch existenci ADHD nevyklučuje (s výjimkou psychotické poruchy).*
- *Klinické projevy ADHD v dospělosti se mohou od příznaků v dětském věku lišit. Při jejich hodnocení je třeba posoudit přiměřenost projevů vzhledem k věku a posoudit funkční postižení jedince.*
- *Diagnóza vychází primárně ze sebehodnocení a posouzení příznaků psychiatrem dle diagnostických kritérií DSM anebo MKN, vhodné je také doplnění o dodatečné informace z okolí pacienta. Ke screeningovému hodnocení slouží sebesposuzovací dotazníky (ASRS), k diagnostice lze použít strukturované rozhovory a diagnostické nástroje (např. CAARS, DIVA)*
- *V diferenciální diagnostice ADHD mohou hrát pomocnou úlohu neuropsychologické a neurofyziologické metody; samy o sobě ale ke stanovení diagnózy ADHD nestačí.“*

2.3 Diferenciální diagnostika

Jak již bylo částečně nastíněno, dospělí s ADHD se na odbornou pomoc obracejí často kvůli sekundárním psychickým či funkčním obtížím. S tímto fenoménem souvisí vysoký výskyt chybných diagnóz komorbidních poruch a záměna diagnózy ADHD za jiné poruchy s podobnou symptomatikou. (Weibel, a další, 2020)

Empirické důkazy naznačují, že ADHD často zůstává neidentifikované i v dospělosti, přestože může způsobovat závažné behaviorální a psychické problémy, které vedou k sociálnímu a pracovnímu postižení. Rozdílné projevy ADHD u dospělých, jako je například úbytek hyperaktivity, společně s vysokým výskytem komorbidních poruch, jako je úzkost, deprese, poruchy nálady či abúzus návykových látek, které mohou příznaky ADHD maskovat, vedou k různým diagnostickým interpretacím. Ve výsledku dospělí s ADHD často dostávají jiné diagnózy, což může zároveň vést k nevhodné léčbě (Mohr, a další, 2013). Správná diagnóza a léčba ADHD by přitom mohla vést ke zlepšení výkonnosti a fungování a zmírnění psychických obtíží, aniž by bylo nutné dávkovat další, možná zbytečnou léčbu. (Rivas-Vazquez, Diaz, Visser, & Rivas-Vazquez, 2023)

V návaznosti na předchozí odstavce, diagnostika poruchy ADHD v klinické praxi čelí výzvám, neboť se často vyskytuje s řadou komorbidit, jejichž množství se zároveň s věkem může zvýšit a ovlivnit tak celkové zdraví jedince. Diferenciální diagnostické rozhodnutí, zda jde o ADHD či jinou poruchu, je proto nezbytné. V případě současné přítomnosti více diagnóz, může být jedna primární a další sekundární, například přetrvávající ADHD může přispět k rozvoji sekundárních poruch nálad. Existuje také možnost, že různé diagnózy koexistují současně, což vyžaduje pečlivé zhodnocení a přístup ke komplexní léčbě. (Ptáček & Ptáčková, 2018; Stárková, 2016)

V dospělosti se u 75 % nemocných s ADHD objevuje alespoň jedna další souběžná porucha. Mezi nejčastější komorbidity patří poruchy nálady a úzkostné poruchy, které se vyskytují u cca 20-40 % těchto jedinců. Dalšími doprovodnými diagnózami jsou poruchy osobnosti (př. disociální porucha osobnosti), poruchy chování a významně je také zastoupeno zneužívání návykových látek, zejména alkoholu a marihuany. (Masopust, Mohr, Anders, & Přikryl, 2014; Medřická, Kunčíková, & Novák, 2007; Weibel, a další, 2020)

Podle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2022), i když je ADHD častější u mužů, u žen je pozorována vyšší míra komorbidních poruch, zejména poruchy opozičního vzoru, autismus, porucha osobnosti a závislosti na návykových látkách. Stejně jako u dětí, jsou časté i poruchy spánku, které souvisejí s denními problémy v kognici (např. nepozorností). Dále je zaznamenána zvýšená prevalence různých zdravotních problémů, především alergie, autoimunitní poruchy a epilepsie.

Důkladné zkoumání komorbidit u jedinců s ADHD a současně zvažování přítomnosti ADHD u jedinců s jinými psychiatrickými poruchami je klíčové pro správnou diagnostiku a léčbu. ADHD totiž může mít negativní vliv na účinek psychoterapií a psychofarmak u jiných psychiatrických poruch. Navíc, pokud ADHD zůstává nerozpoznané, mohou být jeho symptomy chybně interpretovány jako neúčinná terapeutická odpověď u komorbidních poruch. (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010)

2.4 Kritické zhodnocení diagnostických kritérií

2.4.1 Symptomatologie ADHD u dospělých

Podoba diagnostických kritérií je z historického hlediska silně ovlivněna původní konceptualizací ADHD jako dětské poruchy obvykle pozorované ve školním prostředí. Přestože současné revize diagnostických manuálů zohledňují persistenci ADHD do dospělosti, diagnostická kritéria stále dosud nereflektují mnohá specifika projevů této poruchy v dospělosti. Jako problematické se jeví jak samotná formulace symptomů v diagnostických kritériích, tak nedostatečné pokrytí symptomatologie ADHD u dospělých. (Bell, 2011; Ramsay & Rostain, 2006)

Namísto toho, aby specifická diagnostická kritéria a symptomatika dospělých byla uvedena samostatně, jsou rozdíly v projevu poruchy u dospělých pouze reflektovány v dodatcích ke stávajícím kritériím, a to jen u některých. Například „*často pobíhá nebo šplhá v situacích, kdy je to nevhodné (u dospívajících nebo dospělých to může být omezeno na pocit neklidu)*“ (American Psychiatric Association, 2022, str. 69). Toto přetrvávající rámování symptomů, které je psáno s konkrétním zaměřením na děti a jejich prostředí, je obtížně aplikovatelné na dospělé a zanechává příliš mnoho prostoru pro klinickou interpretaci (Bell, 2011). Ramsey a Rostain (2006) upozorňují, že mnoho současných diagnostických kritérií by přitom mohlo

být snadno upraveno tak, aby lépe odrážely symptomy typické pro dospělé s ADHD. Navrhují například konkrétní symptomy, které zrcadlí úroveň funkčních obtíží, které dospělí s ADHD často zažívají při plnění svých rolí a povinností. Tyto symptomy zahrnují:

- Obtížnosti se zahájením a dokončením důležitých, avšak zvladatelných úkolů nebo aktivit, i přes stanovené termíny nebo možné negativní důsledky;
- Opakující se problémy s učením a pamatováním si důležitých informací nebo detailů z každodenního života;
- Trvalé potíže s řízením a organizací povinností, materiálů a času, které nejsou způsobeny vnějšími rušivými vlivy.

Kromě neadekvátní formulace diagnostických kritérií, mnozí autoři upozorňují na to, že mnohé projevy ADHD přesahují oficiální diagnostická kritéria, která se soustředí výhradně na symptomy nepozornosti a hyperaktivity-impulzivity. Dospělí s ADHD ale typicky vykazují také nedostatky v exekutivních funkcích, sociálních kompetencích nebo emoční regulaci, které jsou podrobněji rozebrány v kapitole 3 Klinický obraz ADHD v dospělosti. Tyto příznaky se obvykle vyskytují srovnatelně často jako porucha pozornosti, a dokonce častěji než hyperaktivita-impulzivita. Argumenty pro jejich začlenění mezi jádrové příznaky jsou proto ospravedlněné. (Barkley R. A., 2010; Silverstein, 2018; Weibel, a další, 2020)

2.4.2 Věk nástupu poruchy

Původní požadavek na projev poruchy v dětství před 7. rokem byl příliš restriktivní a vedl k tomu, že mnoho dospělých s ADHD neobdrželo svou diagnózu. Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, mnozí jedinci mohli těžit z podpurného a strukturovaného prostředí, které jim umožňovalo fungovat i přes přítomnost symptomů. Avšak s nárůstem požadavků na samostatnost se tito jedinci stávali více postihnuti svými dlouhodobě latentními příznaky ADHD. Navržený posun nástupu poruchy do věku 12 let byl v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch rozumnou úpravou (Ramsay & Rostain, 2006). K této změně přispěly výzkumy (např. Faraone, a další, 2006) poskytující důkazy, že případy ADHD s pozdějším nástupem jsou stejně validní jako ty s dřívějším nástupem v dětství.

Mnoho dospělých s ADHD popisuje, že jejich symptomy poprvé způsobovaly zjevné obtíže až při nástupu na střední školu (Ramsay & Rostain, 2006). Někteří jedinci však nemusí plně

pociťovat negativní dopady nediagnostikovaného ADHD až do okamžiku, kdy čelí nárokům dospělého života či zvýšeným požadavkům, které přináší vysoká škola. Zejména vysokoškolská poradenská centra zaznamenávají nárůst počtu studentů, kteří vyhledávají terapeutické služby pro problémy související s ADHD (Ramsay & Rostain, 2006). Barkley a Murphy (2006) navrhuji, aby pro retrospektivní hodnocení symptomů ADHD u dospělých jedinců byl stanoven nástup symptomů vyvolávajících poruchu v rozsahu 14-16 let.

Problematickým aspektem kritéria věku nástupu je také určování, na kolik jsou při retrospektivním posuzování symptomů ADHD vzpomínky dospělého člověka na své dětství validní (Bell, 2011). Data studie, která posuzují validitu kritéria věku při nástupu pro diagnostiku ADHD v DSM-5 (Chandra, Biederman, & Faraone, 2016), prezentují, že dospělí, kteří si nepamatují nástup ADHD v dětství, ale uvádějí symptomy ADHD v dospělosti, mají profil psychiatrické komorbidity, familiárního přenosu a funkčního poškození podobný profilu pozorovanému u těch, kteří splňují diagnostické kritérium nástupu poruchy do věku 12 let. Výsledky studie naznačují, že takové diagnózy jsou platné, ale nelze určit, zda tyto lidé skutečně měli pozdější nástup nebo si nemohli vzpomenout na své příznaky. Kritérium věku nástupu do 12 let přináší jak pozitiva, tak negativa. Na jedné straně umožňuje flexibilnější diagnostiku a zvyšuje prevalenci ADHD mezi dospělými. Na druhé straně přináší rizika, jako je větší heterogenita diagnóz a potenciální zkreslení výsledků způsobené nespolehlivostí retrospektivních vzpomínek. Je nezbytné, aby toto kritérium bylo nadále předmětem debaty a dalšího výzkumu.

2.4.3 ADHD a gender

Historické zaměření na klasickou konstelaci „chlapeckých příznaků“ ADHD je podobně problematické jako původní konceptualizace této poruchy jako výlučně dětské (Waite, 2007). I přes aktuální konsensus výskytu ADHD u mužů i žen, současná diagnostická kritéria používaná k diagnostice ADHD byla vytvořena na základě dat získaných pozorováním normativního vzorku mladých bělošských mužů studujících na základní škole. ADHD tak bylo nejprve diagnostikováno u malých chlapců, přičemž hlavním indikátorem byla hyperaktivita (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015; Williamson & Johnston, 2015). Kvůli této převládající stereotypní představě, že ADHD je porucha zlobivých kluků, mají dívky

menší pravděpodobnost, že budou doporučeny k vyšetření, a to i v případech, kdy vykazují totožné příznaky (Quinn & Madhoo, 2014).

V odborné literatuře nalezneme obecnou shodu na tom, že ADHD je diagnostikováno častěji u chlapců než u děvčat v poměru 3:1 (Arcelus & Munden, 2008; Paclt & kolektiv, 2007; Quinn & Madhoo, 2014). S dosažením dospělosti se ovšem tento rozdíl postupně snižuje. Stoupající počet dospělých žen s diagnózou ADHD ve skutečnosti naznačuje, že porucha je distribuována mezi pohlavími více rovnoměrně (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015). To nasvědčuje tomu, že ADHD je u dívek v dětském věku poddiagnostikované (Quinn & Madhoo, 2014; Waite, 2007).

K nedostatečné diagnostice ADHD u dívek v dětství může přispívat více faktorů, včetně rozdílů v převládajících symptomech (spíše internalizace než externalizace) a podtypu (spíše nepozorný typ než hyperaktivně-impulzivní), což má vliv na nízké klinické podezření (Quinn & Madhoo, 2014). Šebek (1990) poukazuje na to, že u dívek se hyperaktivita projevuje převážně uvnitř, v podobě vnitřního neklidu, který nepůsobí tak rušivě a nápadně, a proto může uniknout povšimnutí. Další možnou příčinou je skutečnost, že se ADHD u dívek zhmotňuje později než u chlapců – tj. důležitým spouštěčem je u dívek estrogen, a proto se známky poruchy nemusí před pubertou vůbec projevit. Toto bylo zejména problematické vzhledem k původnímu kritériu věku nástupu poruchy do 7 let (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015).

V dospělosti mohou ženy nadále unikat klinické pozornosti kvůli přítomnosti jiných komorbidních psychiatrických poruch a díky svým schopnostem vytvářet efektivnější (ve srovnání s muži) copingové strategie, kterými maskují své symptomy ADHD. (Quinn & Madhoo, 2014)

Důsledky nesprávné nebo opožděně stanovené diagnózy mohou mít negativní dopad na každodenní život dospělých žen. Jsou vystaveny riziku internalizace symptomů jako osobních nedostatků, celý život se u nich může vyskytovat nízké sebevědomí a s tím související sekundární obtíže. (Nadeau, Littman, & Quinn, 2015; Waite, 2007)

2.5 Sebediagnostikování

Sebediagnostikování, nebo také autodiagnostika, psychiatrických stavů, kdy si jedinec sám diagnostikuje svůj stav bez konzultace s lékařem, je kontroverzní tématem. Na jedné straně, zastánci autodiagnostiky tvrdí, že pomáhá lidem bez přístupu k odborné péči a těm, kteří jsou lékaři diagnostikováni chybně. Argumentují také tím, že nikdo nezná svůj stav tak dobře jako sami zasažení, kteří mají přístup k informacím, jež nejsou v klinickém prostředí dostupné. Naopak kritici upozorňují na nedostatek odbornosti u laických autodiagnostik a riziko zaujatosti, kdy jedinec může začít povědomě vyhledávat rysy, které ve skutečnosti nemá, aby si potvrdil svůj předpovídaný stav. (Fellowes, 2023)

Trend sebediagnostikování byl zaznamenán i u poruchy ADHD. V článku „Jak poznat, jestli můžete mít ADHD?“ (2023) Štipl poukazuje na to, že sebediagnostika může být prvním krokem k formální diagnóze. Podle něj by se laická sebediagnostika neměla odsuzovat, protože hledání informací o ADHD a snaha o lepší porozumění vlastním obtížím často předchází rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc. Problematické by ovšem bylo tvrdit, že někdo má diagnózu ADHD, aniž by byla ověřena relevantním odborníkem. Podobný názor sdílí i lékaři, kteří byli respondenty diplomové práce Vraníkové (2022). Práce prezentuje, že dospělí vyhledávají odbornou pomoc na základě setkání s informacemi o ADHD v médiích nebo při pročitání brožur v čekárnách, a že za podezřením pacienta na vlastní ADHD může stát potřeba vysvětlení a legitimizace vlastních nedostatků v některých oblastech života. Neobdržení diagnózy někdy vede pacienty k pocitu zklamání.

Významným faktorem ovlivňujícím to, jaké diagnózy lidé zvažují při sebediagnostice, je úroveň veřejného povědomí o různých diagnózách a způsob, jakým jsou tyto diagnózy prezentovány (Fellowes, 2023). V současné době jsou sociální média populárním kanálem pro sdílení lékařských informací online. Ukazuje se, že obsah vytvořený uživateli týkající se poruch ADHD patří mezi nejpobulárnější zdravotní témata na platformě sociálních medií TikTok pro sdílení videí. V roce 2021 byl hashtag „#adhd“ sedmým nejoblíbenějším hashtagem souvisejícím se zdravím (Zenon, Ow, & Barbic, 2021) a tweety na Twitteru, ve kterých se diskutovalo o sebediagnostice ADHD po sledování videí na TikToku, naznačují tento rostoucí trend sebediagnostikování (Gilmore, a další, 2022).

Studie zkoumající kvalitu videí o ADHD na TikToku (Yeung, Ng, & Abi-Jaoude, 2022), zjistila, že přibližně polovina analyzovaných videí byla zavádějící, přičemž většina z nich pocházela od autorů bez zdravotnického vzdělání. Zhruba 27 % videí se opíralo o osobní zkušenosti a pouze 21 % videí bylo klasifikováno jako užitečné. Videá vyšší kvality byla povětšinou vytvářena uživateli ze zdravotnictví. Studie dále zjistila, že diváky nejvíce přitahují videa od jednotlivců s vlastními zkušenostmi, oproti těm od institucí a poskytovatelů zdravotní péče. Tato zjištění byla v souladu s předchozími studiemi, která zkoumala kvalitu informací o ADHD na platformě Youtube (Thapa, a další, 2018). I když sociální média mohou pomoci snižovat stigma spojené s duševním zdravím a zlepšit zdravotní gramotnost, existují obavy z dezinformací obsažených ve videích, které mohou způsobovat úzkost nebo vést k neadekvátnímu využívání zdravotnické péče. (Yeung, Ng, & Abi-Jaoude, 2022; Zenon, Ow, & Barbic, 2021)

Sociální média a online ADHD komunity obecně jsou zdrojem informací a zkušeností, ale jsou také zdrojem podpory a validace. Někteří se uchylují k online podpoře poté, co jejich pokusy o diagnostiku nebo léčbu nebyly brány vážně, buď ze strany rodiny nebo lékařů. Tyto komunity na druhou stranu přijímají jednotlivce bez ohledu na to, zda má formální klinickou diagnózu (Eagle & Ringland, 2023). Motivujícím faktorem pro sebediagnostiku tak může být i zdroj sociální opory, které tyto komunity nabízejí. Možnost sdílení zkušeností s lidmi s podobnou diagnózou umožňuje socializaci a přispívá k vyrovnání se s izolací, kterou mohou jedinci s diagnostikovaným onemocněním zažívat. (Fellowes, 2023)

3 Klinický obraz ADHD v dospělosti

„Původní názory, že ADHD v adolescenci a mladší dospělosti vymizí bez závažných následků v pozdním věku, byly zpochybněny v 70. letech 20. století.“

(Mohr, a další, 2013, str. 190)

V této kapitole je cílem představit rozmanitý klinický obraz ADHD u dospělých osob a poukázat na odlišnosti v symptomatologii mezi dětskou a dospělou formou ADHD. Budou prezentovány argumenty, že porucha přetrvává do dospělosti, s možnými změnami v jádrových příznacích a přibýváním dalších příznaků.

3.1 ADHD a zrání

Bylo předpokladem, že ADHD je způsobeno „nezralostí“ centrální nervové soustavy, která s přibývajícím věkem dozrává a příznaky ADHD tak postupně spontánně vymizí, a to s malým nebo žádným trvalým dopadem na dospělý život. Tento pohled byl běžně sdělován rodičům. Nicméně, výzkumy již od 60. let naznačují, že toto není vždy pravda. Přetrvávání symptomů ADHD do dospělosti pak bylo poprvé zohledněno ve třetím vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch v roce 1980, i když popis symptomů u dospělých byl v této době poměrně vágní. (Barkley R. A., 2018; Ramos-Quiroga, 2013)

V současné době panuje shoda na tom, že ADHD je neurovývojovým chronickým onemocněním, které je charakterizováno přetrvávající a vývojově nepřiměřenou mírou nepozornosti a/nebo hyperaktivity a impulzivity narušující fungování jedince. To znamená, že i přes postupné dozrávání centrální nervové soustavy u jedinců s ADHD deficity v porovnání s běžnou populací stejného věku přetrvávají. Nelze proto vnímat ADHD jako poruchu, ze které dítě „vyroste“, ačkoli se jeho chování může v průběhu dospívání měnit. (Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2014; Riefová, 2007; Zelinková, 2003)

Odhadovaná prevalence ADHD, která je ovlivněna diagnostickými kritérii, charakteristikami studované populace a geografickými rozdíly (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010; Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2014), je u dospělé populace udávána v rozpětí 2–5 %, což bylo potvrzeno i u českého vzorku reprezentativní populace (Vňuková, a další, 2021).

3.2 Persistence ADHD v dospělosti

V literatuře se setkáváme s různými údaji o míře perzistence ADHD v dospělosti. Podle článku doktora Theinera přetrvávají příznaky ADHD přes dospívání až do dospělosti u téměř 80 % jedinců, jak naznačují populační výzkumy. Naopak jiné zdroje udávají nižší míru perzistence, kolem 40-50 % (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010). Je proto nezbytné brát v potaz studiiemí použitou metodologii, zdroje informací (report od rodičů vs. self-report dotazník), zvolená diagnostická kritéria, věk participantů i kompenzační strategie jedince, které mohou ovlivnit skutečnou míru perzistence. (Halířová, 2019; Sible, a další, 2016)

Výsledky metaanalýzy provedené Faraonem a kolegy (2005) naznačují, že až 15 % jedinců ve věku 25 let projevuje úplný syndrom ADHD i v dospělosti podle kritérií DSM-IV, pokud je požadováno šest nebo více příznaků. Nicméně, pokud jsou zahrnuty případy, které jsou konzistentní s definicí ADHD podle DSM-IV, ale jsou v částečné remisi, míra konzistence je mnohem vyšší, neboť až 65 % jedinců nadále projevuje určitou úroveň původních symptomů a souvisejícího poškození.

Celkově lze říci, že perzistence poruchy ADHD v dospělosti je individuální a vyžaduje individuální zhodnocení a přístup k léčbě. Studie zaměřená na prediktory perzistence ADHD (Biederman, 1996) naznačuje, že při perzistenci ADHD do dospělosti hrají klíčovou roli faktory, jako je pozitivní rodinná anamnéza, nepříznivé vlivy prostředí a komorbidita s dalšími poruchami, zejména s poruchami nálady a úzkostmi. Podobné závěry potvrzuje i metaanalýza Caye (2016), která dále ukazuje, že perzistence ADHD v dospělosti může být ovlivněna také faktory, jako je subtyp ADHD, závažnost symptomů a překvapivě i léčba ADHD – tj. podle některých studií jedinci léčení pro ADHD měli vyšší pravděpodobnost pokračování poruchy. Tento efekt ovšem nebyl konzistentní ve všech studiích.

3.3 Modifikace jádrových symptomů ADHD

Existují tři klinické obrazy ADHD podle převažujících příznaků, a to s převažující nepozorností, s převažující hyperaktivitou-impulzivitou a kombinovaný klinická obraz. V dospělosti ovšem může být toto rozdělení méně relevantní, respektive mohou se objevit jiné podoby klinických obrazů. V průběhu dospívání totiž dochází k postupnému utlumení příznaků ADHD, avšak tento sestup není zcela lineární. Příznaky spojené s nepozorností

ustupují méně často (v přibližně 40 % případů) než projevy hyperaktivity a impulzivity (v přibližně 70 % případů). (Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2014; Theiner, 2012)

To, že symptomatologie hyperaktivity-impulzivity má tendenci k obecnému ústupu v průběhu vývoje, zatímco příznaky nepozornosti se spíše zvyšují, potvrzuje i studie Larssona a jeho kolegů (2011), která zkoumala vztahy mezi hyperaktivním, impulzivním a nepozorným chováním od dětství do adolescence. Nárůst symptomů nepozornosti může vysvětlit, proč se některé děti s kombinovanou diagnózou ADHD přesunují k nepozornému klinickému obrazu v průběhu vývoje.

S vývojem se mění nejen zastoupení, ale také povaha jádrových příznaků ADHD. Významné charakteristiky jednotlivých příznaků v dospělosti jsou nastíněny níže.

3.3.1 Porucha pozornosti

Jak bylo zmíněno, porucha pozornosti v dospělosti vykazuje nejvyšší míru persistence. Podobně jako v dětství se projevuje roztržitostí, obtížemi v organizaci času a práce, a nedostatečným plánováním. Jednotlivci s touto poruchou mohou zapomínat na důležité termíny a schůzky, mít obtíže se systematickým zvládním úkolů a nedokončováním započatých činností. V jejich životě může být přítomna jistá chaotičnost se sklony k prokrastinaci – tedy odkládání nepříjemných úkolů a vyhýbání se činnostem, které vyžadují soustředění. Vzhledem k tomu, že nepozornost je jedním z méně nápadných příznaků a často uniká pozornosti, může být porucha v dětství přehlížena. Jedinec se může obrátit na odbornou pomoc proto až ve chvíli, kdy se objeví dominující sekundární obtíže, jako jsou úzkostné poruchy či deprese, vyplývající z chronického přetížení a neúspěchů. (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010; Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2014; Theiner, 2012)

Podobně Paclt (2007) uvádí, že klinický obraz ADHD s převažující poruchou pozornosti v dospělosti je charakterizován především kognitivními obtížemi a méně agresivitou a poruchami chování. Jedinci trpící touto formou ADHD mohou zažívat funkční zhoršení a mohou se cítit odmítáni okolím. Charakteristickým rysem je častá komorbidita s depresivní a anxiózní poruchou. Pokud jde o zastoupení v rámci pohlaví, je tento klinický obraz rovnoměrněji rozložen.

3.3.2 Hyperaktivita

Na rozdíl od poruchy pozornosti, má hyperaktivita, která bývá v dětském věku dominantním projevem poruchy ADHD, v dospělosti obvykle tendenci k ústupu. Namísto fyzického projevu jsou spíše přítomny pocity vnitřního neklidu a/nebo nepřetržitá subjektivní potřeba něco dělat. (Drtílková & Šerý, 2007; Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2014)

Dalším ekvivalentem hyperaktivity v dospělosti podle Cáhové, Pejčochové & Ošlejkové (2010) může být například workoholismus a nerespektování pravidel, což se může projevit například nedodržíváním maximální rychlosti při řízení. Autorky dále udávají, že projevy hyperaktivity jsou v dospělosti často připisovány nervozitě či osobnostním rysům.

3.3.3 Impulzivita

V dospělosti je impulzivita dominujícím příznakem. Typická je netrpělivost, nízká frustrační tolerance, ukvapená rozhodnutí (př. časté změny práce, partnerů aj.), skákání do řeči či netolerance nejistoty. Zároveň je impulzivita považována za nejzásadnější příčinný faktor ovlivňující osobnostní rysy. (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010; Theiner, 2012)

V dospívání a v dospělosti může impulzivita vést k nadměrnému užívání návykových látek a k nezodpovědnému chování. V interakci s ostatními jedinci může impulzivní chování podporovat podrážděnost a agresivitu. (Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2014)

Klinický obraz ADHD s hyperaktivitou a impulzivitou je zastoupen především u dospělých mužů. Symptomy jsou výraznější a často spojené s poruchami chování a agresivitou. Tento klinický obraz proto více predisponuje k antisociálnímu chování. (Paclt & kolektiv, 2007)

3.4 Přidružené rysy ADHD

3.4.1 Emoční impulzivita a dysregulace

Klinickým vyjádřením emoční impulzivity a emoční dysregulace je netrpělivost, prchlivost, nízká frustrační tolerance, výbuchy hněvu, emoční labilita, snadná rozrušitelnost emočními podněty aj. S vydáním manuálu DSM-II byly tyto symptomy odděleny od jádrových příznaků ADHD a aktuálně jsou pouze přidruženými rysy. (Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2014; Theiner, 2012)

Barkley (2010) kriticky poukazuje na opomíjení emocionálních symptomů u jedinců s ADHD a argumentuje pro jejich začlenění mezi jádrové příznaky poruchy. Zdůrazňuje, že pokud jsou emoce chováním, což zjevně jsou, pak by emocionální projevy u těchto jedinců měly být stejně impulzivní jako gesta a verbální chování. Argumentaci opírá o svůj výzkum, jehož výsledky svědčí o tom, že emoční impulzivita a dysregulace se u dospělých s ADHD vyskytují srovnatelně často s nepozorností, a dokonce častěji než impulzivita a hyperaktivita. Tím poukazuje na to, že tyto symptomy nejsou pouhým doprovodným rysem ADHD, ani pouhým důsledkem komorbidit, ale jsou vrozené v samotné poruše.

Barkleyho argumenty jsou podpořeny výsledky studie Surmana a kolegů (2013), které svědčí o vysoké prevalenci nízké emocionální seberegulace, rysu nezávislého na komorbiditách, u dospělých s ADHD. Studie navíc poukazuje na spojení emoční dysregulace s nižší kvalitou života, horším sociálním začleněním a zvýšeným rizikem dopravních nehod a zatčení.

Výkyvy nálad souvisejí s výkyvy ve výkonnosti jedinců. Zvýšená emocionální reaktivita může jedince vyčerpávat a přinášet s sebou unavitelnost, což se pak projevuje poklesem pracovní nebo studijní výkonnosti (Jucovičová & Žáčková, 2017). Emoční impulzivita a dysregulace jsou tedy významným aspektem ADHD, který má značné klinické důsledky a dopady na každodenní život, a je třeba mu věnovat terapeutickou pozornost.

3.4.2 Deficity exekutivních funkcí

Exekutivní funkce, které zastřešují funkce zodpovědné za účelové, na cíl a řešení problémů zaměřené chování, byly u osob s ADHD prokázány jako deficitní. Tyto deficity se projevují potížemi s iniciací cílevědomých aktivit, inhibicí jiného chování a podnětů, plánováním a organizací, sebekontrolou a vyhodnocováním vlastního chování. Tato omezení jsou patrná, jak při testování, tak v každodenním životě jedinců s ADHD. (Ptáček & Ptáčková, 2018)

Stejně jako v případě emoční impulzivity a emoční dysregulace, jsou deficity exekutivních funkcí přidruženým rysem ADHD. Silversteinova studie (2018) zkoumající vztah mezi symptomy ADHD podle DSM-5 a poruchami exekutivních funkcí u dospělých, došla k závěru, že je mezi nimi silná korelace. Závažnost ADHD také zvyšovala pravděpodobnost výskytu deficitu exekutivních funkcí. V souladu se zjištěními jiných studií, autoři navrhuji,

aby deficity exekutivních funkcí byly jádrovými symptomy stejně jako nepozornost, hyperaktivita a impulzivita.

Existují důkazy naznačující spojitost mezi deficity v exekutivních funkcích a nedostatečné aktivity specifických oblastí mozku v prefrontálním kortexu u osob s ADHD (Barkley R. A., 1997; Faraone, a další, 2015). Nicméně, i když neurobiologické testování poskytuje určité informace, má nízkou ekologickou validitu a může být ovlivněno celkovou inteligencí. Proto někteří autoři navrhuji, že k lepšímu pochopení exekutivních dysfunkcí je vhodnější využívat self-reportů a klinické hodnocení, které lépe zachytí denní aktivity, a které mají větší ekologickou validitu. (Barkley & Murphy, 2011; Silverstein, 2018)

3.4.3 Časová slepota

Pro diagnózu typické deficity v oblasti exekutivních funkcí se mimo jiné podílejí i na mentálních procesech souvisejících s vnímáním času v nejširším smyslu slova. Vnímání času je přitom důležité v rámci každodenního fungování. Jedná se o komplexní dovednost, která nám umožňuje vnímat, organizovat a předvídat události kolem nás. Problémy s vnímáním času mohou vést k významnému znevýhodnění v každodenním životě, včetně problémů ve škole, práci, v mezilidských vztazích a potížím s financemi. Negativní dopad těchto obtíží postihuje nejen samotné jedince s ADHD, ale také jejich okolí, což vede k nižší kvalitě života. (Smetáčková, Ptáček, Vňuková, & Děchtěrenko, 2023; Švandová, a další, 2021)

Získané poznatky jedné ze studií zabývající se obtížemi v plánování a řízení času u dospělých s ADHD (Carelli & Wiberg, 2011) naznačují, že porucha ADHD je spojena s odlišným vzorcem časové orientace. Oproti kontrolní skupině bez ADHD, dospělí s ADHD jsou více orientováni na přítomnost než na budoucnost a jejich pohled na minulost a budoucnost je negativnější. Autoři studie vysvětlují tendenci k orientaci na přítomnost u osob s ADHD prostřednictvím problémů s vyššími kognitivními kontrolními funkcemi a regulací odměn a upozorňují na tzv. spontánní kognitivní styl u těchto jedinců. Dále naznačují, že někteří respondenti měli vyvinutou účinnější kontrolu impulsů, což se projevuje menší mírou spontaneity v kognitivním stylu a větší orientací do budoucnosti.

Podobné výsledky prezentuje česká studie „Dopad ADHD na plánování, coping a časovou perspektivu v každodenním životě jedince“ (Smetáčková, Ptáček, Vňuková, & Děchtěrenko, 2023), která identifikovala, že při retrospektivním hodnocení svého života informanti

pozitivně hodnotili události, které byly spojeny s pocitem seberealizace a změnou sociálního statusu spojenou s přijetím od okolí a zlepšením materiální úrovně života. Naopak události s negativní valencí se týkaly situací, které měly pro respondenty specifický význam (př. rozvod rodičů) a vedly je k vymezení se a rozhodnutí dělat věci jinak. Také se jednalo o události, ze kterých se respondentům stále nepodařilo zcela vymanit, a které je stále ovlivňují. Další výsledky studie informují o tom, že při situačním plánování osoby bez ADHD mnohem více volí optimální řešení, zatímco jedinci s ADHD projevovali impulzivní tendence, jako je okamžité uspokojení přání a spoléhání se na pomoc od ostatních. Podobně jako v předchozí prezentované studii, respondenti s ADHD též volili optimální postupy, a to z důvodu kompenzace deficitů exekutivních a regulačních funkcí.

Kromě výše zmíněného, Barkley a kolegové (2001) poznamenali, že vnitřní hodiny lidí s ADHD běží rychleji. Úkoly, které jsou považovány za nudné nebo opakující se u jedinců bez ADHD, mohou být pro osoby s ADHD vnímány jako déle trvající. Tato informace má potenciál být užitečná při diagnostice ADHD a lze ji integrovat do terapeutických postupů jako praktické řešení v podobě využívání konkrétních odměn.

Time management jedinců s ADHD

S percepcí času souvisí také time-management, který je považován za slabé místo lidí s ADHD. Schopnost řízení času zahrnuje organizaci úkolů, určování priorit a plánování času. Lidé s ADHD mají často obtíže s dodržováním časových limitů a odhadem, jak dlouho trvá vykonání určité činnosti. Toto může vést k chronické nedochvilnosti a problémům s dodržováním termínů. Jejich spontánnost může vést k započetí mnoha projektů, ale kvůli dezorganizovanosti nejsou často dokončeny. Oslabená schopnost hospodařit s časem se může projevit i v dalších oblastech, jako je správa financí nebo nakupování, kde se projevuje impulzivní chování. (Goetz & Uhlíková, 2009; Jucovičová & Žáčková, 2017)

3.4.4 Poruchy paměti

Dalším charakteristickým rysem, který s poruchou ADHD souvisí, jsou poruchy paměti, které se zpravidla týkají jen paměti krátkodobé. Do souvislosti jsou poruchy paměti dávány s potížemi v koncentraci pozornosti. Než uložíme informaci do paměti, musí jí být věnována pozornost. U jedinců s ADHD ovšem v okamžicích, kdy si musí informaci zapamatovat, může dojít k výpadku pozornosti, což vede k nedostatečnému či částečnému zapamatování

informace. Jednou z hlavních charakteristik ADHD je proto oslabená pracovní paměť, která umožňuje zapamatování si informací a jejich zpracování současně. Tato skutečnost nejen že ztěžuje jedincům s ADHD proces učení a tím i studium, ale i komplikuje jejich soukromý a pracovní život (př. zapominání na schůzky, ztracení věcí aj.). (Arcelus & Munden, 2008; Jucovičová & Žáčková, 2017; Ptáček & Ptáčková, 2018)

3.4.5 Percepčně motorické poruchy, poruchy učení a komunikace

Poruchy motoriky a percepčních funkcí tvoří podklad pro vznik specifických poruch učení (př. dysgrafie nebo dyslexie), které mohou stejně jako ADHD přetrvávat i do dospělosti. Percepčně motorické poruchy, projevující se nepřesnými pohyby, potížemi v jemné a hrubé motorice, ovšem zasahují i do jiných oblastí života, nejen do učení, a mohou mít negativní vliv na kvalitu života lidí s ADHD. Další výzvou pro osoby s ADHD může být narušená komunikace, která ovlivňuje jak jejich schopnost vyjádření, tak porozumění řeči. Při interakci s jedincem s ADHD tak může docházet k nedorozuměním a projevům charakteristickým pro tuto poruchu, jako je skákání do řeči nebo chaotické a neuspořádané vyjadřování. (Jucovičová & Žáčková, 2017; Ptáček & Ptáčková, 2018)

K deficitu porozumění řeči může přispívat nedostatečná schopnost jedinců s ADHD zaujmout perspektivu partnera v konverzaci, která je pro úspěšnou komunikaci nezbytná. Studie autorky Nilsen a jejích kolegů (2012) ukázala, že lidé s ADHD nevyužívají perspektivu partnera v komunikaci efektivně a jsou často distraktováni. Narušení pozornosti pak vede k častějšímu egocentrickému zpracování komunikace ze strany osob s ADHD.

3.4.6 Osobnostní rysy

ADHD u dospělých má svou charakteristickou psychopatologii. Zastoupení jednotlivých jádrových příznaků ADHD vnáší do osobnostního profilu jedinců typické rysy. (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010)

Cílem jedné studie (Nigg, a další, 2002) bylo zkoumání souvislosti osobnostních rysů modelu Big Five se symptomy ADHD. Provedeno bylo 6 výzkumů, které se staly součástí této studie, s vysokým počtem zkoumaných osob (n = 1620). Pozornost byla věnována zkoumání tří hypotéz. Za prvé, studie předpokládala, že problémy s pozorností budou korelovat s nízkou *Svědomitostí*, která se vztahuje ke kontrole impulzů usnadňující jednání

zaměřené na cíl. Za druhé očekávala, že porucha ADHD bude spojena s *Neuroticismem*, což je v souladu s ADHD a souvisejícími internalizujícími obtížemi. Třetí hypotézou je předpoklad, že hyperaktivita a impulzivita budou korelovat s nízkou *Přívětivostí*, neboť tyto příznaky vedou k vyrušování a přerušování ostatních, což není v souladu s přívětivostí spojenou se zájmem o druhé, důvěrou a altruismem. Hypotézy o souvislosti ADHD s extroverzí a otevřeností ke zkušenostem nebyly zařazeny. Uvedené tři hypotézy byly potvrzeny – tj. symptomy ADHD silně korelovaly se třemi dimenzemi Big Five, a tj. nízkou *Svědomitostí*, nízkou *Přívětivostí* a vysokým *Neuroticismem*. Obě hlavní symptomatické domény ADHD jsou tedy významně korelovány, ale projevují odlišné vzory souvisejících jevů. Zatímco symptomy nepozornosti a dezorganizace častěji souvisejí s internalizujícími symptomy, jako jsou úzkost a deprese, a projevují se nízkou svědomitostí a potížemi ve vzdělávání, symptomy hyperaktivity a impulzivity jsou silněji spojeny s nízkou přívětivostí, agresí, antisociálním chováním, odmítáním vrstevníků a celkovým funkčním postižením.

Studie provedená Knousem a kolegy (2013) také zjistila, že nepozornost je pozitivně spojena s *Neuroticismem* a negativně spojena se *Svědomitostí*. Na rozdíl od předchozí studie ale byly symptomy hyperaktivity a impulzivity rozlišeny jako samostatné konstrukty, které korelovaly s pětifaktorovým modelem osobnosti nezávisle na sobě. Zatímco hyperaktivita se pojila s vyšší *Extraverzí*, impulzivita s nízkou *Přívětivostí*. Autoři výzkumu předpokládají, že na rozdíl od dětství, kdy jsou symptomy více provázené, v dospělosti reprezentují odlišné konstrukty. Naznačují tím, že se v dospělosti nemění jen exprese symptomů, ale i jejich struktura.

Z výše uvedeného vyplývá, že osobnostní rysy mají vliv na oblasti mezilidských vztahů.

3.4.7 Deficity v sociálních a emočních kompetencích

ADHD se může projevovat oslabením v sociální oblasti. I když osoby s ADHD netrpí deficitem v sociálních kompetencích a mají adekvátní znalosti vhodného sociálního chování, mohou mít potíže s uplatňováním těchto dovedností v konkrétních situacích. (Ptáček & Ptáčková, 2018) „*Může být pro ně těžké odhadnout správnou a společensky akceptovanou reakci, mohou být netaktní a trpí nedostatkem inhibice*“ (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010, str. 374).

Odborné studie, jako je například práce Barkleyho (1997), se často soustředí na hlavní symptomy poruchy ADHD a jejich potenciální vliv na sociální kompetence jedinců s touto poruchou. V sociálních interakcích mohou projevy hyperaktivity a impulzivity, jako je přerušování konverzací, vtíravost, netrpělivost nebo neklid, být ostatními lidmi vnímány jako hrubé a nevhodné. Stejně tak symptom nepozornosti, který se může projevovat navenek jako nezájem a lhostejnost, může přispívat k narušeným sociálním interakcím. Zdrojem interpersonálních problémů osob s ADHD mohou být ale i receptivní deficity, které vedou k nesprávnému interpretování sociálních signálů, emoční dysregulace, neorganizovanost osob s ADHD a jejich neschopnost chodit včas, nebo emoční vyčerpanost z maskování příznaků ve společenském kontextu. (Friedman, a další, 2003; Ginapp, a další, 2023)

Studie zaměřená na emoční kompetence dospělých osob s ADHD (Rapport, Friedman, Tzelepis, & Van Voorhis, 2002) zjistila, že dospělí s ADHD vykazují horší výsledky ve schopnosti rozpoznávat emoce ve srovnání s dospělými bez této poruchy. Tento deficit však nebyl spojen s primárními schopnostmi rozpoznávání obličeje (tj. percepce) ani s pozornostními aspekty vnímání emocí. Výsledky studie naznačují, že dospělí s ADHD prožívají své emoce intenzivněji, což je v souladu s predikcí Barkleyho (1997) o zvýšené emoční reaktivitě spojené s poruchou inhibice reakce, a zároveň ukazují, že intenzita prožívaných emocí ovlivňuje schopnost těchto jedinců rozpoznávat emoce u druhých lidí. Zatímco, střední úroveň prožívané intenzity emoce může zlepšovat citlivost k vlastním emocím i k emocím druhých, extrémní úrovně, které byly pozorovány u osob s ADHD, mohou tuto schopnost narušovat. Omezená schopnost vnímat emocionální signály druhých a s tím spojené neadekvátní reagování na tyto signály, může negativně ovlivnit mezilidské interakce těchto lidí.

Navazující studie (Friedman, a další, 2003), která zkoumala, jak dospělí s ADHD vnímají své sociální a emoční kompetence, přišla se zjištěním, že tyto jedinci si jsou dobře vědomi svých nedostatků v mezilidských vztazích a snaží se vyhýbat porušování sociálních norem. Avšak potýkají se s obtížemi v kontrole svého chování.

K zajímavému zjištění přišla studie zkoumající dopad symptomů ADHD v každodenních zážitcích jedinců (Knouse, a další, 2007). Výsledky naznačují, že symptomy nepozornosti jsou spojeny s obecným stresem a negativním afektem bez ohledu na sociální kontext,

zatímco symptomy hyperaktivity a impulzivity nevykazují významný vliv na celkový emocionální stav, ale jsou modifikovány sociálním kontextem. Oproti převážně nepozorným jedincům, kteří pravděpodobně prožívají svět jako více stresující, ti s vyšší úrovní hyperaktivity a impulzivity vykazují pozitivní afekt ve společnosti (ale ne ve chvílích samoty) a jsou více spokojeni s vykonávanými aktivitami, a to bez ohledu na své vnímané kompetence a úroveň stresu.

Podobně i tato studie (Sacchetti & Lefler, 2014), která se soustředila na populaci vysokoškolských studentů, zjistila, že symptomy ADHD mají dopad na sociální fungování těchto jedinců. Překvapivým zjištěním studie je, že nepozornost je lepším prediktorem trvalého hněvu než hyperaktivita-impulzivita, neboť symptom nepozornosti vede k denní frustraci, která způsobuje trvalý hněv.

Je zřejmé, že dospělí s ADHD jsou konfrontováni s řadou výzev. Potýkají se s trvalým vnitřním neklidem, bývají chaotičtí a mívají potíže s organizací svých myšlenkových procesů, což má vliv na jejich každodenní fungování, i když si jsou těchto slabých míst vědomi. V důsledku deficitů v sociálním fungování se řada jedinců s ADHD může cítit osaměle a stydět se za svoje selhání. Mohou se potýkat s potížemi se sebe prezentací a prosazením se. Trvalý tlak v širším sociálním kontextu navíc může vést k dlouhodobé frustraci, pocitům nejistoty a méněcennosti a celkově k nízkému well-beingu. (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010; Masopust, Mohr, Anders, & Přikryl, 2014)

Maskování ADHD

Stigma a diskriminace mohou být potenciálními faktory narušující mezilidské vztahy osob s ADHD. Tyto negativní postoje mohou vycházet ze zažitých společenských předsudků vůči této poruše. Osoby s ADHD mohou být vystaveni jak názorům, že jsou nespolehliví a nebezpeční, tak čelí znevažování jejich diagnózy. Ze strachu ze stigmatu proto mohou osoby s ADHD svou diagnózu ostatním raději nesdělovat a příznaky maskovat – tj. v reakci na zažívané pocity odlišnosti své příznaky ADHD mohou potlačovat (Ginapp, a další, 2023)

Maskování, někdy označované jako „kamuflování“, lze vnímat jako funkční mechanismus ke zvládnání společenských rolí. Osoby se tak projevují způsobem, jako kdyby žádnou diagnózu neměly, což jim pomáhá lépe zapadnout do společnosti. Avšak maskování má i stinné stránky. Vyžaduje od jedince značné úsilí a může vést k nadměrné únavě a vyčerpání.

Zároveň může vyvolávat pocity nejistoty a zmatku ohledně vlastní identity a toho, jak je přijímán svým okolím. V nepolepšitelné řadě má tato schopnost sociální adaptace potenciál ovlivnit prezentaci příznaků ADHD do takové míry, že dojde k opoždění nebo úplnému vyhnutí diagnostikování poruchy. (Cuncic, 2022; Ginapp, a další, 2023)

3.5 Copingové strategie

Theiner (2012) udává, že dospělí s ADHD si obvykle vytvoří různé kompenzační mechanismy pro zmírnění deficitů, které jejich porucha přináší. Na jedné straně se může jednat o funkční kompenzační mechanismy, jako je sport, vedení diáře nebo meditační techniky, na straně druhé to mohou být dysfunkční kompenzační mechanismy, například opakované odkládání nepříjemných úkolů, prokrastinace, užívání marihuany, kuřáctví apod.

Studie od Susan Young (2005) si kladla za cíl posoudit, jaké copingové strategie používají dospělí s ADHD, a prozkoumat jejich vztah s kognitivními deficity a antisociálními osobnostními problémy. V porovnání s kontrolní skupinou, kterou tvořili dospělí bez diagnózy ADHD, dospělí s touto poruchou vykazovali používání neadaptivních copingových strategií, zejména konfrontační, únikové a neplánovitě řešení problémů. Když jsou tyto jedinci vystaveni stresovým situacím, mohou reagovat agresivní konfrontací nebo únikovými strategiemi, přičemž jim chybí schopnost vytvářet a dodržovat plán řešení. Výsledky studie dále naznačují, že dospělí s ADHD mohou vykazovat horší sociální fungování a mají potíže s vyhledáváním rady od ostatních, což může narušovat jejich schopnost využívat efektivního zvládnání potíží.

Překvapivým výsledkem studie bylo, že skupina s ADHD projevuje schopnost konstruktivní reakce v podobě pozitivního přehodnocení stresových situací. Tato schopnost je spojena s impulzivitou, kterou lidé s ADHD považují za růstový prvek, a který jim pomáhá čelit životním výzvám a být odolnými vůči zklamáním. Tento adaptivní aspekt ADHD se proto může projevovat jako kreativní osobnostní charakteristika.

Studie zaměřené na časovou perspektivu jedinců s ADHD (Smetáčková, Ptáček, Vňuková, & Děchtěrenko, 2023), též identifikovala několik kompenzačních strategií osob s ADHD. V situacích náročných na časové plánování někteří respondenti využívají různé formy externí strukturace, jako jsou například grafické plány a schémata – tj. postupy, které jim

pomáhají minimalizovat vnitřní napětí způsobené zahlcením úkoly. Výsledky mimo jiné ukazují, že kompenzovaní respondenti projevují vyšší míru optimismu, aktivní přístup k životu a snahu ovlivňovat průběh událostí (tj. vnitřní locus of control). Využívají pozitivních sebeinstrukcí a upírají pozornost k pozitivním zkušenostem, které přispívají nejen k dobré kompenzaci symptomů, ale také ke kladnému sebepojetí.

3.6 Životní styl

Česká studie zaměřená na životní styl u dospělých osob s ADHD (Weissenberger, a další, 2018) přinesla zajímavé poznatky o souvislosti mezi intenzitou symptomů ADHD a životním stylem těchto jedinců. Respondenti se silnou symptomatologií byli dle očekávání významně náchylnější k nezdravým životním návykům, zejména pokud jde o pravidelnost stravování, pitný a spánkový režim. Výsledky studie naznačují, že jedinci s intenzivnějšími symptomy ADHD mají tendenci k častější konzumaci hlavních jídel a sladkostí, ale méně konzumují ovoce a zeleninu. Vzorek studie zároveň potvrdil, že ADHD symptomy korelují s problémy se spánkem. Nespavost a denní únava byly statisticky relevantní výsledky zjištěné ve skupině s intenzivními symptomy. Překvapivě ale tato skupina respondentů vykazuje méně času trávení u televize. Místo toho byli oproti skupině s méně intenzivní symptomatologií více angažovaní ve fyzických aktivitách a sportu. Toto zjištění je paradoxní vzhledem k závěrům, že sport a jiné fyzické aktivity zlepšují příznaky a jsou doporučovány jako samoléčba. Respondenti s intenzivnějšími příznaky ADHD také vykazovali vyšší tendence k užívání marihuany. Autoři v závěru studie apelují na klinické lékaře, aby si všímali negativních životních návyků spojených s příznaky vysoké intenzity, neboť mohou představovat jeden z hlavních projevů poruchy v její dospělé formě.

Autoři článku (Weissenberger, a další, 2016), který se zaměřuje na vztah mezi symptomy ADHD a tzv. presentním hédonismem, což je koncept časové perspektivy spojený s okamžitým uspokojením a hledáním příjemných zážitků v přítomnosti, uvádějí, že v moderní době je pozorována tendence k zhoršování projevů ADHD v důsledku stále se zvyšujícího životního tempa, rostoucího stresu a šíření elektronických technologií. Článek pojednává o úzké souvislosti mezi ADHD a současnými orientovanými vzorci chování u dětí i dospělých, které jsou charakterizovány jako hédonistické, a které zahrnují zneužívání alkoholu a drog, závislost na elektronických médiích, špatné stravovací návyky, nutkavé

hráčství apod. O hédonistické orientaci zaměřené na přítomnost informuje také již zmíněná studie Smetáčkové a kolegů (2023) – tj. osoby s ADHD v motivačním konfliktu preferovali okamžité uspokojení přání místo chování, které je dlouhodobě prospěšnější. Tato hédonistická tendence se proto projevuje nejen sklonem k požitkářství, ale také preferováním aktuálních událostí před budoucími plány. Vysvětlením je vyšší spontaneita až impulzivita, zaměřená na přítomnost, nízká reflexivita a narušené exekutivní funkce.

Švédská studie (Björk, a další, 2018), zkoumající zdravotní stav a životní styl dospělých s ADHD, zjistila, že tyto jedinci vykazují horší celkové fyzické a duševní zdraví, včetně špatné kvality spánku a nízké životní spokojenosti. Studie ovšem neprokázala příčinnou souvislost mezi diagnózou ADHD a těmito negativními výsledky, a naznačuje, že i další faktory životního stylu, jako je nižší úroveň vzdělání či menší úspěch v pracovním životě, mohou hrát roli. Autoři proto zdůrazňují potřebu vyvinout opatření na různých úrovních, aby se podpořil životní styl a zdravotní stav těchto jedinců.

V návaznosti na předchozí odstavec, i když příznaky ADHD nelze zaměňovat s antisociálními a kriminálními projevy, výzkumy naznačují silnou souvislost mezi ADHD a rizikem zapojení se do kriminální činnosti (Masopust, Mohr, Anders, & Přikryl, 2014). Studie opakovaně potvrzují zvýšenou prevalenci ADHD mezi odsouzenými. Metanalýza 42 publikovaných studií z 15 zemí odhalila, že mezi vězni je zhruba ¼ jedinců s ADHD (Young, Moss, Sedgwick, Fridman, & Hodgkins, 2014). Tyto výsledky jen zdůrazňují potřebu systematického přístupu k léčbě.

3.7 Pozitivní aspekty ADHD

Z dosavadního popisu by se mohlo zdát, že ADHD je spojeno pouze s negativními jevy. Je důležité si uvědomit, že behaviorální charakteristiky ADHD neexistují v binární formě (normální vs. abnormální). Spíše existují v širokém spektru nebo kontinuu. To znamená, že některé projevy ADHD mohou být adaptivní a přínosné, spíše než rušivé. Dospělí s ADHD tak mohou mít silné stránky nebo schopnosti, které jim pomáhají vyrovnat se s obtížemi spojenými s touto poruchou nebo je dokonce kompenzovat. (Sedgwick & Merwood, 2019)

Studie zkoumající schopnosti dospělých s ADHD z jejich vlastní perspektivy (Sedgwick & Merwood, 2019), přinesla zjištění, že ačkoli účastníci uváděli řadu zneschopňujících

postižení v každodenním životě, popisovali také pozitivní aspekty ADHD. Tyto aspekty roztřídili autoři studie do 6 okruhů podle povahy a definujících rysů.

- I. Prvním referovaným pozitivním aspektem je *kognitivní dynamika*, zahrnující divergentní myšlení, hyperfokus, zvědavost a kreativitu. Respondenti popisovali spontánní myšlenkové procesy, zahlcení nápady a epizody intenzivního soustředění, které jsou považovány za indikátory kreativity a vedou k vyšší produktivitě. Uvedená zvědavost zas podporuje jejich touhu po učení a objevování.
- II. Dalším pozitivním aspektem je pro respondenty *odvaha*, která pro ně představuje zdroj pro překonání výzev, a to jak v oblasti osobního růstu, tak i v odolání tlakům společnosti. Dílčími tématy byla nekonformnost, vytrvalost, integrita a dobrodružnost. Ukázalo se, že otevřenost osob o své poruše ADHD v nich vyvolá pocit autenticity a upřímnosti, což přispívá k jejich integritě a vnitřní motivaci.
- III. Dále respondenti zdůrazňovali pozitivní přínosy jejich *energie* a akční kapacity. Duchovní aspekt energie byl spojen s pocitem nevázanosti a dobrodružství, zatímco psychologická složka energie spojená s jejich silnou vůlí je považována za klíčový prvek pro naplnění potenciálu. V neposlední řadě, fyzický aspekt energie je zdrojem mnoha výhod, včetně pocitu mládí.
- IV. Jako další pozitivní aspekt respondenti uváděli *humanitu*, která přispívá k jejich sociálními úspěchu a celkovému pocitu naplnění. Je spojena s jejich schopností relativně snadno navazovat sociální interakce a se sklonem k humoru, který je v jejich životě eminentní.
- V. *Resilience* jako páté hlavní téma vypovídá o strategiích, které účastníci používají ke zvládnutí svého ADHD, a díky kterým prosperují i za nepříznivých okolností. Jedná se o samoregulační strategie, které zahrnují kontrolu nad myšlenkami a emocemi, a sublimaci, která přeměňuje potlačené touhy do produktivních aktivity.
- VI. Posledním klíčovým tématem je *transcendence*, charakteristická oceněním krásy a dokonalosti, které je spojena s procesem vnímání talentu a krásy v prostředí a souvisejících pocitů úžasu a obdivu.

3.8 Sebepojetí

V odborné literatuře panuje shoda na tom, že lidé s ADHD jsou v důsledku své poruchy často vystaveni mnoha negativním životním zkušenostem, neúspěchům, kritizování i odmítání sociálním okolím, což má negativní vliv na utváření jejich sebepojetí. Přestože narušené sebepojetí není v diagnostických manuálech uvedeno jako symptom, je u osob s ADHD velmi často pozorované. Objevuje se negativní přesvědčení o sobě a svých vlastních kompetencích, a tento negativní pohled na sebe je dále podporován maladaptivními strategiemi, jako je vyhýbání se a prokrastinace. Není tak překvapením, že u lidí s ADHD bývá často zjištěno, že mají snížené sebevědomí a nízkou vlastní účinnost. (Goetz & Uhlíková, 2009; Jucovičová & Žáčková, 2017; Newark, Elsässer, & Stieglitz, 2012; Young & Bramham, 2007)

Život s celoživotním handicapem jako je porucha ADHD proto vyžaduje nezbytnou změnu pohledu od zaměření na nedostatky k identifikaci a využití svých silných stránek. Důkazy o silných stránkách, které byly představeny v předchozí kapitole, jsou klíčové, protože mohou sloužit jako prostředek ke kompenzaci deficitů a potíží spojených s poruchou. Uvědoměním si svých silných stránek a schopností může jedinci s ADHD pomoci s jejich aplikováním v každodenním životě a získáním pozitivních zkušeností. Z psychoterapeutické perspektivy je proto nezbytné vyvinout moduly zaměřené na identifikaci a posílení těchto zdrojů. S jejich uznáním a využitím lze prolomit začarovaný kruh negativního hodnocení a posílit tak u osob s ADHD sebevědomí, víru v sebe a ve vlastní schopnosti. (Newark, Elsässer, & Stieglitz, 2012; Sedgwick & Merwood, 2019; Young & Bramham, 2007)

Praktická část

4 Výzkumný problém

Problematika ADHD je ve společnosti poměrně známá a ačkoli stále převažuje počet publikací, studií a jiných odborných prací se zájmem o ADHD v dětství, do centra pozornosti se dostává i problematika ADHD v dospělosti – tj. vnímání ADHD jako výhradně „dětské nemoci“, ze které dítě vyroste, se našťastí zdá být překonané. Díky tomu již existuje značné množství informací o tom, jak ADHD ovlivňuje životy dospělých. Nicméně, původní chápání ADHD jakožto dětské nemoci vedl odbornou veřejnost k zaměření pozornosti na vzdělávání žáků s ADHD zejména na základních, případně středních školách. Vzhledem k poznání, že ADHD je poruchou, která přetrvává v individuálním klinickém obrazu do dospělosti, je nezbytné zabývat se i dalším stupněm vzdělávání, jako je vysokoškolské studium. To je oblast, která zůstává v kontextu osob s ADHD relativně neprobádaná. Přestože existuje značné množství literatury týkající se ADHD v dětském věku a jeho dopadu na vzdělávání, méně je známo o zkušenostech dospělých jedinců se studiem na vysokých školách, které se značně liší od základního a středního vzdělání, jak po stránce akademických nároků, tak i životního stylu.

Porucha ADHD nemusí být v dětství identifikována z různých důvodů, například kvůli přidruženým, komorbidním onemocněním nebo díky příznivým osobním či environmentálním podmínkám. Dospělí s neidentifikovaným ADHD se proto na pomoc odborníka mohou obrátit v obdobích životních změn, což může představovat i začátek vysokoškolského studia, kdy se mohou projevit funkční obtíže, které již překračují dosavadní kompenzační strategie. V posledních letech se odborníci na tuto skutečnost snaží reagovat a lze zaznamenat vznik pracovišť orientovaných na diagnostiku ADHD v dospělém věku. O této skupině jedinců s diagnostikovanou poruchou ADHD až v dospělém věku je ale zatím známo velice málo. Ještě méně probádaným polem je pak skupina jedinců, kteří jsou nositeli ADHD na základě tzv. sebediagnostikování. Tento pozorovaný trend sebediagnostikování, podporovaný informacemi dostupnými online, představuje novou výzvu v oblasti diagnostiky a porozumění ADHD u dospělých. Specifické zkušenosti s přijetím diagnózy ADHD obou těchto skupin jedinců, včetně jejich potřeb v oblasti vysokoškolského studia, jsou problematikou, na kterou se bude tato práce zaměřovat.

5 Výzkumný cíl a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je zmapovat zkušenost vysokoškolských studentů, kteří jsou nositeli ADHD od svých dospělých let, a to buď na základě odborného posouzení, nebo sebediagnostikování. Dílčím cílem je také zaznamenat proces, jak studenti dospěli k diagnóze ADHD, jak ji přijali a zda a jakým způsobem se jejich přístup ke studiu a studijní zkušenosti proměnily po jejím osvojení¹. Práce se bude zabývat též srovnáním zkušeností s vysokoškolským studiem a zkušenostmi na předchozích stupních vzdělání (ZŠ, SŠ). Zvláštní pozornost bude věnována vysokoškolskému studiu, které se významně liší od nižších stupňů vzdělání, a to jak po stránce akademické, tak v životním stylu. Bude zkoumáno, jak studenti zvládají akademické nároky, včetně režimu během semestru a zkouškového období, a jaké strategie a formy podpory využívají k překonávání obtíží spojených s ADHD. Dále se diplomová práce zaměří na pozitivní aspekty ADHD ve vysokoškolském prostředí. Bude se snažit identifikovat faktory, které studentům s ADHD pomáhají v jejich akademickém úspěchu a při vyrovnání se s nároky, které na ně studium klade, a porovnat je s těmi, které studium znesnadňují. Tímto způsobem práce přispěje k hlubšímu porozumění potřebám vysokoškolských studentů s ADHD.

5.1 Výzkumné otázky

V této subkapitole jsou stanoveny výzkumné otázky, které jsou formulovány na základě výzkumných cílů diplomové práce. Vzhledem k tomu, že práce se zaměřuje na porozumění tomu, jaká je zkušenost vysokoškolských studentů, kteří jsou od dospělého věku nositelem diagnózy ADHD, byly otázky formulovány tak, aby pomohly tuto problematiku prozkoumat.

VO1: Jak respondenti dospěli k osvojení diagnózy ADHD?

VO2: Jak se změnil přístup ke studiu a akademické zkušenosti studentů po osvojení diagnózy ADHD?

VO3: Jak se liší zkušenosti studentů s ADHD na vysoké škole od zkušeností na nižších stupních vzdělání?

¹ Termín „osvojení“ používám záměrně, aby zahrnoval jedince s oficiální diagnózou ADHD i ty, kteří si tuto diagnózu sebediagnostikovali. Tento termín uznává různé způsoby identifikace a přijetí diagnózy ADHD.

VO4: Jak studenti zvládají akademické nároky, včetně režimu během semestru a zkuškového období, a jaké strategie a formy podpory využívají k překonávání obtíží spojených s touto poruchou?

VO5: Jaké pozitivní aspekty může ADHD přinášet do vysokoškolského prostředí a jaké aspekty naopak znesnadňují studium?

VO6: Co by studenti potřebovali, aby lépe zvládali studium na vysoké škole?

VO7: Jakou mají studenti představu o své budoucí profesi?

6 Výzkumný design

K dosažení stanovených cílů jsem zvolila kvalitativní výzkumný design, který, jak uvádí Hendl (2008), nabízí několik výhod, zejména pak získání hloubkového popisu případů, který nezůstává na povrchu, ale umožňuje podrobnou komparaci případů, sledování jejich vývoje a zkoumání příslušných procesů. Tento přístup je obzvláště užitečný při počáteční exploraci fenoménů, neboť umožňuje objevování nových skutečností. V mém výzkumném zájmu není ověřovat předem stanovenou představu, ale dále zkoumat a objevovat, což činí kvalitativní přístup adekvátní volbou pro hlubší pochopení nastíněné problematiky. Shromážděním individuálních životních zkušeností a pohledů jednotlivých respondentů mi tento přístup, na rozdíl od kvantitativního přístupu, umožní zachytit holistický komplexní obraz.

6.1 Výzkumná metoda

V této subkapitole bude zdůvodněn výběr interpretativní fenomenologické analýzy (IPA) jakožto metodologický přístup pro tento výzkumný projekt.

Interpretativní fenomenologická analýza (IPA) je kvalitativní výzkumný přístup zaměřený na hluboké porozumění žité zkušenosti jednotlivců. Umožňuje výzkumníkům prozkoumat, jak lidé dávají význam svým zážitkům, a poskytuje více prostoru pro kreativitu a svobodu ve výzkumném procesu než jiné kvalitativní přístupy. IPA je vhodná perspektiva pro interpretaci kvalitativních dat, pokud je cílem popsat a interpretovat způsob, jakým jednotlivci přisuzují význam svým zkušenostem (Kostínková & Čermák, 2013). Tento přístup je obzvláště vhodný pro výzkum, který se zaměřuje na komplexní a osobní

fenomény, a z toho důvodu považují IPA za vhodnou pro detailní vhled do individuálních perspektiv a subjektivních významů, které se týkají ADHD ve vysokoškolském prostředí.

Při zkoumání zkušeností vysokoškolských studentů s ADHD je nezbytné pochopit, jak tito jedinci vnímají a interpretují svou diagnózu a její vliv na jejich akademický život. IPA nám umožňuje nahlédnout do subjektivních perspektiv studentů, což je klíčové pro porozumění jejich individuálním příběhům a zkušenostem. Díky schopnosti zachytit nuance a složitosti osobních zkušeností nám IPA umožňuje získat detailní vhled do potřeb a výzev, kterým tito studenti čelí, a tím přispívá k dosažení cílů výzkumu a odpovědím na otázky zaměřené na jejich akademické zkušenosti a strategie zvládnání. Výsledkem je získání cenných informací, které mohou vést k efektivnějším podpurným strategiím a opatřením ve vysokoškolském prostředí pro studenty s ADHD.

Svoji teoretickou pozici IPA zakotvuje ve třech zdrojích: fenomenologii, hermeneutice a idiografickém přístupu. Fenomenologický zdroj spočívá v hledání individuální, a tudíž jedinečné zkušenosti u konkrétního člověka, a zkoumání toho, jak je zakoušena. Hermeneutika pak propojuje fenomenologii s interpretací, což znamená, že výzkumník nejen prozkoumává zkušenost konkrétního člověka z jeho perspektivy, ale zároveň si je vědom své vlastní zkušenosti a pohledu na svět, které ovlivňují jeho interpretaci. Výzkumníkovy prekoncepce a jeho reflexe nejsou tak vnímány jako něco, co by mělo být eliminováno. Slouží k tomu, aby si výzkumník uvědomil svoji interpretativní roli. IPA pracuje s tzv. hermeneutickým kruhem, kdy se respondent snaží porozumět své zkušenosti s daným fenoménem a výzkumník se snaží pochopit, jakým způsobem k tomuto porozumění respondent dospívá. Výzkumníková porozumění respondentově zkušenosti proto musí být postavené na interpretaci. Třetím zdrojem IPA je idiografický přístup, který vychází z detailního zkoumání jedinečné zkušenosti a jejího porozumění u konkrétního respondenta. V centru zájmu je tedy v první řadě každý respondent zvlášť. Až po detailním prozkoumání jednoho případu výzkumník přechází k analýze dalšího. (Fade, 2004; Kostínková & Čermák, 2013; Smith, Flowers, & Larkin, 2009)

6.2 Vymezení výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl stanoven na základě záměrného výběru. Bylo tak stanoveno s ohledem na klíčový požadavek metody IPA, který spočívá v tom, že respondenti by měli

dobře reprezentovat fenomén, který se ve výzkumné práci sleduje. Zásadou této metody, kterou se bude výzkum řídit, je homogenita výzkumného vzorku (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Vzhledem k fenomenologickému zdroji, který se zaměřuje na detailní analýzu zkušeností, se IPA výzkum soustředí především na menší počet respondentů, kteří odpovídají výše zmíněným kritériím (Larkin, Watts, & Clifton, 2006). Tento výzkum se řídí doporučeným vzorkem o 3-6 respondentech pro diplomové práce, který umožňuje nejen detailní analýzu každého případu, ale též poskytuje prostor pro realizaci detailní analýzy podobností a rozdílů mezi jednotlivými případy (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Výběr respondentů do výzkumného vzorku této práce byl původně založen na dvou hlavních kritériích: studium na vysoké škole a osvojení ADHD v dospělém věku, ať už na základě přidělení diagnózy odborníkem nebo sebediagnostikováním se. Vzorek byl zajištěn homogenními vlastnostmi, jako je studium na vysoké škole, přibližně stejný věk (23-32 let) a osvojení ADHD v dospělosti. Během procesu hledání respondentů, kdy jsem nejdříve oslovila o pomoc své známé, došlo ke zúžení zaměření na studenty psychologie. Ačkoli to nebylo původním záměrem, účast existujících respondentů a jejich doporučení dalších možných respondentů, kteří splňují stanovená kritéria, nakonec přispěla k větší homogenitě výzkumného souboru. Studenti psychologie kromě výše uvedených homogenních vlastností sdílí i podobné akademické nároky, což umožňuje srovnávat jejich zkušenosti v rámci podobného kontextu. Po specifikaci výzkumného vzorku byl doplněn polostrukturovaný rozhovor o další nosné téma „reflexe budoucí profese“ (viz příloha 1), které umožňuje porozumět očekáváním studentů psychologie ohledně jejich kariéry a vlivu ADHD na ni.

Tabulka 1 – Základní informace o respondentech

Respondent	ADHD	Věk	Ročník studia
Eliška	Sebediagnostikované	28 let	2. ročník NMgr.
Jasmína	Sebediagnostikované	23 let	1. ročník NMgr.
Vanda	Diagnostikované	32 let	4. ročník Bc.
Klára	Diagnostikované	26 let	1. ročník NMgr.

6.3 Metoda sběru dat

Z množství metod, jež kvalitativní výzkum nabízí, byl pro účely této práce využit polostrukturovaný rozhovor, který je jedním z typů hloubkových rozhovorů. Tento přístup využívá předem připravená nosná témata a otázky (viz příloha 1), které jsou odvozeny z výzkumných otázek a cílů (Švaříček & Šed'ová, 2007). Připravená nosná témata sloužila jako vodítko pro formulaci otázek a jejich pořadí bylo flexibilně přizpůsobováno výpovědím respondentů. Rozhovor neprobíhal striktně podle předem stanovených bodů, ale řídil se především tím, jak jednotlivá témata otevírali sami respondenti. Tato forma umožňovala reagovat na aktuální výpovědi respondentů a doptávat se na informace, které nebyly zahrnuty v původní struktuře. Bylo tím umožněno rozvíjet nové otázky a obohacovat rozhovor.

Polostrukturovaný rozhovor je zároveň nejčastěji používanou metodou sběru dat v IPA, neboť umožňuje získat bohatý a detailní popis zkušeností respondentů z jejich vlastní perspektivy. Respondentům umožňuje volně hovořit o tématu, reflektovat své postoje a rozvíjet své myšlenky a výzkumníkovi poskytuje prostor pro sledování vynořujících se témat v rozhovoru a přizpůsobovat jim své otázky (Smith, 2004). Obecně se předpokládá, že rozhovor začne tím, co výzkumník považuje za důležité, a postupně se zaměří na nové vynořující skutečnosti, které se objeví během rozhovoru, a které jsou relevantní pro výzkumnou otázku. (Smith, Flowers, & Larkin, 2009)

Sběr dat probíhal v měsíci červen. Rozhovory byly zprostředkovány jak osobním setkáním výzkumníka s respondentem, tak prostřednictvím online platformy Google Meet, a to v případech, kdy nebylo možné se s různými důvody sejít osobně. Průběhy rozhovorů byly nahrávány na diktafon, s čímž byli všichni respondenti předem seznámeni. Délka rozhovorů se průměrně pohybovala kolem 80 minut.

6.4 Metoda zpracování a analýza dat

Po sběru dat následoval další krok spočívající v převedení zvukového záznamu do textové podoby, která byla anonymizována. Pro zachování autentičnosti byla transkripce doslovná – tj. byla zachována nespisovná čeština a jazykové obraty respondentů. Přepisy rozhovorů poté byly využity jako výchozí materiál k analýze dat.

Při analýze dat se výzkum řídil doporučeným postupem Smithe a kolegů (2009), kterým lze identifikovat témata, jež odhalují, jak daný fenomén vypadá u konkrétní skupiny lidí. Před tím, než výzkumník přistoupí k samotné analýze, je úlohou **výzkumníka reflektovat svůj vztah k tématu**, včetně vlastní motivace a představ o tématu. Tato reflexe je popsána v kapitole 6.6 a pomáhá pochopit interpretativní roli, což zajišťuje efektivní práci s daty a validitu analýzy. První krok samotné analýzy spočíval v **opakovaném čtení získaných dat**, jehož cílem je výzkumníkovo zaujetí pro analyzovaný případ. V druhém kroku se výzkumník věnuje nejdetailejší části analýzy, kdy si poznamenává **počáteční poznámky a komentáře** vztahující se k výpovědím respondenta. V této fázi bylo využito třech doporučených komentářů, a tj. komentáře deskriptivní, lingvistické a konceptuální. Dále následovala fáze **tvorby výstižných témat** vztahujících se k respondentově zkušenosti. V této fázi již respondent není v centru zájmu, nýbrž sám výzkumník, který data organizuje a interpretuje. Jednotlivá témata byla vypsána na papír včetně stránek a částí, které se k tématu vztahují, s ohledem na budoucí zařazování citací. Čtvrtá fáze pak představuje **hledání souvislostí napříč tématy**. Došlo-li k propojení témat, dostala nadřazený název. Témata, která neodpovídala záměrům práce, ani neosvětlovala zkušenost respondenta s fenoménem, byla vyškrtána. Vzniklý soupis témat následně posloužil jako podklad pro **sepsání přehledu hlavních témat konkrétního respondenta**, který představuje jeho osobní zkušenost s daným fenoménem. Po zhotovení přehledu se pokračovalo **analýzou dalšího případu** a výše zmíněné fáze analýzy byly zopakovány. Poslední krok spočíval v **propojování analýz jednotlivých respondentů**, během kterého byly hledány souvislosti nebo rozdíly, které se mezi respondenty nachází.

6.4.1 Ilustrace procesu analýzy dat na příkladu

Úvodní komentáře

Po několika čteních celého textu jsem na levý okraj stran výtisku přepisu začala dělat výtah klíčových slov a souvisejících komentářů, které mě u toho napadaly. Ke komentářům jsem si vždy zapsala číslo strany a řádek, ke kterému se komentář vztahuje (př. strana 7, řádek 16 = 7.16). Řídila jsem se doporučením autorů Smithe a kolegů (2009) a komentáře si barevně odlišovala. Deskriptivní komentáře v následující ukázce uvádím běžným řezem písma, lingvistické komentáře kurzívou a konceptuální malými kapitálkami.

Tabulka 2 – Krátká ukázka rozhovoru s Eliškou s úvodními komentáři

Surová data přepisu rozhovoru	Úvodní komentáře
R: Já jsem taková hodně soutěživá jo, že je pro mě důležitý mít pocit, že se mi ty věci dařej a ideálně se mi dařej třeba líp než někomu vedle mě. A nemyslím to špatně oproti tomu druhému. (7.16)	Soutěživost – touha po úspěchu SOUTĚŽIVOST JAKO HNACÍ MOTOR? <i>Nemyslí to špatně vůči druhému – soutěživost není založena na nepřátelství</i>
R: Myslím si, že to zase souvisí jako s nějakou vlastní nejistotou, a že potřebuji získávat z vnějšku hodně jako ujištění, že mi něco jde nebo že nejsem hloupá. (7.18)	Potřeba ujištění, která souvisí s nejistotou <i>Něco mi jde a nejsem hloupá</i> Potřeba pozitivního sebeobrazu?
R: A v tomhleto se pro mě ta škola stala jako nástrojem jaksi, i když to není ideální jo, že tady to ujištění můžu získávat, což je poprvé, co jsem v rámci jako nějakýho akademickýho a studijního světa, tohleto u sebe našla. A stalo se to jako nějakým docela výrazným zdrojem. (7.20)	Vysoká škola je nástrojem pro ujištění <i>Vysoká škola je výrazným zdrojem</i> Zdroj ve formě ujištění – podporuje „dobrý“ sebeobraz
R: Takže myslím si, že tohleto je jako věc, která mě v průběhu toho studia hodně nakopávala k tomu, abych ty věci prostě dotahovala, i když to pro mě není jednoduchý. (7.22)	<i>Nakopávala mě – zisk energie k úkolům</i> VŠ JAKO ZDROJ I VE FORMĚ MOTIVACE Potíže s dokončováním věcí / povinností

Vynořující se témata

Při budování témat jsem vycházela z komentářů na okraji stránek, které jsem si pro přehlednost přepsala zvlášť na papír. Tento přístup mi umožnil pracovat s redukováným objemem vstupních dat. K původnímu přepisu rozhovoru jsem se vracela jen v případě, kdy bylo potřeba lépe pochopit podstatu konkrétního komentáře, anebo doplnit popis tématu citací. Názvy vynořujících se témat jsem zapisovala na pravý okraj papíru vedle komentáře.

Tabulka 3 – Ukázka procesu redukování komentářů na hlavní témata

Úvodní komentáře	Vynořující se témata
Potíže s dokončováním věcí / povinností <i>Vysoká škola je výrazným zdrojem</i> První krok je ústřední – motivuje	Plnění povinností a organizační výzvy Zdroje motivace a charakter úspěchu
Puberta – výkyvy, náročné období Snaha pochopit, v čem je problém Sebetestování <i>Je se mnou něco špatně</i>	Období nestability a hledání se
Obraz ADHD u žen je jiný <i>Impulzivita v dobrém slova smyslu</i> Projevy ADHD, které jsou ceněny ostatními	ADHD jako spektrum

6.5 Etika výzkumu

Při realizaci výzkumu byla důkladně dodržována etická pravidla kvalitativního výzkumu. Před samotným rozhovorem byli respondenti seznámeni s informovaným souhlasem (viz příloha 2), který jim byl předem zaslán. Respondenti byli důkladně informováni o účelu výzkumu, jeho cílech, diskutovaných tématech a způsobu nakládání se získanými daty. Byli také seznámeni se svým právem nezodpovídat otázky, na které se necítí nebo o kterých nechtějí mluvit, a o možnosti kdykoliv přerušit nebo ukončit rozhovor. Jakékoli osobní informace respondentů, případně blízkých osob, které byly v rozhovoru zmíněny, a další informace, které by mohly respondenty spojit s výzkumem, byly změněny za účelem zajištění úplné anonymity. Pro zachování anonymity též nebyla uvedena fakulta ani univerzita, na které respondent studuje, pouze ročník jeho studia. Zvláštní pozornost byla věnována zabezpečení dat. Zvukové záznamy z rozhovorů a jejich přepisy byly pečlivě uloženy a nebyly sdíleny s třetími stranami. Data byla použita výhradně pro potřeby diplomové práce a po ukončení výzkumu byla smazána.

6.6 Reflexe výzkumníka

Součástí interpretativní fenomenologické analýzy je také sebereflexe výzkumníka. V této subkapitole jsem proto reflektovala svou motivaci a vztah k výzkumu, včetně mých představ o zkoumaném tématu a úvah ohledně skupiny respondentů, konkrétně studentů psychologie.

Již v bakalářské práci jsem se věnovala problematice ADHD, a to u žáků na druhém stupni základní školy. Téma jsem zvolila záměrně na základě své osobní zkušenosti z dětských táborů, kde jsem působila jako vedoucí, a kde jsem se setkávala s nejistou reakcí ostatních vedoucích, pokud zjistili, že mají v oddíle dítě s ADHD. Tuto problematiku jsem zasadila do školního prostředí se zaměřením na percepci učitele žáků s ADHD. Tématem mé bakalářské práce bylo „Žák s ADHD na druhém stupni ZŠ z pohledu učitele“. Práce se zaměřovala na druhý stupeň, kde by učitelé mohli mylně předpokládat, že ADHD již nepředstavuje překážku, vzhledem k dlouhotrvajícímu vnímání ADHD jako dětské poruchy, jejíž příznaky s věkem ustupují.

Během rešerše odborných zdrojů se můj zájem o poruchu ADHD prohloubil. Zaujal mě historický vývoj konceptu ADHD spolu s vývojem diagnostických kritérií, který byl zpočátku zaměřen především na chlapce, kdy klíčovým indikátorem byla hyperaktivita. V

důsledku toho byly dívky často přehlíženy, protože nevykazovaly typické rušivé chování. S postupným přechodem od pojetí ADHD jako výlučně dětské nemoci k chápání ADHD jako celoživotní záležitosti se do popředí začala dostávat i témata týkající se života dospělých s ADHD. To zahrnuje i problematiku jedinců diagnostikovaných až v dospělosti, kteří mohli z různých důvodů uniknout diagnóze ADHD v dětství a teprve v dospělosti se setkali s formální diagnózou. Shodou okolností byla v době psaní mé bakalářské práce jedna z mých blízkých osob v dospělém věku s ADHD diagnostikována, což jen navýšilo můj zájem o tuto problematiku a inspirovalo mě to k tomu, abych se ve své diplomové práci zaměřila na jedince, kteří byli diagnostikováni v dospělosti.

Důvodem pro zahrnutí respondentů, kteří si osvojili ADHD na základě sebediagnostikování, je reakce na tento trend, který jsem stručně popsala v teoretické části práce. Tento trend je často podporovaný komunitami na sociálních sítích, kde lidé sdílí symptomy, jež nasvědčují tomu, že jedinec má ADHD. Zajímalo mě, co k tomu respondenty vede a co jim to přináší. Domnívám se, že se jedná o jakýsi krok sebepoznání, který může mít různé motivace, včetně snahy porozumět vlastním potížím, hledání podpory, nebo překlenutí nedostupnosti odborné diagnostiky. S ohledem na mou skupinu respondentů, kterými jsou studenti psychologie, mě zajímá, zda jejich sebediagnostikování nebylo ovlivněno akademickým prostředím. Předpokládám, že studenti psychologie, kteří mohou díky svému akademickému zázemí mít hlubší porozumění aspektům ADHD a psychologické diagnostice, mohou být vůči trendům na sociálních sítích odolnější. Jejich předpokládaná diagnóza ADHD tak může mít větší opodstatnění a může být podložena jejich odbornými znalostmi a zkušenostmi.

Zároveň se domnívám, že studenti psychologie mohou dobře reflektovat své zkušenosti a výzvy spojené s ADHD v kontextu vysokoškolského studia. Díky svému odbornému vhledu mohou přinést bohatší a detailnější data, včetně vyvinutých specifických strategií pro zvládání příznaků ADHD. Jejich zkušenosti tak mohou nabídnout unikátní osobní i profesionální pohledy na efektivní způsoby zvládání ADHD na vysoké škole. Tím se mohou jejich příspěvky stát cenným zdrojem informací pro rozvoj podpory studentů s ADHD v univerzitním prostředí.

7 Výsledky

V této kapitole jsou prezentovány výsledky analýzy. První část se zaměřuje na klíčová témata, která se vynořují z individuálních zkušeností respondentek. Druhá část pak ilustruje interpretaci souboru témat vyplývajících ze všech výzkumných rozhovorů.

7.1 Analýzy jednotlivých rozhovorů

7.1.1 Výsledky IPA rozhovoru s Eliškou

Výsledkem IPA rozhovoru s Eliškou je přehled vynořujících se témat uvedených v seznamu, který se skládá z 5 hlavních témat a 12 podřazených. Po seznamu, který byl vytvořen pomocí SmartArt funkce, následují popisy jednotlivých témat doplněných o výpovědi respondentky. Výpovědi respondentů jsou citovány způsobem: např. (E2.8), kde „E“ značí anonymizované jméno respondentky a 2.8 značí, že se výpověď je v transkripci na druhé straně, osmý řádek.

Vztah k povinnostem a motivace (M = motivace)

- 1.M. Plnění povinností a organizační výzvy
- 2.M. Zdroje motivace a charakter úspěchu

Touha po porozumění sobě samé (P = porozumění)

- 1.P. Období nestability a hledání se
- 2.P. První zkušenost s psychiatrickým systémem a hledání opory

Proces identifikace s ADHD (I = identifikace)

- 1.I. Podněty vedoucí k uvažování o ADHD
- 2.I. Podstoupení diagnostiky ADHD
- 3.I. Osvojení ADHD a s ním související změny

Percepce ADHD (A = ADHD)

- 1.A. Subjektivní rovina respondentky
- 2.A. ADHD jako spektrum
- 3.A. Vize a dopad ADHD na profesi

Zdroje podpory (Z = zdroje)

- 1.Z. Aktuální zdroje
- 2.Z. Anticipační zdroje

1. Popis tématu – Vztah k povinnostem a motivace

1.M. Plnění povinností a organizační výzvy

Eliška popisuje svůj vztah k plnění povinností a organizačním úkolům jako komplexní a často problematický. Zmiňuje, že i u kreativních úkolů, které by ji bavily, pociťuje silný odpor, jakmile se z nich stanou povinnosti. Tento odpor ji vedl k osobní krizi, kdy musela

přemýšlet nad směrem svého života. Tato krize nakonec vyústila v podání přihlášky na vysokou školu a ke studiu psychologie, ke které si našla vztah během studia na umělecké VOŠ. Na vysoké škole zažívala problémy s organizovaností. Docházka včas a plnění malých úkolů, jako je napsání emailu nebo kontrola rozvrhu, bylo v pro ni v průběhu školního roku kolikrát nespílitelný. Tyto problémy připomínaly potíže, které zažívala již na základní škole, a které pro ni byly frustrující. Tamní učitelé, kteří si všímali její šikovnosti a intelektu, nerozuměli tomu, proč tyto potíže má. Na střední škole umělecké, kdy byl režim rozvolněnější, se jí dařilo lépe, což naznačuje, že prostředí mělo vliv na její pohodu a efektivitu. Na vysoké škole pak Eliška pociťovala vnitřní stres spojený s obavou, že bude zaostávat a ostatní si budou myslet, že není dost dobrá. Tento stres však pro ni byl i pohnutkou k rychlému odškrtávání povinností. Když se ale úkolů nahromadí příliš mnoho, cítí se zahlcená a má pocit, že nic není dokončeno správně. „*Cítila jsem vlastně takovou jako nechut' a demotivovanost cokoliv dělat, což je zajímavý, že se ale netýkalo školy,*“ (E9.32). Studium psychologie pro ni přesto zůstávalo důležitým a radostným aspektem života. V profesním životě se Eliška potýká s udržením pořádku v administrativních věcech. I když si je vědoma důležitosti pořádku v práci, jsou pro ni organizační úkoly zvlášť obtížné, a je proto nucena jim věnovat zvýšenou pozornost. Celkově je Elišky vztah k povinnostem a organizačním výzvám ovlivněn jejím ADHD, a proto stále hledá strategie k jejich zvládnutí.

2.M. Zdroje motivace a charakter úspěchu

Eliška během studia na vysoké škole zaznamenala zásadní změnu, když zjistila, že se dokáže efektivně učit, což pro ni dříve představovalo značný problém. „*S nově získanou motivací, kterou jsem měla směrem k psychologii, tak jsem byla schopná ty svoje síly zmobilizovat a zjistila jsem, že jsem schopná, když opravdu hodně chci, tu energii a tu pozornost do toho investovat,*“ (E5.33). Když má Eliška silný zájem, dokáže svou pozornost soustředit, což nazývá jako „hyperfokus“. Vysoká škola se pro ni stala zdrojem motivace a pomohla jí zvládat i organizační deficity. Přišla k uvědomění, že překonání prvního kroku, jako zapsání se na zkoušky nebo dojednání stáží, je pro ni klíčové. Zvládnutí těchto úkonů ji dodává jistotu, že se jí podaří zvládnout celý den nebo konkrétní činnost. Když se jí tedy něco povedlo, byť i zdánlivě malé kroky, byla to pro ni motivace pokračovat dál. Jako motivující faktor pro Elišku lze vnímat i její soutěživost. Zdůrazňuje, že pro ni má velký význam, když

se jí věci daří, a ideálně lépe než ostatním, i když to není způsobeno zlými úmysly vůči nim. Podle Elišky její soutěživost pramení spíše z její vlastní nejistoty a potřeby získávat zvnějšku ujištění, že je schopná. Za svá studijní léta se právě až vysoká škola pro Elišku stala nástrojem k tomuto ujištění, který přispívá k formování jejího pozitivního sebeobrazu.

2. Popis tématu – Touha po porozumění sobě samé

1.P. Období nestability a hledání se

Eliščino dospívání bylo poznamenáno výraznými výkyvy v jejím životě a neustálým hledáním zdroje svých potíží. „*Už vlastně od puberty jsem měla hodně takový náročnější etapy života, který se střídaly s nějakými klidnějšími a s nějakými divokými, kdy mi nebylo ani úplně dobře,*“ (E2.13). V této turbulentní fázi života zažívala pocit, že s ní není něco v pořádku a tápala po tom, co se jí děje a proč. Subjektivní pocit nejistoty ji vedl ke snaze pochopit, v čem je problém, a proto často trávila večerní hodiny sebetestováním pomocí různých online psychologických testů. Během studia na umělecké VOŠ Eliška v reakci na osobní krizi, zmíněné v subtématu 1.M., začala intenzivněji projevovat zájem o filozofii a psychologii. Čtení těchto knih, včetně děl Ericha Fromma, se nejenže stalo impulsem k rozhodnutí studovat psychologii, ale také reflektovalo její snahu o porozumění sebe samé.

2.P. První zkušenost s psychiatrickým systémem a hledání opory

Jako mladá žena se Eliška vdala, což vnímá zpětně jako neuvážené rozhodnutí, neboť vztah s partnerem byl nezralý. V té době se jí psychicky přitížilo a její krizové období vyvrcholilo jednodenní hospitalizací na psychiatrii v jejích jednadvaceti letech. Jednalo se o její první zkušenost s psychiatrickým systémem, na kterou Eliška nemá dobrou vzpomínku. Zmiňuje, že během hospitalizace byla podrobena různým testům a po jediném rozhovoru s psychiatrem na oddělení jí bylo sděleno, že má zřejmě hraniční poruchu osobnosti, a že se ještě setkají. Tato neprofesionální konfrontace Elišku velice zasáhla. Následně vyhledala pomoc psychiatricky, ke které dochází dodnes, a která hraniční poruchu osobnosti vyvrátila. Tato zkušenost představuje jednu z dalších Eliščiných pohnutek ke hledání porozumění své vlastní situaci, a tentokrát ve spolupráci s odborníky. Jak sama uvedla: „*Už někdy v těch jednadvaceti jsem se nějak jako setkala s tím systémem psychiatrickým a s psychology, kdy*

se nějak jako už intenzivně řešilo to, že něco asi není vždycky úplně v pořádku u mě a že ne vždycky se dokážu jako s některými situacemi vhodně vypořádat,“ (E2.34).

3. Popis tématu – Proces identifikace s ADHD

1.I. Podněty vedoucí k uvažování o ADHD

Eliška udává, že k úvahám o možnosti mít ADHD docházela postupně. Jedním ze zdrojů těchto úvah byly její pocity jinakosti. Svou odlišnost od ostatních vnímala především na základní škole. Zde pociťovala, že je vystavena tlaku způsobenému jasnými normami pro všechny žáky, které podle ní vedou k tomu, že odlišnosti u dětí mnohem více vystupují. Na střední škole umělecké se tyto pociťované rozdíly staly méně markantní. *„Najednou jsem od toho měla docela pokoj a už jsem si nepřipadala tak divná,*“ (E5.30). Na vysoké škole opět začala tyto nepříjemné pocity zažívat, když sebe samou vystavovala srovnávání se se spolužáky a často si kladla otázku, zda je stejně kompetentní jako oni.

Co se týče samotné diagnózy ADHD, poprvé se s ní střetla u svého bratra, který ji obdržel v dětství. Projevy jeho ADHD Eliška popisuje jako výrazné. Ve srovnání s ní jeho chování přitahovalo hodně pozornosti, a proto Eliška do svých dospělých let ani nepřemýšlela nad tím, že by ADHD mohla mít taky. *„Vedle něho vlastně moc ADHD nemá nikdo,*“ (E3.3). Nicméně, ADHD jejího bratra podnítilo již tenkrát Elišku k dozvědění se o ADHD více. Ještě před studiem psychologie se zároveň začala setkávat s názorem ostatních lidí, že má ADHD, přičemž se jednalo o lidi, kteří jejího bratra neznají. Eliška na základě svého pátrání došla k poznatku, že ADHD se u žen může projevovat jinak, a při nástupu na vysokou školu začala již aktivně přicházet na to, že by se jí ADHD mohlo týkat také. Samotné studium psychologie tak sehrálo klíčovou roli v kontextu přemýšlení o ADHD, a to díky teoretickému zaměření oboru a poznatkům z praxe. Eliška si v rámci svého studia psychologie zároveň zjišťovala názory ostatních spolužáků na své chování a projevy, což výrazně zvýšilo její úsilí o pochopení a možné potvrzení přítomnosti ADHD u sebe samé.

2.I. Podstoupení diagnostiky ADHD

S nadějí na potvrzení svého podezření se Eliška rozhodla podstoupit diagnostiku ADHD. Svou psychiatricku tehdy poprosila o doporučení kliniky. Ačkoli její psychiatricka nerozuměla jejím důvodům a považovalo to za zbytečné, Eliška si přesto domluvila setkání

na doporučené klinice, což jen ilustruje její odhodlanost zjistit o povaze svých dlouhodobých obtíží více. Svou zkušenost s diagnostikou na této klinice popisuje Eliška takto: „*Upřímně to je úplně jeden z nejhorších zážitků, a to do toho počítám i toho psychiatra, který mi po 2 minutách rozhovoru řekl, že mám hraniční poruchu osobnosti,*“ (E4.8). Závěrem vyšetření bylo vyvrácení diagnózy ADHD a místo toho bylo vzneseno podezření na úzkostně depresivní poruchu, která podle tamní psychologičky vylučuje možnou komorbiditu s ADHD. Zpětně Eliška na proces diagnostiky nahlíží tak, že paní psychologička volila metody pro zjišťování jiné psychopatologie než ADHD, a to na základě jejich úvodního rozhovoru, kdy Eliška vyprávěla o své náročné minulosti a stavu psychického zdraví.

3.I. Osvojení ADHD a s ním související změny

Přestože ADHD nebylo Elišce potvrzeno odborníkem, vnímá, že je její součástí. Po reflektování možnosti mít ADHD v jejím životě nastaly určité změny. Pomohlo jí to na sebe nahlížet laskavějším způsobem a mít pro sebe porozumění. Předtím k sobě byla Eliška mnohem kritičtější a často se považovala za neschopnou. Udává, že možná proto, je pro ni diagnóza tak vytoužená. „*Tím, že jsem si ji tak trošku přivlastnila, tak mi napomáhá k tomu sebe samotnou mít víc ráda nebo nějak jako se víc přijímat, protože to nevnímám jako úplně svou chybu, ale jako něco, co je ve mně, a co těžko ovlivním,*“ (E6.25). Pochopení teoretické stránky ji též poskytlo porozumění toho, co potřebuje, aby se mohla soustředit. Udává, že vždy hledá způsoby, jak si zvýšit dopamin a svou motivaci, když se jí do něčeho nechce.

4. Popis tématu – Percepce ADHD

1.A. Subjektivní rovina respondentky

Jak již bylo částečně zmíněno, Eliška výsledný závěr vyšetření o nepřítomnosti poruchy ADHD nepřijala a neztotožnila se s ním. Tento závěr ji přinesl značné zklamání, neboť její požadavek nebyl naplněn. Ačkoli si je vědoma toho, že diagnostika ADHD může být komplikovaná, myslí si, že v jejím případě neproběhla správně. Přestože reflektuje, že si do toho zřejmě promítá své představy a přání ADHD mít, nebyly podle ní použity takové nástroje, které by přítomnost ADHD mohly zjišťovat. Kdyby si byla jistá, že byly využity takové testy, které mohou například osvětlit kognitivní deficity typické pro lidi s ADHD, pak by byla více ochotná závěr z vyšetření přijmout. Je zřejmé, že Eliška o diagnózu ADHD

stojí. Její zájem podporuje též vnímání této diagnózy jako méně stigmatizující „štítek“. Eliška přiznává, že mít diagnózu ADHD je pro ni mnohem únosnější než mít například štítek hraniční poruchy osobnosti. Zároveň pro ni ADHD představuje zdroj osvětlení jejích každodenních obtíží. „*Můj každodenní chleba je, že mám pocit, že jsem blázen, protože prostě teďka jsem v ruce něco měla a už to zase nemám a najdu to někde úplně na nesmyslném místě,*“ (E3.16). Vysvětluje, že ADHD jí pomáhá objasnit důvody, proč má problémy s organizací, proč často ztrácí věci nebo proč zakopává, a tím ji přináší úlevu, neboť může obtíže přičíst něčemu konkrétnímu, nikoli své „neschopnosti“.

2.A. ADHD jako spektrum

Dokud se Eliška nedočetla, že symptomy ADHD u žen mohou mít jiný klinický obraz než u mužů, byl její pohled na ADHD silněn ovlivněn jejím bratrem. Až posléze, v souvislosti s jejím bádáním a studiem psychologie, došla k uvědomění, že obraz ADHD je u každého jedince individuální a neexistuje jeden homogenní obraz. Informace o možnosti výskytu komorbidit ji osvětlil přítomnost jejích psychických obtíží spojených s úzkostí. Další výpovědi Elišky, které naznačují, že charakteristiky ADHD existují spíše ve spektru než v binární formě, poukazují na to, že ADHD má i své pozitivní stránky. Reflektuje, že projevy ADHD, které na sobě nemá ráda, mohou být nejen na vysoké školy užitečné. Poukazuje na to, jak jí její impulzivita umožnila chopit se příležitostí, které by ostatním mohly uniknout kvůli dlouhému rozmyšlení. Zmiňuje, že díky tomu získala zajímavé zkušenosti a dodalo jí to i více sebedůvěry. Při studiu psychologie též zjistila, že její zvýšená aktivita v hodinách je nejen ceněna u učitelů, ale že jí také pomáhá udržet v přednáškách pozornost a skutečně si z výuky něco odnést. Eliška zároveň poukazuje na rozdíl mezi základní a vysokou školou v souvislosti s vnímáním její aktivity v hodinách, když uvádí, že na základních školách „*vlastně to vyučující úplně neoceňují, že fakt jako ten přístup vyučujícího k studentovi jako dospělými jedinci je úplně diametrálně odlišnej než k dítěti,*“ (E10.28).

3.A. Vize a dopad ADHD na profesi

Eliška reflektuje, že ADHD na její budoucí profesi psycholožky může mít vliv. Má obavy z impulzivity, například aby neřekla něco neuváženého během rozhovoru. Uvádí také, že se cítí vyčerpaná, když věnuje dlouhou dobu pozornost jednomu člověku, a to ji znepokojuje vzhledem k její budoucí práci. Nyní ji čeká nástup na pozici psycholožky, což je pro ni

přirozeně stresující, a ADHD tento stres umocňuje. Na druhou stranu vnímá, že ADHD může do její profese přinést i pozitivní aspekty, například její autenticitu, která jí může usnadnit budování a udržování vztahu s klientem. Eliška také věří, že její zkušenost s ADHD může být výhodou při práci s lidmi, kteří ADHD také mají. Ráda by se tomuto poli věnovala a uvádí, že je pro ni snazší se na tyto lidi napojit, což si ověřila i při realizaci diplomové práce, kde spolupracovala s dětmi s ADHD. Motivace pro její profesní zaměření na práci s lidmi s ADHD je pravděpodobně také ovlivněna jejím osobním přání, vycházející z vlastní zkušenosti. Eliška si přeje, aby se o ADHD u dospělých, zvláště u žen, vědělo více. Byla by ráda za vznik nových nástrojů pro zjišťování ADHD a návazné intervenční programy.

5. Popis tématu – Zdroje podpory

1.Z. Aktuální zdroje

Vysoká škola se stala Elišce významným zdrojem. Ve studiu psychologie si našla své místo, a to už od doby, kdy se intenzivně připravovala na přijímací zkoušky, i když její první pokus nevyšel. Studium jí poskytovalo hluboké uspokojení a pocit, že našla to, co ji skutečně baví a naplňuje. Zásadní roli v kontextu jejího studia sehráli i její spolužáci, ve kterých našla nezbytnou oporu. Spolužáci ji často informovali o důležitých úkolech a termínech, což ji pomáhalo lépe zvládat její povinnosti. Eliška vícekrát zdůraznila význam této sociální opory a podpůrného prostředí ve třídě. Je pro ni zásadní mít kolem sebe lidi, kteří znají její silné a slabé stránky, a kteří ji odpustí, když na něco případně zapomene. Významným zdrojem kromě spolužáků pro Elišku je i partnerský vztah. Jak aktuální, tak i předchozí partner, Elišce poskytoval vždy potřebnou podporu a myslel v některých ohledech za ni. V rámci svých vlastních copingových strategií Eliška využívala upomínky v telefonu a vedení diáře, které ji pomáhalo v tom, aby nezapomínala na důležité věci. V neposlední řadě byla pro Elišku zdrojem psychoterapie, která ji pomáhala v situacích, kdy měla pocit, „že na to nemá“. Jak sama popsala: „*Mít jako nějakou podporu konzistentní a kontinuální mě přišlo v nějaký moment mého studia strašně důležitý, protože jsem se v tom mohla nějak ukotvit,*“ (E11.22).

2.Z. Anticipující zdroje

Podpůrným zdrojem pro studenty, kteří se potýkají s podobnými obtížemi jako Eliška, by byla aktivní role školy při upozorňování studentů na důležité termíny. Eliška zmiňuje, že se

v rámci studia často cítila zahlcená a bylo pro ni těžké orientovat se ve studijních povinnostech. Ačkoli si je vědoma, že vysoká škola je také o tom, aby student zvládal tyto povinnosti sám, uvádí, že by ji pomohlo, kdyby byla lépe informovaná. „Bylo by pro mě jednodušší, kdyby mi chodilo do emailu, že tady ten termín se mají zapisovat předměty, nebo kdyby mi přišla upomínka, že za 2 dny v tady tu hodinu mám zapsanou zkoušku,“ (E11.2). Kdyby měl student přístup k jasně strukturovanému harmonogramu s termíny, které se k němu vztahují, přes svůj uživatelský profil, usnadnilo by mu to podle Elišky správu času a prioritizaci úkolů. V kontextu profesního života si uvědomuje potřebu pravidelného odpočinku, která je pro vykonávání profese psychologa nezbytná. I když ji odpočívat nebaví, vnímá odpočinek jako klíčový, a to nejen pro její osobní pohodu, ale i pro kvalitu její práce. Kromě toho reflektuje, že v prevenci administrativních problémů by jí výrazně pomohly nástroje, které podporují pravidelnost, strukturu a konzistenci. Takové přístupy by jí usnadnily správu času a minimalizovaly riziko opomenutí důležitých úkolů.

7.1.2 Výsledky IPA rozhovoru s Jasmínou

Výsledkem IPA rozhovoru s Jasmínou je přehled vynořujících se témat uvedených v seznamu, který je složen z 5 hlavních témat a 12 podřazených.

Obtíže, překážky a jejich zvládnání (O = obtíže)

- 1.O. Projevy obtíží
- 2.O. Výzvy vysokoškolského studia
- 3.O. Strategie zvládnání

Vysoké nároky a jejich důsledky (N = nároky)

- 1.N. Výkonová orientace
- 2.N. Úzkostnost

Studijní potřeby a pracovní preference (P = potřeby, preference)

- 1.P. Řád versus svoboda
- 2.P. Individuální studijní potřeby
- 3.P. Percepce profese psychologa

Sebevědomí a zdroje pochybností (S = sebevědomí)

- 1.S. Srovnávání s ostatními
- 2.S. Hodnocení

Cesta k ADHD (A = ADHD)

- 1.A. Zvažování přítomnosti ADHD
- 2.A. Postoj k (sebe)diagnostice

1. Popis tématu: Obtíže, překážky a jejich zvládnání

1.O. Projevy obtíží

Jasmína se potýká s různými projevy obtíží, které zásadně ovlivňují její každodenní život, a podle jejích slov ji omezují. Navzdory její snaze a plánování se jí nedaří docházet včas. „*Vím, že na zkoušku prostě musím přijít včas. A tak prostě musím si naplánovat dopředu, kdy mám vyjít, v kolik mi to jede. A i přesto nakonec pár minut předtím zjistím, že vlastně nevím, kde mám klíče, nebo najednou mám méně času, než jsem si myslela, a nakonec stejně doháním tu tramvaj*“, (J11.8). Její časová percepce je zřejmě odlišná, což jí ztěžuje efektivní plánování a dochvilnost. Obtíže s dochvilností se promítají i do jejích snů. Opakovaně se v nich objevuje motiv zmeškání letadla. Jasmína dále čelí potížím s udržováním pořádku, ztrácením věcí a zapomínáním. Zároveň je pro ni obtížné vydržet v klidu sedět, neboť má potřebu si stále poposedávat. Tento neklid se dotýká i jejího spánkového režimu, který má prohozený. Především v minulosti zažívala často nárůst energie vždy v nočních hodinách, kvůli čemuž chodila spát až ve tři nebo čtyři ráno.

2.O. Výzvy vysokoškolského studia

Jasmína je při plnění nároků vysokoškolského studia vystavena mnoha výzvam. S těžkostí snáší dlouhé přednášky, které často trvají hodinu a půl bez přestávky. Popisuje, že je pro ni obtížné se po tak dlouhou dobu soustředit, a že tímto tempem jí je po několika hodinách fyzicky nepříjemně. „*Přijde mi to jako nějaké přestimulování nebo jako taková nevybitá energie, kterou v sobě mám,*“ (J3.28). Střídání předmětů po kratší době, jak tomu bylo na základní i střední škole, jí vyhovovalo více. Vzhledem k její potřebě si neustále poposedávat, nesnese, pokud se vyučování koná v učebně s vrzajícími židlemi, neboť ji to rozptyluje. Místo toho, aby věnovala pozornost výuce, soustředí se na to, aby nerušila vrzáním ostatní. Obzvlášť náročným úkolem pro Jasmínu je psaní seminárních prací, které jsou pro ni nezáživnou činností. Celý proces spojený se splněním této povinnosti je pro ni obtížný. Samotné psaní odkládá, na samotné práci pak dlouho pracuje a na odevzdávání již zhotovené práce někdy zapomene. Nejnáročnějším obdobím studijního roku je pro Jasmínu zkouškové období, které jí velice stresuje. V jeho průběhu se cítí izolovaně a osaměle, protože má méně příležitostí stýkat se s ostatními. Představa měsíce, který by měla strávit uzavřená doma s nahromaděnými seminárkami ke psaní a neustálým učením, ji netěší.

3.O. Strategie zvládání

Jasmína vykazuje snahu ve využívání různých strategií pro zvládání svých obtíží a výzev studia. Pro udržení pozornosti ve výuce se snaží být aktivní, a proto často pokládá dotazy, ačkoli ji zároveň trápí, zda tím nezatěžuje ostatní. Popisuje, že ji to ale dodává energii: „*Ještě předtím, než se zeptám, tak jsem taková trošku ve stresu, že budu mluvit před tou třídou, ale cítím ten adrenalin, který mě pak jako aktivuje,*“ (J8.23). Pokud je toho na ni hodně, někdy na krátkou chvíli opustí učebnu, aby se prošla a aktivizovala. Po dlouhých školních dnech, kdy se necítí dobře, ji pak pomáhá fyzická aktivita jako procházka nebo cvičení, díky které může svou nevybitou energii uvolnit. Aby udržela krok se vzrůstajícími se požadavky, snaží se plnit povinnosti průběžně, a to způsobem, že se do toho „natlačí“. Pro správu úkolů a času si důležité termíny zapisuje do Google kalendáře, což považuje za klíčové. Významným zdrojem podpory pro zvládání nároků studia je pro Jasmínu sdílení a kontakt se spolužáky. Často se ujišťuje, jak se daří ostatním, což ji poskytuje jistotu, že „v tom není sama“.

2. Popis tématu: Vysoké osobní nároky a jejich důsledky

1.N. Výkonová orientace

Jasmína vykazuje snahu překonávat obtíže, i když se zdají být mimo její kontrolu. V důsledku své výkonové orientace se často vystavuje vysokým nárokům. „*Mám na sebe takový nárok, že musím zvládat prostě všechno,*“ (J4.12). Už od základní školy měla tendenci být nejlepší ve všech předmětech. Na vysoké škole se ale střetává s tím, že zde je vždy někdo lepší. Přestože se jí někdy do povinností nechce, aktivně se ke splňování úkolů hecuje. Je pro ni důležité splnit všechny úkoly na stoprocentní úrovni bez kompromisů, což Jasmína reflektuje svým perfekcionistickým přístupem. Jasmína v minulosti využívala aplikace na trackování času, aby si udržela při učení pozornost. V důsledku své výkonové orientace ovšem měla tendence se s celkovou dobou učení překonávat. Tuto formu podpory nakonec opustila, protože zjistila, že ji takový důraz na výkon negativně ovlivňoval psychické zdraví. Jasmína vykazuje obtíže s hledáním rovnováhy, a to jak v tom, co od sebe může očekávat, tak v množství povinností, které na sebe bere. Často se přetěžuje, protože by nejradši věnovala „všemu“. Sama si uvědomuje, že má potíže s prioritizací toho, co je důležité a co ne, což ovlivňuje její schopnost efektivně řídit své úkoly a plány. Tento deficit v exekutivních funkcích ji často zahlcuje a komplikuje jí organizaci svých povinností.

2.N. Úzkostnost

Jasmína má pocit, že má určitou predispozici k úzkosti a tendenci „věci“ přehnaně řešit a zaobírat se jimi. „*Mně přijde, že jako obecně mám takový jako úzkostný ladění, že to je až osobnostní,*“ (J10.30) reflektuje. Z jejích výpovědí zároveň plyne, že jakmile v něčem selže, například kvůli své nepozornosti či zapomnětlivosti, je na sebe naštvaná, zažívá nepříjemný pocit a míra její úzkosti se zvyšuje. Lze se tedy domnívat, že její úzkost může být sekundárním projevem perfekcionismu, výkonové orientace a vysokých nároků, které na sebe klade. Tyto faktory společně formují způsoby, jakým Jasmína reaguje na neúspěchy a výzvy, což může vést k opakovanému zvýšení úrovně její úzkosti.

3. Popis tématu: Studijní potřeby a pracovní preference

1.P. Řád versus svoboda

Jasmína na střední škole často čelila kritice ze strany vyučujících, a to jak kvůli pozdním příchoďům, tak kvůli svému způsobu sezení. Za své projevy byla tehdy trestána, případně byla upozorňována, že „není v hospodě“ a „ať si sedne normálně“. Taková kritika mohla přispívat k jejímu pocitu odlišnosti od ostatních, neboť i přes její snahu není schopna naplnit očekávané společenské standardy, jako je například dochvilnost. Na rozdíl od základní a střední školy představuje pro Jasmínu vysoká škola svobodné prostředí, kde za tyto malé prohřešky trestána není. Jasmína vyzdvihuje volnost, kterou jí vysokoškolské studium poskytuje. Je jí umožněno přizpůsobit si rozvrh svým potřebám, plánovat si zkoušky podle vlastních možností, a ze školy odejít, pokud potřebuje. Cenným aspektem vysoké školy je pro Jasmínu zároveň to, že nemusí trávit ve škole celé dny jako v předchozích stupních vzdělání. Tento flexibilní přístup jí umožňuje vyhnout se stereotypu a monotónní každodenní rutině, která byla pro předchozí stupně vzdělání typická. Nicméně, tato volnost přináší i své výzvy. Vzhledem k menší strukturovanosti a nedostatku dohledu nad plněním povinností na vysoké škole musí Jasmína spoléhat sama na sebe a pečlivě plánovat a organizovat své povinnosti. To pro ni představuje značnou výzvu, protože její exekutivní funkce, tedy schopnosti organizovat a plánovat, jsou spíše deficitní. „*Tady je jako ten vyšší tlak na toho člověka, že musí sám si ty věci organizovat, tak je to pro mě takový jako náročnější asi tady v tom,*“ (J4.24) zmiňuje Jasmína.

2.P. Individuální studijní potřeby

Od vysoké školy by Jasmína potřebovala, aby byla výuka více interaktivní. Možnost aktivně se zapojit do hodiny, a nejen pasivně poslouchat, ji pomáhá k tomu, aby se lépe soustředila a z hodin si něco odnesla. Zároveň jí díky interaktivní hodině rychleji ubíhá čas. Jasmína totiž zmiňuje, že tříhodinové přednášky s jednou přestávkou v půlce jsou náročné. Ocenila by proto více kratších přestávek v průběhu, anebo proložení přednášek aktivitami, které by ji aktivizovaly. *„Mě by vyhovovalo, aby to bylo tak, jak to mají úplně ty malý děti. Nějaký ty pohybový aktivity třeba v rámci přednášky,“* (J8.6). Účinné pro ni jsou ale i interaktivní prvky v hodinách, jako je například diskuse k tématu v rámci malé skupiny a následné sdílení myšlenek ve třídě. *„Jakmile totiž já se můžu zapojit do něčeho, tak vlastně mě to jako zaktivizuje,“* (J8.9). V neposlední řadě by Jasmína potřebovala více vnější kontroly, která by ji motivovala k průběžné práci na úkolech. Tyto úpravy a podpory by ji pomohly lépe zvládat nároky spojené s vysokoškolským studiem a jejími specifickými potřebami.

3.P.Percepce profese psychologa

Je zřejmá prosociální orientace Jasmíny a její zvýšená sebereflexe, která se promítá do jejích představ o budoucí profesi. Před studiem psychologie ji lákala profese záchranáře, ale od této volby upustila kvůli obavám, že by z důvodu své nepozornosti někoho ohrozila. Motivací pro studium psychologie původně byla představa stát se forenzním psychologem a vykonávání „detektivní práce“. Od této představy se vzdálila po uvědomění si, že by ji nevyhovovala práce s cílovou skupinou v této oblasti, což lze vysvětlit její přirozenou tendencí lidem spíše věřit než jimi pochybovat. Vzhledem k tomu, že se Jasmína děsí stereotypního pracovního režimu, je pro ni práce školního psychologa pro její rozmanitost a dynamiku ihned po studiu nejvíce lákavá. Líbí se jí, že práce psychologa nabízí mnoho možností, včetně toho mít více úvazků na různých místech. V budoucnu se Jasmína chce specializovat na psychoterapii s dětskou klientelou, přičemž věří, že její energická povaha bude přínosem. Díky svému ADHD také pocítuje větší porozumění pro lidi, kteří se potýkají s podobnými výzvami jako ona. Pro zvládnutí pracovních nároků plánuje využívat supervize a být v kontaktu s kolegy na začátku své kariéry. Ráda by znovu zavedla systém psaní to-do listů pro udržení pořádku v organizačních věcech a chtěla by se naučit držet si své hranice, aby předešla zahlcení a mohla efektivně plnit své povinnosti.

4. Popis tématu: Sebevědomí a zdroje pochybností

1.S. Srovnávání s ostatními

Jasmína se odjakživa srovnávala se svým okolím, což ji přivedlo k uvědomění, že oproti ostatním musí vynakládat více úsilí. Má například pocit, že na psaní seminární práce potřebuje více času než její spolužáci, které psaní ani tak netrápí. Zároveň zmiňuje: „*Si říkám, že prostě buď se učím málo na tu zkoušku a je to divný, že se učím málo, tak bych se měla učit víc, anebo se učím víc než oni, takže vlastně oni jsou chytřejší, protože nepotřebují tolik času jako já,*“ (J5.21). Její potřeba „být ve všem nejlepší“ tuto tendenci k porovnávání svých schopností s ostatními ještě umocňuje. Nicméně, toto časté porovnávání se pro ni stává zdrojem pochybností o své vlastní dostatečnosti a přináší jí stres, zvláště když kolem sebe nemá nikoho, kdo by s ní sdílel podobné potíže. Pokud ale má možnost sdílet své zkušenosti s osobami, kteří zažívají to stejné, zažívá pocitu úlevy, že v tom není sama.

2.S. Hodnocení

Jasmína má komplikovaný vztah k hodnocení, který se ji formoval od dětství. Čelila názoru, že je roztržitá, nepořádná, a že za své potíže (př. pozdní příchody) si je sama zodpovědná. Její „nedostatky“ byly dokonce veřejně sdíleny. „*Na střední jsem každé den ráno běhala na autobus a byla jsem tím u nás na vesnici proslulá, že prostě nedokážu chodit včas,*“ (J2.16). Tyto zkušenosti, včetně trestání za prohřešky ve škole, podnítily Jasmínu přisuzovat vinu sobě samé a zanechaly v ní pocity nedostatečné spolehlivosti. Projevuje se to i v jejím současném strachu, že by mohla zklamat v profesním životě, například svým pozdním příchodem na schůzku. Jasmína také uvádí, že lidé jako ona čelí nepochopení od ostatních, kteří s dodržováním termínů nemají potíže, a proto mohou být považováni za nezodpovědné a sobecké. Tento komplexní vztah k hodnocení ovlivňuje Jasmíny pohled na zkouškové období, které se zaměřuje hlavně na posuzování výkonu. Jasmína proto cítí tlak dokázat, že je dostatečně schopná a patří mezi ostatní studenty, a že je vhodná pro profesi psychologa.

5. Popis tématu: Cesta k ADHD

1.A. Zvažování přítomnosti ADHD

K uvědomění, že by Jasmína mohla mít ADHD, nedošla v jeden konkrétní moment, ale šlo o postupný proces zvažování této možnosti. Tento proces byl podporován diskusí s lidmi

kolem ní a vlastním bádáním. Během svého studia tikového onemocnění, které má diagnostikované, objevila, že častou komorbiditou je ADHD, které nemusí mít jeden klinický obraz. Studium psychologie ji překvapivě v uvědomění si možnosti ADHD nepodpořilo, neboť byl na její škole obraz ADHD stereotypně prezentován jako obraz neposedného dítěte, které nedokáže úspěšně absolvovat celý test inteligence. Tento sdílený stereotypní obraz vedl Jasmínu k přesvědčení, že se jí ADHD netýká, což mohlo být podpořeno i její schopností se k věcem „vyhecovat“. Jelikož škola pro ni byla vždy důležitá, nemusely u ní být projevy tak výrazné. Je možné, že tímto způsobem byla Jasmína schopná své projevy ADHD maskovat. Klíčovým faktorem pro Jasmínu byli lidé kolem ní, kteří ji začali upozorňovat na možnost ADHD, konzultace s její terapeutkou a její vlastní pozorování, že s lidmi s ADHD ve svém okolí sdílí podobné znaky.

2.A. Postoj k (sebe)diagnostice ADHD

Jasmína je opatrná při používání termínu „sebediagnostika“ a uvědomuje si jeho nepřesnost. Zaznamenala trend sebediagnostikování na sociálních sítích, které prezentují ADHD způsobem, že se v něm může najít každý, což jí přijde zavádějící. Již diskutovaný sklon k perfekcionismu se projevuje u Jasmíny i v tom, že nechce podstoupit oficiální diagnostiku, protože by to znamenalo absolvovat komplexní psychologické vyšetření včetně výkonnostních testů, z nichž má strach kvůli obavám z nízkého IQ. Možnost podstoupit diagnostiku zároveň vnímá jako nepravděpodobnou kvůli možnému zkreslení, neboť se v rámci studia psychologie seznámila s používanými diagnostickými metodami. Kromě toho se obává, že by jí diagnostika nakonec ADHD neprokázala a ona by se musela smířit s myšlenkou, že její potíže pramení z nedostatečného úsilí. „*Pro mě asi není ta diagnóza důležitá jako formálně,*“ (J10.12) zmiňuje Jasmína. Samotná myšlenka, že její potíže nejsou důsledkem její neschopnosti, ale něčeho, co nemůže plně ovlivnit, ji pomáhá. Vědomí, že by mohla mít ADHD, ji poskytuje jak omluvu, tak vysvětlení pro její potíže, které nemůže svou silnou vůlí vždy překonat, neboť některé věci zkrátka nejsou v jejích silách zvládnout.

7.1.3 Výsledky IPA rozhovoru s Vandou

Výsledkem IPA rozhovoru s Vandou je přehled vynořujících se témat uvedených v seznamu, který se skládá z 5 hlavních témat a 14 podřazených.

Studijní život (S = studium)

- 1.S. Nižší stupně vzdělání
- 2.S. Výzvy studia na vysoké škole
- 3.S. Podpůrné faktory a copingové strategie

Osobní rysy a jejich dvojsečnost (O = osobní rysy)

- 1.O. Sebevědomí
- 2.O. Perfekcionismus
- 3.O. Divergence

Zdroje vedoucí k diagnostice (Z = zdroje)

- 1.Z. Nevysvětlitelné chyby
- 2.Z. Sebediagnostika

Diagnostický proces (D = diagnostika)

- 1.D. První zkušenost a z nich plynoucí frustrace
- 2.D. Druhý názor
- 3.D. Diagnostika ADHD a význam medikace
- 4.D. Přijetí ADHD

Profesní cíle (C = cíle)

- 1.C. Zkušenosti jako zdroj ambicí
- 2.C. Reflexe profese psychologa

1. Popis tématu: Studijní život

1.S. Nižší stupně vzdělávání

Již v dětství čelila Vanda výzvám spojených s ADHD, což ovlivnilo její školní zážitky ještě před vysokou školou. I přes její zjevné projevy neklidu, potíže ve výuce, zapomínání, pozdní příchody a časté poznámky v žákovské knížce, se nikdy nedostala do pedagogicko-psychologické poradny. Vanda to reflektuje tak, že její ADHD asi nebylo tak výrazné, i když byla dospělými často napomínána. Střední umělecká škola byla pro ni příjemnou změnou, neboť jí výuka nabízela jasný cíl a možnost realizovat se, nikoli být jen pasivní. Přesto se na střední škole stále potýkala s exekutivními deficity, které se projevovaly například děláním věcí na poslední chvíli, a s častými konflikty v mezilidských vztazích.

2.S. Výzvy studia na vysoké škole

Před nástupem na psychologii Vanda vystudovala magistra na vysoké umělecké škole. Rozdíly mezi oběma vysokoškolskými prostředím jsou markantní, zejména co se týče nároků na výkon. Zatímco na umělecké škole na potíže pramenící z jejího ADHD tak nenarážela, při studiu psychologie začalo být její ADHD limitující. Vanda začala pociťovat

výzvy spojené s kognitivní náročností tohoto oboru, která byla s ADHD nekompatibilní. Úskalím při studiu psychologie je pro Vandu systematické zpracování textů a realizace studijních povinností, jako seminární práce a příprava na zkoušky. Trápí ji, že v důsledku odkládání těchto povinností nemá na důkladnou přípravu dost času, který by potřebovala. Jako obtížné se pro Vandu jeví též psaní poznámek z prezentace paralelně s posloucháním doplňujících informací. „*To mám strach, že si nestihnu napsat něco důležitého*“ (V13.8). Přístup k prezentacím předem je pro ni přínosný, neboť ji umožňuje výuku sledovat lépe. Zkušenost s přípravou na státnice ji přivedla k uvědomění, že ke studiu potřebuje různé zdroje informací. Vyhovovalo by ji, kdyby byly přednášky dostupné studentům minimálně ve formě audio nahrávek. Vysokoškolské studium klade na Vandu vysoké nároky, neboť není tak strukturované jako předchozí stupně vzdělání a za držení struktury zodpovědná sama. Na druhou stranu si cení možnosti přizpůsobovat si studium svým potřebám a zájmům.

3.S. Podpůrné faktory a copingové strategie

Vanda projevuje schopnost přizpůsobit si průběh přednášek tak, aby se mohla lépe soustředit a absorbovat co nejvíce informací. Vybírá si místo v předních lavicích na kraji, aby minimalizovala distrakci a mohla případně diskrétně opustit místnost. Její silnou stránkou je schopnost nalézt ve všem zájem, což jí pomáhá udržet soustředěnost. Studium psychologie je pro ni i přes jeho nároky silným zdrojem motivace. Jelikož je Vanda student se speciálními potřebami, má nárok na využívání podpůrných opatření. Oceňuje služby, které akademická poradna nabízí, včetně koučování nebo podpůrných skupin pro studenty se speciálními potřebami, které by doporučila i ostatním. Zdůrazňuje, že aktivní hledání podpory je klíčové, avšak mnozí studenti se speciálními potřebami mohou mít potíže si své potřeby prosadit, zejména v komunikaci s učiteli. Říká, že „*už jenom z toho potupného hlediska, že člověk je student se speciálními potřebami, že to jako musí říkat někde*“ (V13.12). Podpůrnými zdroji jsou i někteří z vyučujících, zejména vedoucí její bakalářky, která respektuje Vandy potřeby, a která ji tehdy doporučila akademickou poradnu, neboť její studijní potíže brala vážně.

2. Popis tématu: Osobní rysy a jejich dvojsečnost

1.O. Sebevědomí

Vanda bojuje s nízkým sebevědomím, což se projevuje zejména ve srovnání se spolužáky.

Cítí se méně kompetentní, protože její vzdělávací dráha z umělecké školy je odlišná od dráhy spolužáků z gymnázií, přestože o takovou vzdělávací dráhu nikdy neusilovala. Věřila, že na takové vzdělání nemá. Přilnula proto k umění, které ji šlo, a díky studiu na střední umělecké škole dokonce nabyla většího sebevědomí. Pocity méněcennosti ji ovšem pronásledují opět při studiu psychologie, kde vnímá, že oproti spolužákům nemá takové zdroje, a apriori se staví do podřadné role. „*Mám jako nějaký třeba zkušenosti, ale vlastně mám pocit, že mi absolutně chybí strašně moc jako zdrojů, jako vědomostí*“ (V8.35). Toto vnímání vlastní nedostatečnosti jí brání v plném zapojení do debat a interakcí, ačkoli má cenné zkušenosti, je přemýšlivá a umí debatovat. Její ambivalentní pohled na sebe samou ji trápí už dlouho, ale při studiu psychologie je těmito pocity vystavena častěji. Současné vysokoškolské prostředí tak Vandu staví před výzvy spočívající v dokazování svých kompetencí. Tento tlak, který si na sebe klade sama, zvyšuje její nervozitu při interakcích nejen se spolužáky, ale i s vyučujícími. I když vnímá, že studijní skupiny mohou být při učení nápomocné, brzdí ji v zapojení obava z projevení svého názoru a ze ztrapnění.

2.O. Perfekcionismus

Vanda vykazuje výrazný perfekcionismus, který významně ovlivňuje její studium. Již na umělecké škole se potýkala s dlouhým řešením tématu před samotným tvůrčím procesem, což nezbytně vedlo k odkládání povinností a děláním věcí na poslední chvíli. Reflektuje, že to, co ji brzdí a přináší stres, je právě perfekcionismus. Pociťuje, že její práce spočívající v myšlenkových pochodech ještě dostatečně nedozrála, aby se mohla pustit do jejich zpracování. „*Je to takový jako zvláštní pocit kdy prostě, než začnu, tak já nevím, co se musí udat,*“ (V11.16) zmiňuje. Perfekcionismus se projevuje i při učení na zkoušky. Vanda uvádí, že potřebuje vědět vše, a proto věnuje nadměrné množství času hledáním dalších informací. Dostává se tak do začarovaného kruhu, který ji bere čas a energii. Tato tendence je ještě umocněna jejím pocitem, že nemá dostatečnou základnu informací jako její spolužáci. Perfekcionismus je podle Vandy forma hyperkompenzace za neúspěchy a selhání, které lidé s ADHD mohou zažívat. Po diskusi s lidmi z komunity pro dospělé s ADHD vydedukovala, že lidé s ADHD mají nereálný pohled na své fungování a kladou na sebe nepřiměřeně vysoké nároky. Popisuje to jako „kognitivní zkreslení“, v jehož důsledku si není jistá, kdy je její

výkon dostatečný. Výzvy spojené se seminární prací a zkouškami jsou pak zesíleny právě tímto perfekcionismem, který se stává překážkou v jejím studijním pokroku.

3.O. Divergence

Vanda se potýká s rozbíhavou myslí, což má výrazný vliv na její studijní činnosti. Na umělecké vysoké škole bylo její divergentní myšlení v souladu s kreativní stránkou oboru a nepředstavovalo takovou překážku. Při psaní diplomové práce ovšem narazila na potíže v teoretické části, kde pro ni bylo obtížné systematicky zpracovávat informace. Často se odchylovala od podstatného a vymýšlela věci nad rámec, což vedlo k zahlcení. Studium psychologie je pro ni v kontextu její rozbíhavé mysli snadné v tom, že je schopna generovat mnoho témat a hluboce přemýšlet. To, co ji ale brzdí, je neschopnost strukturovat informace a systematicky je zpracovávat. Psaní seminárních a závěrečných prací popisuje jako „*bolestivý proces*“ (V11.8). I když má na práci dostatek času, má potíže s organizací myšlenek a potřebuje dlouhý čas na to, aby „dozrály“. To vede často k oddalování začátku psaní. Vanda zdůrazňuje, že je pro ni nezbytné, aby měla při psaní bakalářské práce vedoucího, který ji pomůže se strukturou a povede ji k tomu, aby byla konzistentní. I když se totiž prokrastinace týká většiny studentů, u lidí s ADHD je tendence k prokrastinaci silnější. Přestože jí její intenzivní přemýšlivost přináší v kontextu studia překážky, vnímá, že v budoucí praxi může být přínosná. Její schopnost vidět široké spektrum alternativ a možností může být efektivní zejména v diagnostickém procesu, kdy je důležité být odolný vůči zkreslením pramenících ze zaujatosti. Nicméně, kvůli deficitu v seberegulaci je pro nic náročné najít rovnováhu mezi divergentní kreativitou a potřebnou konvergentní systematičností. Vanda proto reflektuje, že by jí vyhovovala práce v týmu, kde by mohla své případy konzultovat.

3. Popis tématu: Zdroje vedoucí k diagnostice

1.Z. Nevysvětlitelné chyby

Vanda zažívala významné obtíže během svého působení v nadaci pro děti z dětských domovů, kde měla na starost administrativní činnosti, které jí přinesly nečekané problémy, které v dosavadních pracích nezažila. Ve své nové pracovní roli se dopouštěla chyb, pro které neměla vysvětlení, a které byly intenzivním terčem kritiky. Její citlivost na kritiku a

silná frustrace pramenící z nevědomí, proč v takových „elementárních“ věcech chybuje, měly negativní vliv na její zdraví. „*Já jsem z toho jako byla až fakt psycho. Jako somatizovala jsem a byla jsem strašně jako nemocná podivně,*“ (V2.19) zmiňuje Vanda. V důsledku toho dala výpověď a vyhledala psychoterapeutickou pomoc, neboť pro ni bylo toto období náročné a štválo ji, jak citlivě na kritiku reaguje. Ačkoli na počátku své psychoterapeutické zkušenosti ještě nebyla přesvědčena o souvislosti svých problémů s ADHD, byl jí poprvé poskytnut prostor pro reflektování svého chování a svých nepojmenovaných pocitů, které si později spojila právě s ADHD. Tím začala její cesta směrem k hledání jádra jejích obtíží a k léčbě.

2.Z. Sebediagnostika

Sociální síť Instagram sehrála v případě Vandy rozhodující roli při uvědomění si, že její potíže mohou být způsobeny ADHD. Dlouho sledovala influencerku, která se jako ona potýká s kožními problémy, a která jednou sdílela příspěvek o svém ADHD a jeho projevech. V tu chvíli Vandě připadalo, jak kdyby si četla o sobě, „*bylo to divný, bylo to jak horoskop,*“ (V3.19) komentuje. Na základě toho začala Vanda usilovně studovat, jak se porucha ADHD projevuje, a uvědomovat si, že její chování a jednání by poruše ADHD mohlo odpovídat. V tomto ohledu je podle Vandy sebediagnostika významná, protože přináší porozumění a motivaci pro další kroky. Je tedy neoddelitelnou součástí diagnostického procesu, který může vést k formální diagnóze. V případě Vandy, která nechtěla stavět pouze na svém tušení, bylo dalším krokem vyhledání odborníka pro řádnou diagnostiku. Vanda také reflektuje, že na sociálních sítích je řada povrchních profilů, které mohou vést k nadměrnému sebediagnostikování. Oceňuje však ty, které spravují odborníci, nebo které autenticky a niterně popisují život s ADHD.

4. Popis tématu: Diagnostický proces

1.D. První zkušenosti a z nich plynoucí frustrace

Pro potvrzení svého tušení vyhledala Vanda kliniku, aby podstoupila diagnostický proces. Ten spočíval ve dvou fázích. Po první části, která představovala sběr anamnestických dat, jí bylo doporučeno vyhledání psychiatra kvůli medikaci na ADHD. To v ní vzbudilo dojem, že by ADHD mohla mít. Podmínkou pro předepsání léků ovšem byly výsledky druhého

vyšetření, během něhož podstoupila klasické neuropsychologické vyšetření zahrnující inteligenční a osobnostní testy. Na základě výsledků, na které musela čekat tři měsíce, což bylo frustrující, jí ADHD nakonec diagnostikováno nebylo, a to i přes genetickou zátěž v její rodině. Tento závěr byl podpořen tvrzením, že ADHD nemá, jestliže zvládá sledovat film od začátku do konce. Vyšetřující klinická psycholožka Vandě sdělila, že její potíže pramení ze špatného bondingu v dětství, a že její nepozornost souvisí s depresí a úzkostí. Předepsaná antidepresiva Vanda užila jen párkrát, protože ji po nich bylo jednodušší a jednak nevěřila, že trpí depresí, i když zažívala úzkostné stavy a apatické splíny. Zároveň zpochybnila, že její, v nějakém ohledu, náročné dětství by bylo vysvětlením pro její nepozornost, impulzivní chování, neschopnost prioritizovat a další kognitivní dysfunkce. Přestože nebylo její ADHD potvrzeno, měla Vanda sílu zpochybnit nečekané závěry vyšetření, a to díky jejímu silnému odhodlání získat vysvětlení pro své potíže, touze po sebepoznání a již nabytým znalostem.

2.D. Druhý názor

Své odhodlání Vanda projevila tím, že vyhledala dva další odborníky, psychiatry, aby získala druhý názor a ověřila si výsledky předchozího vyšetření. Podpůrným zdrojem se jí stala komunita na Facebooku pro dospělé s ADHD, kde Vanda našla pochopení, které jí chybělo v okolí. Do té doby si často připadala jako „jiná“ (V4.33) a zde konečně získala pocit sounáležitosti, neboť našla někoho, kdo čelí podobným výzvám jako ona. Poté, co zde sdílela svou zkušenost s diagnostikou, byla podpořena druhými, kteří měli podobnou negativní zkušenost s touto klinikou. Významnou osobou jí v té době byla i psychoterapeutka, která sama ADHD má, a která Vandu také povzbudila. To vše potvrdilo její pochybnosti a povzbudilo ji to k dalšímu pokusu. Její potíže, nicméně, byly po krátkém setkání s dalším psychiatrem bagatelizovány se závěrem, že je nevyzrálou osobou, která by měla docházet do stacionáře. Až třetí pokus a setkání s psychiatrickou, ke které doteď dochází, potvrdily její předpoklad o přítomnosti ADHD. Paní psychiatrická byla první, kdo s ní řádně zkonzultoval její potíže a prozkoumal, zda splňuje diagnostická kritéria pro ADHD.

3.D. Diagnostika ADHD a význam medikace

Diagnostika ADHD a s ní nastavená medikace měla významný dopad nejen na studijní život Vandy. Po dlouhou dobu žila Vanda s pocitem jinakosti a s přesvědčením, že je špatným člověkem, jelikož se často kvůli své impulzivite potýkala s konflikty a nedorozuměním

v mezilidských vztazích. „*A vlastně jsem si připadala, že jsem zlá nebo charakterově špatná, že se moc jako pletu druhým do života, že jim prostě říkám věci příliš upřímně, ale nemyslím to zle jo*“ (V4.35). Svou upřímnost kompenzovala snahou se ostatním zavděčit a usilováním o jejich spokojenost na úkor sebe samé, což lze chápat jako původ její tendence k vyhýbání se kolektivům a jejího strachu z odmítnutí. Vlivem účinků medikace se stala Vanda více organizovanou a soustředěnou, čehož si všimlo i její okolí. Nastalé změny, včetně snížení míry její úzkosti a schopnosti vést efektivněji rozhovory s druhými lidmi, ji přítomnost ADHD ještě více potvrdily, neboť negativní stanoviska dřívějších odborníků ve Vandě přeci jen nějaké pochyby zanechala. V průběhu let došlo i ke změnám medikace a ke zvažování, zda v medikaci pokračovat, protože se Vandě zdál její život až příliš klidný v důsledku zmírnění jejího sklonu k „*novelty seeking*“ (V6.29). Přesto se rozhodla u medikace setrvat, protože jí přinesla řadu benefitů, včetně zajištění stability a ukotvení v jejím životě.

4.D. Přijetí ADHD

Pro Vandu je přijetí ADHD a z něho plynoucí „jinakosti“ cestou. „*Přijetí toho, že to mám jinak, je docela velká věc,*“ (V15.17) zmiňuje. Důležitou roli v procesu sebezpřijetí sehrála její psychoterapeutka, která Vandě poradila, aby přijala svou „jinakost“ tak, jak je, a nesrovnávala se s lidmi, pro který je konzistentní a systematická práce snadnou záležitostí. V důsledku exekutivních dysfunkcí se jim totiž bude vyrovnávat s těžkostí. Tato rada Vandu přivádí k tomu, aby se na sebe napojila a pracovala podle svých možností. Začala používat funkční pracovní systém, který spočívá v tom, že přizpůsobuje svůj denní režim svému aktuálnímu stavu. Pokud se cítí kreativně, věnuje se novým projektům, a pokud má méně energie, soustředí se na strukturované úkoly. Díky tomuto systému respektuje své možnosti a nesnaží se je „násilím“ měnit. I když stále bojuje s úplným přijetím toho, že její fungování je jiné než u ostatních, vnímá, že se posouvá kupředu. Daleko více se oceňuje i za malé úspěchy a nevystavuje se tolik sebekritice, pokud se ji nějaký den nedaří, neboť i s medikací se s potížemi stále někdy potýká. Nicméně, díky tomu, že již ví, čemu je vystavena, je schopna lépe hledat cesty, jak tyto potíže překonávat a kompenzovat. Přijetí svých limitů a možností jí tak umožňuje mít lepší kontrolu nad situací a nebýt na sebe tak přísná.

5. Popis tématu: Profesní cíle

1.C. Zkušenosti jako zdroj ambicí

V osobní zkušenosti Vandy lze nalézt zdroj ambicí pro její profesní směřování. Její vlastní cesta ji ukázala, jak zásadní je správně identifikovat zdroj potíží a zvolit směr léčby. Kdyby bývala nesetřvala ve svém odhodlání, mohla by docházet do stacionáře pro svou „nezralost“ či by řešila terapeuticky své zážitky z dětství, což by ji mohlo v jistém ohledu pomoci, ale nevyřešilo by to její funkční potíže, které se podepisují na jejím prožívání, a které pramení z jejího ADHD. Jak plyne z výpovědi Vandy, ADHD není jen o behaviorálních příznacích, nýbrž i o tom, co se děje v nitru člověka. Tento aspekt je ovšem často přehlížen, neboť není tak dostupný jako například zjevná hyperaktivita. Vanda je proto zastáncem toho, aby diagnostika, nejen ADHD, byla postavena na multidisciplinární spolupráci, do které by měl být zapojen i psychoterapeut, který může výrazně přispět díky hlubšímu poznání svého klienta. Tento přístup by Vanda chtěla uplatňovat ve své budoucí praxi. Na svou zkušenost s diagnostikou Vanda ovšem nenahlíží skrze křivdu, ale spíše z pohledu, jak ji využije v pomáhání druhým lidem. Její zážitky ji vedly k přesvědčení, že diagnostika by měla být primárně zaměřena na pomoc člověku s tím, co mu sťažuje život. Celkově tak Vanda svou cestu vnímá jako příležitost, jak lépe porozumět druhým lidem a efektivně jim pomáhat.

2.C. Reflexe profese psychologa

S ohledem na svou zkušenost z kurzu krizové intervence si je Vanda vědoma svých tendencí k rychlému přechodu k řešení problému. Její netrpělivost až impulzivní tendence mohou být překážkou pro navazování kontaktu s klientem i pro udržení pozornosti při ventilaci klientových trápeních. Vanda reflektuje, že pro ni bude ústředním zdrojem psychoterapeutický směr, který si vybere. Zvažuje kognitivně-behaviorální terapii nebo směry, které se orientují na řešení, jako potenciální odpověď na její výzvy s impulzivitou a udržením pozornosti. Jako lákavou oblast práce psychologa pro lidi s ADHD vnímá diagnostiku. „*Já se těším, že to budu pojímat hodně, a že to prostě bude fakt detektivní práce, že mě to bude bavit*“ (V17.4). Profesním cílem Vandy je stát se klinickou psycholožkou, ale přemýšlí zprvu i nad prací v pedagogicko-psychologické poradně. Obává se ovšem stereotypu a vyhodnocující části diagnostiky, kde by ocenila možnost dvojí kontroly ve spolupráci s kolegy.

7.1.4 Výsledky IPA rozhovoru s Klárou

Výsledkem IPA rozhovoru s Klárou jsou 4 hlavní témata a 10 podřazených.

Chybná interpretace projevů a potíží (P = potíže)

- 1.P. Charakter potíží na základní a střední škole
- 2.P. Interpretace potíží

Vysokoškolské studium (V = vysokoškolské)

- 1.V. Výzvy před diagnózou
- 2.V. Zlom ve vysvětlování si svých potíží
- 3.V. Optimalizace studia po obdržení diagnózy
- 4.V. Podpůrné faktory studia

Potřeba sebepoznání (S = sebepoznání)

- 1.S. Diagnostický proces
- 2.S. Porozumění sebe samé

Integrace ADHD do osobního a profesního života (A = ADHD)

- 1.A. Pervazivnost ADHD
- 2.A. Profesní představy a ambice

1. Popis tématu: Chybná interpretace projevů a potíží

1.P. Charakter potíží na základní a střední škole

Na základní škole se Klára spíše než s potížemi v učení, potýkala s potížemi v chování. I když reflektuje, že se neuměla učit a přípravy do školy byly na poslední chvíli, zvládala si udržovat dobré známky a patřila k lepším žákům. Pro okolí byly výraznější projevy jejího chování, které hlavně na druhém stupni byly pojímány za problematické. V hodinách rušila, zapomínala věci, prala se se spolužáky a zlobila, což vedlo k častým stížnostem učitelek na její divokost. Kláru v té době frustrovala její třídní učitelka, která ji za trest přesazovala dozadu k ostatním „potížistům“, což ji znemožňovalo se do výuky zapojit a dávat pozor. „*Mě to vlastně hrozně štvalo, protože mě to učení bavilo. Já jsem chtěla dávat pozor, nebo když jsem byla schopná dávat pozor a látka mě zajímala, tak jsem měla pocit, že takhle se už nemůžu vůbec nic naučit*“ (K3.3). Při přechodu na gymnázium tyto potíže pokračovaly, ale již došlo ke zhoršení prospěchu, i když Klára stále procházela. Přípravy do školy stále nebyly rozvinuté a se stupňujícími se nároky studia se projevovaly i potíže se soustředěním. K udržení pozornosti ji pomáhalo, když ji něco bavilo nebo když ji vyučující dokázal zaujat. Ve třetím ročníku, v důsledku stresující události se Kláře psychicky přitížilo a její funkční potíže se ještě prohloubily. Byla hodně unavená, apatická, nic ji netěšilo a izolovala se. Ve škole nebyla schopna dávat pozor a látku si zapamatovat, což se snažila kompenzovat různými doplňky stravy. I přesto pro ni byla příprava k maturitě velmi náročná.

2.P. Interpretace potíží

Na základní škole si Klára ještě vystačila s minimální přípravou a její kognitivní deficity, které byly pravděpodobně kompenzovány jejím intelektem, nebyly tak nápadné. Vzhledem k dobrému prospěchu byla proto pozornost zaměřena především na její projevy chování, které byly výraznější než potíže s učením. Klára byla pasována do role „problémové žačky“ a často označována za drzou a nevychovanou. Její chování bylo přisuzováno osobnostním rysům, než aby se někdo zamyslel nad tím, zda za tím není něco více. Klára vzpomíná, že na základní škole nebyl nikdo z odborníků, kdo by se snažil zdroj jejích potíží identifikovat a podchytit. Reflektuje, že ačkoli projevy ADHD již tenkrát vykazovala, mohla být přehlédnuta kvůli odlišnému klinickému obrazu u dívek a spojování si ADHD spíše s chlapci. Z toho důvodu byly třídní učitelkou její projevy vysvětlovány tím, že se nedostatečně snaží a fláká se, což si Klára na dlouhou dobu zvnitřnila. Při přechodu na gymnázium pak Klára již zvýšeným studijním požadavkům nestačila, což se projevilo na zhoršeném prospěchu, a v souladu se stresovou událostí i na její psychické pohodě. I přes všímavost tamních učitelů, kteří Kláru oslovili s tím, zda se něco neděje, byla Klára přesvědčená, že za jejími potížemi v kognitivních funkcích stojí stresová událost. *„Nějak jsem si jako řekla, že jsem si těma hroznýma stavama mentálníma poškodila pozornost, a že se z toho třeba nějak vyhrabávám, jsem si myslela“* (K3.11).

2. Popis tématu: Vysokoškolské studium

1.V. Výzvy před diagnózou

Přechod na vysokou školu byl pro Kláru náročný. Již při přípravě na přijímací zkoušky čelila velkým požadavkům na sebedisciplínu, což s ohledem na potíže se seberegulací pro ni bylo obtížné, a u zkoušek uspěla až na druhý pokus. Při studiu, vzhledem k rozvolněnější struktuře a režimu, začala Klára mnohem více narážet na své exekutivní deficity. Střetávala se s překážkami při plánování a organizaci času. Kvůli odlišné časové percepci si často myslela, že za danou dobu stihne splnit určitou činnost, ale ve výsledku bývala pozadu. To obvykle vedlo k jejímu zahlcení a vyčerpání, což se negativně podepisovalo i na Klárině prožívání. Při plnění studijních povinností, jako jsou seminární práce a jiné úkoly, bývala pozadu a obvykle své práce odevzdávala těsně před termínem nebo po termínu. Nicméně, pro svůj velký zájem o studovaný obor zde Klára poprvé našla chuť se učit a hledala učební

styl, který by ji vyhovoval. Přesto však potíže s učením přetrvávaly a týkaly se celého procesu učení – od nalezení času k učení, přes jeho plánování, koncentraci při učení, až po zapamatování si informací. Klára reflektuje, že výrazným zdrojem před diagnostikou jí byli její přátelé spolužáci, kteří ji pomáhali a sdíleli jí své poznámky. Během přednášek pro ni totiž bylo obtížné udržet pozornost a zároveň si konzistentně zapisovat.

2.V. Zlom ve vysvětlování si svých potíží

V posledním ročníku bakalářského studia, kdy se Klára připravovala na státnice a pracovala na bakalářské práci, si víc, než kdy jindy začala uvědomovat, že za jejími potížemi v učení musí být nějaká skrytá příčina. Se skupinou spolužáků měli stanovený harmonogram, podle kterého se společně učili, a který se Kláře ve srovnání s ostatními nedařilo dodržovat. Příprava na státnice šla druhým mnohem snáz a posouvali se v učení rychleji než ona sama. I když si svých potíží s učením byla vždy vědoma, byla jejich podoba v tomto období natolik intenzivní, že se Klára nedokázala vůbec soustředit a nic si zapamatovat. Těsně před státnicemi byla pod velkým tlakem, pociťovala silný stres a její psychický stav se vystupňoval do silných úzkostí a panických atak. „*A vlastně jsem úplně tak zamrzla, že prostě najednou nic nefungovalo. V ničem jsem nedokázala pokračovat*“ (K1.14). Jelikož Klára byla ve třetím ročníku psychologie, začala docházet k závěru, že její problémy nejsou běžné. Pátrání po příčině jejích potíží vedlo k sebediagnostice ADHD. Bylo to pro ni nejpravděpodobnější vysvětlení, a tak začala intenzivně studovat informace o této poruše a čím více zjišťovala, tím více jí dávalo smysl, že ADHD stojí za jejími potížemi. Byla to retrospektivní skládanka, během které si dokázala vysvětlit všechny tíživé situace a výzvy, kterým čelila. Nebýt studia psychologie, možná by k tomuto náhledu vůbec nedošla, protože nikdy dříve nad tím takto nepřemýšlela.

3.V. Optimalizace studia po obdržení diagnózy

Výzvy spojené se studiem na vysoké škole jsou pro Kláru mnohem menší než před diagnózou ADHD, i když to stále není procházka růžovou zahradou. Změny, ke kterým došlo, se neprojevíly pouze v přístupu k učení, ale byly mnohem komplexnější. Klára začala svůj život obohacovat o pevnou strukturu, která ji chyběla, když začala více dbát na spánkový a stravovací režim, a začala věnovat více pozornosti organizaci času, místa a věcí kolem sebe. Naučila se svým věcem dávat místo, díky čemuž přesně ví, kde se její věci

nachází, a už tolik neztrácí čas jejich hledáním. Čas, který byl vždy jejím nepřítelem, a částečně ještě je, se jí podařilo lépe organizovat, a to například i díky stolním digitálním hodinám, které si dává do pozadí při různých činnostech, aby mohla sledovat, kolik času jí činnost zabírá a vyhnula se zpoždění při přesunu k dalším povinnostem. Díky těmto změnám se jí podařilo dosáhnout i změn v přístupu ke studiu, neboť získala více energie a prostoru na přípravu do školy. Jako hlavní překážka v jejím studiu se ovšem jeví udržování tempa a balancování mezi studijními, osobními a pracovními nároky. Sladění požadavků z různých oblastí jejího života je náročné, a proto je stále vystavena dohánění svých povinností. Například, pro seminární práce, jejichž realizace ji velice baví, nemá někdy tolik času, kolik by potřebovala, aby mohla jít do hloubky. Nicméně, úzkosti a panické ataky, které byly na bakalářském studiu časté, ztratily na síle. Jejich intenzita přitom závisí na množství požadavků, které jsou na Kláru kladeny. Úzkosti sice přetrvávají, ale díky změnám, které osvojení diagnózy přineslo, nejsou již tak časté a odzbrojující.

4.V. Podpůrné faktory studia

Jedním z důležitých podpůrných faktorů je Kláry silný zájem o studijní obor psychologie, o kterém snila už od základní školy. Studium psychologie je tak nejen zdrojem výzev, ale zároveň zdrojem motivace a podpory jejich k překonávání. Podstatnou roli hrají také vyučující, kteří jsou podle Kláry velice vstřícní, a jejichž osobnost a způsoby přednášek dokážou Kláru zaujmout. Zmiňuje, že jejich přednášky jsou plné diskusí a interaktivních prvků, které ji pomáhají být ve výuce přítomna, a bez kterých by si studium nedokázala představit. Spolužáci jsou i nadále jejím velkým zdrojem podpory, neboť si vzájemně pomáhají a sdílejí poznámky, což ji umožňuje plně se soustředit na přednášky a nezahlcovat se zapisováním každého slova. Významným faktorem je pro Kláru také možnost přizpůsobit si školní režim svým potřebám, jelikož výuka probíhá pouze v konkrétní dny a hodiny. Díky tomu, že režim není na vysoké škole tak důsledný, je zároveň více prostoru pro delší pauzy na odpočinek. V neposlední řadě má Klára od doby své diagnostiky možnost využívat jakožto student se speciálními potřebami různé formy podpory. I když tento status zatím moc nevyužila, možnost navýšení časového limitu při přijímacích zkouškách na magistra byl pro ni klíčový. Jelikož vždy potřebovala více času na čtení, získala více prostoru na důkladné přečtení otázek, zamyšlení se nad svou odpovědí i sebekontrolu.

3. Popis tématu: Potřeba sebepoznání

1.S. Diagnostický proces

Potom, co Klára identifikovala poruchu ADHD jako příčinu svých obtíží, se objednala na psychiatrickou ambulanci, aby podstoupila diagnostický proces. I když jí zde bylo potvrzeno, že ADHD má, nebyla spokojena s přístupem tamních odborníků. „*Přišlo mi to tam trošku odfláklý,*“ (K1.21) zmiňuje. Podle ní by online test, který si mohla udělat doma sama, měl stejnou výpovědní hodnotu. Vzhledem ke studovanému oboru a vlastnímu samostudiu již měla určitou představu o tom, jak by měla diagnostika vypadat, a toužila po více individualizovaném přístupu a řádnému otestování, aby si mohla být skutečně jistá, co za jejími potížemi stojí. Po jediném krátkém setkání byla Kláře předepsána medikace na ADHD bez jakéhokoli dalšího vysvětlení. Jelikož ji tento přístup přišel nedostatečný, objednala se na kliniku, kde našla odborníka specializujícího se na diagnostiku ADHD u dospělých. Vyšetření na této klinice proběhlo ve dvou setkáních a bylo mnohem důkladnější. V anamnestickém rozhovoru mapovali hluboce vše od jejího dětství až po dospělost a testové metody byly také mnohem rozsáhlejší než při její první zkušenosti. Její potřeba individuálnějšího přístupu zde byla naplněna a tamní odborník ji řádně seznámil s podstatou ADHD a s tím, jak se může projevovat a na co může mít vliv. Na této klinice proto navázala spolupráci a řešila zde i medikaci.

2.S. Porozumění sebe samé

Diagnostikování ADHD a nasazená medikace v kombinaci s terapií a jejím vlastním samostudiem přineslo Kláře hluboké porozumění sebe samé spolu s dramatickými změnami, a to nejen v jejím studijním životě. Po osvojení diagnózy se Klára přestala tolik obviňovat a sebetřýznit, neboť pro své potíže, které i přes zvýšené úsilí nedokázala vždy ovlivnit, dostala jasné vysvětlení. „*Já jsem věděla, jak vypadá to, co se mi děje. Jen jsem to nedokázala uchopit, ale přemýšlela jsem nad tím vždy,*“ (K11.28) komentuje Klára. Od doby identifikace svého ADHD měla příležitost se o sobě více dozvědět a hledat kompenzační mechanismy, jak se sebou a svými projevy vhodněji pracovat. Klára hodnotí, že má nad sebou nyní mnohem větší kontrolu, jedné méně impulzivně a více si věci promýšlí. Po emoční stránce není již tak nestabilní a své emoční prožívání umí lépe regulovat. Svou osobní zkušenost,

kteřá ji dovedla k pochopení vlastních mechanismů, vnímá jako cennou, a i když její situace není vždy ideální, věci jí nyní přijdou mnohem snazší než kdy dřív.

4. Popis tématu: Integrace ADHD do osobního a profesního života

1.A. Pervazivnost ADHD

Klára nahlíží na své ADHD jako na něco, co prostupuje celou její osobností a ovlivňuje spoustu aspektů života. „*Já teda musím říct, že jak je to komplexní, tak to úplně nevnímám od sebe oddělené*“ (K8.4). Kvůli tomuto pervazivnímu charakteru je pro Kláru těžké posuzovat ADHD z hlediska výhod, přestože nevýhody se jí označují mnohem snadněji. Ty jsou podle Kláry viditelnější kvůli limitům, na které v důsledku svého ADHD naráží. Nicméně, díky tomu, že ji byla porucha ADHD diagnostikována, získala poslední puzzlík skládačky potřebný k tomu, aby se mohla skutečně poznat. To pro ni výhodu představuje. Tím, že vnímá ADHD jako součást své osobnosti, nyní ví, jaké jsou její slabiny, co je pro ni obtížné a co ji baví. Tato schopnost reflektovat svou osobnost je pro ni důležitá. Je si zároveň vědoma své silné stránky, kterou ji ADHD naučilo, a tou je její vytrvalost. I přes to, že se opakovaně vypořádávala s různými výzvami a zažívala mnoho neúspěchu, naučila se vytrvat a nevzdávat se. Svého odhodlání se stále drží, protože ví, že když nepoleví, vše zvládne.

2.A. Profesní představy a ambice

Díky komplexnímu pohledu na sebe samou Klára nevnímá své ADHD jako překážku ve své budoucí práci psycholožky. „*Myslím si, že když znám ty svoje stránky a jsem schopna reflektovat to svoje myšlení, tak to je to důležitý v týhle profesi,*“ (K11.16). Klára vždy měla schopnost sebereflexe, i když dříve nevěděla, že se tomu tak říká. Studium psychologie tuto schopnost ještě více vytříbilo a je pro ni silným nástrojem do budoucí profese. Zároveň zdůrazňuje, že profese psychologa nabízí mnoho nástrojů, které může využívat jako podpůrné zdroje, jako například výcviky, intervize, supervize, diagnostické manuály a podobně. Tyto nástroje jí poskytují pevné základy, o které se může opřít. Klára je otevřená novým zkušenostem a uvědomuje si, že její pracovní cesta se může vyvíjet podle toho, jak bude sbírat další zkušenosti. Plánuje absolvovat psychoterapeutický výcvik a zvažuje například práci ve školském poradenském systému.

7.2 Společná analýza rozhovorů

V této kapitole jsou popsána témata vyskytující se napříč výzkumnými rozhovory. Během sekundární analýzy, kdy byly hledány souvislosti mezi zkušenostmi respondentek, byla identifikována nadřazená témata. Tato nadřazená témata jsou doplněna subtématy, která se k nim vztahují. Každé nadřazené téma je znázorněno v tabulce spolu se svými subtématy a je uvedeno, zda se dané subtéma objevuje i ve zkušenosti konkrétní respondentky či nikoliv.

7.2.1 Cesta k ADHD

První tematický okruh se zaměřuje na cestu, kterou respondentky prošly od hledání svých dlouhodobých potíží, přes zvažování přítomnosti ADHD, až k osvojení si diagnózy ADHD.

Tabulka 4 – Tematický okruh Cesta k ADHD

Cesta k ADHD	Eliška	Jasmína	Vanda	Klára
Bod zlomu	ano	ne	ano	ano
Sebediagnostika	ano	ano	ano	ano
Diagnostické vyšetření	ano	ne	ano	ano
Druhý názor	ne	ne	ano	ano

Bod zlomu

U respondentek Vandy a Kláry se bod zlomu projevil v náročných situacích, kdy náhle nedokázaly zvládnout nároky, které na ně byly kladeny. Vanda čelila nevysvětlitelným chybám a intenzivní kritice v práci a při psaní diplomové práce narazila na obtíže se systemickým zpracováním informací, které vedly k jejímu zahlcení. Klára během přípravy na státnice nedokázala dodržovat harmonogram a potíže s učením se projevíly více než kdy dřív. Tyto krizové momenty odhalily limity jejich schopností, jejichž příčina byla dosud skryta kvůli nediodnostikovanému ADHD, a vedly k výraznému zhoršení psychické pohody. To je přivedlo k vyhledání odborné pomoci a pátrání po hlubší příčině svých problémů. V případě Elišky, jejíž dospívání bylo poznamenáno výraznými výkyvy, bod zlomu nastal v jejích 21 letech jednodenní hospitalizací na psychiatrii. Od tohoto momentu již intenzivně hledala vysvětlení pro své dlouhodobé potíže ve spolupráci s odborníky. Co se týče Jasmíny, nedošlo k žádnému bodovému zlomu, ale spíše k postupnému uvědomování si příčiny svých

potíží. Zkušenost respondentek zdůrazňuje, jak potíže spojené s ADHD mohou vyústit v krizi, pokud není správně rozpoznána a řešena jejich skutečná příčina.

Sebediagnostika

V procesu uvědomování si možnosti ADHD u všech respondentek sehrálo klíčovou roli několik faktorů. Jedním z podnětů byly názory okolí, které konkrétně Elišce a Jasmíně ADHD přisuzovalo. V případě Elišky sehrála roli též obeznámenost s ADHD jejího bratra. I když jeho klinický obraz ADHD neodpovídal jejímu, podnítil její zájem o tuto poruchu. Pro Vandu byla jedním z impulsů její terapeutka, která ADHD sama má, a u které Vanda poprvé začala reflektovat své chování a prožívání. Sociální sítě (především Instagram), přinesly impulsy a motivaci k dalšímu zkoumání u Vandy i Jasmíny. Obě respondentky ale reflektují možnost povrchních informací, které se zde v kontextu ADHD sdílejí, a proto šly ve svém pátrání mnohem hlouběji. Všechny respondentky sdílí odhodlání porozumět svým potížím a k sebediagnostice ADHD došly poctivým samostudiem. Čím více si o této poruše zjišťovaly, tím více byly jejich dlouhodobé potíže osvětleny. Významnou roli sehrál u některých respondentek i samotný studijní obor psychologie, který nejen poskytl teoretický základ, ale také posílil jejich schopnost sebereflexe a kritického myšlení. Ze zkušenosti respondentek plyne, že sebediagnostika je nástrojem k porozumění sebe samého a také významnou součástí diagnostického procesu, zejména pak u dospělých, neboť může být prvním krokem k získání oficiální diagnózy.

Diagnostické vyšetření

Pro potvrzení svého podezření na přítomnost ADHD se Eliška, Vanda a Klára obrátily na odbornou pomoc, aby se podrobily diagnostice. Všechny tři přitom mají podobnou zkušenost s neuspokojivým přístupem odborníků. U Elišky a Vandy vyšetření dospělo k vyloučení přítomnosti ADHD a byla jim diagnostikována jiná psychopatologie. Obě respondentky tento závěr odmítly. Sdílí pocity, že jejich diagnostická zakázka nebyla respektována, a že nebyly použity diagnostické metody, které by mohly ADHD odhalit. Jejich zkušenost zároveň poukazuje na to, že odborníci nezohlednili rovinu prožívání. Zdá se, že emoční dysregulace a úzkosti, které se s ADHD mohou pojít, vedly odborníky k diagnostice jiné psychopatologie, aniž by zvážili možnost komorbidity. Kláře na vyhledané klinice ADHD diagnostikováno bylo, ale nebyla spokojena s povrchním přístupem odborníků, kteří jí

neposkytli hledané odpovědi a vysvětlení. Zkušenosti respondentek zdůrazňují potřebu individuálního a důkladného komplexního diagnostického procesu, který by lépe reflektoval jejich specifické potřeby a prožívání, a poskytl odpovídající odpovědi na jejich dlouhodobé potíže. Respondentka Jasmína se rozhodla diagnostický proces nepodstoupit kvůli obavám z výkonnostních testů a strachu, že by se ADHD nepotvrdilo. Sebediagnostika v tomto ohledu může být tedy i překážkou pro vyhledání odborné pomoci.

Druhý názor

Pro Vandu a Kláru bylo vyhledání druhého názoru k posouzení jejich stavu klíčovým krokem na jejich cestě k potvrzení diagnózy ADHD. Klára se na druhé navštívené klinice setkala s odborníkem, který splnil její očekávání důkladného vyšetření a poskytl jí potřebná vysvětlení. Vanda, po své negativní zkušenosti, vyhledala ihned dva další odborníky, aby si ověřila předchozí závěr vyšetření. Podpůrným zdrojem jí byla komunita pro dospělé s ADHD, která jí poskytla pocit sounáležitosti a podpořila ji v rozhodnutí získat druhý názor. Vanda se však s přístupem, který její potíže nebagatelizoval, setkala až u třetího odborníka, který přítomnost ADHD potvrdil. Zkušenosti Vandy a Kláry zdůrazňují důležitost získání druhého názoru, který může být zásadní pro správnou diagnózu. Jejich odhodlání a obeznámenost s tím, jak by diagnostika měla vypadat, jim umožnily nalézt odpovídající odbornou pomoc. Vanda díky podpoře z komunity a díky své schopnosti nahlédnout na své potíže, které stále nebyly dostatečně osvětleny, dokázala zpochybnit první dva závěry odborníků. To ji ušetřilo před možnými chybnými diagnózami, které by ji mohly dovést na zcela jinou cestu léčby. Druhý názor se ukázal jako podstatný krok v procesu diagnostiky ADHD, který poskytl odpovídající odpovědi na dlouhodobé potíže a naplnil potřeby individuálního a důkladného přístupu.

7.2.2 Sebepojetí

Tento tematický okruh se zabývá tím, jak respondentky vnímají samy sebe, a zkoumá souvislosti mezi jejich ADHD a vnímáním vlastní hodnoty a svých kompetencí.

Tabulka 5 – Tematický okruh Sebepojetí

Sebepojetí	Eliška	Jasmína	Vanda	Klára
Pocity jinakosti	ano	?	ano	?

Pocity nedostatečnosti	ano	ano	ano	?
Silné stránky	ano	ano	ano	ano
Sebehodnocení	ano	ano	ano	?
Změna po osvojení ADHD	ano	ano	ano	ano

Pocity jinakosti

Během svého života byly respondentky, a některé i stále jsou, vystaveny pocitům jinakosti. Z jejich výpovědí plyne, že tyto pocity byly formovány reakcemi okolí na jejich projevy společně s požadavky, kterým nezvládaly čelit s takovou lehkostí jako jiní lidé. Některé o těchto pocitech mluvily otevřeně, jiné ne, ale všechny spojuje zabývání se otázkou, proč se jim jisté věci dějí a druhým ne. Eliška a Vanda, jejichž studijní dráha je podobná, pociťovaly tyto pocity méně intenzivně na umělecké škole, zatímco základní škola v nich pocity odlišnosti vzbuzovala mnohem více vzhledem k jasně nastaveným normám. Jasmína také čelila na nižších stupních vzdělání, včetně gymnázia, kritice za to, že se neprojevovala podle očekávání, navzdory své snaze. I když je přijetí své jinakosti pro Vandu cestou, pomáhá jí, podobně jako Jasmíně, sdílení svých zkušeností s lidmi, kteří ADHD také mají. V tomto sdílení nachází obě respondentky úlevu, protože tito lidé mají pro jejich potíže větší porozumění než jiní lidé, kteří si neuvědomují, jak náročné mohou být překážky spojené s ADHD. Klára o pocitech jinakosti sice přímo nemluvila, ale též má zkušenost s kritikou za neplnění očekávaných standardů chování. Svou jinakost Klára nemusí reflektovat tak výrazně, protože se stále považuje za stejného člověka a ADHD pro ni představuje poslední kus skládky, který je součástí její osobnosti. Tyto zkušenosti zdůrazňují, jak důležité je porozumění a podpora pro jedince s ADHD, aby mohli přijmout svou „jinakost“ a integrovat ji do svého života.

Pocity nedostatečnosti

Podobně jako pocity nejistoty, byly a jsou pocity nedostatečnosti pro respondentky častým a významným tématem ovlivňujícím jejich sebepojetí. Eliška na vysoké škole zažívala vnitřní stres spojený s obavou, že bude zaostávat a ostatní si budou myslet, že není dost dobrá. Při srovnávání se se spolužáky se často ptala, zda je stejně kompetentní jako oni. Eliščina potřeba získávat ujištění od ostatních a její soutěživost pramení právě z její vlastní nejistoty. Jasmína, která se odjakživa srovnávala s ostatními, má pocit, že oproti ostatním

musí vynakládat více úsilí, což je pro ni nejen zdrojem stresu, ale i pochybností o sobě samé. Její zkušenosti v ní zanechaly pocity nedostatečné spolehlivosti, které se promítly i do jejího strachu, že by mohla zklamat ve své profesi. Co se týče Vandy, cítí se méně kompetentní ve srovnání se spolužáky, protože její vzdělávací dráha z umělecké školy je odlišná od dráhy spolužáků z gymnázií. Tento její náhled má negativní vliv na její sebevědomí a brání jí v plném zapojení se do debat. I když Klára výslovně nehovořila o pocitech nedostatečnosti, z její zkušenosti je zřejmé, že při přípravách na státní závěrečné zkoušky, kdy se porovnávala s ostatními spolužáky, pociťovala nepříjemný tlak, jelikož nestačila jejich tempu učení a byla pozadu, což se projevilo na její psychické pohodě.

Silné stránky

U všech respondentek je patrná silná prosociální orientace a touha pomáhat lidem. Zdá se, že každá z respondentek čerpá ze svých, někdy nelehkých, životních zkušeností, které slouží jako zdroj motivace v jejich profesním životě. Společným znakem respondentek je také výrazná sebereflexe, jakožto významný nástroj psychologa. Preciznost a hluboký zájem o studijní obor jsou rovněž společnými rysy, které přispívají k jejich odbornému růstu. Divergentní myšlení, schopnost hluboce přemýšlet a vidět více alternativ, je další silnou stránkou respondentek. Konkrétně Vanda tuto schopnost vnímá jako přínosnou zejména pro diagnostickou práci. Eliška reflektuje, že projevy ADHD, které někdy ráda nemá, mohou být zároveň velice užitečné; její impulzivita jí přinesla zajímavé zkušenosti a díky její aktivitě na vysoké škole si získala přízeň vyučujících. Stejně tak i Jasmína vnímá svou energickou povahu pozitivně. Věří, že jí může být užitečná při navazování kontaktu s klienty, především s dětskou klientelou. Klára, ačkoliv snadněji identifikuje své slabé stránky, si uvědomuje svou vytrvalost, která jí pomáhá překonávat výzvy a nevzdávat se. Vnímání těchto pozitivních vlastností je nezbytné, protože má dobrý vliv na jejich sebepojetí. To může být v důsledku jejich ADHD ohrožené selháváním, neboť ne vždy byly respondentky schopny naplnit „to očekávané“.

Sebehodnocení

Sebehodnocení respondentek lze chápat ve vztahu mezi jejich reálným já a ideálním já. U všech respondentek se projevují perfekcionistické rysy, které je vedou k vysokým nárokům na sebe a k přetížení povinnostmi přesahující jejich možnosti. Jinými slovy, požadují od sebe

mnohem více, než je v jejich silách. Vanda vnímá perfekcionismus jako hyperkompenzaci za neúspěchy a selhání, které osoby s ADHD zažívají, a proto mají nereálný pohled na své fungování. Jasmína má potřebu být ve všem nejlepší a nedokáže slevit ze svých požadavků, neboť „musí zvládat vše“. Eliška klade velký důraz na dosahování úspěchů, což pramení z její soutěživosti. Často se chopí příležitosti bez ohledu na své možnosti, což vede k jejímu zahlcení. Zdá se, že tendence těchto respondentek „být všude“ a „dělat vše“ slouží jako kompenzace nižšího sebevědomí a je prostředkem k dokazování si svých kompetencí. Taková strategie může být dvojsečnou zbraní – tj. pokud se jim podaří vše zvládnout, posiluje to jejich sebevědomí. V opačném případě se zahlcují, zvyšují svůj stres a podporují své pocity nedostatečnosti.

Změna náhledu po osvojení si ADHD

Osvojení diagnózy ADHD představuje pro všechny respondentky významný posun v jejich sebehodnocení a sebepřijetí. Předtím, než si uvědomily souvislost svých potíží s ADHD, se často sebetřýznily, vinily a považovaly se za neschopné či líné. Reakce okolí, které často jejich problémy bagatelizovalo a připisovalo nedostatečné snaze, si internalizovaly a jejich pocity nedostatečnosti v nich rostly. Díky pochopení, že jejich potíže pramení z ADHD, a ne z osobních selhání, na sebe začaly nahlížet laskavěji a s větším pochopením. Tímto způsobem diagnóza ADHD respondentkám pomáhá pochopit sebe samé a přijmout se takové, jaké jsou.

7.2.3 Adaptace na vysokoškolské prostředí

Tento tematický okruh se zabývá tím, jak se respondentky zvládají nároky vysokoškolského studia, jaké jsou jejich studijní potřeby, a jaké formy (sebe)podpory využívají.

Tabulka 6 – Tematický okruh Adaptace na vysokoškolské prostředí

Adaptace na vysokoškolské prostředí	Eliška	Jasmína	Vanda	Klára
Vysokoškolský režim	ano	ano	ano	ano
Seminární a závěrečné práce	?	ano	ano	ano
Zkouškové období	ano	ano	ano	ano
Přednášky	ano	ano	ano	ano

Studijní potřeby	ano	ano	ano	ano
Kompenzační strategie	ano	ano	ano	ano
Zdroje podpory	ano	ano	ano	ano

Vysokoškolský režim

Režim vysokoškolského studia, který je méně strukturovaný než nižší stupně vzdělání, představuje pro respondentky s ADHD výzvu. Na rozdíl od základní a střední školy, kde byly denní rutiny pevně dané a činnosti jasně organizované, vysoká škola vyžaduje od studentů větší míru samostatnosti a seberegulace, což může být pro jedince s exekutivními deficity náročné. Přestože si všechny respondentky cení svobody a flexibility, kterou jim vysoká škola poskytuje, uvědomují si, že organizace a dohled nad plněním povinností spočívá výhradně na nich. Tento kontrast mezi volností a nároky na samostatnost je klíčovým faktorem ovlivňující jejich studijní zkušenosti. V důsledku exekutivních deficitů a odlišné časové percepce čelí respondentky výzvám při plánování příprav do školy, dodržování termínů nebo včasného docházení na výuku. Při plnění studijních povinností tak respondentky často zažívají pocity, že jsou pozadu a nestíhají. Méně strukturovaný režim vysokoškolského studia tedy má své pro a proti. Na jedné straně jim poskytuje volnost a flexibilitu, díky které si mohou studium přizpůsobit svým potřebám a zájmům, na druhé straně klade vysoké nároky na jejich exekutivní funkce, což může vést ke zvýšenému stresu a pocitům selhání.

Seminární a závěrečné práce

Jako další výzva se pro respondentky Jasmínu, Vandu a Kláru jeví psaní seminárních a závěrečných prací. Jasmína čelí potížím v celém procesu – od odkládání samotného psaní, přes dlouhé zpracovávání úkolu pro jeho preciznost, až po zapomínání na odevzdání. Vanda se potýká s problémem rozbíhavé mysli, která jí brání v systematickém zpracování informací. Přestože má dostatek času, potřebuje dlouhé období na „dozrávání“ myšlenek, což vede k odkládání realizace tohoto úkolu. Podobně i Klára, kterou psaní baví, naráží na neschopnost psát stručně a na nedostatek času. To jí brání v dosažení hloubky, kterou by ve své práci chtěla dosáhnout, a v důsledku toho má potíže s dodržováním termínů. Společným faktorem pro tyto respondentky je nejen jejich exekutivní deficit, ale také již zmíněný perfekcionismus, který činí tento úkol náročným a často zahlcujícím.

Zkouškové období

Společným faktorem, který respondentkám pomáhá náročnost zkouškového období zvládat, je silný zájem o studovaný obor psychologie. I přes jeho vysoké požadavky je pro respondentky zdrojem motivace. S příchodem na vysokou školu u sebe Eliška poprvé našla schopnost investovat do učení potřebnou energii a pozornost. Eliškou zmíněný hyperfokus jí pomáhá překonávat i organizační deficity, které jí dříve v učení bránily. Stejně tak i Vanda projevuje při učení silný zápal. Co jí ale brání, je tendence odkládat začátek, čehož nakonec lituje, protože jí učení ve výsledku baví a chce se látce věnovat hlouběji. Klára, která odjakživa měla potíže s učením, až při studiu psychologie našla chuť a motivaci k učení a osvojení si učebního stylu, který by jí vyhovoval. V případě Jasmíny, je zkouškové období velmi stresující a izolující. Aby se s touto zátěží vyrovnala, často se ujišťuje, jak se daří ostatním spolužákům, což jí ale zároveň vede ke srovnávání jejich tempa se svým a k pocitům nedostatečnosti. Pociťovaný stres Jasmíny je posílen i tím, že je podle ní zkouškové postaveno výhradně na hodnocení jejich kompetencí. Zájem o psychologii se tedy ukazuje jako důležitý podpůrný faktor pro všechny respondentky. Nicméně, jejich exekutivní deficity, perfekcionismus, anebo rozbíhavá mysl mohou být překážkami, které jim přípravu na zkoušky mohou znesnadňovat.

Přednášky

Silný zájem o studovaný obor umožňuje respondentkám zvládat přednášky na vysoké škole poměrně dobře. Jako velmi efektivní se zdají být interaktivní formy výuky, například diskuse či práce ve skupinách, které respondentkám usnadňují překonávat potíže s nepozorností a vedou k jejich aktivizaci. Jasmína uvádí, že bez těchto prvků ve výuce jsou pro ni dlouhé přednáškové bloky s nedostatkem přestávek velice vyčerpávající. Střídání předmětů a pravidelné přestávky po kratších úsecích jí na předchozích stupních vzdělání vyhovovalo více. Vanda a Klára zase zmiňují, že je pro ně obtížné současně poslouchat výklad a zapisovat poznámky z prezentace. Celkově interaktivní a dynamický přístup ve výuce respondentkám pomáhá lépe se soustředit a zajistit, že si z hodin odnesou podstatné poznatky.

Studijní potřeby

Respondentky se shodují na několika specifických studijních potřebách, které by jim pomáhaly lépe zvládat vysokou školu. Již zmíněné interaktivní formy výuky jsou pro ně klíčové, protože jim umožňují aktivně se zapojit a lépe udržet pozornost. Respondentky také oceňují, když mají k dispozici prezentace od vyučujících předem, což jim umožňuje plně se soustředit na výklad bez obav, že si nestihnou zaznamenat důležité informace. Jasmína a Eliška zmiňují potřebu větší aktivity školy při upozorňování na důležité termíny, což by jim pomohlo lépe se orientovat ve svých studijních povinnostech a předejít zapomínání či nestíhání. Vanda v kontextu vnější kontroly uvádí, že je pro ni nezbytné mít při psaní bakalářské práce vedoucího, který ji povede ke konzistenci. Kromě toho by Vandě pomohly nahrávky přednášek, protože jí k učení vyhovuje více zdrojů, nejen poznámky. Celkově respondentky potřebují více podpořit s udržováním struktury, aby mohly lépe zvládat nároky spojené s vysokoškolským studiem.

Kompenzační strategie

Uvědomění si, že za jejich potížemi stojí ADHD, umožnilo respondentkám vyvinout kompenzační strategie, které jim pomáhají lépe zvládat nároky školy. Eliška se spoléhá na upomínky v telefonu a vedení diáře, aby nezapomínala na své povinnosti. Je si také vědoma, že zvládnutí prvního kroku k jejich plnění jí dodává jistotu a motivaci pokračovat. Podobně i Jasmína využívá pro správu svých úkolů Google kalendář a snaží se plnit povinnosti průběžně. Pokud se cítí přetížená, krátké procházky nebo fyzická aktivita jí pomáhají se uvolnit a znovu soustředit. Stejně tak i Vanda se přizpůsobuje svému aktuálnímu stavu a pouští se do realizace povinností podle toho, jak se cítí. Mnohem více tak respektuje své možnosti a oceňuje se i za malé úspěchy. Co se týče Kláry, dosáhla výrazného zlepšení díky zavedení pevné struktury do svého života. Dbá na spánkový a stravovací režim a organizaci času a místa, což jí mimo jiné pomáhá lépe zvládat i studium. Přestože respondentky výzvam stále čelí, osvojení poruchy ADHD jim umožnilo lépe porozumět svému fungování. Tento proces sebepoznávání je vede k nalézání účinných způsobů, jak své potíže překonávat a adekvátně je kompenzovat.

Zdroje podpory

Pomoc od spolužáků a přívětivá atmosféra ve třídě se jeví jako jeden z nejdůležitějších zdrojů podpory. Sdílí spolu nejen poznámky z přednášek, ale i své zkušenosti, což přispívá k pocitům sounáležitosti. Dalším významným zdrojem mohou být vyučující. Klára oceňuje jejich vstřícnost a ochotu k domluvě, zatímco Vanda si cení, že její potíže vyučujícími nebyly bagatelizovány. Jako studentky se speciálními potřebami si Klára a Vanda též pochvalují služby akademické poradny, která pomáhá nejen studentům s ADHD lépe zvládat studijní nároky. Jako další důležitý zdroj podpory se jeví blízké okolí respondentek a odborníci (psychoterapeuti nebo psychiatři), kteří poskytují kontinuální a konzistentní pomoc. Pro zvládnutí nároků vysoké školy a udržení psychické pohody se zdá být klíčové, aby studenti aktivně vyhledávali nabízené formy podpory.

7.2.4 ADHD ve všedním i profesním životě

Tento tematický okruh se zabývá tím, jak ADHD ovlivňuje život respondentek ve všech jeho aspektech. Ukazuje pervazivní povahu ADHD, jeho spektrální projevy a souvislost s profesí psychologa.

Tabulka 7 – ADHD ve všedním i profesním životě

ADHD ve všedním i profesním životě	Eliška	Jasmína	Vanda	Klára
Pervazivnost ADHD	ano	ano	ano	ano
ADHD jako spektrum	ano	ano	ano	ano
ADHD v profesi psychologa	ano	ano	ano	ano

Pervazivnost ADHD

ADHD prostupuje všemi aspekty života respondentek a neovlivňuje jen jejich studijní úspěchy, ale zasahuje i do osobních vztahů, pracovních závazků a každodenních aktivit. Tento komplexní vliv znamená, že problémy spojené s ADHD se projevují v různých oblastech života a vzájemně se ovlivňují. Například, nedorozumění v mezilidských vztazích může formovat zkušenost se studiem. Změny v přístupu ke studiu byly často důsledkem širších změn v životě respondentek, což podtrhuje pervazivní povahu ADHD. Pro respondentky je důležité pochopení a akceptace této skutečnosti, aby mohly lépe pracovat na kompenzačních strategiích a dosáhly rovnováhy mezi různými oblastmi svého života.

ADHD jako spektrum

ADHD se u respondentek projevuje jako spektrum symptomů různé intenzity, které nejsou omezeny na jeden klinický obraz. Pro respondentky bylo klíčové zjištění, že ADHD u žen může vypadat jinak než u mužů, což je přivedlo ke zvažování této diagnózy. To, že se ADHD může projevovat různými způsoby, může být důvodem, proč jejich ADHD nebylo v dětství rozpoznáno a respondentky tak mohly být přehlíženy kvůli stereotypnímu vnímání této poruchy jako záležitosti chlapců s výraznou hyperaktivitou. Jelikož neodpovídaly tomuto obrazu byly jejich problematické projevy přisuzovány na vrub temperamentu, nedostatečné snaze nebo nedůsledné výchovy. ADHD se také projevuje přítomností komorbidit, což je další aspekt spektrální povahy této poruchy. U všech respondentek je přítomna úzkost, u jedné z nich i tikové onemocnění. Tento široký rozsah symptomů a přidružených potíží ukazuje na komplexnost ADHD a potřebu individuálního přístupu k diagnostice a léčbě. Spektrální povaha ADHD také znamená nejen přítomnost negativních aspektů, ale i pozitivních, jak bylo uvedeno v subkapitole silné stránky.

ADHD v profesi psychologa

Respondentky mají různé profesní ambice, ale všechny vnímají své ADHD jako integrální součást svého profesního života. Uvědomění si silných a slabých stránek, které s sebou ADHD přináší, jim umožňuje lépe se připravit na výzvy, které je čekají v jejich budoucí kariéře. Jsou si vědomy všech zdrojů podpory, které jim práce psychologa nabízí, a plánují využívat intervize, supervize, kolegiální sdílení, psychoterapeutické výcviky a další nástroje, o které se mohou opřít. Významným nástrojem jim bude i jejich schopnost sebereflexe, která je u všech respondentek důkladně rozvinutá. Každá z respondentek zároveň pečlivě zvažuje své profesní zaměření tak, aby jí práce vyhovovalo a bavila ji. Všechny nahlíží na své zkušenosti jako na cenné lekce, ze kterých mohou ve své práci čerpat, a vidí je jako příležitost pro lepší porozumění a pomoc druhým lidem. Zároveň respondentky reflektují potřebu pravidelného odpočinku, využívání nástrojů pro správu času a struktury, anebo práci v týmu, aby byly ve své profesi úspěšné. ADHD je tedy pro všechny respondentky jak výzvou, tak zdrojem cenných introspektivních poznatků, které je vedou k hlubšímu porozumění sebe samých a k efektivnímu zvládnání profesních nároků.

8 Shrnutí a diskuse

8.1 Odpovědi na výzkumné otázky

Výsledky výzkumu dávají odpovědi na výzkumné otázky, které jsou shrnutím výše zmíněných nadřazených témat a subtémat.

VO1: Jak respondenti dospěli k osvojení diagnózy ADHD?

Celou odpověď na tuto otázku nalezneme v tematickém okruhu Cesta k ADHD v podkapitole 8.1.1. Respondentky prošly různými fázemi od vysvětlování si svých dlouhodobých potíží, přes zvažování přítomnosti ADHD, až k jeho osvojení. Některé zažily krizové momenty, které je přiměly hledat odbornou pomoc a pátrat po skutečné příčině svých potíží, zatímco jiné si možnost, že za jejich problémy stojí ADHD, uvědomovaly postupně. Sebediagnostika hrála klíčovou roli, často podpořená názory okolí, informacemi ze sociálních sítí a studijním oborem psychologie. Respondentky věnovaly mnoho úsilí samostudiu této poruchy a čím více se dozvíдалy, tím více jim byly jejich osobní zkušenosti osvětleny. Pro potvrzení diagnózy některé z nich podstoupily odborné vyšetření a v některých případech bylo důležité vyhledání druhého názoru. Jejich cesta k ADHD ukazuje, jak významná je osobní iniciativa, podpora okolí a kvalitní odborný přístup při diagnostice.

VO2: Jak se změnil přístup ke studiu a akademické zkušenosti studentů po osvojení diagnózy ADHD?

Po osvojení diagnózy ADHD se přístup ke studiu a akademické zkušenosti respondentek významně změnil. Tyto změny se však netýkaly jen studia, ale vzhledem k pervazivnímu charakteru ADHD došlo ke změnám v celém jejich životě. Uvědomění si, že za jejich potížemi stojí ADHD, jim umožnilo vyvinout kompenzační strategie, které jim pomáhají lépe zvládat nároky studia. Studentky například využívají nástroje pro efektivní správu času a organizaci povinností, které jim pomáhají udržet si přehled a předcházet zapomínání. Dbají na udržování struktury a pravidelného spánkového režimu a vnímají důležitost odpočinku a fyzické aktivity. Diagnóza jim také pomohla k větší laskavosti a respektu k sobě samým, přičemž se začaly více oceňovat za malé úspěchy a respektovat své možnosti. Jsou si vědomy zdrojů podpory, které okolo sebe mají, jako jsou jejich spolužáci, vyučující, blízké okolí, ale i odborníci, se kterými spolupracují. Některé z nich, jakožto studentky se speciálními

potřebami, již využily služeb akademické poradny, která jim v různých fázích jejich studia pomohla. Zároveň se však brání tomu, aby oznamovaly vyučujícím svůj status studenta se speciálními potřebami. Přestože stále čelí výzvám, osvojení diagnózy ADHD jim pomohlo porozumět sobě samým a nalézat účinné strategie a podporu, se kterou studijní nároky lépe zvládají.

VO3: Jak se liší zkušenosti studentů s ADHD na vysoké škole od zkušeností na nižších stupních vzdělání?

Část odpovědi na tuto otázku nalezneme v subtématu Vysokoškolský režim, kde je popsáno, jak se zkušenosti respondentek na vysoké škole výrazně liší od jejich zkušeností na nižších stupních vzdělání, a to především kvůli odlišné struktuře a požadavkům. Zatímco na základní a střední škole byly pevně stanovené rutiny a jasně organizované činnosti, vysoká škola vyžaduje mnohem větší míru samostatnosti a seberegulace. Tato volnost a flexibilita jsou sice vítané, ale zároveň přinášejí výzvy kvůli exekutivním deficitům respondentek, protože organizace a dohled nad plněním povinností jsou nyní plně v jejich rukou. Zároveň se ukázalo, že na nižších stupních vzdělávání zvládaly respondentky studijní nároky poměrně dobře, což mohlo být kompenzováno jejich intelektem, vnějším dohledem a nastavenou strukturou. Se zvyšujícími se požadavky na vyšších stupních vzdělání začalo docházet ke zhoršení jejich výkonu, což se negativně projevilo i na jejich prospěchu a prožívání. Vzhledem k minimálním obtížím s učením byly, především na základní škole, výrazné behaviorální projevy respondentek, za které byly kritizovány, neboť jejich chování neodpovídalo jasně stanoveným normám. Respondentky se tak nevyhnuly pocitům jinakosti ani nedostatečnosti. Naopak, vysoká škola je v tomto ohledu mnohem svobodnější a ohleduplnější a nabízí respondentkám možnost přizpůsobit studium vlastním potřebám. Ve srovnání s přechozími stupni vzdělání je významným faktorem také to, že mají respondentky pro studium psychologie velkou motivaci. Mnohé z nich až zde našly skutečnou chuť k učení díky velkému zájmu o tento obor, na rozdíl od předchozích vzdělávacích etap, kde byly předměty různorodé a pro ně možná nezajímavé.

VO4: Jak studenti zvládají akademické nároky, včetně režimu během semestru a zkuškového období, a jaké strategie a formy podpory využívají k překonávání obtíží spojených s touto poruchou?

Jelikož část této otázky je již zodpovězená v předchozích odpovědích na výzkumné otázky, zaměřím se zde na zatím nezmiňené aspekty studia, které mohou být respondentkám výzvou. Během semestru je pro respondentky náročné psaní seminárních a závěrečných prací. Potíže mají s odkládáním psaní, dlouhým zpracováváním kvůli preciznosti a hloubce, a někdy i se zapomínáním na odevzdání dokončených prací. Přednášky jsou výzvou, pokud nejsou interaktivní a jsou příliš dlouhé bez dostatečných přestávek, což v některých respondentkách vyvolává nepříjemné pocity z nevybité energie. Během zkouškového období je pro respondentky obtížné neodkládat začátek a najít si dostatek času na učení, přestože je samotné učení baví díky velkému zájmu o obor. Toto období je pro některé respondentky velmi stresující, protože je postaveno na hodnocení jejich kompetencí a dokazování, že jsou dostatečně dobré. Zároveň zahrnuje nejen zkoušky, ale také odevzdávání prací a případně i účast na stážích, což může vést k zahlcení respondentek.

VO5: Jaké pozitivní aspekty může ADHD přinášet do vysokoškolského prostředí a jaké aspekty naopak znesnadňují studium?

Mezi pozitivní aspekty patří aktivita a energie, které studentkám pomáhají v získávání si přízně učitelů, a ze kterých čerpají sílu pro překonávání výzev. Jejich vytrvalost a silná vůle je tedy přínosná pro zvládání nároků studia. Díky zájmu o obor mohou studentky dosáhnout hyperfokusu, který umožňuje hluboké a intenzivní soustředění na určité téma, a spolu s precizností podněcuje odborný růst. Schopnost divergentního myšlení pak umožňuje studentkám vidět více alternativ a přemýšlet nad věcmi do hloubky, což podporuje jejich touhu po učení a objevování. Naopak, negativní aspekty ADHD zahrnují exekutivní deficity a odlišnou časovou percepci, které vedou k jejich potížím s organizací a plánováním studijních povinností. Divergentní mysl může být také na obtíž, protože může vést k zahlcení až k prokrastinaci. Udržení pozornosti je pro studentky také někdy náročné, zejména při čtení odborných textů, učení nebo na přednáškách. Potíže se spánkem negativně ovlivňují jejich energii a fungování ve škole. Stejně tak emoční dysregulace spojená s ADHD a perfekcionistické rysy, které vedou k vysokým nárokům na sebe samé, mohou být pro studentky vyčerpávající. Nakonec, deficity v sociálním fungování či pocity jinakosti a nedostatečnosti komplikují jejich sebe prezentaci a prosazení se ve studijním prostředí.

VO6: Co by studenti potřebovali, aby lépe zvládali studium na vysoké škole?

Odpověď na tuto otázku je formulovaná v subtématu Studijní potřeby. Studentky se shodují, že potřebují interaktivní formy výuky pro udržení pozornosti, předem dostupné prezentace od vyučujících a větší aktivitu školy při upozorňování na důležité termíny. Jako užitečné by pro ně také bylo, pokud by přednášky byly nahrávány, aby měly k učení více zdrojů, ze kterých mohou vycházet. Zároveň je pro ně důležité, aby vedoucí jejich závěrečné práce respektoval jejich možnosti a poskytoval jim vedení, které jim pomůže dosáhnout konzistence při práci. Celkově tedy potřebují více podporovat při udržování struktury pro zvládání nároků studia.

VO7: Jakou mají studenti představu o své budoucí profesi?

Celá odpověď na tuto otázku je formulovaná v subtématu ADHD v profesi psychologa. Respondentky mají různé profesní ambice, ale všechny vnímají ADHD jako integrální součást svého profesního života. Uvědomění si silných a slabých stránek ADHD jim pomáhá připravit se na budoucí výzvy. Plánují využívat intervize, supervize, kolegiální sdílení a psychoterapeutické výcviky. Potřeba pravidelného odpočinku, nástrojů pro správu času a práce v týmu je pro ně také důležitá. Svou profesní dráhu plánují tak, aby je práce bavila a vyhovovala jim, a velice si cení toho, že profese psychologa nabízí mnoho možností, včetně více úvazků na různých místech.

8.2 Diskuse s literaturou

U některých výsledků, které výzkum přinesl, lze pozorovat určitou souvislost s poznatky z odborných zdrojů, které byly využity v teoretické části. Tato provázanost naznačuje, že některé klíčové aspekty a závěry výzkumu reflektují širší trendy a poznatky o ADHD, jak jsou uváděny v současné odborné literatuře.

Na selhání v detekci ADHD v dětství mohou mít vliv příznivé osobní a environmentální podmínky, jako je vysoké IQ dítěte, osvojené copingové strategie nebo dobře strukturované školní a domácí prostředí, které zmírňují funkční dopad poruchy (Able, Johnston, Adler, & Swindle, 2006). Tento poznatek je v souladu s výsledky výzkumu, který ukázal, že respondentky na nižších stupních vzdělání zvládaly studijní nároky poměrně dobře díky svému intelektu, vnějšímu dohledu a jasně nastavené struktuře. S rostoucími požadavky na vyšších stupních vzdělání se však jejich výkon zhoršoval, což negativně ovlivnilo jejich

prospěch a psychické zdraví. Dalším faktorem v případě respondentek mohl být jejich gender. Odborná literatura uvádí, že kvůli stereotypní představě o ADHD jako poruše „zlobivých“ kluků mají dívky menší pravděpodobnost diagnostiky ADHD, i když vykazují stejné příznaky (Quinn & Madhoo, 2014). Jelikož respondentky na nižších stupních vzdělání neměly takové potíže s učením, jejich behaviorální projevy byly výraznější. Přesto byly jejich problematické a kritizované projevy přisuzovány jejich temperamentu, nedostatečné snaze nebo nedůsledné výchově, nikoli ADHD.

Na vyhledání odborné pomoci se dospělí často obracejí až v momentech, jako je například nástup na vysokou školu, kdy se projeví funkční obtíže, které již překračují dosavadní kompenzační strategie, a které jsou zesíleny nedostatkem podpory ze strany rodiny (Rivas-Vazquez, Diaz, Visser, & Rivas-Vazquez, 2023). Z výsledků výzkumu plyne, že kromě nedostatečných kompenzačních strategií a nedostatku podpory ze strany rodiny hraje roli i vysokoškolský režim, který se výrazně liší od nižších stupňů vzdělání s pevně nastavenou strukturou. Vysoká škola, charakteristická větší mírou flexibility, nedostatkem struktury a dohledu, představovala pro některé respondentky zlomový bod v uvědomění si svých potíží a vyhledání odborné pomoci. Podobně i zkušenost respondentek v pracovní oblasti, která vyžaduje větší míru samostatnosti, byla zlomová. To je v souladu s tvrzením Ramsayho a Rostaina (2006), že někteří jedinci nemusí plně pociťovat negativní dopady nediodagnostikovaného ADHD, dokud nebudou čelit nárokům dospělého života.

V těchto životních situacích, kdy se požadavky zvyšovaly, byly respondentky více než kdy jindy postihnuty dlouhodobě latentními příznaky ADHD, což se negativně projevilo i na jejich psychické pohodě. Než se některé respondentky obrátily na odborníky s tím, aby byla ověřena přítomnost jejich ADHD, dostaly se k odborníkům právě kvůli sekundárním psychickým obtížím. To je v souladu s literaturou (např. Masopust, Mohr, Anders, & Příkryl, 2014; Weibel, a další, 2020), která zároveň poukazuje na to, že s výskytem sekundárních psychických a funkčních potíží souvisí vysoký výskyt chybných diagnóz a záměn diagnózy ADHD za jiné poruchy s podobnou symptomatikou. Stejněmu pochybení v diagnostice byly vystaveny i některé z respondentek. I když se tedy na odborníky obrátily pro ověření toho, zda mají ADHD, přítomnost komorbidit jako například úzkostí vedla odborníky k jiným diagnostickým interpretacím a vyloučení ADHD.

Tři respondentky ze čtyř, které prošly diagnostikou na ADHD, měly podobnou zkušenost s neuspokojivým a povrchním přístupem odborníků, který neosvětlil jejich zažívané potíže. Tomuto kroku ovšem předcházela sebediagnostika, referovaná u všech respondentek. Jejich zkušenosti ukazují, že sebediagnostika je důležitým nástrojem k porozumění sobě samému a může být prvním krokem k získání oficiální diagnózy. Na toto poukazuje i Štipl ve svém článku (2003), podle kterého by se sebediagnostika neměla odsuzovat, protože snaha o lepší porozumění vlastním obtížím často předchází rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc. Pro některé respondentky byla impulzem k sebediagnostikování sociální média, na kterých narazily na videa o ADHD. Ze studií zkoumající kvalitu videí o ADHD na těchto platformách (Thapa, a další, 2018; Yeung, Ng, & Abi-Jaoude, 2022) ovšem vychází najevo, že řada z těchto videí je zavádějících. Tento fakt reflektují i samy respondentky, které ve svém pátrání po přítomnosti ADHD šly mnohem hlouběji. Cesta některých respondentek vedla až k odborníkovi, aby mohl být jejich předpoklad ověřen.

Výsledky výzkumu ukazují, že ADHD u dospělých je komplexní a pervazivní poruchou, která ovlivňuje různé aspekty života. To je v souladu s odbornou literaturou, která upozorňuje na nedostatečné zohlednění této komplexity a specifík projevů ADHD v dospělosti v diagnostických kritériích, která vycházejí z původního konceptu ADHD jako dětské poruchy (Bell, 2011; Ramsay & Rostain, 2006). Kromě neadekvátní formulace diagnostických kritérií upozorňují mnozí autoři na to, že projevy ADHD v dospělosti přesahují oficiální diagnostická kritéria, která se soustředí výhradně na jádrové symptomy nepozornosti a hyperaktivity-impulzivity (Barkley R. A., 2010; Silverstein, 2018; Weibel, a další, 2020). Tito autoři argumentují pro zahrnutí dalších symptomů mezi jádrové, které dospělí s ADHD typicky vykazují, jako jsou deficity v exekutivních funkcích, emoční regulaci a sociálních kompetencích apod. Ve výzkumu byly tyto specifické deficity identifikovány nad rámec jádrových příznaků. U některých respondentek se v dospělosti projevují dokonce mnohem více než například hyperaktivita-impulzivita, což potvrzuje tvrzení výše uvedených autorů. Exekutivní deficity byly jedním z hlavních symptomů, které respondentky vykazovaly a které vysvětlují jejich potíže ve zvládnání nároků vysokoškolského studia a každodenního fungování. Lze vnést hypotézu o tom, že pokud by byl při diagnostickém procesu větší důraz kladen na tyto přidružené symptomy ADHD,

respondentky by se nemusely setkat s vyvrácením diagnózy ADHD. Místo toho vyšetření vedla k jiným závěrům, které však neosvětlovaly jejich každodenní funkční potíže.

Výsledky studie Young (2005) ukazují, že dospělí s ADHD vykazují horší sociální fungování a neefektivní copingové strategie, což narušuje jejich schopnost vyhledávat pomoc. Jak ukazuje studie Ginappa a jeho kolegů (2023), stigma a diskriminace mohou způsobit, že osoby s ADHD raději maskují své příznaky a nesdělují svou diagnózu, aby se vyhnuly negativním postojům. Tato tendence dále prohlubuje potíže s vyhledáváním podpory a efektivním zvládnutím problémů. V souladu s těmito studiemi došel výzkum ke zjištění, že studenti s ADHD čelí překážkám ve vyhledávání podpory a vyjednávání možných modifikací s vyučujícími, neboť podpora na vysokých školách není poskytována automaticky a studenti se o ni musí aktivně hlásit (Kucharská, 2022). I když mezi respondenty byly dvě studentky se statutem studenta se speciálními potřebami, služby akademické poradny využily jen párkrát, převážně v klíčových momentech studia, a vyhýbají se informování vyučujících o svém statusu. Jedna z respondentek uvedla, že prosadit své potřeby může být pro takové studenty potupné. Stejně tak některé respondentky nevyhledávají zapojení se do studijních skupin, které mohou být pro jiné studenty podpurným faktorem. Překážkou jim jsou nejen obavy ze ztrapnění, ale i pocity nedostatečnosti, které pramení z jejich tendencí porovnávat svůj výkon a kompetence s ostatními. Maskování příznaků ADHD tedy brání nejen včasné diagnostice, jak studie prezentují (Ginapp, a další, 2023), ale i ve vyhledání potřebné pomoci a podpory, což ztěžuje efektivní zvládnutí studijních nároků.

V návaznosti na předchozí odstavec výzkum došel k závěru, že sebepojetí respondentek je narušené. Zažívaly a zažívají pocity jinakosti a nedostatečnosti, které byly formované reakcemi okolí a neschopností čelit některým požadavkům jako jiní lidé. Tento závěr je v souladu s odbornou literaturou, která uvádí, že lidé s ADHD často čelí negativním životním zkušenostem, neúspěchům a kritizování, což má negativní vliv na jejich sebepojetí (Goetz & Uhlíková, 2009; Newark, Elsässer, & Stieglitz, 2012; Young & Bramham, 2007). Studie autorů Newark, Elsässera a Stieglitza (2012) zároveň ukazuje, že dospělí s ADHD mají nízké sebevědomí a nedostatečnou důvěru ve své schopnosti. Výzkum potvrdil tyto závěry, ale zároveň došel ke zjištění, že respondentky vykazují perfekcionistické rysy, které

je vedou k nerealistickým požadavkům na sebe samé. Tendence „zvládat vše na 100 %“ může sloužit jako kompenzace jejich nízkého sebevědomí a být prostředkem, jak si dokázat své kompetence.

Tyto skutečnosti naznačují, že je nezbytné zaměřit se na identifikaci a posilování silných stránek jedinců s ADHD. Jak uvádí odborná literatura, tyto silné stránky mohou sloužit jako účinný prostředek ke kompenzaci deficitů spojených s poruchou a jejich aplikace v každodenním životě osob s ADHD může vést k získání pozitivních zkušeností (Newark, Elsässer, & Stieglitz, 2012; Sedgwick & Merwood, 2019; Young & Bramham, 2007). Respondentky ve výzkumu identifikovaly své silné stránky, jako jsou divergentní myšlení, hyperfokus, preciznost a hluboký zájem o studovaný obor, což přispívá k jejich odbornému růstu. Tyto pozitivní stránky odpovídají kognitivní dynamice, která je jedním z referovaných pozitivních aspektů ve studii Sedgwickové a Merwooda (2019). Jejich studie dále poukazuje na pozitivní aspekty ADHD, jako jsou odvaha, energie, humanita, resilience a transcendence. Až na transcendenci byly všechny tyto aspekty identifikovány i u respondentek. Z výzkumu zároveň vyplývá, že schopnost identifikovat u sebe silné stránky byla u respondentek posílena poté, co si uvědomily, že jejich potíže pramení z ADHD. Osvojení diagnózy ADHD totiž představovalo významný posun od obviňování sebe samé k sebezpřijetí a nahlížení na sebe s větší laskavostí a pochopením.

Významným zdrojem pro respondentky, který podporuje jejich přijetí sebe samých, je také sdílení s dalšími osobami, které mají ADHD. V komunitě jedinců s ADHD nacházejí úlevu a porozumění pro své potíže. Jedna z respondentek uvedla, že vyhledání takové komunity na Facebooku bylo její první zkušeností, kdy pocítila sounáležitost, protože našla někoho, kdo čelí podobným výzvám jako ona. Tento poznatek se shoduje s informacemi z odborné literatury, která uvádí, že sociální média a online ADHD komunity jsou nejen zdrojem informací a zkušeností, ale také podpory a validace. Někteří lidé se obracejí k online podpoře poté, co jejich pokusy o diagnostiku nebo léčbu nebyly brány vážně (Eagle & Ringland, 2023). V případě jedné z respondentek byla právě komunita pro osoby s ADHD motivujícím faktorem, aby po negativní zkušenosti s diagnostikou a vyvrácení ADHD vyhledala dalšího odborníka pro potvrzení své diagnózy.

8.3 Limity výzkumu

Výzkum s sebou nese i několik významných omezení. Ačkoli byl dodržen doporučený počet respondentů pro realizaci interpretativní fenomenologické analýzy, velikost výzkumného vzorku o čtyřech respondentech může být omezující z hlediska generalizování výsledků na širší populaci studentů s ADHD. Podobně omezujícím může být i homogenita výzkumného vzorku, který se skládal výhradně ze studentů psychologie. Tento úzký výběr sice přinesl zajímavá zjištění díky odbornému vhledu respondentů, který vyplývá ze zaměření jejich studia, ale výsledky nemusí být plně přenositelné na studenty z jiných oborů. Budoucí výzkumy by proto měly zahrnovat studenty z různých studijních oborů, aby poskytly širší a diverzifikovanější pohled na problematiku ADHD ve vysokoškolském prostředí.

I když nebylo cílem výzkumu posuzovat, zda respondenti ADHD skutečně mají, zahrnutí sebediagnostikovaných osob do výzkumného vzorku může být dalším limitem výzkumu. Sebediagnostikování může být ovlivněno subjektivními faktory, jako je například touha po této diagnóze, a nemusí vždy odpovídat klinickým kritériím. V důsledku toho mohly výpovědi těchto respondentů zkreslit výsledky výzkumu. Budoucí výzkumy by proto měly zahrnovat větší počet klinicky diagnostikovaných jedinců, aby se minimalizovalo riziko zkreslení výsledků, pokud se nebudou specificky zabývat fenoménem sebediagnostikování.

V neposlední řadě lze objevit limity v oblasti metodologie. Použití polostrukturovaných rozhovorů a interpretativní fenomenologické analýzy poskytuje hluboký vhled do individuálních zkušeností. Výsledky ovšem mohou být zkresleny subjektivní interpretací výzkumníka. Interpretace a identifikace témat tak mohla být ovlivněna osobními předsudky a předpoklady.

Pro další výzkumné šetření by bylo přínosné zkoumat vliv specifických podpůrných opatření a zdrojů na akademický úspěch a celkovou pohodu studentů s ADHD. Tímto způsobem mohou budoucí výzkumy přispět k hlubšímu porozumění potřebám vysokoškolských studentů s ADHD a nabídnout konkrétní doporučení pro vytvoření efektivních podpůrných opatření v akademickém prostředí.

Závěr

Diplomová práce se věnovala tématu ADHD na vysoké škole z perspektivy studentů psychologie a jejich zkušeností. Zaměřovala se na porozumění zkušenostem vysokoškolských studentů s ADHD od svých dospělých let, ať už je jejich diagnóza výsledkem odborného posouzení nebo sebediagnostiky. Práce si kladla za cíl porozumět, jak tito jedinci zvládají nároky vysoké školy, a proto byly stanoveny dílčí cíle, které k tomuto porozumění přispějí.

V teoretické části byl podán přehled historického vývoje konceptu ADHD spolu s jeho postavením ve školském poradenském systému v ČR. Dále byla prezentována problematika diagnostiky ADHD u dospělých, včetně diagnostických kritérií dvou hlavních klasifikačních systémů a rostoucího trendu sebediagnostikování. V poslední kapitole je pak představen rozmanitý klinický obraz ADHD u dospělých, který se oproti obrazu u dětí liší jak v zastoupení jádrových příznaků ADHD, tak v míře vykazování dalších přidružených rysů.

Praktická část již zahrnovala samotné výzkumné šetření, pro které byl stanoven kvalitativní výzkumný design s pomocí realizace 4 polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kteří byli do výzkumného vzorku zahrnuti záměrným výběrem pro splnění podmínek interpretativní fenomenologické analýzy. Vzorek byl zajištěn homogenními vlastnostmi, jako je studium na vysoké škole, přibližně stejný věk, osvojení ADHD v dospělosti, ať už díky odbornému posouzení nebo sebediagnostikování, a nakonec i pohlavím respondentek. Po transkripci rozhovorů byla provedena fenomenologická interpretativní analýza, ze které v prvním kroku vzešla témata vynořená z individuálních zkušeností respondentek. Z druhého kroku analýzy pak vzešel soubor témat vyplývajících z propojování výsledných analýz jednotlivých respondentek. Díky ochotě všech respondentek sdílet svou cestu k ADHD a své zkušenosti se studiem na vysoké škole, včetně výzev, kterým čelí, a strategií a podpor, které k překonávání těchto výzev využívají, byly zodpovězeny všechny stanovené výzkumné otázky.

Závěrem je, že cesta respondentek k poruše ADHD nebyla přímočará, ale byla ovlivněna mnoha faktory. Ukázalo se, že sebediagnostika sehrála klíčovou roli, a že je nezbytnou součástí diagnostického procesu. Výsledky zároveň ilustrují, jak významná je na této cestě osobní iniciativa, podpora okolí a kvalitní odborný přístup při diagnostice ADHD.

Co se týče vysokoškolského studia, samotný režim, který se liší svou strukturou od nižších stupňů vzdělání, představuje pro studenty s ADHD podstatnou výzvu. I když vysokoškolské prostředí nabízí určité výhody, jako je větší svoboda a možnost přizpůsobení studia individuálním potřebám, zároveň přináší zvýšené požadavky na organizaci a plánování. Vyšší míra samostatnosti a seberegulace, kterou vysoká škola vyžaduje, může být pro tyto studenty s ADHD obtížně dosažitelná vzhledem k jejím exekutivním deficitům. V důsledku toho tito studenti narážejí na překážky v různých aspektech jejich studia, ať už při plnění studijních povinností, tak při udržování pozornosti během výuky či dodržování včasných příchoďů a termínů.

Významným zjištěním je, že uvědomění si, že za potížemi respondentek stojí ADHD, přineslo významné změny nejen v jejich přístupu ke studiu, ale i k sobě samým. Toto zjištění jim pomohlo lépe porozumět sobě samým a přistupovat k sobě s větší laskavostí a respektem. Hlubší porozumění poruše ADHD jim také umožnilo vyvinout účinné kompenzační strategie, které jim pomáhají nejen ve zvládnutí každodenního života, ale i při plnění požadavků studia na vysoké škole. Přestože studentky s ADHD, které jsou respondentkami této práce, stále čelí výzvám, zvládají studijní nároky lépe než před osvojením diagnózy. Kromě podpory z okolí jim pomáhají i jejich identifikované silné stránky, jako je například kognitivní dynamika, resilience nebo odvaha.

Autorka práce shledává potenciál práce ve zprostředkování autentické zkušenosti studentů s ADHD, které odkazují nejen na možné mezery v diagnostice ADHD u dospělých, ale také na specifické potřeby a výzvy, kterým tito studenti čelí ve vysokoškolském prostředí. Tyto poznatky mohou přispět k lepšímu porozumění a následně i k lepší podpoře těchto studentů a osob s ADHD, a to jak ze strany akademických institucí, tak i odborné společnosti.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Able, S., Johnston, J., Adler, L., & Swindle, R. (2006). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine, 37*(1), 97-107. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008713>.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.)*.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.)*.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed. text revision)*.
- Arcelus, J., & Munden, A. (2008). *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*. Praha: Portál.
- Bader, M., Tannock, R., & Hadjikhani, N. (2018). The Zappel-Philipp a historical example of ADHD Clinics. *ADHD Atten Def Hyp Disord, 10*, 119-127. <https://doi.org/10.1007/s12402-017-0239-4>
- Barkley, R. A. (2018). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Barkley, R. A. (2010). Why emotional impulsiveness should be a central feature of ADHD. *The ADHD Report, 18*(4), 1–5. <https://doi.org/10.1521/adhd.2010.18.4.1>

- Barkley, R. A., Edwards, G. H., Laneri, M., Fletcher, K. E., & Metevia, L. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(6), 541–556. <https://doi.org/10.1023/a:1012233310098>
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). Identifying new symptoms for diagnosing ADHD in adulthood. *The ADHD Report*, 14(4), 7–11. <https://doi.org/10.1521/adhd.2006.14.4.7>
- Bell, A. S. (2011). A critical review of ADHD diagnostic criteria: what to address in the DSMV. *Journal of attention disorders*, 15(1), 3–10. <https://doi.org/10.1177/1087054710365982>
- Biederman, J., Faraone, S. V., Milberger, S., Curtis, S. J., Chen, L., Marris, A., Ouellette, C., Moore, P., & Spencer, T. (1996). Predictors of Persistence and Remission of ADHD into Adolescence: Results from a Four-Year Prospective Follow-up Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(3), 343–351. <https://doi.org/10.1097/00004583-199603000-00016>
- Björk, A., Rönngren, Y., John, S., Vinberg, S., Hellzén, O., & Olofsson, N. (2018). Health, lifestyle habits, and physical fitness among adults with ADHD compared with a random sample of a Swedish general population. *Society, Health and Vulnerability*, 9(1), 1553916. <https://doi.org/10.1080/20021518.2018.1553916>
- Cáhová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*, 11(6), 367-377. www.neurologiepropraxi.cz
- Caye, A., Spadini, A. V., Karam, R. G., Grevet, E. H., Rovaris, D. L., Bau, C. H., Rohde, L. A., & Kieling, C. (2016). Predictors of persistence of ADHD into adulthood: a systematic review of the literature and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 25(11), 1151–1159. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0831-8>
- Carelli, M. G., & Wiberg, B. (2011). Time out of mind. *Journal of Attention Disorders*, 16(6), 460–466. <https://doi.org/10.1177/1087054711398861>

- Cuncic, A. (2022, 4. února). *What Is ADHD Masking?* Verywell Health. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/what-is-adhd-masking-5200863>
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4(4), 259-282.
- Eagle, T., & Ringland, K. E. (2023). “You can’t possibly have ADHD”: Exploring validation and tensions around diagnosis within unbounded ADHD social media communities. *The 25th International ACM SIGACCESS Conference on Computers and Accessibility (ASSETS '23)*. <https://doi.org/10.1145/3597638.3608400>
- Epstein, J. N., & Loren, R. E. (2013). Changes in the definition of ADHD in DSM-5: Subtle but important. *Neuropsychiatry*, 3(5), 455-458.
- Fade, S. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: a practical guide. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63(4), 647–653. <https://doi.org/10.1079/pns2004398>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., Ramos-Quiroga, J. A., Rohde, L. A., Sonuga-Barke, E., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2005). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159–165. <https://doi.org/10.1017/s003329170500471x>
- Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Mick, E., Murray, K. E., Petty, C. R., Adamson, J. J., & Monuteaux, M. C. (2006). Diagnosing Adult Attention deficit Hyperactivity Disorder: Are late onset and subthreshold diagnoses valid? *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1720–1729. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.10.1720>
- Fellowes, S. (2023). Self-Diagnosis in Psychiatry and the distribution of social Resources. *Royal Institute of Philosophy Supplement*, 94, 55–76. <https://doi.org/10.1017/s1358246123000218>

- Friedman, S. L., Rapport, L. J., Lumley, M. A., Tzelepis, A., VanVoorhis, A., Stettner, L., & Kakaati, L. (2003). Aspects of social and emotional competence in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology (Journal)*, *17*(1), 50–58. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.17.1.50>
- Gilmore, R., Beezhold, J., Selwyn, V., Howard, R., Bartolome, I., & Henderson, N. (2022). Is TikTok increasing the number of self-diagnoses of ADHD in young people? *European Psychiatry*, *65*(S1), 571. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1463>
- Ginapp, C. M., Greenberg, N. R., Macdonald-Gagnon, G., Angarita, G. A., Bold, K. W., & Potenza, M. N. (2023). The experiences of adults with ADHD in interpersonal relationships and online communities: A qualitative study. *SSM - Qualitative Research in Health*, *3*, 100223. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100223>
- Gnavanel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases*, *6*;7(17), 2420-2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
- Goetz, M., & Uhlíková, P. (2009). *ADHD - Porucha pozornosti s hyperaktivitou: Příručka pro starostlivé rodiče a zodpovědné učitele*. Praha: Galén.
- Gomez, R., Chen, W., & Houghton, S. (2023). Differences between DSM-5-TR and ICD-11 revisions of attention deficit/hyperactivity disorder: A commentary on implications and opportunities. *World J Psychiatry*, *13*(5), 138-143.
- Halířová, H. (2019). *Perzistentní ADHD v dospělosti a percepce času* [Bakalářská diplomová práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. <https://is.muni.cz/th/tcl8h/>
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (2., aktualiz. vyd.). Praha: Portál.
- Chandra, S., Biederman, J., & Faraone, S. V. (2016). Assessing the validity of the age at onset criterion for diagnosing ADHD in DSM-5. *Journal of Attention Disorders*, *25*(2), 143–153. <https://doi.org/10.1177/1087054716629717>

- Chess, S. (1960). *Diagnosis and treatment of the hyperactive child*. New York: State Journal of Medicine.
- Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2010). *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*. Praha: Grada.
- Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2015). *Máme dítě s ADHD: Rady pro rodiče*. Praha: Grada.
- Jucovičová, D., & Žáčková, H. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: Zápory i klady ADHD v dospělosti*. Praha: Grada.
- Knouse, L. E., Mitchell, J. T., Brown, L. H., Silvia, P. J., Kane, M. J., Myin-Germeys, I., & Kwapil, T. R. (2007). The expression of adult ADHD symptoms in daily life. *Journal of Attention Disorders, 11*(6), 652–663. <https://doi.org/10.1177/1087054707299411>
- Knouse, L. E., Traeger, L., O’Cleirigh, C., & Safren, S. A. (2013). Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Five-Factor Model traits in a clinical sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 201*(10), 848–854. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e3182a5bf33>
- Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. V T. Řiháček, I. Čermák, & R. Hytych, *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (stránky 9-43). MUNI Press.
- Kucharská, A. (ed.) a kol. (2022). *Vysokoškolské poradenství – aktuální výzvy a trendy. Sborník příspěvků z konference. Praha 25. května 2022*. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. <https://doi.org/10.14712/9788076033528>
- Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Defcit Hyperact Disord, 2*(4), 241-255.
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in Interpretative Phenomenological Analysis. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 102–120. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp062oa>
- Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P., & Barker, E. D. (2011). Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: genetic

- effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(9), 954–963. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02379.x>
- Matějček, Z. (2003). Poznámka k evolučnímu pohledu na syndrom ADHD. *Psychiatrie pro praxi*, 131-133.
- Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., & Příkryl, R. (2014). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 15(3), 112-117.
- Medřická, H., Kunčíková, M., & Novák, V. (2007). ADHD. *Neurologie pro praxi*, 8(4), 219-221.
- Mertin, V. (2004). ADHD - Pohled psychologa. *Pediatric pro praxi*, 2, 58-61.
- Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Praha: Grada.
- Mohr, P., Anders, M., Příkryl, R., Masopust, J., Praško, J., & Hoschl, C. (2013). Konsensus ČNPS o diagnostice a léčbě ADHD v dospělosti. *Psychiatrie*, 189-202.
- Nadeau, K., Littman, E., & Quinn, P. (2015). *Understanding Girls with ADHD: How They Feel and Why They Do What They Do (2nd edition)*. Silver Spring, MD, United States: Advantage Books, LLC.
- Newark, P. E., Elsässer, M., & Stieglitz, R. (2012). Self-Esteem, Self-Efficacy, and Resources in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 279–290. <https://doi.org/10.1177/1087054712459561>
- Nigg, J. T., John, O. P., Blaskey, L., Huang-Pollock, C. L., Willcutt, E. G., Hinshaw, S. P., & Pennington, B. F. (2002). Big Five dimensions and ADHD symptoms: Links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 451–469. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.451>
- Nilsen, E. S., Buist, T. a. M., Gillis, R., & Fugelsang, J. A. (2012). Communicative Perspective-Taking performance of adults with ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 17(7), 589–597. <https://doi.org/10.1177/1087054711428947>
- Paclt, I., & kolektiv. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- Palmer, E. D., & Finger, S. (2001). An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798). *Child and Adolescent Mental Health*, 6(2), 66-73.
- Ptáček, R., Ptáčková, H., & Braten, E. (2020). K historii diagnostické kategorie ADHD. *Čes a slov Psychiat*, 116(4), 190-196.
- Ptáček, R. (2007). Psychodiagnostika hyperkinetického syndromu (ADHD) u dětí. V I. Paclt, & kolektiv, *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (stránky 59-68). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti*. Praha: Karolinum.
- Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). Review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*, 16(3). <https://doi.org/10.4088/pcc.13r01596>
- Ramos-Quiroga, J. A., Montoya, A., Kutzelnigg, A., Deberdt, W., & Sobanski, E. (2013). Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. *Current Medical Research and Opinion*, 29(9), 1093–1104. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.812961>
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2006). Cognitive Behavior Therapy for College Students with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of College Student Psychotherapy*, 21(1), 3–20. https://doi.org/10.1300/j035v21n01_02
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2006). Issues in ADHD in adults. *The ADHD Report*, 14(6), 5–8. <https://doi.org/10.1521/adhd.2006.14.6.5>
- Rapport, L. J., Friedman, S. L., Tzelepis, A., & Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology (Journal)*, 16(1), 102–110. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.16.1.102>
- Riefová, S. F. (2007). *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. Praha: Portál.

- Rivas-Vazquez, R. A., Diaz, S. G., Visser, M. M., & Rivas-Vazquez, A. A. (2023). Adult ADHD: Underdiagnosis of a Treatable Condition. *Journal of health service psychology*, 49(1), 11-19. <https://doi.org/10.1007/s42843-023-00077-w>
- Sacchetti, G. M., & Lefler, E. K. (2014). ADHD symptomology and social functioning in college students. *Journal of Attention Disorders*, 21(12), 1009–1019. <https://doi.org/10.1177/1087054714557355>
- Sibley, M. H., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Hechtman, L. T., Owens, E. B., Stehli, A., Abikoff, H., Hinshaw, S. P., Molina, B. S., Mitchell, J. T., Jensen, P. S., Howard, A. L., Lakes, K. D., & Pelham, W. E. (2016). Defining ADHD symptom persistence in adulthood: optimizing sensitivity and specificity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 58(6), 655–662. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12620>
- Silverstein, M. J., Faraone, S. V., Leon, T., Biederman, J., Spencer, T., & Adler, L. A. (2018). The relationship between executive function deficits and DSM-5-Defined ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 24(1), 41–51. <https://doi.org/10.1177/1087054718804347>
- Sedgwick, J. A., & Merwood, A. A. (2019). The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative investigation of successful adults with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders* (11), 241-253. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0277-6>
- Smetáčková, I., Ptáček, R., Vňuková, M., & Děchtěrenko, F. (2023). Dopad ADHD na plánování, coping a časovou perspektivu v každodenním životě jedince. *Ceskoslovenska Psychologie*, 67(1), 15–29. <https://doi.org/10.51561/cspsych.67.1.15>
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39–54.
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.

- Stárková, L. (2016). ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*, 17(1), 16-21.
- Surman, C., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C., McDermott, K., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Adhd Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(3), 273–281. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0100-8>
- Šebek, M. (1990). *Neklidné děti a jejich výchova*. Praha: SPN.
- Štipl, J. (2023, 1. prosince). *Jak poznat, Jestli můžete mít ADHD?*. Akrasia. <https://www.akrasia.cz/wiki/jak-poznat-jestli-muzete-mit-adhd/>
- Šturma, J. (2006). Specifické poruchy učení a chování. V P. Říčan, D. Krejčířová, & a. kol., *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing a.s.
- Švandová, L., Ptáček, R., Vňuková, M., Ptáčková, H., Raboch, J., & Goetz, M. (2021). Vnímání času a časová slepota u osob s ADHD. *Čes a slov Psychiat*, 117(4), 199-204.
- Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál.
- Thapa, P., Thapa, A., Khadka, N., Bhattarai, R., Jha, S., Khanal, A., & Basnet, B. (2018). YouTube lens to attention deficit hyperactivity disorder: a social media analysis. *BMC Research Notes*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3962-9>
- Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4), 148-151.
- Vňuková, M., Děchtěrenko, F., Weissenberger, S., Ptáčková, H., Braaten, E. B., Raboch, J., Anders, M., Klicperová-Baker, M., & Goetz, M. (2020). Prevalence of ADHD symptomatology in adult population in the Czech Republic—A National Study. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1657–1664. <https://doi.org/10.1177/1087054720934042>
- Vraníková, E. (2022). *Perzistentní ADHD v dospělosti z pohledu psychiatra* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Archiv závěrečných prací MUNI. <https://is.muni.cz/th/czc50/>

- Waite, R. (2007). Women and attention deficit disorders: A great burden overlooked. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(3), 116–125. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2006.00203.x>
- Weibel, S., Ménard, O., Ionita, A., Boumendjel, M. D., Cabelguen, C., Kraemer, C., Micoulaud-Franchi, J., Bioulac, S., Perroud, N., Sauvaget, A., Carton, L., Gachet, M., & Lopez, R. (2020). Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *L'Encéphale*, 46(1), 30–40. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005>
- Weissenberger, S., Ptáček, R., Vňuková, M., Raboch, J., Klicperová-Baker, M., Domkarova, L., & Goetz, M. (2018). ADHD and lifestyle habits in Czech adults, a national sample. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 14, 293–299. <https://doi.org/10.2147/ndt.s148921>
- Weissenberger, S., Klicperová-Baker, M., Zimbardo, P. G., Schönová, K., Akotia, D., Košťál, J., Goetz, M., Raboch, J., & Ptáček, R. (2016). ADHD and Present Hedonism: time perspective as a potential diagnostic and therapeutic tool. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 12, 2963–2971. <https://doi.org/10.2147/ndt.s116721>
- Williamson, D., & Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical Psychology Review*, 40, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005>
- World Health Organization. (1979). *International classification of diseases (9th ed)*.
- World Health Organization. (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Načteno z <https://icd.who.int/>
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International Statistical Classification of Diseases (11th edition)*. Načteno z <https://icd.who.int/>
- Yeung, A. T., Ng, E., & Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(12), 899–906. <https://doi.org/10.1177/07067437221082854>

Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809–816. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.06.005>

Young, S. & Bramham, J. (2007). *ADHD in Adults: A Psychological Guide to Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.

Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., & Hodgkins, P. (2014). A meta-analysis of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in incarcerated populations. *Psychological Medicine*, 45(2), 247–258.
<https://doi.org/10.1017/s0033291714000762>

Zelinková, O. (2003). *Poruchy učení*. Praha: Portál.

Zenone, M., Ow, N., & Barbic, S. (2021). TikTok and public health: a proposed research agenda. *BMJ Global Health*, 6(11), e007648. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007648>

Zákony, vyhlášky, opatření

Zákon č. 561/2004 Sb. *Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561>

Vyhláška č. 27/2016 Sb. *Vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných*. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

Zákon č. 111/1998 Sb. *Zákon o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách)*. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-111#cast6>

Karlova Univerzita. (2017). *Opatření rektora č. 23/2017: Standardy podpory poskytované studentům a uchazečům o studium se speciálními potřebami na Univerzitě Karlově*. https://centrumcarolina.cuni.cz/CC-21-version1-or_23_2017_ssp.pdf

Seznam příloh

Příloha 1 – Nosná témata polostrukturovaného rozhovoru

1. Základní informace o respondentech
2. Získání či přivlastnění si diagnózy ADHD
 - Otázky zaměřené na faktory, které vedly k diagnostikování ADHD
 - Otázky zaměřené na to, co přivedlo respondenty k sebediagnostikování si ADHD
3. Stav před a po získání či přivlastnění si diagnózy ADHD
 - Otázky zaměřené na studijní výzvy respondentů, kterým čelily před osvojením diagnózy ADHD, a na změnu jejich přístupu ke studiu a akademických zkušeností po osvojení diagnózy ADHD
4. Zkušenost studentů psychologie s ADHD na vysoké škole
 - Otázky zaměřené na zvládání různorodých výzev studia na vysoké škole (během semestru, stáží, zkouškového období, psaní seminárních a závěrečných prací apod.)
 - Otázky zaměřené na porovnání zkušeností se studiem na vysoké škole od zkušeností se studiem na nižších stupních vzdělávání
 - Otázky zaměřené na pozitivní a negativní aspekty ADHD v kontextu vysokoškolského studia, které mohou studentům pomáhat při studiu či naopak studium znesnadňovat
 - Otázky zaměřené na strategie a formy podpory, které studenti využívají pro zvládání výzev vysokoškolského studia a jejich ADHD
 - Otázky zaměřené na potřeby studentů, které by jim pomohly lépe zvládat studium na vysoké škole
5. Reflexe budoucí profese studentů psychologie
 - Otázky zaměřené na představu o budoucí profesi psychologa v souvislosti s jejich ADHD, které může mít vliv na různé aspekty jejich práce (př. diagnostika, navazování vztahů s klienty, terapeutický proces apod.)
 - Otázky zaměřené na to, jaké konkrétní kroky a strategie plánují studenti podniknout, aby minimalizovali možné negativní dopady ADHD ve své profesní roli

Příloha 2 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím výzkumného rozhovoru a jeho následným vyžitím pro účely diplomové práce

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

- Byl/a jsem informován/a o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu diplomové práce Adély Vaněčkové s názvem ADHD na vysoké škole: Zkušenosti a perspektiva studentů psychologie. Cílem výzkumu je zmapovat zkušenost vysokoškolských studentů, kteří jsou nositeli ADHD od svých dospělých let, a to buď na základě odborného posouzení, nebo sebediagnostikování.
- Bylo mi sděleno, jak dlouho bude rozhovor trvat a čeho se bude týkat. Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpovědět na jakoukoli otázku a ukončit rozhovor kdykoli v průběhu rozhovoru.
- Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním. Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání do textové podoby bude vymazán.
- Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita i po skončení rozhovorů, která znemožní identifikaci mé osoby. Nikde nebude uvedeno mé jméno či jiné osobní údaje, díky kterým bych mohl/a být identifikován/a.
- Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své diplomové práce a některé části v ní může citovat, zvuková nahrávka a transkripce rozhovoru však bude po ukončení výzkumu smazána.

Datum:

Podpis respondenta:

Podpis výzkumníka:

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Základní informace o respondentech

Respondent	ADHD	Věk	Ročník studia
Eliška	Sebediagnostikované	28 let	2. ročník NMgr.
Jasmína	Sebediagnostikované	23 let	1. ročník NMgr.
Vanda	Diagnostikované	32 let	4. ročník Bc.
Klára	Diagnostikované	26 let	1. ročník NMgr.

Tabulka 2 – Krátká ukázka rozhovoru s Eliškou s úvodními komentáři

Surová data přepisu rozhovoru	Úvodní komentáře
R: Já jsem taková hodně soutěživá jo, že je pro mě důležitý mít pocit, že se mi ty věci dařej a ideálně se mi dařej třeba líp než někomu vedle mě. A nemyslím to špatně oproti tomu druhému. (7.16)	Soutěživost – touha po úspěchu SOUTĚŽIVOST JAKO HNACÍ MOTOR? <i>Nemyslí to špatně vůči druhému – soutěživost není založena na nepřátelství</i>
R: Myslím si, že to zase souvisí jako s nějakou vlastní nejistotou, a že potřebuji získávat z vnějšku hodně jako ujištění, že mi něco jde nebo že nejsem hloupá. (7.18)	Potřeba ujištění, která souvisí s nejistotou <i>Něco mi jde a nejsem hloupá</i> Potřeba pozitivního sebeobrazu?
R: A v tomhleto se pro mě ta škola stala jako nástrojem jaksi, i když to není ideální jo, že tady to ujištění můžu získávat, což je poprvé, co jsem v rámci jako nějakýho akademickýho a studijního světa, tohleto u sebe našla. A stalo se to jako nějakým docela výrazným zdrojem. (7.20)	Vysoká škola je nástrojem pro ujištění <i>Vysoká škola je výrazným zdrojem</i> Zdroj ve formě ujištění – podporuje „dobrý“ sebeobraz
R: Takže myslím si, že tohleto je jako věc, která mě v průběhu toho studia hodně nakopávala k tomu, abych ty věci prostě dotahovala, i když to pro mě není jednoduchý. (7.22)	<i>Nakopávala mě – zisk energie k úkolům</i> VŠ JAKO ZDROJ I VE FORMĚ MOTIVACE Potíže s dokončováním věcí / povinností

Tabulka 3 – Ukázka procesu redukování komentářů na hlavní témata

Úvodní komentáře	Vynořující se témata
Potíže s dokončováním věcí / povinností <i>Vysoká škola je výrazným zdrojem</i> První krok je ústřední – motivuje	Plnění povinností a organizační výzvy Zdroje motivace a charakter úspěchu
Puberta – výkyvy, náročné období Snaha pochopit, v čem je problém Sebetestování <i>Je se mnou něco špatně</i>	Období nestability a hledání se
Obraz ADHD u žen je jiný <i>Impulzivita v dobrém slova smyslu</i> Projevy ADHD, které jsou ceněny ostatními	ADHD jako spektrum

Tabulka 4 – Tematický okruh Cesta k ADHD

Cesta k ADHD	Eliška	Jasmína	Vanda	Klára
Bod zlomu	ano	?	ano	ano
Sebediagnostika	ano	ano	ano	ano
Diagnostické vyšetření	ano	ne	ano	ano
Druhý názor	ne	ne	ano	ano

Tabulka 5 – Tematický okruh Sebepojetí

Sebepojetí	Eliška	Jasmína	Vanda	Klára
Pocity jinakosti	ano	?	ano	?
Pocity nedostatečnosti	ano	ano	ano	?
Silné stránky	ano	ano	ano	ano
Sebehodnocení	ano	ano	ano	ano
Změna po osvojení ADHD	ano	ano	ano	ano

Tabulka 6 – Tematický okruh Adaptace na vysokoškolské prostředí

Adaptace na vysokoškolské prostředí	Eliška	Jasmína	Vanda	Klára
Vysokoškolský režim	ano	ano	ano	ano
Seminární a závěrečné práce	?	ano	ano	ano
Zkouškové období	ano	ano	ano	ano
Přednášky	ano	ano	ano	ano
Studijní potřeby	ano	ano	ano	ano
Kompenzační strategie	ano	ano	ano	ano
Zdroje podpory	ano	ano	ano	ano

Tabulka 7 – ADHD ve všedním i profesním životě

ADHD ve všedním i profesním životě	Eliška	Jasmína	Vanda	Klára
Pervazivnost ADHD	ano	ano	ano	ano
ADHD jako spektrum	ano	ano	ano	ano
ADHD v profesi psychologa	ano	ano	ano	ano

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Vynořená témata z rozhovoru s Eliškou

Obtíže, překážky a jejich zvládnání (O = obtíže)

- 1.O. Projevy obtíží
- 2.O. Výzvy vysokoškolského studia
- 3.O. Strategie zvládnání

Vysoké nároky a jejich důsledky (N = nároky)

- 1.N. Výkonová orientace
- 2.N. Úzkostnost

Studijní potřeby a pracovní preference (P = potřeby, preference)

- 1.P. Rád versus svoboda
- 2.P. Individuální studijní potřeby
- 3.P. Percepce profese psychologa

Sebevědomí a zdroje pochybností (S = sebevědomí)

- 1.S. Srovnávání s ostatními
- 2.S. Hodnocení

Cesta k ADHD (A = ADHD)

- 1.A. Zvažování přítomnosti ADHD
- 2.A. Postoj k (sebe)diagnostice

Obrázek 2 – Vynořená témata z rozhovoru s Jasmínou

Vztah k povinnostem a motivace (M = motivace)

- 1.M. Plnění povinností a organizační výzvy
- 2.M. Zdroje motivace a charakter úspěchu

Touha po porozumění sobě samé (P = porozumění)

- 1.P. Období nestability a hledání se
- 2.P. První zkušenost s psychiatrickým systémem a hledání opory

Proces identifikace s ADHD (I = identifikace)

- 1.I. Podněty vedoucí k uvažování o ADHD
- 2.I. Podstoupení diagnostiky ADHD
- 3.I. Osvojení ADHD a s ním související změny

Percepce ADHD (A = ADHD)

- 1.A. Subjektivní rovina respondentky
- 2.A. ADHD jako spektrum
- 3.A. Vize a dopad ADHD na profesi

Zdroje podpory (Z = zdroje)

- 1.Z. Aktuální zdroje
- 2.Z. Anticipační zdroje

Obrázek 3 – Vynořená témata z rozhovoru s Vandou

Studijní život (S = studium)

- 1.S. Nižší stupně vzdělání
- 2.S. Výzvy studia na vysoké škole
- 3.S. Podpůrné faktory a copingové strategie

Osobní rysy a jejich dvojsečnost (O = osobní rysy)

- 1.O. Sebevědomí
- 2.O. Perfekcionismus
- 3.O. Divergence

Zdroje vedoucí k diagnostice (Z = zdroje)

- 1.Z. Nevysvětlitelné chyby
- 2.Z. Sebediagnostika

Diagnostický proces (D = diagnostika)

- 1.D. První zkušenost a z nich plynoucí frustrace
- 2.D. Druhý názor
- 3.D. Diagnostika ADHD a význam medikace
- 4.D. Přijetí ADHD

Profesní cíle (C = cíle)

- 1.C. Zkušenosti jako zdroj ambicí
- 2.C. Reflexe profese psychologa

Obrázek 4 – Vynořená témata z rozhovoru s Klárou

Chybná interpretace projevů a potíží (P = potíže)

- 1.P. Charakter potíží na základní a střední škole
- 2.P. Interpretace potíží

Vysokoškolské studium (V = vysokoškolské)

- 1.V. Výzvy před diagnózou
- 2.V. Zlom ve vysvětlování si svých potíží
- 3.V. Optimalizace studia po obdržení diagnózy
- 4.V. Podpůrné faktory studia

Potřeba sebepoznání (S = sebepoznání)

- 1.S. Diagnostický proces
- 2.S. Porozumění sebe samé

Integrace ADHD do osobního a profesního života (A = ADHD)

- 1.A. Pervazivnost ADHD
- 2.A. Profesní představy a ambice