

Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SUBJEKTIVNÍ REFLEXE PODPORY DĚTÍ S ADHD
OČIMA MATEK



Magisterská diplomová práce

Autor: Jana Zvěřinová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc

2023

Děkuji MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D., za angažované vedení práce prodchnuté supervizním a logotereapeutickým přesahem. Navzdory úlevě z dokončeného textu mi je líto, že naše spolupráce už končí.

Děkuji respondentkám této práce za ochotu sdílet vlastní příběhy. Při všech setkáních jsem si uvědomovala, jak si cením jejich velkorysosti, odvahy a snahy pomoci dětem a s touto prací vlastně i mně.

Děkuji svojí rodině za každodenní přítomnost, kvas a humor, bez kterých by se mi žilo i psalo těžce.

Prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou prací na téma: „Subjektivní reflexe podpory dětí s ADHD očima matek“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce, MUDr. PhDr. Miroslava Orla, Ph.D., a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 17.1.2023

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1	Hyperkinetické poruchy	7
1.1	Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita.....	9
1.2	Epidemiologie ADHD	10
1.3	Vyšetřovací metody ADHD	11
1.4	ADHD z pohledu MKN-10 a MKN-11	12
1.5	ADHD z pohledu DSM-5	15
1.6	Léčba ADHD	16
1.7	ADHD v průběhu věku.....	18
1.8	Možná porozumění ADHD	19
2	Rodina a rodičovství	23
2.1	Definice rodiny	23
2.2	Funkce rodiny	24
2.3	Potřeby v rodině	25
2.4	Mateřství.....	25
2.5	Přínosy a cena rodičovství.....	28
3	ADHD a rodina	30
3.1	Souvislosti diagnostiky syndromu ADHD v rodině.....	30
3.2	Přínosy diagnostiky ADHD v rodině	31
3.3	Negativa diagnostiky ADHD v rodině	33
3.4	Emoce v rodinách dětí s ADHD	33
3.5	Podpora dětí s ADHD v rodině	34
VÝZKUMNÁ ČÁST		37
4	Výzkumný design	38
4.1	Cíle výzkumu a výzkumné otázky	38
4.2	Metodologický rámec výzkumu	39
4.3	Metody tvorby dat	40
4.4	Výzkumný soubor	42
4.5	Zpracování dat a jejich analýza	44
4.6	Etické aspekty výzkumu.....	45
5	Výsledky	47
5.1	Téma: Odborná pomoc, dílčí kategorie: Pozitivní rozměr	49
5.1.1	Subkategorie: Přijetí odborníkem.....	49

5.1.2	Subkategorie: Proměna optiky	51
5.1.3	Subkategorie: Angažovanost odborníka.....	52
5.2	Téma: Odborná pomoc, dílčí kategorie: Negativní rozměr.....	53
5.2.1	Subkategorie: Nedostupnost odborníka.....	53
5.2.2	Subkategorie: Nezdar spolupráce.....	54
5.3	Téma: Vlastní zdroje	56
5.3.1	Subkategorie: Srozumitelná struktura	56
5.3.2	Subkategorie: Vlastní růst	57
5.3.3	Subkategorie: Kompetence dítěte.....	58
5.4	Téma: Další zdroje možné podpory dětí s ADHD	59
5.4.1	Subkategorie: Porozumění dítěti	59
5.4.2	Subkategorie: Medikace	60
5.4.3	Subkategorie: Biologické porozumění syndromu ADHD.....	61
5.5	Nové motivy	62
5.5.1	Subkategorie: Vina	62
5.5.2	Subkategorie: Nesoulad se školou.....	63
6	Diskuze	65
7	Závěr.....	71
8	Souhrn	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	77
	PŘÍLOHY.....	88

ÚVOD

V roli rodiče, v roli zaměstnance dětského domova i v roli zaměstnance centra duševního zdraví pro děti a dospívající potkávám děti s diagnostikovaným syndromem ADHD a někdy i jejich rodiče. Setkala jsem se přitom s řadou útržkovitých informací a zrovna tak střípkovitých úvah a postojů, které se v souvislosti s ADHD předávají, a přemýšlela jsem nad tím, kde končí syndrom a kde začíná mýtus.

Častokrát jsem myslela na to, co pro pečující osoby a pro samotné děti přidělená diagnóza znamená, co jim bere a dává, jak jí rozumí a jak se k ní vztahují. A zrovna tak mne zajímalo, jaký význam má tato diagnóza pro pečující osoby v kontaktu s odborníky, kteří by jejich dítěti měli pomoci.

Ústřední téma úvah o podpoře dětí s ADHD a jejich rodin je pak pro mne křehkost a složitost vztahů mezi pomáhajícími týmy a jejich klienty či pacienty – ráda bych se zaměřila na to, co je dobré a povzbudivé, co pomáhá, bez přehlížení toho, že některé intervence a leckdy i nevyslovené postoje odborníků v pomáhajících profesích přinášejí jejich klientům zranění. Věřím, že pohled matek dětí s ADHD na to, co jim v průběhu péče o jejich děti pomohlo, a co nikoli, by mohl být cenný pro současnou praxi i pro mne samotnou. Tato práce tak pro mne bude dobrou příležitostí zorientovat se ve zdánlivě přehledném terénu.

Cílem teoretické části této práce je teoretické ukotvení syndromu ADHD v souvislosti s rodinným uspořádáním. Teoretická část vychází z rešerše související literatury, včetně aktuálních výzkumů a zahraničních zdrojů. Je členěna na kapitoly seznamující se symptomy ADHD, vymezením a popisem diagnostiky ADHD. V dalších kapitolách se teoretická část zabývá problematikou rodiny, mateřství a péče o děti s ADHD.

Cílem praktické části je zachytit, zmapovat a popsat prožívání matek dětí v kontextu podpory jejich dětí s diagnostikovaným syndromem ADHD. Práce vychází z kvalitativního rámce výzkumu a využívá nahrávaných polostrukturovaných rozhovorů s deseti respondentkami. Získaná data jsou zpracována s využitím interpretativní fenomenologické analýzy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 HYPERKINETICKÉ PORUCHY

Téma této práce je zaměřené na prožívání pomoci dětem se syndromem **ADHD** (zkratka ADHD je složena z prvních písmen slov „**A**ttention **D**eficit **H**yperactivity **D**isorder“, tj. ze slov, která bychom mohli zhruba přeložit jako porucha pozornosti s hyperaktivitou) očima jejich matek. V dalším textu se proto zaměřím na porozumění syndromu ADHD, budu se zabývat projevy ADHD, vyšetřovacími metodami ADHD, pohledy na ADHD optikou hlavních diagnostických manuálů a dalšími souvisejícími tématy.

Porozumění projevům, které v současnosti zařazujeme pod sběrný termín „**hyperkinetické poruchy**“ se během staletí zásadním způsobem měnilo. Diagnostická kategorie hyperkinetických poruch má za sebou, stejně jako řada jiných, bouřlivý vývoj co do jména i co do porozumění příčinám vzniku. Proto byla v průběhu času navržena i celá řada definic a názvů, které tyto projevy měly obsáhnout. Některé termíny mají popisovat prostý pozorovatelný rozměr chování („hyperkinetická porucha“), jiné se zaměřovaly k funkcím, které chování podmiňují („percepčně–motorická porucha“), další se snažily o vystižení primárních příčin, ať už na úrovni biochemické, anatomické, neurofyziologické („perinatální encefalopatie“ či „lehká mozková dysfunkce“) nebo třeba časové (Říčan et al., 2006).

Mezi tradované významné momenty v historii ADHD patří přednáška britského lékaře George Stilla o dětech s „poruchami mravní kontroly“. Tyto děti údajně projevovaly slabou sebekontrolu, přehnanou aktivitu a netrpělivost. Dnešní popis symptomů ADHD se zaměřuje na triádu s podobným nebo téměř stejným významem: impulzivitu, hyperaktivitu a nepozornost. Still ale děti s výše uvedenou triádou vlastností označoval jako děti s abnormálním deficitem morální kontroly, svévolně zlomyslné a ničivé (Gilmore, 2000; Ptáček & Ptáčková, 2018). Takto odsuzující pohled na děti s ADHD už odborná veřejnost překonává, mezi laickou veřejností se s ním ale stále setkáváme.

V průběhu dvacátého století, byly projevy ADHD chápány jako projevy poškození mozku a tak bylo ADHD zařazeno do kategorie „minimální mozkové poškození“. I tento

pojmem byl postupně nahrazen. Další pojmy, které byly v této souvislosti využívány, jsou třeba „lehká mozková dysfunkce“, „syndrom hyperaktivního dítěte“ a „hyperkinetická reakce v dětství“. Je to vývoj, kterýž zrcadlí změnu teoretického uchopení hyperkinetické symptomatiky: pokud byla tato symptomatika dříve chápána jako projev tělesného, resp. mozkového poškození, pozdější přístup v medicíně má už jen deskriptivní, ateoretický rozměr (Hosák et al., 2015).

Diagnostické a statistické manuály duševních poruch vydané Americkou psychiatrickou asociací DSM–III (1980), DSM–III–R (1987), DSM–IV (1994) a DSM–5¹ (2013) pak zvolily termín „**porucha s deficitem pozornosti a hyperaktivitou**“. MKN–9 používala označení lehká mozková dysfunkce, MKN–10 pak přišla s termínem „hyperkinetické poruchy“, který zahrnuje především diagnózu F90.0 (porucha aktivity a pozornosti) a F90.1 (hyperkinetická porucha chování). Odpovídající termín v anglickém vydání MKN–11 zní „attention deficit hyperactivity disorder“ (pod položkou 6A05), v připravovaném českém překladu pak jeho znění zřejmě bude „**porucha pozornosti s hyperaktivitou**“ (MUDr. M. Zvolský – UZIS, osobní sdělení, 19.4.2022).

Pojmy hyperkinetické poruchy a ADHD nejsou zaměnitelné. Diagnóza porucha aktivity a pozornosti, kterou obsahuje MKN–10 (World Health Organization, 2023b), zahrnuje pacienty jen s nejzávažnější formou ADHD a je užší než srovnatelná diagnóza ADHD uvedená v DSM–5. Diagnóza hyperkinetická porucha chování nemá svůj přesný odraz v DSM–5, ale odpovídají jí dvě nezávislé diagnózy DSM–5: ADHD a porucha chování (American Psychiatric Association, 2015; Hosák et al., 2015). Pojem ADHD tedy MKN–10 fakticky nezná, ale je akceptován a běžně užíván odbornou i laickou veřejností.

Stejně tak není bez dalšího zaměnitelný ani termín **ADHD a LMD**. LMD (tj. lehká mozková dysfunkce) je v tuto chvíli již zastaralý termín, který byl termínem ADHD částečně překryt, a to především v oblasti obtíží v chování spojených s hyperaktivitou a poruchou pozornosti. Jejich obsah ale není úplně totožný – LMD zahrnuje i hypoaktivitu a nerovnoměrnosti v afektivitě a vývoji jednotlivých funkcí, které mají následně dopady na školní výuku ve formě specifických poruch učení. Zatímco termín ADHD vychází z popisu situace, z chování dítěte a vnějších projevů, tedy je zaměřený behaviorálně, pojem

¹ Přejed z římské číslice na arabskou u označení páté edice DSM je záměrný. Je to proto, aby bylo možné snáz provádět a označovat drobnější změny DSM bez nutnosti reedice. DSM–5 by měl být živý dokument, který se bude měnit flexibilně podle aktuálních výzkumů. Příští revize DSM–5 tedy ponese číslo DSM–5.1, DSM–5.2 a tak dále (Wakefield, 2013).

LMD se vztahuje k předpokládanému původu obtíží, tj. k centrální nervové soustavě, a soustředí se na organický podklad obtíží (Matějček & Klégrová, 2011).

1.1 Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita

K nejvýraznějším a diagnosticky významným projevům ADHD patří dle řady autorů **nepozornost, hyperaktivita a impulzivita** (Gilmore, 2000; Hosák et al., 2015; Ptáček & Ptáčková, 2018; Stárková, 2016; Theiner, 2012). S tím souvisí i očekávatelné narušení v oblasti sociálních vztahů: pro emoční labilitu, impulzivitu a problematické projevy chování odmítají dítě s hyperkinetickými poruchami jak jeho spolužáci ve škole, tak i dospělí. Dítě se tak ocitá v začarovaném kruhu: odmítání vede k frustraci, smutku, pocitům selhání a dalším přirozeně negativním emocím – to celé dále zesiluje problémové vzorce chování a emocí (Orel, 2020).

Nepozornost podle Hosáka et al. (2015) neznamená, že se dítě nedokáže soustředit vůbec na nic; problém mu dělá především záměrná pozornost, tj. pozornost, která je řízená vědomou intencí.

Hyperaktivita je excesivní aktivita bez vztahu k aktuálnímu úkolu, kterou okolí vnímá jako něco sociálně neúnosného a prožívá to jako „zlobení“ nebo „dotěrnost“. Neklid hyperaktivního dítěte ruší jeho okolí. Dítě si neumí samo pomoci – vrtí se při běžném sezení na židli, je hlučné, vstává ze židle nebo pobíhá po třídě během vyučování (Hosák et al., 2015).

Impulzivita se pak projevuje třeba tím, že dítě vyhrkne odpověď na otázku, která ještě nebyla dokončená nebo že se mu nedaří čekat, až na něj přijde řada ve hře nebo v jiných aktivitách (Hosák et al., 2015). Obecná definice by mohla znít třeba tak, že dítě je pohotové k rychlým, neplánovaným reakcím na vnitřní nebo vnější podněty, aniž by dokázalo brát ohled na negativní důsledky těchto reakcí (Hamilton et al., 2015).

Naopak i děti s ADHD se dokáží v určitých situacích soustředit velmi dobře. Děti s ADHD se v porovnání se svými vrstevníky hůře soustředí hlavně na úkoly, které jim připadají nudné, nesnadné, nebo které jim nedávají pocit uspokojení. Stejně dítě se ale často dokáže celé hodiny soustředit na činnosti, ve kterých je úspěšné a které ho baví (Hosák et al., 2015). Nadto totiž platí, že pokud se děti, adolescenti nebo i dospělí s ADHD zajímají o konkrétní téma, dokážou se extrémně soustředit a danou věcí se zabývají mnohem intenzivněji než člověk, který danou poruchou netrpí (Reimann–Höhn, 2018).

Stav takového **extrémního soustředění**, kdy se jedinec do problému ponoří tak hluboce, že ignoruje či nevnímá nic jiného, literatura v posledních letech někdy označuje i jako **hyperfokus**. Příklad hyperfokusu je třeba situace, kdy je dítě tak ponořené do hry, že neslyší rodiče, který na něj volá (Ashinoff & Abu–Akel, 2021).

Podle jedné z možných definic lze hyperfokus vymezit následovně (Ashinoff & Abu–Akel, 2021):

- Hyperfokus je charakterizován stavem intenzivní koncentrace jedince.
- Nesouvisející vnější stimuly nejsou během hyperfokusu jedincem vědomě vnímány a někdy jsou označovány jako umenšené vnímání prostředí.
- Předmět hyperfokusu musí být pro jedince zábavný nebo zajímavý.
- Během hyperfokusu se zlepšuje výkon jedince.

Výše uvedené symptomy nejsou jediné a nelze chápat izolovaně, je to jen mechanicky popsaná triáda behaviorálních projevů, které by dle mého názoru bylo vhodné pro klinickou praxi upřesnit bez rezignace na teoretické pozadí syndromu, nejen proto, že téměř každý člověk a tím spíše téměř každé dítě se někdy projevuje hyperaktivně, impulzivně a nepozorně. Někteří autoři v této souvislosti uvažují o syndromu ADHD jako o diagnóze zatížené vysokou subjektivitou a kognitivním zkreslením (Meerman et al., 2017).

1.2 Epidemiologie ADHD

Epidemiologie je obor, který studuje rozložení nemoci a zdraví v populaci. Přesné rozložení ADHD v populaci ale není jednoznačně určeno. **Odhady zastoupení ADHD** v nepsychiatrické populaci se pohybují v intervalu **1–12 %**, v závislosti na vybraném populačním vzorku, diagnostických kritériích a na způsobu, jakým jsou data získávána (Hosák et al., 2015; Masopust et al., 2014). Attention–deficit/hyperactivity disorder (ADHD) je v USA druhá nejčastěji udělovaná diagnostická kategorie popisující chronické dětské onemocnění (Wolraich et al., 2019).

Gerhand & Saville (2021) porovnali patnáct studií odhadujících prevalenci v psychiatrické populaci. Interval zjištěných **odhadů prevalence** z porovnávaných studií se pohybuje **od 6,9 % do 38,75 %**. Šíře intervalu je i v tomto případě způsobená různými diagnostickými manuály (DSM–IV TR i DSM–5), různými způsoby diagnostiky

(používány byly klinické rozhovory i sebehodnotící dotazníky), jakož i různým způsobem získávání dat od hospitalizovaných i ambulantních pacientů.

Diagnostický manuál DSM–5 je oproti své předchozí verzi inkluzivnější a při vyhodnocení ADHD dle kritérií stanovených DSM–5 je vykazována o 10 až 32 % vyšší prevalence v porovnání vyhodnocení ADHD dle kritérií stanovených DSM–IV–TR (Bitter et al., 2019; Gerhand & Saville, 2021).

Hyperkinetické poruchy, jak je definuje 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, jsou poruchy s časným nástupem, tzn. jejich nástup je většinou patrný již v předškolním období. Pokud využijeme diagnostiku podle diagnostického manuálu DSM–5, pak je nutné, aby se porucha projevila před dvanáctým rokem života dítěte. Předchozí verze tohoto diagnostického manuálu kromě jiného vyžadovala, aby se porucha projevila už před sedmým rokem života dítěte (Sanders et al., 2019).

1.3 Vyšetřovací metody ADHD

Při vyšetření dítěte s ADHD se může uplatnit **multidisciplinarita**: součástí multidisciplinárního týmu může být neurolog, speciální pedagog, psycholog i psychiatr.

Psychodiagnostické vyšetření prováděné psychologem zahrnuje klinickou část a testovou část. Klinická část zahrnuje především klinický rozhovor s rodičem a s dítětem, záznam pozorování, zhodnocení školního výkonu od mateřské školy až do současnosti. Testová část pak může zahrnovat testy intelektu (především nejspíš Wechslerův test inteligence pro děti), testy pozornosti a škály nebo třeba dotazníky pro děti, rodiče a učitele (Paclt, 2007).

Významnou součástí vyšetření je podrobná **anamnéza dítěte získaná z více zdrojů**: od rodičů dítěte a ze školy či školky, kam dítě dochází (Hosák et al., 2015).

Škola je svojí povahou místo, kde se ADHD může dobře projevit. K získání **informací od učitelů** lze využít především dotazníky zaměřené na symptomatiku ADHD (např. škála Conersové, škála WURS). Shoda ve vnímání diagnózy je cca 74% (Hosák et al., 2015). Nalezená korelace u hodnocení nepozornosti dítěte rodiči a učiteli byla slabá, u hyperaktivity a impulsivity středně silná (Narad et al., 2015). Učitelé mohou poskytnout řadu spolehlivých informací o dítěti spíše v předškolním a prvostupňovém vzdělávání; později už v českém školství jejich spolehlivost klesá, protože jednotliví učitelé pracují s větším množstvím žáků a v kratších časových úsecích, oproti prvostupňovým učitelům

tak s dětmi tráví méně času a méně je znají. Jejich porozumění a detailní znalost motivací a projevů chování konkrétních dětí je proto přirozeně menší (Theiner, 2012).

Součástí **multidisciplinárního vyšetřovacího týmu** v péči o dítě s ADHD může být i **neurolog**. Americká akademie pro dětskou a dorostovou psychiatrii ve svém manuálu z roku 2007 uvádí, že pokud je pacientova medicínská anamnéza nenápadná, laboratorní ani neurologické vyšetření není indikováno (Hosák et al., 2015). Vzhledem k tomu, že chápání ADHD jako mozkového postižení je již opuštěno, medicínská péče o pacienty s ADHD se přesouvá spíše do rukou dětských **psychiatrů**. Úlohou dětského neurologa může zůstat posouzení vývojových schopností dítěte, zhodnocení EEG nálezu a vyloučení komorbidit s epilepsií a jinými neurologickými onemocněními (Příhodová Iva, 2011).

Vyšetření pomocí magnetické rezonance (MRI) nebo pozitronové emisní výpočetní tomografie (PET) nejsou pro diagnostiku ADHD potřebná a jsou využívána především v oblasti výzkumu. Další otázkou je, zda je v diagnostice ADHD užitečné vyšetření EEG. Z klinické praxe je známo, že na EEG dětí s ADHD můžeme najít změny, které korelují s klinickým obrazem. Jedná se především vysoké zastoupení pomalých theta vln ve srovnání s činnostními beta vlnami. Vyšetření NEBA (*Neuropsychiatric EEG-Based Assessment Aid*), které propočítává poměr theta a beta vln (TBR – *theta beta ratio*) bylo FDA (*Food and Drug Administration, USA*) schváleno pro klinické použití. Vysoký poměr TBR potvrdí ADHD, nízký TBR nabádá k opatrnosti, stav by mohl být podmíněn jinou příčinou. Předpokládá se, že by metoda mohla zpřesnit diagnostiku. V současnosti je hodnocení biomarkerů EEG u dětí s ADHD přijímáno s výhradami, jen jako další pomocná metoda, nikoli metoda základní, určující diagnózu (Snyder et al., 2015).

1.4 ADHD z pohledu MKN–10 a MKN-11

Diagnostické a klasifikační systémy a metodiky jsou neodmyslitelnou a stále se vyvíjející součástí klinické teorie i praxe. Jsou ale také určitým zjednodušením a zobecněním pestrosti reálné patologie (Orel, 2020).

V Evropě je již od roku 1992 využívána *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, resp. česky **MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí** (a přidružených zdravotních problémů). V době, kdy byla tato práce vypracovávána, již byla Světovou zdravotnickou organizací (WHO) schválena nová, 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, MKN–11 (World Health Organization, 2023a), která vstoupila

v platnost dne 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. V oficiálním českém překladu zajišťovaném Ústavem zdravotnických informací (UZIS) ještě není k dispozici, proto níže uvádím překlad vlastní.

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) zařadila syndrom ADHD pod kód F.90, Hyperkinetické poruchy². Podle ní jde o skupinu poruch charakterizovanou časným nástupem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou podle této normy často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení. **Nepatří sem:** anxiózní poruchy (F41.–), (afektivní) poruchy nálady (F30–F39), pervazivní vývojové poruchy (F84.–), schizofrenie (F20.–).

Jak vidno, MKN–10 se na intrapsychický svět jedinců s hyperkinetickou poruchou příliš nesoustředí a zabývá se spíše behaviorálními příznaky, stejně jako to uvidíme v níže popisované DSM–5.

Diagnostická klasifikace podkategorií okruhu **Hyperkinetických poruch (F90)** je podle MKN–10 následující:

- **F90.0 Porucha aktivity a pozornosti**, kam patří nedostatek pozornosti s hyperaktivitou a syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Nepatří sem hyperkinetická porucha s poruchou chování (F90.1).
F90.1 Hyperkinetická porucha chování, tj. hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování.
- **F90.8 Jiné hyperkinetické poruchy.**

² Vzhledem k tomu, že jde o předpis veřejné povahy ve smyslu ust. § 3 zák. 121/2000 Sb., autorského zákona, ve znění pozdějších předpisů, uvádím zde jeho téměř doslovné znění a je uveden v seznamu použitých zdrojů, ale necituji ve smyslu citační normy APA 7 ani jiné. Při práci s ostatními diagnostickými manuály postupuji obdobně.

- **F90.9 Hyperkinetická porucha NS**, kam patří hyperkinetická reakce v dětství nebo v dospívání NS a hyperkinetický syndrom NS.

Jedenáctá revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–11) řadí syndrom ADHD pod kód 6A05, označený Poruchy pozornosti s hyperaktivitou, mezi neurovývojová onemocnění. Podle ní je ADHD charakterizováno nepozorností a/nebo hyperaktivitou–impulzivitou přetrvávající alespoň šest měsíců.

Nepozornost MKN–11 popisuje jako roztržitost, potíže s organizací a významné potíže s udržení pozornosti nad úkoly, které nejsou příliš stimulující ani odměňující. **Hyperaktivita** je pak označovaná jako nadměrná motorická aktivita a potíže se setrváním v klidu (nejvíce patrné ve strukturovaných situacích, které vyžadují sebekontrolu chování). **Impulzivita** nakonec podle MKN–11 znamená tendenci jednat v reakci na bezprostřední podněty, bez zvažování rizik a důsledků. Tato nepozornost či hyperaktivita-impulzivita má přímý negativní dopad na akademické, pracovní nebo sociální fungování. Signifikantní nepozornost či hyperaktivita se podle MKN–11 objevuje už před dosažením věku dvanácti let, často už v raném či středním dětství.

Stupeň nepozornosti a hyperaktivity impulzivity by měl překračovat rámec normy odpovídající věku a úrovni intelektuálního fungování. Projevy ADHD by pak měly být patrné v různých situacích a neměly by být lépe vysvětlitelné jinou duševní poruchou, poruchou chování, neurovývojovou poruchou ani účinkem látky nebo léku.

Diagnostická klasifikace podkategorií okruhu **Poruchy pozornosti s hyperaktivitou (6A05) je podle MKN–11 následující:**

- 6A05.0 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, **s převahou projevů nepozornosti.**
- 6A05.1 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, **s převahou projevů hyperaktivity-impulzivity.**
- 6A05.2 Porucha pozornosti s hyperaktivitou, **kombinovaná forma.**
- 6A05.Y Porucha pozornosti s hyperaktivitou, jiné specifické projevy.
- 6A05.Z Porucha pozornosti s hyperaktivitou, blíže neurčené projevy.

1.5 ADHD z pohledu DSM–5

V Severní Americe, Austrálii, na Novém Zélandu a v převážné většině zemí Jižní Ameriky je využívána klasifikace označovaná jako **Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické společnosti**, v době přípravy této práce v páté revizi. DSM–5 byla publikována Americkou psychiatrickou asociací v roce 2013.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch se ve svých postupných revizích stal díky popisným psychiatrickým diagnózám normativní natolik, že je přezdíván "bible" duševního zdraví. Mezi kritickými hlasy v té souvislosti zaznívá, že je používán k výuce, jako kdyby měla status evidentního, samozřejmého vědění. Jsou v něm zachyceny i popisy klinických syndromů (souborů příznaků), které jsou uměle oddělené a nezachycují celkové složité zkušenosti pacientů. Diagnóza podle DSM–5 někdy zahrnuje jen to, co můžeme pozorovat (jako je bušení srdce nebo skákání do řeči), ale už se nesnaží zachytit příčiny a teoretické porozumění, které je zásadní pro klinické porozumění a pomoc (McWilliams, 2015).

Diagnostický a statistický manuál DSM–5 nově zařazuje syndrom ADHD mezi neurovývojové poruchy (předchozí revize jej zařazovala mezi poruchy obvykle diagnostikované v útlém věku, dětství a adolescenci). Neurovývojové poruchy charakterizují vývojové deficity jak ve specifických oblastech fungování, jako jsou například exekutivní funkce, až po globálnější dopady. Příznaky neodpovídají vývojové úrovni dítěte a měly by trvat déle než šest měsíců. Mezi hlavní kritéria ADHD dle DSM–5 patří:

- **Nepozornost** – mezi příklady pak manuál uvádí, že dítě často nedává pozor na detaily, ve škole dělá chyby z nedbalosti, neudrží trvalou pozornost při úkolu nebo při hře, trácí školní pomůcky, hračky, sportovní potřeby, snadno se rozptýluje nebo vyruší od úkolu či aktivity atd.
- **Hyperaktivita** – např. neumí si klidně hrát, zejména hry, které vyžadují ticho či soustředění, obíhá, vylézá kamkoliv a kdykoliv, včetně nevhodných situací, nadměrně pobíhá dokola nebo leze, a to i v situacích, kdy je to nevhodné atd.
- **Impulzivita** – přerušuje ostatní, vynucuje si pozornost, plete se do hry nebo konverzace jiných atd.

Současně je třeba, aby se symptomy ve stanovené intenzitě a četnosti vyskytovaly **před dvanáctým rokem** věku, minimálně **ve dvou různých prostředích**. Důležitou

podmínkou je i to, že se symptomy neobjevily v průběhu schizofrenie nebo jiné jiných stavů s psychózou a nejsou lépe vysvětlitelné jinou duševní poruchou (např. úzkostnými poruchami, závislostmi, poruchami nálady ad.)

Dělení jednotlivých kategorií Neurovývojových poruch je podle DSM–5 následující (v závorce jsou uvedeny korespondující kategorie dle MKN–10):

- 314.01 Kombinovaná porucha (MKN–10: F90.2).
- 314.00 Porucha s převahou nepozornosti (MKN–10: F90.0).
- 314.01 Porucha s převahou hyperaktivity a impulsivity (MKN–10: F90.1).

Rozlišení těchto jednotlivých kategorií spočívá v převažujících symptomech. U Kombinované poruchy (314.01) se jedná o poruchy pozornosti, hyperaktivitu a impulsivitu (syndrom ADHD). Následující dvě kategorie mají převažující symptomy uvedeny ve svých názvech (Jochmannová, 2019).

Přístup založený na odděleném, mechanickém uspořádání symptomů do kategorií může přinášet prospěch pojišťovací společnosti (kdy pojišťovna nechápe trs symptomů jako vrcholek emočního ledovce, ale jako celý a konečný úsek hodný léčby) a farmaceutickým společností, které mají ekonomické zájmy na seznamu oddělených poruch, na něž mohou nabízet léky. Kritici manuálu považují uspořádání příručky za náhodné a rozporuplné i kvůli vazbám na farmaceutické společnosti (McWilliams, 2015).

1.6 Léčba ADHD

Projevy ADHD lze léčebně ovlivnit. Komplexní přístup k ADHD může zahrnovat multidisciplinární optiku a postupovat nejen prostřednictvím farmakoterapie, ale i pomocí psychosociální intervence (Brown et al., 2018; Hosák et al., 2015). Farmakoterapie je léčení pomocí léků. Psychofarmaka jsou pak léky, které ovlivňují psychické funkce a které působí na mozek (Orel, 2020). Psychosociální intervence podle Hosáka et al. (2015) stojí na třech pilířích: edukaci (rodiny a případně učitelů), psychoterapii a režimových opatřeních.

Edukace by měla být zaměřena na rozvoj nových, **pozitivních a podporujících vztahů** v rodině a na odstranění nebo alespoň zmírnění averzí, které jsou v rodinách dětí s ADHD časté. Edukace by se dále měla zaměřit na vývojovou problematiku dětí s ADHD,

možnosti medikace a vypořádání se s mýty vztahujícími se k medikaci, rodiče by měli být seznámeni s vhodnými režimovými opatřeními (Hosák et al., 2015).

Psychoterapie může zahrnovat širokou paletu přístupů od psychoanalytického přístupu po přístup kognitivně-behaviorální (Gilmore, 2000; Hosák et al., 2015; Lusk, 2019; Pöthe, 2022). Salomonsson (2017) se v této souvislosti zamýšlí nad tím, že ADHD je stále častěji považována za poruchu mozkové funkce a za její příčinu. Tento přístup jde ruku v ruce s důrazem na medikamentózní léčbu, behaviorální léčbu a vzdělávací programy pro rodiče. Naproti tomu psychoanalytická terapie ustoupila do pozadí a je často považována za neúčinnou nebo dokonce škodlivou. Podle Salomonssona je klíčové **porozumění souvislosti emočního prožívání a behaviorálních projevů dítěte** a je třeba rozumět i souvislostem mezi vnitřním světem dítěte a příznaky, jako jsou poruchy pozornosti, hyperaktivita a impulzivita. Podrobnější rozbor možností psychoterapie a úzce související různorodosti přístupů, porozumění a cílů psychoterapie by přesáhl doporučený rozsah a zaměření diplomové práce, k některým pohledům se proto jen krátce vrátím v kapitole 1.8.

V souvislosti s režimovými opatřeními jsou doporučována (Hosák et al., 2015; Maté, 2021; Uhlíř, 2020) **ocenění dětí** nejen za dobrý výkon, ale především za dobrou **snahu**. Je vhodné vyhnout se zahanbení nebo ponížení dítěte. Dítě bude pravděpodobně zažívat velký stud, pokud rodič bude dávat najevo příliš silný nesouhlas, zklamání nebo odmítnutí (Maté, 2021). Hosák et al. (2015) v této souvislosti považuje za zásadní, aby děti i při plnění svých povinností mohly zažívat a zažívaly pocit úspěchu, bezpečí a zastání a porozumění u rodičů – to navrhuje zajistit například pevnou strukturou dne a sepsanými pravidly. Podle něj je pevná a předvídatelná struktura dne to, co dítěti pomáhá bojovat s vlastní impulzivitou a nekázní. V komunikaci s dětmi pak Hosák et al. apeluje na důslednost, soustavnost a ideálně i jednotnost okolí, aby dítěti bylo srozumitelné, jaké se od něj očekává chování. Rodiče by podle něj měli umět předvídat problematické situace a umět pro ně připravit takové strategie postupu, aby je dítě mohlo úspěšně a s optimismem zvládnout.

Pokud jde o psychofarmaka, léčba se zaměřuje na ovlivnění resp. zmírnění symptomů, nikoli na vyléčení ADHD. V současnosti jsou lékem první volby při ADHD **psychostimulancia**, přičemž 75–90% dětí reaguje příznivě alespoň na jedno ze zkoušených stimulancií. Podobně významné výsledky nacházíme v psychiatrii už jen u

lithia. Nejvyužívanějšími a neúčinnějšími psychostimulancii při medikaci ADHD ve světě jsou metylfenidát a amfetaminy (Brown et al., 2018; Connolly et al., 2015).

Nejpříznivější efekt vykazují stimulantia zřejmě na prostou poruchu pozornosti – další symptomy ADHD jsou psychostimulancii ovlivňovány již méně. V ČR je jediným psychostimulanciem povoleným pro léčbu ADHD **metylfenidát**; jeho předpis je zařazen pod opatření pro skupinu omamných a psychotropních látek skupiny I a doporučuje se podávat až u dětí starších 6 let. Ve standardní formě (Ritalin) má lék průměrný vylučovací poločas 2,5 hodiny a u některých dětí účinkuje jen krátkodobě (cca 2,5 –3 hodiny). Prosto se navrhuje začít ranní dávkou a případně, podle dopoledního a odpoledního školního výkonu, přidat polední a ev. i odpolední dávku (nejpozději v 16:00). U dětí, u kterých standardní forma léku účinkuje příliš krátce, lze využít kapsle (Concerta) s řízeným dvanáctihodinovým uvolňováním (Hosák et al., 2015; Stárková, 2016).

Atomoxetin je nestimulační lék předepisovaný, právě pro své nestimulační účinky, obvykle jako lék druhé volby. Plný účinek se projeví, podobně, jako je tomu u antidepresiv, přibližně po čtyřech týdnech od zahájení užívání (Hosák et al., 2015).

Lékem třetí volby jsou u ADHD **antidepresiva**. V léčbě ADHD se využívají především ta, která ovlivňují noradrenergní, popřípadě spolu s ním i dopaminergní neurotransmiterový systém. V případě rezistence na léčbu stimulantii, atomxetinem i antidepresivy pak lze využít neuroleptika; ta lze, v možné kombinaci se stimulantii, využít i pro pacienty s diagnózou hyperkinetická porucha chování, kde poruchy chování doprovází výrazná agresivita (Hosák et al., 2015).

1.7 ADHD v průběhu věku

Projevy ADHD se v průběhu věku mění. Přestože diagnostické manuály DSM–5 a MKN–10 nezohledňují proměny syndromu ADHD v průběhu života, pokouší se některé odborné zdroje o jeho zachycení.

Podle Luskové (2019) platí, že děti s ADHD – zvláště když nejsou diagnostikovány nebo jsou-li nepochopeny – zažívají chronické konflikty s ostatními, zejména s rodiči a sourozenci. Problémy s regulací afektu a chování mohou přispět k negativním zkušenostem a vyústit v pocit dítěte, že je ze své podstaty špatné a nechtěné. V terapii se tyto pohledy na sebe sama přirozeně samy projevují v přenosu a protipřenosu. Děti s ADHD mohou být

citlivé na odmítnutí a anticipují kritiku ze strany ostatních. Mají vysokou potřebu přijetí, hledají neustálé ujištění a dokážou být vysoce citlivé vůči jakémukoli náznaku opuštění.

U **kojence** je často patrné narušení základních biorytmů s přehozeným a narušeným spánkem. Dítě je dráždivé a plačtivé, nepravidelně, přerušovaně spí, stejně tak nepravidelně a často chce dítě jíst, po jídle ublinkává. Často můžeme zaznamenat nerovnoměrný psychomotorický vývoj (Malá E, 2006; Příhodová, 2011). V psychoanalytickém porozumění Gilmoreové (2000) je stav dítěte od narození do tří let, kterému je později diagnostikováno ADHD, typický obtížemi v regulaci chování a fyziologických, smyslových, pozornostních, motorických nebo afektivních procesů a v organizování klidného, bdělého nebo afektivně pozitivního stavu (Gilmore, 2000).

U **batolete a předškolního dítěte** pak můžeme pozorovat vyšší motorickou aktivitu. U předškoláka je patrné i horší soustředění, dítě v porovnání s vrstevníky potřebuje střídat aktivity, nemůže dělat jednu činnost ani sedět na jednom místě po delší dobu. A tak, jak dítě často střídá aktivity, často v rychlém sledu střídá i protichůdné emoce. Pečovatelé často hovoří o problémech s enurézou, o potížích s usínáním, o dlouhém období vzdoru (Malá, 2006; Příhodová, 2011).

Po příchodu do školy už ADHD přichází se známou triádou hyperaktivity, nepozornosti a impulzivity. Dítě mívá ve škole problém s udržením pozornosti, se soustředěním na výklad učitele a i s prostým sezením v lavici. Bývá pro něj obtížné plánování i dokončování úkolů, je těžké vnímat učitele i připravovat si pomůcky (Příhodová, 2011).

V dospívání se objevuje sociální izolace, poruchy sebehodnocení (Malá, 2006). **dospívání a dospělosti** se příznaky se mění. Hyperaktivita se projevuje jako pocit vnitřního neklidu, přetrvává nepozornost a impulzivita (Hosák et al., 2015; Příhodová, 2011).

U **dospělých** popisuje Maté (2021) i časté pocity viny a studu, spojené se sebeodsuzováním a nízkou sebeúctou, a to i tehdy, kdy tito dospělí projevují v některých oblastech velkých úspěchů.

1.8 Možná porozumění ADHD

Člověk je považován za bio-psycho-sociálně-spirituální jednotku. V této podkapitole se proto budeme zabývat některými biologickými a psychologickými pohledy

na ADHD. Biologickým pohledem rozumím pohled zaměřený na tělesnou, medicínskou nebo třeba genetickou stránku ADHD. Psychologickým pohledem pak rozumím úvahy nad nenáhodnými jevy a možnými implikacemi vnitřního světa dětí s ADHD.

Gilmore (2000) přemýšlí nad tím, že problémy s pozorností, impulzivitou a hyperaktivitou, mohou mít řadu z různých zdrojů: zdroje mohou být **konfliktní, organické, environmentální a jiné**. Gilmore považuje vývoj individuálního dítěte za transakci mezi jedinečně organizovaným a obdařeným dospívajícím organismem a jeho jedinečným vnějším prostředím. Takový pohled podle ní může unikátně osvětlit intrapsychické poruchy, které jsou základem chování vedoucího k diagnóze, a také může pomoci odstranit mnoho falešně pozitivních výsledků, jako jsou úzkostné poruchy chybně diagnostikované jako AD/HD. Triáda behaviorálních symptomů, které charakterizují ADHD, tj. nepozornost, impulzivita a hyperaktivita, může podle Gilmore být, zjednodušeně, způsobena narušením syntetické, organizující a integrační funkce ega. Projevované symptomy pak mohou být způsobeny vyčerpáním kapacit odpovědných za regulaci, modulaci a vyvažování vnitřních a vnějších podnětů; za internalizaci objektních vztahů a za následné budování struktury a rozvoje superega; a za organizaci různých složek ega k vytvoření pocitu kontinuity a usnadnění schopnosti sebepozorování a sebereflexe.

Günter (2014) popisuje rozdělení **příčin projevů**, které jsou hodnocené jako ADHD, do tří oblastí. První oblast je způsobena poruchou v raných objektových vztazích vedoucí k rozvoji různorodé obranné organizace, ve které **úzkosti** ze ztráty objektu a **depresivní afekty** nejsou řešeny prostřednictvím symbolizace, ale jsou organizovány způsobem blízkým tělu. Druhou oblast popisuje jako **triangulační poruchu**, kdy katexe otcovské polohy není stabilní; struktury poskytující malou podporu se střídají s nadměrným vzrušením, regulace afektu je omezena. Do třetí oblasti řadí aktuální **emoční stres** nebo **traumatický zážitek**.

Gilmore (2000) chápe ADHD jako rozpoznatelný a koherentní syndrom (byť se značnými individuálními variacemi), který se obvykle projevuje jako **komplexní směs neuropsychiatrických a neurotických složek** a který lze často zmírnit medikací, ale v mnoha případech může být optimálně léčen se souběžnou psychoanalýzou.

Jochmanová (2019) zdůrazňuje, že je pak třeba věnovat pozornost tomu, že nadměrná hyperaktivita a nepozornost mohou být i součástí symptomů **úzkostných a**

depresivních poruch, a tyto poruchy by měly mít v rámci diagnostiky vždy přednost (Jochmannová, 2019). Pöthe pak (2022) u dětí s ADHD nachází často spíše symptomy vývojového traumatu či posttraumatické stresové poruchy.

Významnou roli podle současného **medicínského postoje** hrají **genetické faktory**. Souběh ADHD je pro dizygotní dvojčata udáván v rozmezí 29–33%, pro monozygotní dvojčata je udáván v rozmezí 51–80%. Jednotlivé geny mají pravděpodobně jen malý efekt, předpokládaný model je model polygenní dědičnosti. Pozornost výzkumníků je v té souvislosti upřena především na geny dopaminergního systému, např. D2, DRD4 a DAT1 (Ptáček & Ptáčková, 2018).

Mezi možné **negenetické faktory** podílející se na vzniku onemocnění patří podle Hosáka et al. (2015) prenatální expozice matky škodlivinám (alkoholu, drogám, tabáku nebo olovu), nízká porodní váha dítěte, traumatické poranění mozku, škodlivé rodinné prostředí a nepříznivé životní události.

Studie **neurochemického fungování mozku** se pak byly zaměřené zejména na úlohu dopaminu a noradrenalinu v patogenezi ADHD. Tu dokazuje klinická účinnost psychostimulancií, která relativně selektivně stimulují právě dopamin a noradrenalin. Za hlavní důkaz o úloze dopaminu u ADHD bývá uváděna zvýšená denzita dopaminového přenašeče ve striatu a pozitivní korelace mezi závažností hyperaktivity s impulzivitou a hladinami kyseliny homovanilové (ta je hlavním metabolitem mozkového dopaminu). Hypotézu o úloze noradrenalinu podporuje to, že nejkonzistentněji nalézaná biochemická abnormalita u jedinců s ADHD je nízká exkrece 3–metoxy–4–hydroxyfenylglykolu (tj. hlavního metabolitu mozkového noradrenalinu) v moči (Hosák et al., 2015).

Díky strukturálním zobrazovacím metodám bylo zjištěno, že celkový objem mozku jedinců s ADHD je v dětství o 3–4 % menší než u zdravých vrstevníků. Největší rozdíly jsou patrné na mozečku a nukleus caudatus, dále pak v objemu prefrontálního kortexu, globus pallidus a corpus callosum. Objem nukleus caudatu se normalizuje ve střední adolescenci, nižší objem mozečku pak přetrvává do 20. roku věku. Změněná struktura především prefrontálního kortexu může mít sama o sobě celou řadu příčin i důsledků. Důsledky se mohou, mimo jiné, projevit v oblastech jako je soustředění, schopnost přesunout pozornost, být ostražitý nebo zvládnout bez pomoci frustraci (Hosák et al., 2015).

I Malá (2006) se k ADHD vztahuje především **biologicky**. Poruchy pozornosti může být dle jejího názoru ve vztahu s pravostrannou frontální a levostrannou striatální dysfunkcí. Hyperaktivita je spojená se sníženou perfuzí frontální kůry a nc. caudatus vpravo. Impulzivita s hypoperfuzí striata a frontálního kortexu vpravo.

Biologické pohledy nelze od psychologických oddělit bez toho, že by to s sebou neslo významné ztráty. Podle Francese (2016) se oblast duševního zdraví se zvrhla v občanskou válku mezi hlavními biomedicínským a psychosociálními modelem. Nepružní biologičtí redukcionisté podle něj předpokládají, že geny jsou osudem a že na každý problém existuje pilulka. Nepružní psychosociální redukcionisté podle něj předpokládají, že všechny problémy s duševním zdravím pramení z nepříjemných zkušeností. Já sama se zatím s takto polarizovaným porozuměním nesetkávám. Prostoupení těchto modelů naopak nacházím ve výzkumech, které implikují cirkulární ovlivnění mozkové hmoty a životních událostí.

Ohrožující nebo vysoce nepříjemné zážitky v raném věku mohou mít negativní důsledky na duševní zdraví v pozdějším věku (Dumornay et al., 2023). Řada studií zjistila významnou souvislost mezi problematickými zážitky v dětství (např. svědectví násilí nebo nízký socioekonomický status) a psychosociálními a behaviorálními problémy v pozdějším věku, včetně posttraumatické stresové poruchy (PTSD), úzkosti a deprese, zneužívání drog a alkoholu, nízké životní spokojenosti, sebevražedných pokusů a násilného chování (Dumornay et al., 2023; Elmore & Crouch, 2020; Hackman et al., 2010; Hughes et al., 2017; Hunter et al., 2019; Petruccelli et al., 2019; Reiss, 2013). Výzkumy tedy prokazují silný vztah mezi nepříznivými životními zkušenostmi a následky, takže více nepříznivých zkušeností v dětství je spojeno s větším rizikem škodlivých následků pro duševní zdraví v pozdějším věku. Výzkumy potvrzují, že různé typy nepříznivých zkušeností jsou spojeny s odlišnými následky: ohrožující zážitky (fyzické napadení, svědectví násilí) je častěji spojeno s dysregulovanými emočními reakcemi, zatímco deprivace (např. chudoba, zanedbávání) je typičtěji spojeno s jazykovými a kognitivními deficity (Dumornay et al., 2023; Hunter et al., 2019; McLaughlin et al., 2014; Sheridan & McLaughlin, 2014).

Časné vystavení dítěte nepříznivým událostem (tj. ohrožení nebo deprivaci) je spojeno se strukturálními změnami mozkových oblastí, jako je prefrontální kůra, amygdala a hipokampus, které podporují zdravé emoční fungování v reakci na hrozbu a stres (Calem et al., 2017; de Brito et al., 2013; Dumornay et al., 2023; Hanson et al., 2015).

2 RODINA A RODIČOVSTVÍ

Následující kapitola bude věnována vybraným pohledům na rodinu. Vzhledem k zaměření praktické části se budeme orientovat především na mateřství. V textu bude rodina definována, budou popsány některé její funkce, potřeby členů rodiny a také se budeme zabývat přínosy a výzvami rodičovství.

2.1 Definice rodiny

Většina z nás má křestní jméno a rodné příjmení. Příjmení říká, do jaké rodiny patříme. Křestní jméno pak označuje toho konkrétního člověka v té konkrétní rodině. To, jakým způsobem dáváme jména svým dětem, a jak partneři a partnerky navzájem přebírají svá jména, poskytuje prostor pro úvahy o předávání osobní identity rodinnou tradicí a o tom, proč během posledních dvou století tato forma předávání osobní identity slábne. Můžeme o tom přemýšlet jako o celospolečenském nadřazení jednotlivce nad rodinu (Matoušek & Pazlarová, 2010), stejně tak ale můžeme uvažovat jako o dalším kroku ke skutečnému, žitému zrovnoprávnění postavení mužů a žen ve společnosti.

Definice rodiny je sama o sobě poměrně obtížná: můžeme se pokusit ji rozčlenit na **primární** (ve smyslu první, do které se rodíme) a **sekundární** (ve smyslu druhé a další, kterou v dospělosti zakládáme), rodinu **v užším a širším smyslu** (tj. třeba rozdělenou na úzký kruh podle vazeb či spolubydlení) na rodinu **biologickou a sociální** nebo třeba na rodinu **vlastní, nevlastní a náhradní** (Matějček, 1994). Přesto, i když můžeme intuitivně považovat za zřejmé, kdo je příslušníkem jaké rodiny, a i když je rodina uskupení, které většinu lidí nějakým způsobem provází od kolébky do hrobu, jeví se jako obtížné naplnit samu definici rodiny. Pokusů o přesné vymezení rodiny je celá řada. Dosavadní definice, které se opíraly o příbuzenství vzniklé sňatkem nebo narozením dítěte, jsou již – minimálně z pohledu některých autorů – nedostačující (Matoušek & Pazlarová, 2010).

Kramer (1980, citováno v Sobotková, 2007) definuje rodinu takto: „Rodina je skupina lidí se společnou **historií**, současnou **realitou** a budoucím **očekáváním** vzájemně propojených **transakčních vztahů**. Členové jsou často (ale ne nutně) vázání hereditou,

legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným uspořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty. Kdykoli mezi blízkými lidmi existují intenzivní a kontinuální psychologické a emocionální vazby, může být užíván pojem rodina, i když jde o nesezdaný pár, o náhradní rodinu atd.

2.2 Funkce rodiny

Čáp a Mareš (2011) se na rodinu také dívají optikou jejích funkcí a zdůrazňují funkci biologickou a reprodukční. Dalšími rozměry jsou ekonomická a zabezpečovací funkce, které představují rozměr materiálního zajištění členů. Emocionální funkce umožňuje členům rodiny harmonicky pokračovat ve svém emocionálním vývoji, budovat citové zázemí a bezpečí. Výchovná a socializační funkce podle nich zajišťuje plnění společenských pravidel, rozvoj identity vyvíjejícího se člověka a jeho postupného začlenění se do širší společnosti. Rodina by měla plnit roli bezpečného prostředí, kde dítě může růst, rozvíjet se, stávat se sebou samým a díky zkušenosti s mezilidskými vztahy a četným interakcím postupně hledat svoji cestu k začlenění i vně rodiny.

Satirová (2006) se zaměřila na to, co dělá rodinu funkční. Podle ní je to taková rodina, jejíž zažívají vzájemnou **lásku, spokojenost a dobré zdraví**. *„Vědomí vlastní ceny může vzkvétat jen v atmosféře, kde je respektována individuální odlišnost, tam, kde si lidé projevují vzájemně lásku, kde chyby slouží k ponaučení, komunikace je otevřená, pravidla pružná, zodpovědnost samozřejmá a kde vládne upřímnost“* (s. 31). Věřím, že vědomí vlastní ceny může vzkvétat i v méně ideální atmosféře. Jakkoli je přání mnoha rodičů, aby dosáhli výše uvedeného ideálu, přece jen je těžké jej zcela naplnit. A pocity viny za to, že se někdy nedaří, mohou dobře nakročenou rodičovskou cestu nepříjemně a možná i zbytečně ztížit. Možná bychom mohli najít paralelu mezi ideální rodinou a „dost dobrou rodinou“, tak, jako Winnicott (1973, citováno v Pilařová & Kavale, 2001), rozlišil „ideální matku“ a „dost dobrou“ (good enough) matku. Podle Janderkové (2016) při výchově dětí hraje a bude hrát významný vliv to, jak k dětem přistupují jejich rodiče. Tolerantní, podpůrný a povzbuzující přístup pomáhá dětem najít **sebedůvěru, jistotu a víru, že každodenní těžkosti mohou dobře zvládnout**.

Současný běh života většinou zahrnuje postupnou příslušnost k několika rodinám a věřím, že jednotliví lidé mají alespoň formálně svobodnou možnost si svoji sociální příslušnost do velké míry volit.

2.3 Potřeby v rodině

Pokud o rodině mluvíme jako o místu, kde se plní to, co členové rodiny potřebují, pak můžeme v psychologicky zaměřené diplomové práci uvažovat o tom, jaké konkrétní psychologické potřeby mají být v rodině naplněné.

Rodina, jako jedna z nejstarších forem společenského uspořádání, plní, kromě reprodukční a ekonomické funkce, také funkci sociální. Rodina tak plní potřebu **ochrany, péče a vzdělávání potomků**. Mnohé potřeby dětí i dospělých se v průběhu staletí mění, jeden ze základních účelů rodiny – připravit své děti k dobrému životu ve společnosti – přetrval do dnešních dní (Matějček, 1994).

Potřeba mít útočiště, které saturuje potřebu **bezpečí**, a potřeba mít **významného druhého** (Berger & Kellner, 1964) zůstává, stejně tak zůstává potřeba **přivádět na svět děti**. Velkou konkurentkou rodiny se stává práce. Ta – díky e-mailu, WhatsAppu, Zoomu i dalším možnostem dálkového kontaktu – může rodinu zpětně kolonizovat (Matoušek & Pazlarová, 2010).

Matějček (2016) na základě svého sledování vývoj dětí vyrůstající v zařízeních ústavní péče vyhodnotil pět základních psychických potřeb, jejichž uspokojení v rodině považuje za nutné k tomu, aby dítě dobře prospívalo. Na prvním místě uvádí potřebu **přiměřené stimulace** ve smyslu přivodu podnětů z vnějšího světa. Druhou potřebu označuje jako smysluplný svět ve smyslu **bezpečí a předvídatelnosti**, tj. ve smyslu naplněné potřeby určitého **řádu ve věcech a vztazích**. Třetí potřeba je potřeba **životní jistoty**, čtvrtá potřeba je potřeba pozitivní identity, neboli **dobrého vlastního „já“**. A jako poslední potřebu uvádí potřebu **otevřené budoucnosti**. Zatímco první čtyři potřeby Matějček chápe jako deficientní, pátou popisuje jako potřebu existenciální. Matějček ale uvažuje i druhým směrem – výše uvedené potřeby mají v jeho porozumění i rodiče vůči dětem.

2.4 Mateřství

Výzkumná část této práce se zabývá mateřským prožíváním, proto je teoretická kapitola o mateřství vtělenu i do této části práce.

Proces, ve kterém se žena stává matkou, je **zásadní vývojovou životní událostí**, která přináší nové role a novou odpovědnost (Don et al., 2014). Je to doba velkých změn,

náročných výzev a velké zranitelnosti. Stát se matkou znamená projít transformací ze stávajícího, známého stavu, do zcela nové a ne tak úplně známé reality. Taková transformace s sebou nese změnu cílů, chování i priorit k uspořádání nového self a je přirozeně ovlivněna sociálními, kulturními, environmentálními a osobními zkušenostmi matky (Mercer, 2004). Pro řadu žen je mateřství jedním z ústředních bodů v životě, a tak, pochopitelně a přirozeně, touží po tom, aby v něm byly perfektní. To ale nemusí být možné.

„Myšlenka, že může existovat něco takového jako „perfektní“ matka, obsahuje paradox. Matka musí umožnit svému dítěti zažít zkušenost odděleného bytí, tj. umožnit mu jeho vývoj od úplné závislosti k relativní nezávislosti. Matka, která je tzv. „perfektní“ a uspokojí každou potřebu dítěte ještě dříve, než si ji dítě stačí uvědomit, mu vlastně nedá možnost zažít a naučit se zvládnout frustraci. Nedovolí dítěti psychicky růst, neposkytuje mu prostor pro jeho rozvoj“ (Pilařová & Kavale, 2001, s. 1).

Winnicott (1973, citováno v Pilařová & Kavale, 2001), vyjádřil svůj postoj k mateřství konceptem „dost dobré matky“ („good enough mother“). Winnicott byl přesvědčen, že pro vývoj dítěte je potřebné, aby matka byla **autentická, radostná**, a aby sama pro sebe našla v mateřství plnou **spokojenost**. Matka by měla dítěti poskytovat tzv. „holding“ (jde o spíše nepřekládaný termín, který zhruba znamená „fyzické a emoční držení“). Matka o dítě pečuje, krmí ho, snáší jeho úzkost a přežije i dětský vztek a destruktivitu. Matka je podle Winnicotta zároveň ten, kdo může selhat tak, jako každá jiná lidská bytost. Pokud matka v každodennosti péče o dítě i selhává, pak své chyby i napravuje. Dost dobrá matka je tak matka, která dítěti poskytuje holding, která mu zajišťuje dostatek stability a bezpečí, která mu nevnučuje vlastní potřeby.

Termín „**dost dobrá matka**“ částečně převzal Bettelheim (1987, citováno v Pilařová & Kavale, 2001). Ten říká, že neexistuje jednoznačný recept na správnou výchovu, ani jednoznačná soustava pravidel pro všechny „dobré rodiče“. Podle něj by měl být dost dobrý rodič schopný cítit se ve svém vlastním rodičovství a vztahu k dítěti **bezpečně**, tj. tak, že je rodič pečlivý v tom, co dělá ve vztahu k dítěti, ale zároveň není příliš úzkostný ani netrpí příliš velkými pocity viny z vlastního rodičovství. Pocit bezpečí rodiče se stává zdrojem pocitu bezpečí dítěte.

Winnicott (in Karpf, 2013) tento princip ctil i ve vztahu k matkám, které měl v pomyslné péči. V letech 1943 – 1962 se angažoval ve vysílání v rozhlasovém pořadu pro matky. Dvě jeho kolegyně měly za úkol pročítat jeho připravené promluvy

k posluchačkám a posluchačům tak, aby se ujistily, že nic z toho, co Winnicott posluchačkám v pořadu sdělí, v nich nevzbudí pocity viny ani je to jinak neohrozí. Tento přístup považuji za působivý, lidský a laskavý příklad **dobré praxe**.³

Aby žena po porodu mohla zaujmout svoji novou mateřskou pozici a přizpůsobit se novému tělesnému, psychickému a sociálnímu rozměru mateřství, potřebuje využít velké množství vlastních společenských a osobních zdrojů (Koniak–Griffin et al., 2006).

K zvládnutí transformace mohou ženy využívat řadu strategií. Mezi takové strategie patří rozpoznání trvalosti změny, hledání informací a konstrukce nové sebedefinice, hledání nových vzorů a testování vlastních kompetencí nové roli (Deutsch et al., 1988). Mateřství tak může být katalyzátorem celé řady změn (Ali et al., 2013).

Celý proces s sebou nese řadu úskalí a výzev. Novopečená matka často zjišťuje, jak moc se cítí zaskočená, nepřipravená, nejistá si svou identitou matky, vyčerpaná a izolovaná (Mercer, 2004). Nezřídka zažívá pocit nedostatečnosti (Koniak–Griffin et al., 2006). V mé zkušenosti je narození dítěte obecně považováno za šťastnou událost, a tak se čerstvá matka může cítit zaskočená a ohrožená i samotným faktem, že mateřství prožívá **ambivalentně** a že se po narození miminka necítí jen a jen radostně.

To, jak vlastní mateřství ženy prožívají, jak roli matky i sebe samotné v roli matky hodnotí, je dle mého názoru ovlivněné celým spektrem proměnných. Prožívání může být zatížené řadou polarit – od prvotního fantazijního společenského rozdělení na „dobré“ a „špatné“ matky, přes „hodné“ a „zlobivé“ děti, „správné“ a „nesprávné“ „výchovné postupy“, „zdravou“ a „škodlivou“ stravu a podobně.

V západních společnostech bývá mateřství vnímáno jako ústřední úkol v životě ženy, jehož splněním žena dosáhne ženství (Chrisler, 2013). Splnění společenských norem spojených s mateřstvím je důležité pro potvrzení vlastní identity ve společnosti (Gaunt, 2008).

Vlastní představy, přání, snaha splnit vlastní i nadřazenou společenskou normu mohou prožívání mateřství znesnadňovat nebo i znemožňovat. To se projevilo třeba i ve výzkumu, kde navzdory tomu, že většina matek batolat sdělovala, že akceptovala nemožnost naplnit **ideál dobré matky**, bylo patrné, že se tohoto ideálu snaží dosáhnout (S.

³ Zároveň sama při psaní těchto řádků uvažuji o tom, zda je možné být v tomto směru i „dost dobrý autor“. Umím si představit, že kdybych byla matka třeba ve finančně velmi neradostné situaci a přečetla předchozí stránku této práce, snadno bych si začala vytýkat, že nejsem dost radostná. Je to úskalí, kterému je těžké se vyhnout.

Brown et al., 1997). Splnění společenských norem je významné pro naplnění potřeby někam patřit (Baumeister & Leary, 1995), protože lidé jsou odměňováni za naplňování společenských norem a trestáni za jejich nedodržování. Ženy se proto, kromě jiného, obávají i společenských sankcí, pokud **normy vztahující se k mateřství** (a spojené např. s délkou mateřské dovolené) nedodrží (Henderson et al., 2010).

Vysoká očekávání a vysoké nároky na sebe sama mohou pramenit z pozitivního pohledu na mateřství, z toho, že si matka uvědomuje, jak obrovský význam mateřství má pro ni, pro dítě i pro společnost. Cena takových očekávání může být rovněž vysoká. Ženy, které se snaží být dokonalými matkami nebo které jsou v tom směru pod tlakem okolí, častěji prožívají v souvislosti s mateřstvím **pocity viny**, jsou méně přesvědčené o vlastní účinnosti (self-efficacy) a zažívají více stresu. To platí i tehdy, když v jejich vlastním prožívání nehraje mateřství tak velkou roli (Borelli et al., 2017; Henderson et al., 2016; Schlomer & Belsky, 2012).

2.5 Přínosy a cena rodičovství

S rodičovstvím (mluvíme o aktivním rodičovství, tj. rodičovství lidí, kteří mají děti v péči) dochází k často k zásadním změnám, které výrazně ovlivňují a mění dosavadní fungování rodičů. Tyto změny se dotýkají osobního i sociálního rozměru života; v mé zkušenosti mají svůj odraz v partnerském vztahu i ve vztahu rodičů k primární rodině. Rodičovství přináší zcela specifické radosti ale i nároky na obsáhnutí nových úkolů a získání nových kompetencí. Pokud v nadpisu této podkapitoly mluvím o přínosech a nákladech rodičovství, mám na mysli to očekávané i neočekávané **dobré**, co s rodičovstvím přichází, a také to, co je **náročné**, někdy neuvědomované či nečekané, ale i tak s rodičovstvím spjaté.

Mezi to, co rodiče ve spojení se svojí rolí vnímají jako negativní, patří zpomalení kariéry matky, finanční znevýhodnění, nepříznivé dopady na manželský vztah (ten po narození dítěte uvádí asi 50 procent párů), omezení osobní svobody rodičů (Sobotková, 2007).

Další studie pojednávající o tématu oběti rodičovství (Michael, 1988; Campbell a kol., 1982; in Sobotková, 2011) uvádějí ještě jiné výzvy popisované bezdětnými páry: Rodičovství je nezvratné rozhodnutí a nejde ho vzít zpět, bojíme se toho, že nebudeme dobrými rodiči, nechceme přivést dítě na svět, kde hrozí nukleární a jiné konflikty. Mezi

novější často uváděné důvody dobrovolné bezdětnosti patří i obavy z klimatické změny (Drahoňovská, 2021).

Dle studie Simona a Caputo (2018) byla u rodičů malých dětí zaznamenána vyšší míra depresivity, u rodičů adolescentů byly zaznamenány i vyšší **hladiny úzkosti**. Naproti tomu rodiče, jejichž nejmladší dítě je mladší třinácti let, hlásili oproti svým bezdětným vrstevníkům celkově menší **zneužívání alkoholu**. Fyzické a duševní zdraví rodičů se podle autorů předmětné studie zřejmě mění nejen v závislosti na samotném vzniku rodičovství, ale proměňuje se i v závislosti na fázi, v jaké se rodiče nacházejí. U rodičů, jejichž nejmladší dítě je starší třiceti let, byla zjištěna vyšší **hladina životní spokojenosti**.

Ze studie Gormlyové et al. (1987; in Sobotková, 2009) vyplývá, že podstatný faktor motivující lidi mít děti je pokračování rodu – zajištění, že rodina bude pokračovat do budoucnosti. Mezi přínosy rodičovství pak patří třeba rozvoj vztahů (a to v řadě dimenzí, mezi které patří nový vztah s dítětem, nebo nový rozměr ve vztahu k partnerovi) nebo osobní naplnění (jako příležitost k sebevyjádření a osobnímu rozvoji). Rodičovství někdo může chápat jako výzvu a známku dospělosti.

3 ADHD A RODINA

Téma této práce je zaměřené na prožívání matek dětí s ADHD, proto je vhodné uvedení rodinného kontextu syndromu ADHD. Vzhledem k zaměření praktické části se budeme věnovat souvislostem diagnostiky ADHD v rodině včetně dále definovaných přínosů a nákladů diagnostiky. V další části se budeme věnovat vlivu ADHD na život a fungování rodiny. Popsány budou copingové strategie.

3.1 Souvislosti diagnostiky syndromu ADHD v rodině

Pokud dítěti přiřkneme nějakou diagnózu, která klasifikuje jeho duševní zdraví, může to mít v mé zkušenosti nějakou formu dopadů ve vztahu k medikaci, k sebepojetí dítěte i ve vztazích lidí okolo.

Debata o přínosech a negativěch přístupu k diagnóze roste spolu s tím, jak roste počet diagnostikovaných dětí. Ve chvíli, kdy je možné dítěti přidělit diagnózu, nabídnout medikaci a jiné možnosti léčby, dochází k širším celospolečenským vztahovým, finančním i věcným změnám ve vztahu k dítěti, rodinám, školám, poskytovatelům péče i těm, kdo péči hradí. To všechno přirozeně rozproudilo debatu odborné veřejnosti o významu a dopadech diagnózy (Kazda et al., 2021). Argumentů pro i proti zazněla v průběhu debat a úvah celá řada. Mezi vybrané a různým způsobem formulované patří i ty, které rozepisujeme v následujících kapitolách.

Předmětné úvahy mohou sloužit i jako reflexe **sociálního konstrukt**u diagnózy, tj. toho, že tradiční diagnostické kategorie mají velký vliv na to, jak převládající společenský pohled na člověka člověka definuje: určuje například, jak být "dobrý rodič" a vychovat dobře vychované, spolupracující dítě. Diagnóza pak může být chápána i jako sociokulturní sankce udělená těm, kteří nezapadají do společností vyžadovaného obrazu (Gergen, 1999; Gorman, 2001 in Colborn, 2002).

V jiném směru uvažuje McWilliams (2015, s. 27), když píše o dopadu **kategorizujících diagnóz**: „*Může přispět k jistému sebeodcizení, zvěcnění stavu vlastního*

já, za nějž se člověk nepřímo zříká odpovědnosti. „Mám sociální fobii“ je odcizenější způsob vyjádření, při němž je člověk méně sám v sobě, než „jsem hrozně plachý člověk“. Když vypršela licence na Prozac, farmaceutická společnost Eli Lilly dala stejný preparát do růžové pilulky, nazvala ho Serafem a vytvořila novou „nemoc“ premensturální dysforickou poruchu (PMDD, Cosgroveová, 2010). Mnohé ženy jsou podrážděné, když mají před menstruací, ale jedna věc je říci: „Promiňte, dneska jsem trochu rozmrzelá, mám před menzes.“ A jiná je sdělit „Mám PMDD.“ Zdá se mi, že v prvním případě člověk vlastní své chování, zvyšuje pravděpodobnost vřelého kontaktu s druhými a uznává, že život je někdy těžký. Zatímco druhý případ znamená, že člověk má léčitelné onemocnění, oddaluje druhé od vlastní zkušenosti a podporuje dětskou víru, že všechno se dá napravit. Možná je to jen můj zvláštní osobní pohled, nicméně tento nenápadný posun ve společných předpokladech mi dělá starost“. Je to úvaha, se kterou souzní i autorka této práce: dítě i okolí s ní získává možnost pozměnit význam obtíží, která s sebou jednání dítěte (a jednání s dítětem) někdy přináší, a zrovna tak všichni získávají i možnost od těchto obtíží odhlédnout a rezignovat na kontakt s jejich významem.

3.2 Přínosy diagnostiky ADHD v rodině

Při psaní této kapitoly i při rozhovorech s rodiči dětí s diagnostikovaným ADHD jsem často myslela na to, jak často se rodiče a v horším případě i děti setkávají s odsouzením okolí, někdy i dalece přesahujícím podnět, k jakému kdy vůbec takové dítě mohlo dát spravedlivý impuls. Věřím, že děti (i dospělí) citlivě vnímají, jestli se na ně druzí dívají láskyplně nebo třeba ostře a nějak nespokojeně. Oba pohledy se pak v mé zkušenosti dál zrcadlí a potencují v sebedůvěře a sebepojetí dítěte: nejdůležitější je ale vždy pohled mámy, táty nebo toho, kým se dítě cítí nejmilovanější.

Stanovich (1986) při pozorování dětí ve školách popsal pravidlo, kdy se pocit'ovaný úspěch a neúspěch při začátcích čtení sám dál násobí a odráží v dalších školních výkonech, a označil ho podle evangelia sv. Matouše jako tzv. Matoušův efekt: „každému, kdo má, bude přidáno; kdo nemá, tomu bude odňato i to, co má“. Climie a Mastoras (2015) popisují, že děti s ADHD mají řadu dobrých vlastností, z nichž mnohé jsou přehlížené nebo nedostatečně prozkoumané. Hai a Climie (2021) zdůrazňují, že je důležité u dětí s ADHD podporovat sociální dovednosti u dětí s ADHD. Takový přístup vede k tomu, že se děti prožívají jako kompetentní a odolné.

Klasen & Goodman (2000) nabízí možnost, že diagnóza může posloužit jako ukotvení a vysvětlení dlouhotrvajících a znepokojivých obtíží, a nabízí příležitost k léčbě a zlepšení kvality života. Diagnóza může rodičům dítěte usnadnit i cestu k přijetí pomoci, třeba tím, že najednou nejde o pomoc rodiči, kterému se nedaří se zdravým dítětem, ale o specializovanou pomoc rodiči s dítětem se speciálními potřebami. Klasen & Goodman (2000) ve své studii zjistili, že když si rodiče s udělením diagnózy ADHD uvědomili, že dítě není prostě jen zlobivé, vedlo to v počátku mezi rodiči a jejich dětmi se syndromem ADHD ke **zlepšení vztahů**. I když rodiče byli nadále znepokojeni tím, že jejich dítě má nějaké chronické zdravotní obtíže, které nebyly samotným udělením diagnózy vyřešené, měli za to, že udělení diagnózy jim prospělo, protože to vnímali jako příležitost číst si o ADHD, připojit se k podpurným skupinám rodičů s dětmi s ADHD. Rodiče se cítili sebestjistější stran vlastní schopnosti pomoci dítěti.

Kazda a kol. (2021) ve své systematické přehledové studii zachytil (do velké míry v souladu s výše uvedenými úvahami, byť, vzhledem k formátu studie, bez klinické hloubky) při zkoumání dopadů udělení diagnózy ADHD témata, která popisovala dvě fazety u přínosů i u ztrát: **posílení** (empowerment) a **kompetence** (enablement) zainteresovaných jedinců na straně přínosů a oslabení (disempowerment) a stigmatizaci na straně ztrát.

Posílení vznikalo z pocitu **legitimity** a biologického, resp. medicínského **vysvětlení** prožívaných problémů. To bylo doprovázené pocitem **porozumění a soucitu** (sympathy), a snížením pocitů viny, vzteku a obviňování. Tak dotčení jedinci získali **pocit kontroly** nad situací a s posíleným sebevědomím a pocitem sounáležitosti mohli začít hledat řešení. Kompetence pak byla charakterizována zvýšenou podporou doprovázející diagnózu ADHD a zvýšenou schopností vyhledat a přijmout pomoc (Kazda et al., 2021).

Např. Allan (2014) v té souvislosti mluví mj. o možnosti „vidět“ dítě v jiném světle. Klasen (2000) popisuje velkou úlevu rodičů, kterou přináší to, že problém, který rodiče u svého dítěte vnímají, vidí i a legitimizuje někdo druhý, tím spíše pak zdravotník. Carr–Fanning a McGuckin (2018) pak hovoří o tom, že diagnóza může sloužit jako cesta k **porozumění, edukaci a podpoře**.

3.3 Negativa diagnostiky ADHD v rodině

Negativy diagnostiky rozumím ztráty nebo zápory, které s sebou diagnostika ADHD přináší dítěti, rodině i širšímu okolí. V tom smyslu se v této kapitole budeme zabývat možnými pohledy na negativa diagnostiky v rodinném kontextu.

Smelter (1996) mluví o tom, že pokud budeme projevy ADHD formulovat jako projevy neurologicky podmíněné duševní poruchy, přesuneme tím odpovědnost za problém na dítě. To může odchýlit další vývoj dítěte i tím, že rodič se bude soustředit na zdánlivě objektivní patologii dítěte, a přestane jej, mimo jiné, podporovat v plnění běžných vývojových úkolů.

Sing (2011) uvažuje o intelektuální a klinické manipulaci se syndromem ADHD, při které je subjektivní zkušenost dítěte umlčena.

Kazda (2021) ve své přehledové studii konstatuje v souvislosti s diagnostikou ADHD i **oslabení** (disempowerment) a **stigmatizaci**, oboje ve vybraných studiích spojené s biomedicínským vysvětlením. Biomedicínské vysvětlení syndromu ADHD bylo v takových situacích jedincem uchopené jako omluva udělená prožívaným obtížím. S přijetím takové omluvy) došlo k **snížení pocitu odpovědnosti**, následovala **pasivita a stagnace**. Člověk, který se soustředí na biologické či medicínské uchopení syndromu ADHD, pak může podle autora ignorovat související hluboké individuální, společenské nebo systémové problémy dítěte a může tak dojít k sebenaplňujícímu proroctví. Prožívaná neschopnost (ať už dítěte či rodiče) podporuje **pocit ztráty kontroly**, a tak i jeho **bezmocnost a pasivitu**, a to přirozeně snižuje ochotu jedince využívat příležitosti k řešení nebo zlepšení situace, pokud se takové příležitosti naskytnou. Pocit ztráty kontroly je velký zejména v případě, kdy je diagnóza využívána jako donucovací prostředek k nápravě chování u mladých lidí. Pokud jde o stigmatizaci, pak autor nalézá v té souvislosti zesílení **pocitů izolace, vyloučení a studu**, stejně jako může vést k **předsudkům a odsouzení** dítěte i rodiče.

3.4 Emoce v rodinách dětí s ADHD

Situace rodiče dítěte, které svými projevy nějakým způsobem vybočuje z pomyslné společenské nebo vlastní rodičovské normy, může přinášet **náročné a těžce přijatelné emoce**. Řada rodičů přichází do rodičovství s přáním splnit svůj úkol co nejlépe (Stuart, 2007). Konfrontace s momenty, kdy to neplyne tak snadno, jak by od sebe člověk

očekával, může být přirozeně bolestná. Některé matky dětí s ADHD mohou prožívat zklamání z toho, že se jejich představy o mateřství nenaplnují, mohou mít **pocity viny** za domnělá i reálná selhání v těhotenství nebo při porodu. Mohou se obávat toho, že při výchově dítěte něco přehlédly a na problémech dítěte nesou nějaký třeba i neviděný podíl. A stejně tak mohou těžce prožívat nepochopení a **nepřijetí okolím**, zvýšenou nejistotu, pochybnosti o svých mateřských kompetencích, frustraci nad tím, že se nedaří, stud před okolím za sebe i za dítě, stres, vyčerpání a beznaděj (Lacinová, 2007).

Vztahy mezi rodiči a dětmi s diagnostikovaným ADHD jsou často charakterizovány vyšší negativitou (Richards et al., 2014). Protože se rodiče setkávají s **negativní zpětnou vazbou** ze strany jiných rodičů, rodina se někdy uzavírá a omezuje kontakt s okolím. Rodiče samy sebe prožívají jako neúspěšné (Uhlíř, 2020).

Ve výzkumu Gilmoreové (2000) matky dětí s ADHD popisovaly pocity viny, frustraci a bezmoc ve vztahu k možnosti zlepšení situace pro děti i pro rodinu, některé z nich také mluvily o dlouhodobých problémech s tím, jak projevovat dítěti lásku a jak ji přijímat.

Stejně jako jejich rodiče, i děti s ADHD se někdy potýkají s **negativní zpětnou vazbou** a **nepochopením svého okolí**. To často vede k poruchám sebehodnocení a k zanedbání vlastního potenciálu (Uhlíř, 2020).

3.5 Podpora dětí s ADHD v rodině

Anglický výraz coping (z řeckého slova *colaphos*, který označuje v zápasnické terminologii přímý úder na ucho) můžeme přeložit jako zvládání stresu nebo vyrovnávání se zátěží či stresem; jedná se o strategii, na které se podílí vědomé i nevědomé procesy. Copingové strategie jsou tedy taktiky, které pomáhají jedinci vyrovnat se se situací, kterou takový člověk prožívá jako zátěžovou či přinášející úzkost. Copingové strategie samy o sobě nemusí být pro jedince prospěšné a pokrývají celé spektrum od chování prospěšného a adaptivního až po chování zcela maladaptivní (Dušková, 2021). Potenciál dětí s ADHD lze vždy rozvíjet a podporovat. Sedgwick a kol. (2019) nalézají u dětí s ADHD jako silné stránky divergentní myšlení, hyper-focus, smysl pro dobrodružství, non-konformitu, schopnost přijetí (sebe i ostatních) a schopnost vidět věci jinak.

Pravděpodobnost užití konkrétní copingové strategie se, mimo jiné, může lišit podle toho, jestli má člověk pocit, že má nad konkrétní situací **kontrolu**. Pokud ano, tj.

pokud dítě nebo jeho rodič důvěřuje tomu, že nad situací má kontrolu a že ji může ovlivnit, pak přirozeně spíše volí aktivitu **zaměřenou na problém**. Pokud ale situaci vyhodnotí jako neovlivnitelnou, volí spíše **strategie zaměřené na emoce**. V případě, že jedinec vyhodnotí situaci tak, že nad subjektivně významným děním úplně ztratil kontrolu, zpravidla se objevuje rezignace na problém (Urbanovská, 2010). Výše uvedené rozlišení je významné a dá se mu rozumět třeba tak, že pokud má dítě kontrolu nad tím, co se děje, a pokud cítí, že věci může **skutečně ovlivnit** směrem, kterým si přeje, aby se děly, pak projevuje aktivity zaměřené na problém. To může znamenat třeba to, když ví, že v něčem skutečně může zažít úspěch (třeba ve škole), spíše bude volit strategie, které k úspěchu povedou. V případě, že dítě dojde k přesvědčení, že svůj úspěch nemůže ovlivnit, pak se může od snahy o úspěch odvrátit, přestat jednat (třeba se přestat učit) a situaci řešit emočně – paleta takových řešení je pochopitelně široká, od přerámování vytouženého cíle („když budu dělat rámus, všimnou si mě“), přes popření smutku („je mi to jedno“) třeba po znehodnocení ostatních („šprti pitomí“).

Hai & Climie (2021) našli významné rozdíly mezi různými úrovněmi sociálních dovedností u dětí s ADHD. Sociální dovednosti jsou považovány za faktory odolnosti, které mohou dětem usnadnit spolupráci s ostatními, pomoci při řešení konfliktů nebo si třeba také Sociálně obratnější děti vykazovaly **vyšší odolnost, větší kompetence v chování, a větší prosociální postoje** než ty s nižšími sociálními dovednostmi. Tyto výsledky zdůrazňují důležitost podpory sociálních dovedností u dětí s ADHD, tak, aby děti s ADHD samy sebe vnímaly jako **kompetentní a odolné**.

Dunn (2004, citováno v Mendes et al., 2018) v této souvislosti uvažuje o tom, že rozvoj dovedností potřebných pro větší **nezávislost** v každodenním životě umožňuje podpora v provádění a provádění domácích prací, protože stimuluje dovednosti, které podporují **sebeurčení, plánování, rozhodování a řešení problémů**. Tyto vlastnosti jsou podle Harra, Dunna a Piece (2011) stimulovány výzvami a příležitostmi, které se vyskytují v každodenním životě, které optimalizují učení se úkolům postupným přenášením minulé odpovědnosti z rodičů na jejich děti. Pro prospívání dětí s ADHD a pro prevenci rizikového chování dětí s ADHD je podle Dekkerse (2021) významná znalost rodičů mj. o tom kde, jak a s kým děti tráví čas.

Uhlíř (2020) v ryze praktických krocích doporučuje vymezit **jasná, jednoznačná a srozumitelná pravidla** v rodině se stejně jasnými a akceptovatelnými následky za jejich porušení. Při zpětné vazbě dítěti pak rodičům doporučuje pečlivé užívání **neutrálních**

formulací namísto takových, které by dítě mohlo pochopit jako **obviňující**. Pro vymezení hranic pak doporučuje jednoduchá a jasná vyjádření a **pozitivní motivaci**. To potvrzuje i Röhr (2018), když zdůrazňuje, že k tomu, aby dítě dokázalo samo se sebou jednat laskavě, i když je právě kritizováno, je zapotřebí, aby mu kritika byla sdělována s mírností. Uhlíř (2020) v té souvislosti vnímá jako zásadní rozvoj pozitivního sebehodnocení dítěte a rozvoj potenciálu dítěte.

Maté (2021) nadto rodiče vybízí ke spontánnímu vyjadřování zájmu o dítě tak často, jak je to jen možné, a radí, aby se rodiče soustředili mj. na vzájemné naladění s dítětem a na kvalitu vzájemného vztahu: pokud rodič zvolí jako prioritu vztah s dítětem, posílí tím jeho **pocit jistoty, bezpečí a sebedůvěry**, který se odrazí v dalším vývoji dítěte. V mém porozumění je ve slovech „spontánní“ a „tak často, jak je to jen možné“ určitý protimluv, ale souhlasím s tím, že je ku prospěchu, pokud je rodič v projevech laskavého zájmu o dítě aktivní, bohatý a nevtíravý.

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ DESIGN

Ve výzkumné části práce navazuji na teoretickou část, přičemž cílem výzkumné části je zachytit a promítnout výsek jedinečné zkušenosti respondentek této práce, který se vztahuje k jejich prožívání pomoci dětem s ADHD. V nadcházející části práce se budu zabývat oblastí výzkumu, stanovenými cíli a výzkumnými otázkami.

V rámci výzkumu jsem se snažila zaměřit na bohatou zkušenost matek, které pečují o děti ve věku devět až patnáct let s diagnostikovaným ADHD. Předpokládala jsem, že matky takto starých dětí už mají více prošlapaných cest k tomu, co se daří, i k tomu, co se nedaří, a tak i dostatek materiálu pro reflexi podpory svých dětí. Zároveň jsem vycházela z toho, že jejich mateřská praxe je stále dost žitá a aktuální, takže bude žitá a aktuální i sama reflexe. Mým záměrem proto bylo zachytit **zralé a pestré zkušenosti** respondentek v hlubším zkoumání problematiky podpory dětí s ADHD.

Výzkumným problémem tedy jsou tedy psychologické otázky aspekty pomoci dětem s ADHD.

4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zmapovat subjektivní reflexi pomoci dětem s diagnostikovaným ADHD očima jejich matek. Zajímalo mne, jak matky tuto pomoc prožívají, co je pro ně přínosné, co pomáhá, a co je pro ně nefunkční. Dále jsem se na pomoc dívala optikou zevně a zevnitř, tj. na pomoc ve vztahu k dětem přijatou či nepřijatou, a pak na prožívání vlastní kompetence matek ve vztahu k dětem, tj. co samy matky ve vztahu k dítěti přinášely a co pro ně bylo funkční. V neposlední řadě pro mne bylo důležité samo porozumění syndromu ADHD, protože jsem předpokládala, že toto porozumění je svého druhu kompetence, která může a nemusí prožívání pomoci dětem významně ovlivnit.

Předložený výzkum pak vycházel z tří výzkumných otázek

VO1: Jak matky reflektují odbornou pomoc dítěti s ADHD?

VO2: Jak matky reflektují vlastní zdroje ve vztahu k obtížím dítěte?

VO3: Jak matky reflektují případné další zdroje ve vztahu k dítěti s ADHD?

Výzkumné otázky vychází ze studia dané problematiky i z vlastní sebereflexe. Vycházela jsem z toho, že k pomoci dětem s ADHD jsou třeba **zdroje vnitřní a vnější**. Vnější pomoc jsem omezila na reflexi vnější odborné pomoci, ale respondentky jsem v průběhu rozhovorů podpořila v hovoru o jakýchkoli dalších formách vnější i další pomoci, pokud jsem vyrozuměla, že je pro ně významná.

4.2 Metodologický rámec výzkumu

Níže popisují metodologický rámec a výzkumné metody vybrané v souladu s výzkumným cílem a výzkumnými otázkami. Podrobněji zde bude popsán proces a metody tvorby dat, postup jejich zpracování a následné analýzy.

Výzkumný cíl, výzkumné otázky a metody zpracování dat vycházejí z kvalitativního výzkumu. **Kvalitativní výzkum** umožňuje přistupovat ke zkoumanému problému komplexně, s důrazem na detail, který by statistický výzkum jen obtížně umožnil zachytit. V kvalitativním výzkumu jde o to, aby byl určitý jev (v našem případě „pomoc dětem s ADHD očima matek“) prozkoumán do hloubky a v kontextu. Logika kvalitativního výzkumu je pak induktivní: výzkumník nejdříve nasbírá dostatečné množství dat a až poté začíná pátrat po prvcích, které se opakují (Šedřová & Švaříček, 2014).

Strauss a Corbinová (1999, s. 11) popisují, které zkoumané oblasti se hodí spíše pro oblast kvalitativního výzkumu: „*To je třeba případ výzkumu, který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem, např. nemocí, přestoupením na jinou víru nebo závislostí. Kvalitativní metody se používají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme.*“ A právě podstatu zkušeností respondentek s pomocí dětem s ADHD chce tato práce získat.

Jednou z přístupů k naplnění kvalitativního výzkumu je pak interpretativní fenomenologická analýza (jinde v tomto textu i jen jako „IPA“). Interpretativní fenomenologická analýza se zaměřuje na „**žitou zkušenost**“ člověka (Řiháček et al., 2013, s. 11). IPA přistupuje k porozumění lidské zkušenosti se zaměřením na její **individuální a specifické rysy** a se zaujetím proto, jaký konkrétní význam určitý člověk své zkušenosti přisuzuje (Řiháček et al., 2013).

S respektem k jedinečnosti zkušenosti respondentů se snaží přistupovat i tato práce. V rámci kvalitativního výzkumu předloženého v této práci jsou získaná data analyzována prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy.

4.3 Metody tvorby dat

Tvorbou dat rozumíme způsob, jakým byla data získána. Data byla pro tuto práci získávána prostřednictvím **polostrukturovaného interview** společně s pozorováním a sběrem demografických prvků. Rozhovory byly prováděny převážně formou osobních setkání.

Polostrukturované rozhovory využívají tzv. jádro rozhovoru, což je minimum, které by mělo být tazatelem s respondentem probráno. Pořadí i přesné znění otázek se může lišit, stejně tak se mohou odlišovat a měnit doplňující otázky, tak, aby dostala prostor jedinečná zkušenost každého účastníka výzkumu. Zároveň by se ale měl tazatel snažit o jednotnost kontrolovatelných podmínek (Miovský, 2006). Rozhovor tak může být s respondentkou veden volně, bez příliš direktivních zásahů.

Rozhovor byl zaměřen na zachycení, zmapování a popis prožívání matek dětí s ADHD v kontextu pomoci dětem. Rozhovor se skládá ze **čtrnácti otázek**, které jsou uvedeny níže. Při samotné realizaci rozhovoru bylo pořadí otázek zpravidla mírně měněno podle atmosféry či témat, kterých se respondentka ve svých odpovědích dotýkala. Otázky byly připraveny tak, aby se dotýkaly stále stejného tématu z různých úhlů pohledu každé respondentky – nezdá se proto stávalo, že respondentka v rámci odpovědi na jednu otázku spontánně zachytila témata i na některých z následujících otázek. V takovém případě jsem následující otázky i tak pokládala kvůli možnosti odpovědi zpracovat podrobněji nebo z jiných možných úhlů pohledu. Otázky na odbornou pomoc jsem považovala za nejjednodušší k zodpovězení, proto jsem s ní obvykle rozhovory začínala.

Po sestavení otázek byl proveden **předvýzkum** k ověření srozumitelnosti otázek a délky rozhovoru. Díky tomuto rozhovoru jsem si upřesnila časovou náročnost připravovaných otázek a celkový rozsah otázek jsem zkrátila, aby délka nahrávaného rozhovoru trvala okolo šedesáti minut. Poté byly otázky znovu upraveny.

Výzkumné rozhovory trvaly celkem 9 hodin, 39 minut, 30 vteřin, tj. průměrně 57 minut 57 vteřin, nejdelší nahraný rozhovor trval 70 minut 37 sekund, nejkratší nahraný

rozhovor trval 39 minut 16 sekund. Rozhovory probíhaly v době od října do prosince 2022. První setkání proběhlo 23.9.2022, poslední interview bylo uskutečněno 11.12.2022.

Čtyři rozhovory proběhlo osobně v domácích podmínkách tazatelky, jeden v domácích podmínkách respondentky, jeden rozhovor proběhl osobně v místnosti poskytnuté za tím účelem správou kolejí a menz UPOL. Čtyři rozhovory proběhly (vždy v případě, že bylo časově náročné a složité se s respondentkou setkat osobně) prostřednictvím platformy GoogleMeet při zapnutém zvuku a kameře, přičemž se respondentky i tazatelka připojily z domova. Daný rámec vychzel z preferencí respondentek a možností, které umožňovaly realizovat rozhovor v prostředí bez rušení jinými lidmi.

Pro přehlednost níže uvádím tabulku č. 1 s konkrétními údaji týkajícími se délky rozhovoru a způsobu setkání. Respondentky jsou zde i v celém dalším textu označeny zkratkami R1 až R10.

Tabulka č. 1 – Délka rozhovorů a způsob setkání

Respondentka	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10
Délka rozhovoru	00:39	01:06	00:40	01:11	01:03	00:53	01:05	00:57	01:10	00:56
Způsob setkání	DR	DT	DT	DT	DT	GM	GM	GM	GM	U

Legenda: Délka rozhovoru je ve formátu hodiny:minuty, GM - GoogleMeet, DT – osobně domov tazatelky, DR – osobně domov respondentky, U - UPOL

Rozhovory s respondentkami jsem nahrávala na diktafon, poté byly pomocí programu Transkriptor jednotlivě **přepsány**. To odpovídá doporučení Miovského (2006), který říká, že zvukový záznam zachycuje celou autentickou zvukovou stopu situace včetně jemných nuancí, které by jinak bylo snadné přehlédnout, a zároveň ponechává výzkumníkovi volné ruce, z něj dělá mimořádně užitečný nástroj ke sběru dat.

Otázky pokládané respondentkám v polostrukturovaném rozhovoru byly následující (v závorce je vždy uvedena související výzkumná otázka, na kterou položená otázka primárně cílí, dle pořadí uvedeného v kapitole 4.1.).

1. Jaká pracoviště jste v souvislosti s ADHD Vašeho dítěte kontaktovala? (VO1)
2. Který odborník udělil Vašemu dítěti diagnózu ADHD? (VO1)
3. V jaké souvislosti jste začali přemýšlet nad vnější pomocí Vašemu dítěti? (Při zaváhání jsem doplnila: „vnější ve smyslu vně rodiny, škola, psycholog, psychoterapeut a další“). (VO1 a V02)

4. Pokud jde o odborníky a pracoviště, se kterými jste byla v kontaktu v souvislosti s obtížemi Vašeho dítěte: co pro Vás bylo přínosné, pozitivní nebo co Vám nějak pomohlo? (VO1)
5. Pokud jde o odborníky a pracoviště, se kterými jste byla v kontaktu v souvislosti s obtížemi Vašeho dítěte: co od nich hodnotíte jako neprospěšné? (VO1)
6. Jak té diagnóze ADHD vlastně rozumíte? (VO2 a VO3)
7. Jaké je Vaše dítě? (VO2 a VO3)
8. Co Vám diagnóza ADHD přinesla? (VO2 a VO3)
9. Co pomáhá nebo pomáhalo v přístupu k dítěti Vám samotné? (VO1, VO2 a VO3)
10. Co pomáhá nebo pomáhá dítěti? (VO1, VO2 a VO3)
11. Co je teď v přístupu k dítěti to těžké? (VO2 a VO3)
12. Jakou pomoc nebo podporu pro Vaše dítě byste si přála? (VO1, VO2 a VO3)
13. Co byste poradila rodičům v podobné situaci? (VO1, VO2 a VO3)
14. Je něco, co byste chtěla dodat? (VO2 a VO3)

Otázky byly záměrně široce formulované, aby respondentky mohly samy volit vlastní směr odpovědi – pro některé respondentky bylo takové zadání příliš otevřené, proto byly při projevech nejistoty ujištěny, že jakákoli odpověď je správná. Pokud se úvahy respondentky rozběhly směrem od položené otázky (stávalo se to zřejmě převážně v souvislosti s potřebou respondentek ventilovat emoce nebo snahou poctivě zachytit všechny myšlenky, které je při vyslovení otázky napadly), otázku jsem položila znovu.

4.4 Výzkumný soubor

Respondentky byly zvoleny podle předem stanovených kritérií tak, aby:

- alespoň jedno jejich dítě mělo diagnostikované ADHD příslušným odborníkem,
- toto dítě bylo staré devět až patnáct let
- souhlasily s výzkumem

To bylo, spolu s ochotou respondentek k nahrávanému rozhovoru, jedinými podmínkami výzkumu. Výzkumný soubor byl věkem dětí zdola omezen proto, abych se mohla zaměřit na prožívání respondentek s dostatkem životních zkušeností, shora pak

proto, aby žitá zkušenost byla stále ještě aktuální a nedotčená přílišnou separací dětí. Souběžným důvodem byla předpokládaná zralost respondentek.

Celkem jsem byla domluvena na rozhovoru se čtrnácti respondentkami, z toho jedna z výzkumu odstoupila kvůli obavě z nahrávání rozhovorů, se třemi dalšími respondentkami se nám pak nepodařilo najít termín rozhovorů.

Základní soubor respondentek, se kterými byly provedeny rozhovory, tedy tvořilo **celkem deset respondentek**, nejmladší respondentka byla stará 37 let, nejstarší pak bylo 49 let. Věkový průměr byl 42,8 roku.

Všechny respondentky dosáhly alespoň středoškolského vzdělání. Rozložení **nejvyššího dosaženého vzdělání** je následující: SŠ s maturitou – 2 respondentky, VŠ – 8 respondentek.

Všechny respondentky **sdílejí domácnost** s biologickými dětmi s diagnostikovaným ADHD. Tři respondentky žijí bez partnera, sedm respondentek žije s partnerem.

Čtyři respondentky byly vzhledem ke splnění parametrů výzkumu **osloveny** přímo. Ostatní respondentky byly osloveny **metodou samovýběru**, pomocí inzerátu na Facebooku ve skupině zaměřené na rodiče dětí s ADHD a, v zájmu osobního setkání, ve skupině zaměřené na oblast, ve které bydlím.

Dvě respondentky byly k datu rozhovoru v domácnosti, jedna respondentka měla úvazek 0,2, jedna respondentka pracovala jako OSVČ bez určení pravidelné doby práce, , dvě respondentky pracovaly na úvazek 0,75, zbývající respondentky pracovaly na celý úvazek.

Respondentky byly rovněž dotazovány na **počet narozených dětí**. Šest respondentek uvedlo, že mají dvě děti, dvě respondentky mají jedno dítě, dvě respondentky mají tři děti. Tam, kde byly dvě narozené děti v rodině, byl syndrom ADHD byl v jediném případě diagnostikován mladšímu dítěti (a sourozenec tohoto dítěte měl diagnostikovaný autismus), ve dvou případech oběma dětem, ve zbytku byl diagnostikován staršímu dítěti. Tam, kde byly narozené tři děti v rodině, byl syndrom ADHD v jednom případě diagnostikován nejmladšímu dítěti, v druhém nejstaršímu dítěti.

Dalším zjišťovaným údajem byla orientační **velikost místa bydliště**. Většina participantek, tedy celkem 8, uvedla, že žijí v obci do 10.000 obyvatel. Dvě účastnice

výzkumu žijí v městě o velikosti 10 000-50 000 obyvatel. Sedm respondentek uvedlo, že bydlí v domě, ve kterém jsou max. dvě užívané bytové jednotky, jedna respondentka bydlí v bytě.

Žádná z respondentek nehodnotila svoji **finanční situaci** jako existenčně ohrožující, dvě respondentky ji vnímají podle jejich odhadu jako finančně spíše náročnou.

Pro přehlednost níže uvádím základní charakteristiky výzkumného souboru v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 – Základní charakteristiky výzkumného souboru

Respondentka	Věk	Počet dětí	Úvazek	Žije s partnerem	Vzdělání	Velikost sídla bydliště	Subjektivně vnímaná finančně náročná situace
R1	41	2	0	ne	VŠ	M	ne
R2	49	1	1	ano	VŠ	M	ne
R3	45	1	1	ano	VŠ	M	ne
R4	41	2	1	ano	VŠ	M	ne
R5	38	2	1	ano	VŠ	M	ne
R6	37	2	OSVČ	ano	SŠ	S	ne
R7	40	3	0,2	ne	VŠ	M	ano
R8	49	2	0	ano	VŠ	M	ne
R9	43	3	0,75	ano	VŠ	S	ano
R10	45	2	0,75	ne	SŠ	S	ne

Legenda: M = malé sídlo, tj. do 10.000 obyvatel, S = střední sídlo, tj. od 10.000 obyvatel do 50.000 obyvatel

4.5 Zpracování dat a jejich analýza

Jako metoda zpracování dat byla zvolena **interpretativní fenomenologická analýza**. Ta dovoluje sdílet optiku respondenta a zároveň umožňuje interpretaci této optiky skrze zkušenost a sebereflexi výzkumníka (Řiháček et al., 2013). Vhodnou metodou ke sběru dat pro následné zpracování interpretativní fenomenologickou analýzou je právě polostrukturované interview (Miovský, 2006).

Interpretativní fenomenologická analýza je **flexibilní** způsob zpracování dat mimo jiné i proto, umožňuje při analýze dat zaujmout dva přístupy. První přístup znamená, že výzkumník každé interview analyzuje samostatně, s odložením porozumění nebo náhledu získaného v předchozích rozhovorech. V druhém přístupu výzkumník naopak přenáší zkušenosti z rozboru předcházejících interview do analýzy rozhovorů následujících (Řiháček et al., 2013).

V případě této práce jsem provedla samostatné rozhovory a ty jsem až následně i samostatně analyzovala, abych bránila přenosu vlastních postojů a interpretací, a abych se mohla s každým rozhovorem pokusit o vždy nový pohled na prožitek každé jednotlivé respondentky, se zaujetím, ale bez zkreslení vlastního předporozumění. Přesto pro mne nebylo možné vyhnout se určitému zobecnění zkušeností respondentek předchozích rozhovorů při analýze rozhovorů následných.

Texty rozhovorů jsem četla opakovaně a současně jsem je opakovaně poslouchala, abych neztrácela informace, které přináší **intonace respondentek a orientace v kontextu** našeho rozhovoru. Tímto způsobem jsem se snažila zachytit subjektivně významné momenty rozhovorů. Přitom jsem označovala části textů, které jsem vyhodnotila jako **emočně nebo věcně významné**. V následné etapě zpracování dat jsem tyto označené části přenášela do samostatného textového dokumentu, ve kterém jsem je dále přeskupovala již ne podle jednotlivých respondentek, ale podle témat, jichž se dotýkaly. Témata jsem pak rozřazovala podle výzkumných otázek či možných vynořujících se témat.

4.6 Etické aspekty výzkumu

Etické aspekty by měl zohledňovat každý výzkum (Miovský, 2006). Se všemi respondentkami byl podepsán **informovaný souhlas**. Text souhlasu tvoří přílohu č. 2 této práce. Respondentky se výzkumu účastnily dobrovolně a mohly od něj kdykoli odstoupit. Získané audionahrávky a jejich přepisy jsou uloženy na disku mého osobního notebooku, chráněného heslem. Získaná data v této práci byla anonymizována, jména respondentek byla i jejich dětí byla nahrazena jiným označením či jménem.

Pokud v průběhu rozhovoru některá respondentka projevila **úzkost nebo obavu** z položené otázky, dala jsem jí prostor k tomu, aby na otázku svobodně neodpověděla vůbec nebo aby odpověděla později. Vyprávění vlastního příběhu ve své ucelenosti bylo nakonec důležité pro všechny respondentky a všechny se rozhodly odpovědět na všechny otázky – některé si jen po ukončení rozhovoru upřesňovaly postup při **anonymizaci dat** a ujišťovaly se, že jejich dětem ani jim neuškodím tím, že jejich příběh budu neanonymně sdílet. Dvě respondentky výzkumu projevily obavu z v souvislosti s nahráváním rozhovoru, obě dostaly možnost rozhovor prostě vyzkoušet s tím, že bezprostředně po ukončení rozhovoru bude nahraný rozhovor, pokud si to respondentka bude přát, bez jakýchkoli protestů, přemlouvání či jiného nátlaku ze strany výzkumnice okamžitě smazán.

Žádná respondentka nakonec neprojevila zájem o smazání rozhovoru. Jedna respondentka se ale rozhodla právě s odvoláním na nahrávání rozhovor ani nezačít.

Za rozhovor nebyla respondentkám nabídnuta **žádná finanční odměna**. Respondentkám bylo nabídnuto zaslání této práce v elektronické nebo vytištěné podobě. O text práce v neurčené podobě zatím výslovně projevily zájem čtyři z respondentek, text těmto respondentkám dle dohody zašlu či předám po obhajobě práce. Po provedení výzkumného rozhovoru jsem nabídla respondentkám prostor pro další rozhovor podle přání respondentek: tyto následné rozhovory byly většinou časově symetrické s rozhovory výzkumnými.

Nejsem si vědoma žádného pochybení v oblasti etiky výzkumu a práce s klienty.

5 VÝSLEDKY

V této kapitole budou podrobně sepsány výsledky interpretativní fenomenologické analýzy dat získaných polostrukturovanými rozhovory.

V interpretativní fenomenologické analýze jsem se soustředila na **tři výzkumné otázky**:

- VO1: Jak matky reflektují odbornou pomoc dítěti s ADHD?
- VO2: Jak matky reflektují vlastní zdroje ve vztahu k obtížím dítěte?
- VO3: Jak matky reflektují případné další zdroje ve vztahu k dítěti s ADHD?

Analýza polostrukturovaných rozhovorů byla proto zaměřena na **tři základní témata výzkumných otázek**: Téma prožívání odborné pomoci (odpovídající výzkumné otázce VO1), téma prožívání vlastních zdrojů (odpovídající výzkumné otázce VO2) a téma prožívání dalších zdrojů (odpovídající výzkumné otázce VO3).

V tématu **ODBORNÉ POMOCI** (odpovídající výzkumné otázce VO1) vykristalizovaly v průběhu analýzy dat dvě dílčí hodnotící kategorie, a to

- a) POZITIVNÍ ROZMĚR a
- b) NEGATIVNÍ ROZMĚR

Tyto dvě kategorie pak obsahují další subkategorie. Kategorie pozitivní rozměr odborné pomoci obsahuje ve svých subkategoriích témata *PŘIJETÍ ODBORNÍKEM, ANGAŽOVANOST ODBORNÍKA A PROMĚNA OPTIKY*. Kategorie negativní rozměr odborné pomoci obsahuje ve svých subkategoriích témata *NEDOSTUPNOST ODBORNÍKA A NEZDAR SPOLUPRÁCE*.

V tématu **VLASTNÍCH ZDROJŮ** (odpovídající výzkumné otázce VO2) byly identifikovány tři subkategorie: *SROZUMITELNÁ STRUKTURA, VLASTNÍ RŮST A KOMPETENCE DÍTĚTE*.

V tématu **DALŠÍCH ZDROJŮ** (odpovídající výzkumné otázce VO3) jsem našla tři subkategorie: *MEDIKACE, POROZUMĚNÍ DÍTĚTI A BIOLOGICKÉ POROZUMĚNÍ SYNDROMU ADHD*.

V průběhu analýzy dat jsem identifikovala ve výpovědích oslovených respondentek nové motivy, které s tématem této práce souvisí, proto jsem se je rozhodla do práce také zařadit: jde o nové téma se subkategorií *VINA a NESOULAD SE ŠKOLOU*.

Jednoduché znázornění témat, dílčích kategorií a subkategorií uvádím v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 - Témata, dílčí kategorie a subkategorie vzešlé z IPA

Téma	Dílčí kategorie	Subkategorie
Odborná pomoc	Pozitivní rozměr	Přijetí odborníkem Angažovanost odborníka Proměna optiky
	Negativní rozměr	Nedostupnost odborníka Nezdar spolupráce
Vlastní zdroje		Srozumitelná struktura Vlastní růst Kompetence dítěte
Další zdroje		Porozumění dítěti Medikace Biologické porozumění syndromu ADHD

Jednotlivými dílčími kategoriemi a subkategoriemi se budu zabývat i dále. Pro ilustraci vkládám ke každému tématu vybrané citaci rozhovorů s respondentkami. Protože se řada respondentek ve svých výpovědích shoduje, vybrala jsem v takových momentech pouze některé ilustrativní výpovědi. Některé formulace jsou významově zhuštěny a ve všech je změněné jméno. Citace jsou uváděny kurzívou. Případný kontext upřesňuji pro orientaci čtenáře v závorce. Pokud jsou v textu citace tři tečky, znamená to, že v mezičase respondentka sdělovala něco dalšího, co citovaný text neobsahuje.

Pro lepší přehlednost a větší srozumitelnost sdělení člením kapitoly výsledky do dílčích subkapitol, které odpovídají jednotlivým kategoriím a podkategoriím identifikovaným v rámci analýzy.

Některé respondentky mi při rozhovoru nebo po něm popisovaly příběhy a situace, které jsem vnímala jako hluboce znepokojivé. Právě tyto respondentky zdůrazňovaly, že jim záleží na tom, aby jejich příběh nikdo nepoznal. Proto jsem upustila od medailonků s příběhy jednotlivých dětí a jejich matek, které jsem původně do práce chtěla vtělit.

5.1 Téma: Odborná pomoc, dílčí kategorie: Pozitivní rozměr

Všechny respondentky se svým dítětem navštívily řadu pracovišť – diagnóza byla ve všech případech udělena psychiatrem. Všechny respondentky navštívily ordinace neurologa, pedagogicko-psychologickou poradnu a psychologa. Návštěvy psychologů se již lišily zaměřením psychologa, četnosti, charakterem a intenzitou spolupráce.

V reflexích všech respondentek se opakovaně zrcadlil přínos **přátelského, akceptujícího přístupu** k dětem i rodičům. V reflexích odborné pomoci se respondentky opakovaně dotýkaly témat **přijetí, osobního vztahu**. Pozitivní rozměr odborné pomoci respondentky reflektovaly **ve vztahu k sobě** (co bylo přínosné či nepřínosné v kontextu pomoci dětem pro ně samotné) i **ve vztahu k dětem** (co bylo prospěšné přímo dětem). V odpovědích zaznívala témata přijetí, přerámování, angažovanosti odborníků i zcela konkrétních kroků, které dětem ve výsledku prospěly. Dále se podíváme na konkrétní subkategorie: přijetí odborníkem, angažovanost odborníka a proměny optiky.

5.1.1 Subkategorie: Přijetí odborníkem

Během rozboru interview jsem vyzorovala podobné, někdy téměř shodné výroky dotazovaných respondentek o jejich osobním prožívání kontaktu s odborníkem. **Přijetí odborníkem** (ve smyslu nekonfrontující akceptace a živého zájmu o situaci respondentek a jejich dětí) bylo jedním z ústředních bodů rozhovorů, který v různých fasetách jejich úvahami prolínal téměř neustále. Přijetí samotných respondentek se jevílo jako základní podmínka **úspěšnosti spolupráce** a i na jednorázové časově vzdálené setkání respondentky vzpomínaly jako na přínosné, pokud odborníka popisovaly jako přijímajícího.

. Oslovené respondentky oceňovaly možnost probrat s odborníkem všechny otázky týkající se obtíží jejich dítěte i otázky související. Respondentky našeho výzkumu pozitivně hodnotily i možnost „vypovídat se“, i když odborníky, kteří prostor k vypovídání nabízejí, potkávaly třeba jen v půlročních až ročních intervalech. Respondentky současně považovaly za důležité, že se odborník na jejich dítě dívá pozitivně, vnímá, v čem je mimořádné a v čem se mu daří.

- **Příklad výpovědi respondentky R4** (o kontaktu s pedagogicko-psychologickou poradnou): „*A tam mě strašně jako uklidnili a prostě kluka*

vyšetřili tenkrát. Už jakoby vyslovila to podezření na to ADHD nebo na nějakou prostě poruchu.... a tenkrát tam konstatovala, že kluk je prostě normálně chytrý, prostě milej, navazuje kontakt...“

- **Příklad výpovědi respondentky R2 (o kontaktu s psychologem):** „No a pak nám to dalo to, že nás to pak nasměrovalo na některý jako jako fajn lidi, jako jako třeba právě paní ..., která nás prostě v zásadě po 1. návštěvě, říká zkuste Menzu. Dejte mu test, ten kluk je prostě neuvěřitelně inteligentní na svůj věk.“

Zapojené respondentky považovaly za důležité implicitní porozumění odborníka, i to, že psycholog vycházel z určité erudice, která byla předpokladem jeho porozumění a přijetí.

- **Příklad výpovědi respondentky R8:** „Pro mě byla zásadní návštěva psychologů, když synovi byly tři roky. Tehdy jsem potkala poprvé člověka, který jako věděl, co prožívám. To nebylo přínosné pro Huga, ale pro mě... že vlastně jsem potkala člověka, který mi rozuměl, který jakoby mě neobviňoval z něčeho.“

Pro oslovené respondentky bylo významné jejich přijetí odborníkem ve smyslu partnerství, ve kterém rodič přemýšlí a spolurozhoduje o dítěti na základě společných úvah s odborníkem.

- **Příklad výpovědi respondentky R10:** „Neuroložka, ta byla úžasná..... Vysvětlila pořádně, co prostě je, co tam je, co vidí. Ani jako se nesnažila nějak naléhat, protože asi chápala, že to rozhodnutí je na rodiči většinou.“
- **Příklad výpovědi respondentky R5:** „Já jsem načerpala spoustu jako dalších věcí a hlavně jsem se nebála se zeptat.“

5.1.2 Subkategorie: Proměna optiky

Proměna pohledu na sebe, na dítě nebo na společnou životní situaci matky a dítěte byla popisovaná právě v souvislosti s rozhovory s *přijímajícími* odborníky. Oslovené respondentky si v průběhu rozhovorů často vybavily konkrétní výroky, které byly významné pro jejich porozumění a které jim pomohly dívat se s větším pochopením nebo dokonce zájmem na projevy chování u svých dětí.

- **Příklad výpovědi respondentky R3:** „*Ten magistr ... říká, to ADHD není postižení, ale že to je talent, akorát ho málokdo umí využít.*“
- **Příklad výpovědi respondentky R6:** „*Mě řekla hodně informací o tom, jakoby jak s tím dítětem pracovat... Jak na něj nahlížet, že že člověk prostě ho musí brát takového, jaký je a nesnažit se ho změnit, ale snažit se jakoby s ním nějakým způsobem pracovat... Já si pamatuju, což říkala, že když je, když má někdo jenom jednu nohu, tak ho nemůžeme nutit, aby běhal.*“

Dotazované respondentky si vybavovaly i výroky, které se podobným způsobem vztahovaly k jejich sebevědomějšímu prožívání vztahu se školou. Respondentky si se s podporou odborníka byly jistější v tom, jak partnersky postupovat s dítětem i se školou, a jak v kontaktu chránit vlastní hranice.

- **Příklad výpovědi respondentky R4:** „*Říkala, že to je prostě živější dítě a že to ve škole můžou zvládnout... že učitel jak ve školce, tak ve škole je v podstatě profesionál a jeho práce je zvládat a naučit něco dítě, takže pokud to učitel nezvládá, tak si má učitel říct o pomoc jako sám.*“

Dotazované respondentky výzkumu zmiňovaly i výroky, které posouvaly jejich prožívání sebe samotných v rodičovské roli, proměňovaly prožívání společného vztahu s dítětem a podporovaly uvažování respondentek o vzájemném vztahování se s vlastním dítětem.

- **Příklad výpovědi respondentky R8:** „*A ona právě říkala, prostě, že to jako dost vzácné, když potká jako rodiče, jako my, kteří jako netlačí na tu pilu, ale že v podstatě se snaží vyladit na to dítě. a ještě říkala něco takového, jako že má syn štěstí, že se narodil zrovna nám.*“
- **Příklad výpovědi respondentky R5:** „*Nemá to se mnou jednoduché, takže ne jakože my to nemáme jednoduché s ní, ale ona to nemá jednoduché s námi... Oni mi dali ten návod..... a já jsem potom zjistila, že doma jako přemýšlím jako nad tím, co říkám.... myslím, že mně to jako změnilo to myšlení. A toho jsem se dočkala jak v tý poradně, tak u toho neurologa, tak u psychiatra.*“

5.1.3 Subkategorie: Angažovanost odborníka

Zkoumané respondentky často zmiňovaly konkrétní kroky odborníků, které jim pomohly nějakou situaci prakticky usnadnit, zvládnout, vyřešit nebo posunout.

Někdy dotazované respondentky popisovaly angažovanost institucionální, kdy respondentka reflektovala **dobrou praxi organizace**, profesionální přístup, na základě kterého byl usnadněn dítěti pobyt ve škole, porozumění se spolužáky i s pedagogy, nebo se zapojené respondentce zjednodušila péče o dítě nebo byl díky konkrétním tipům pro tázanou respondentku třeba facilitován kontakt s dalšími úřady.

- **Příklad výpovědi respondentky R1:** „*Když tady byla ta sociální pracovnice kvůli příspěvku na péči, tak mi říkala, prostě třeba neuklítejte, protože oni mají vidět tu domácnost v takovém stavu, jako vy tam běžně žijete. Když budete uklízet, tak oni si to nepředstavěj, oni k vám přijdou na půl hodinku na hodinku a neuvidí to.*“
- **Příklad výpovědi respondentky R8:** „*Oni vyloženě jako šli na místo a pozorovali, jak to ve škole probíhá, pak dávali rady těm učitelkám a jako fakt hezky, prostě to uměla, mluvila tam o té prevenci. Jako že jak předcházet těm konfliktům a prostě sledovat to dítě, že že co dělá, jak se cítí a prostě zamezit těm konfliktům, že se jako schyluje, tak to prostě vyřešit ještě dřív, než vypukne ten problém.*“

- **Příklad výpovědi respondentky R3** (o škole): „*On může kdykoliv prostě jako v afektu nebo ho učitel vyhodí a řekne, hele, běž za školní psychologkou, běž do do jakoby do toho jejich centra, a nemá s tím problém.*“

Tázané respondentky oceňovaly i aktivní **kroky konkrétního člověka**, který jim otevřel možnosti dalšího postupu, dal jim konkrétní rady k tomu, jak s určitou situací dále naložit, například nebo pomohl udělat složitá rozhodnutí nebo který s jejich dítětem navázal vztah. K takovým krokům patří třeba poskytnutí konkrétních tipů k řešení konkrétních výchovných situací, e-mailová podpora nového psychiatra při vysazení léků, když se dítě ocitlo v situaci, kdy mělo nasazenou nevyhovující medikaci a původní psychiatr ukončil spolupráci, navázání vztahu ředitelky školky s dítětem, který dítěti nějakou dobu sytil potřebu blízkého vztahu a pozornosti, nebo doporučení speciálního pedagoga ke změně školy v situaci, kdy spolupráce se stávající školou byla bezvýchodná.

- **Příklad výpovědi respondentky R10:** „*Pak jsem potkala na chodbě tu jejich speciální pedagožku a ptala jsem se, jestli to teda lepší nebo něco, a ona říkala, dejte ho jinam, tady už to lepší nebude. Ale nic jsem neřekla.*“

5.2 Téma: Odborná pomoc, dílčí kategorie: Negativní rozměr

Všechny zapojené respondentky se prostřednictvím dětí setkaly i s problematickým rozměrem pomoci ze strany odborníků. Témata, která v jejich reflexích rezonovala, byla především nedostupnost odborníka nebo nezdar ve vzájemné spolupráci.

5.2.1 Subkategorie: Nedostupnost odborníka

Technickou nedostupnost odborníků v nějaké míře okomentovaly všechny respondentky: šlo o dlouhé objednací doby do pedagogicko–psychologických poraden, velmi náročné a **obtížné objednávání** k dětským **psychiatrům**, obtížnou možnost až nemožnost přestoupit do **školy** odpovídající potřebám dítěte, jakož i zcela nedostatečnou dostupnost dětských klinických **psychologů**. Variantou nedostupnosti svého druhu byla péče zařízení o duševní zdraví omezená na šest měsíců, přičemž respondentka o časovém

omezení nevěděla a spolupráce se zařízením skončila pro respondentku nečekaně a ze dne na den. Nedostupností odborníka rozumím i zdánlivou dostupnost, ale současně **neaktivitu** a **nezacílenost** jednání odborníků. Tam, kde to bylo možné, některé respondentky na státem poskytované služby rezignovaly a zaplatily si vlastní odborníky.

- **Příklad výpovědi respondentky R2:** *„To zařízení ..., že je to vlastně jenom na nějakéj omezenéj čas a asi jako ten čas je velmi krátký a nedostanete vlastně ani nějaký jako doporučení, kam jít. Návaznost na to vlastně vlastně není, takže obzvláště v dnešní době, kdy ty čekací lhůty u nějakých případně jiných lékařů nebo psychologů jsou strašně dlouhé a teď teď jako co s tím dítětem, najednou zůstanete jako opuštěná na chodníku a říkáte si, aha, tak tady jsme jako skončili a asi jak jsem už předtím říkala, asi jsme na začátku podepsali, že to je na nějakou jako kratší dobu. Ale já si to upřímně vůbec nepamatuju. ... Vlastně ten normální systém vám stejně vůbec nepomůže. ... celý systém je nějakéj takovéj zvláště nastavenéj jako. No jako víme o tom, víme, že se tady něco děje, napíšem si to tady jako do papíru, že tady nějakého takového žáčka máme, nebo pacienta, asi nás navštívil a nějak jsme se mu věnovali, ale ten výstup vlastně pro toho človíčka není žádný, není nic, co by mu pomohlo.“*
- **Příklad výpovědi respondentky R6:** *„Pomohlo by mi, kdybych se mohla k té psycholožce objednat alespoň jednou za rok a probrat s ní aktuální situaci. Ale on byl ten covid a kdykoliv jsem měla nějaký problém tak prostě mi řekla, že je covid a spousta lidí jak byli doma, mají ty separační úzkosti a je to důležitější, než tohle.“*

5.2.2 Subkategorie: Nezdár spolupráce

Tázané respondentky popisovaly situace, kdy, i když už se podařilo konkrétního odborníka dítěti zajistit, nedařilo se navázat s ním spoluprací z jiných než technických důvodů. Mezi respondentkami popisované příčiny nezdaru patřil pro respondentku **neakceptovatelný přístup** odborníka k respondentce či k jejímu dítěti. Takový přístup v reflexích dotazovaných respondentek pramenil ve **vzájemném neporozumění** respondentky a odborníka, v následné **nedůvěře** respondentky ke krokům odborníka i v nasazenou medikaci. Neakceptovatelný přístup respondentky spatřovaly i v hostilní komunikaci odborníka, která se projevovala v podryvání mateřských kompetencí

dotazované respondentky, ve zvyšování hlasu na nebo dokonce v křiku na respondentku. Zapojené respondentky popisovaly i rozpaky z pozorované rychlosti a prožívané povrchnosti vyšetření psychiatrem. Někdy bylo vyšetření psychiatra opřeno o podklady, se kterými respondentka vůbec nebyla seznámena.

- **Příklad výpovědi respondentky R2:** *To vyšetření u psychiatra je neuvěřitelně krátká chvíle a neumím si představit, jako jak vyšetření probíhá, když tam jenom to dítě takhle sedí. Vlastně nedělá ani žádné testy. Já jsem se ptala, jestli na jestli něco jako dělal. A to jako psychiatr za 10 minut pozná, co tomu dítěti je. To mě přijde takový zvláštní. To mě jako přijde, tak že na první návštěvě hnedka nasadí nějaký jako léky po 10 minutách návštěvy. To si myslím, že je jako hodně divný.*
- **Příklad výpovědi respondentky R4:** *Ona (psychiatricka) mě vůbec jako neposlouchala. Prostě mě úplně ignorovala a dělala si, co chtěla. A když jsem řekla, že mi přijde, že ta medikace, co mi nasadila, není správná, tak mi řekla, že jako jí do toho nemám co kecat a že celou situaci podceňuju a že nejsem dobrá máma, jako jo, když prostě ona nasadila léky, po kterých se prostě choval tak, že mi bylo všechno jedno. A byl prostě drzej ve škole jako a na nás byl drzej jako úplně brutálně, tak jako mě to nepřišlo teda v pohodě a ona správnost ty z ty ty medikace odůvodňovala tím, že když se Dominika zeptala, jak se cítíš a on řekl dobře, tak to je vyřízený, tak vidíte, on se má dobře, takže takhle je to v pořádku.*
- **Příklad výpovědi respondentky R10:** *„Psychiatr nás odiagnotikoval asi za deset minut podle zprávy ze školy, kterou odeslala učitelka bez vědomí kohokoli... jsem si tady doma pak přečetla ten příbalový leták... protože moje úzkostné dítě – když si přečtu, že vedlejším účinkem jsou jako sklony k sebevraždě, a tak jsem říkala, tak to mu přece nemůžu dát... Tak jsem přišli podruhé, a to já jsem mu řekla, jsem mu to nedala, protože mám obavy, protože jsem si četla ty vedlejší účinky. Jeho to nějak rozezlilo. V podstatě, kdyby to nepotřeboval, tak bych vám to nedal. Jo? Na můj vkus křičel teda a prostě vy mu to dávat budete a já prostě jako vy tomu nerozumíte, nebo něco takovýho, prostě, když jsem mu to předepsal, tak to asi potřebuje. A skončil větou a jestli mu to nebudete dávat, tak už mi sem nechodte. A od té doby jsme tam nebyli. Takže u psychiatra jsme byli celkově dvakrát – dvě velmi krátké návštěvy.... Jak bych to věděla, tak tam bych si tu cestu asi ušetřila.*

On nemá čas něco konzultovat nebo zjišťovat nebo vyšetřovat... No a on je fakt takový jako hodně rázný, hodně tvrdý. A my jsme si úplně asi nesedli.“

5.3 Téma: Vlastní zdroje

V souvislosti s otázkami zaměřenými na výzkumnou otázku 2⁴ dotazované respondentky často reflektovaly to, co by bylo možné označit jako **posílení vlastní mateřské kompetence**. Tuto kompetenci můžeme chápat jako zkušenost, kterou oslovené respondentky samy prošly, zobecnily ji a úspěšně ji úročí v dalším rodinném fungování.

5.3.1 Subkategorie: Srozumitelná struktura

Tázané respondentky shodně mluvily o tom, že jejich děti potřebují zřetelnou a srozumitelnou strukturu a limity, které jsou **pevné, předvídatelné a zřetelné** tak, že se v jejich rámci dítě snadno orientuje. Dotazované respondentky si všímaly toho, že pokud jejich děti těmito hranicím rozumí a pokud jsou odpovídající limity stálé a akceptovatelné, děti sice tyto hranice napadají, ale zároveň se v nastavených mantinelech cítí bezpečně a klidně.

- **Příklad výpovědi respondentky R9:** *„Už teda jsme zjistili, že prostě on potřebuje pravidelnej režim, má nějaký rituál a že když teda něco jdeme dělat, tak že musí nejdřív udělat úkoly a pak si může hrát, aby on i věděl, že prostě musí fungovat podle pravidel, jo.“*

Oslovené respondentky ve svých reflexích postřehly, že jejich dětem často vyhovuje stejná struktura, která je bezpečná, srozumitelná a akceptovatelná i pro samostatné respondentky. Zapojené respondentky ve výzkumu komentovaly vlastní neochotu akceptovat nesmyslná pravidla, a všímaly si stejné neochoty i u vlastních dětí. Respondentky si v našem výzkumu všímaly toho, že pokud dokážou kompetentně nastavit pevné, předvídatelné a smysluplné limity, pak ubývá i na ostrosti vzájemných konfliktů.

⁴ VO2 zní „Jak matky reflektují vlastní zdroje ve k obtížím dítěte?“

Některé dotazované respondentky zaznamenaly, že tyto konflikty se mění spíše na vyjednávání.

- **Příklad výpovědi respondentky R3:** „*Ve vztahu k němu... jsem si uvědomila, že je v celé řadě aspektů stejný jako já a že to... co fungovalo na mě... v celé řadě věcí bude fungovat na něj. Já na něm nemůžu vyžadovat takové to zašlápnutí do těch do té krabičky těch normálních dětí, že jsou věci, ze kterých prostě musím ustoupit... Bojuji už jenom o důležité věci... I když už několik let to není o boji, ale je to o nějakém jakoby kladení, spíš řekněme o konstrukci stavby z těch jednotlivých cihel.*“

Zapojené respondentky popisovaly i vlastní způsoby, jak konkrétně nastavit hranice ve vzájemném kontaktu či při konfliktu. Limity v kontaktu nastavovaly dotazované respondentky nejen dítěti, ale i samy sobě.

- **Příklad výpovědi respondentky R7:** „*Pomáhá mluvit na vzdálenost ruky, uzemňovat přes ramena, vyžádat si jakoby fakt prostě oční kontakt. ..A jinak to musí každá ta máma odhadnout sama, aby se nenechala prostě vláčet jakoby tím, že to je v uvozovkách diagnóza a aby pak všechno nepromíjela, ale zase zároveň, aby to dítě jenom nepérovala, když ono za to fakt nemůže. A na tomhle to prostě já nevím, třeba mi něco řeknete, ale na tohle to žádná univerzální rada není. Je to o nějaký mateřský sebejistotě.*“
- **Příklad výpovědi respondentky R9:** „*Když vybuchnu a křičím na něj, tak to vůbec nepomáhá. Prostě pomalu a v klidu a pak přece jenom s ním udělám víc, než když jsem vzteklá... Musím se hlavně uklidnit já, abych mohla pak v klidu mluvit s tím dítětem, protože když jsem vzteklá, tak on pak je vzteklej taky.*“

5.3.2 Subkategorie: Vlastní růst

Zkoumané respondentky v tématu proměn vlastní kompetence zachycovaly vlastní růst, porozumění nejen ve vztahu k dítěti, ale i k sobě, všímaly si především **touhy po vlastním dobrém mateřství, dobrém vztahu s dítětem, důvěře i vzájemném**

porozumění, i společných limitů v práci s emocemi. Dotazované respondentky popisovaly proměny vlastního vztahování se k dítěti i sebe samotné.

- **Příklad výpovědi respondentky R4:** *„Díky němu jsme se jako hodně museli posunout a hodně jako přemejšlet nad sebou a hodně. Něco i přečíst, což teda jako já mám takový to, že vždycky je to přečteš, ty seš z toho nadšenej a pak stejně z toho půlku neděláš. Jo, ale přece jenom asi ve člověku něco zůstane něco z toho. Ale prostě on tě nutí, on tě nenechá vydechnout, on tě prostě nutí jako řešit ty situace nacházet nějaký prostě nový cesty, jako protože jako s ním to prostě v nějakém stereotypu prostě nejde... to dítě bylo vlastně velmi nečitelný. To si pamatuju vlastně hodně z doby, kdy byl menší. Já jsem vůbec nechápala ty jeho motivy. Ale prostě jsem se snažila mu rozumět, ať s pomocí nějaký literatury nebo prostě povídání si s ním... A myslím, že se mi to nějak podařilo.“*

Dotazované respondentky se ve svých úvahách zabývaly i jedinečností každého vztahu a každé rodinné situace. Vnímaly, že univerzální rada, která by dokázala vyřešit všechny obtíže, sice neexistuje, ale že je možné najít si vlastní postoje, o které se v životě s dítětem mohou opírat.

- **Příklad výpovědi respondentky R5:** *„Je důležitý věřit sobě a dítěti. Nedat na to, co říká okolí, protože nikdo, jak se říká, nikdo, nežije tvůj život a nikdo nevidí, proč se chováš tak, jak se chováš.“*
- **Příklad výpovědi respondentky R8:** *„Jakože určitě (pomáhá) takové jako to zpomalit a být víc přítomná. No víc jakoby vnímat to dítě.“*
- **Příklad výpovědi respondentky R7:** *„Já jsem se vlastně naučila si to odpustit a říct, no, tak se prostě stalo a jakoby umím se omluvit.“*

5.3.3 Subkategorie: Kompetence dítěte

V úvahách o dalších zdrojích si respondentky všímaly kompetencí dítěte ve smyslu **aktivního ovlivnění vlastních emocí a schopnosti najít zdroje** ve svém okolí a v sobě. To, že se matky zabývaly v odpovědích kompetencemi vlastních dětí již méně, je

pravděpodobně způsobeno formulací výzkumných otázek, které byly zaměřené na prožívání respondentek ve vztahu k prospěchu dítěte.

- **Příklad výpovědi respondentky R9:** „*Pomáhaly sporty a procházky. Vlastně když jsme chodili ven, tak to taky pomůže, nebo na kole, baví ho jezdit na kole, tak tu energii vybijí třeba tímhle způsobem, protože když pak sedí doma, tak on pak neví, co by, je neklidnej.*“
- **Příklad výpovědi respondentky R10:** „*Už si umí prostě nějak pomoci, a když vidí, že je to moc, tak on, třeba když máme my rodinnou oslavu a že tam je ten šum, ta hudba tak prostě třeba po poledni přišel, že by si potřeboval odpočinout, že tak šel třeba ven nebo šel k babičce, si potom jako domu už lehnout.*“

5.4 Téma: Další zdroje možné podpory dětí s ADHD

Reflexe dalších zdrojů se objevovala v reakcích na otázky na porozumění dítěti a syndromu ADHD.

5.4.1 Subkategorie: Porozumění dítěti

Porozumění respondentek dítěti bylo pestré a hluboké, všechny respondentky dokázaly dítě popisovat v pozitivním i negativním rozměru. To chápou jako projev osobní **emoční zralosti** respondentek, které v mysli současně dokáží udržet **protichůdné polarity** ve vztahu k dítěti.

Pozitivní rysy dětí v popisech dětí a tak i v reflexích jejich matek převažovaly. V úvahách oslovených respondentek o jejich dětech často zaznívala jejich láska k dítěti a schopnost vidět je jako někoho jedinečného a vnitřně dobrého. Respondentky našeho výzkumu se v popisech dětí často zabývaly dobrou stránkou jejich jinakosti, kterou často nacházely v jejich emotivitě, citlivosti a vnímavosti.

- **Příklad výpovědi respondentky R1:** „*Tvrdohlavá, dobrosrdečná, a když se urazí, tak to je něco. Teda jo, ona je uražená nafoukne se doslova. Ale třeba za chvíli*

zase neví a strašně chce pomáhat. Furt by něco pomáhala.... Ona by se rozdala a na druhou stranu zase jako Jekyll a Hyde. “

- **Příklad výpovědi respondentky R4:** *„Hodně je emotivní a citlivej prostě, což teda souvisí i s tou emotivností, ale ačkoliv jeho projevy někdy můžou bejt zlý, tak on jako **není zlej**.*
- **Příklad výpovědi respondentky R10:** *„On je hrozně citlivý, on má takové ty výkyvy, buď je úplně nadšený, z něčeho úplně září anebo je úplně dole. A je úplně prostě hotový. Jo, takovou tu průměrnou náladu to nemívá. Nebo – někdy má. Buď nic nedělá nebo jde úplně nahoru dolů, jo, takovou tu mírnou radost nebo mírný stress to on nemá, to jsou ty extrémny... on fakt jako jak začne mít tu radost, tak on se tak rozzáří a to je tak nakažlivé. A tak přitahuje ty lidi jo, že to je úplně prostě nádhera. Bohužel pak má zase ty druhé stavy, které zas tak krásné nejsou, jo.“*

5.4.2 Subkategorie: Medikace

Téma medikace zmiňovaly všechny dotazované respondentky. Některé respondentky medikaci jednoznačně odmítaly kvůli nedůvěře ve farmaceutický průmysl či kvůli nedůvěře k chemickému ovlivnění symptomů, jiné se prostě přikláněly k alternativní medicíně a odpovídajícím prostředkům ovlivnění symptomů (jako jsou Bachovy esence či homeopatika). Další odmítnutí medikace bylo způsobené prostou nedůvěrou v odborníka, který medikaci předepsal, a obavou z nežádoucích účinků.

- **Příklad výpovědi respondentky R7:** *„Léky jsou **poslední možnost**: když vidím, jak se s tím šmelí, kšeftuje, jak to píšou prostě od dveří, ani si s tím dítětem nepromluví, tak to je samý jako antidepressiva. Prostě jsou to nadužívaný látky.“*

Jiné respondentky zkušenost s medikací pro dítě měly – tato skupina se dělila na respondentky, jejichž děti na medikaci okamžitě a dobře reagovaly, i na respondentky, jejichž dětem byla medikace v průběhu užívání měněna, než se ustálila na dobrém výsledku. Respondentky, které měly s medikací u dětí dobrou zkušenost, často litovaly, že ji nenasadily dříve.

- **Příklad výpovědi respondentky R3:** „Cyril má medikaci zhruba od třetí až čtvrté třídy, která se, musím říct, velmi osvědčila.“
- **Příklad výpovědi respondentky R5:** „Nic nám nepomohlo tolik, jako medikace. Žádný přístup, nic. Víím, že to fakt zní blbě jo, vypadám, jak kdybych ty Stratterry si doma vyráběla, ale ona se tou medikací hrozně změnila. Je i teď jako nabitá tou vlastní sebedůvěrou. To jí podle mě jako hrozně scházelo? Co jí bere, tak mám poprvé hezkej vztah se svým dítětem.“

5.4.3 Subkategorie: Biologické porozumění syndromu ADHD

Syndrom ADHD všechny respondentky vysvětlovaly biologicky, jako změny v mozku či jako něco dědičného. Biologické porozumění syndromu chápu jako zdroj svého druhu, který matkám dětí umožňuje brát **jinakost dítěte** jako danou a bez dalšího zatížení se ve vztahování k dítěti zabývat možnostmi, jak situaci dítěte nebo společnou situaci dítěte a matky zlepšit.

- **Příklad výpovědi respondentky R3:** „Pro mě je to medicínská záležitost, protože jsme o tom mluvili s neurology, takže pro mě ADHD je změna uspořádání neuronové sítě v mozku.“
- **Příklad výpovědi respondentky R6:** „Je to něco, co nějaká nějaký spoj, kterej chybí v mozku, je to nějaká lehká mozková dysfunkce, kdy vlastně je tam něco jinak než u všech ostatních.“

Některé dotazované respondentky projevovaly rozpaky nad současnou šíří a mělkostí symptomů, které se pod syndrom ADHD dají zařadit.

- **Příklad výpovědi respondentky R2:** „Myslím, že se do toho ADHD strká leccos, o čem si jako lékař nebo případně psycholog neví rady, kam to zařadit, tak řekne ADHD.... svým způsobem by se tam dalo zařadit skoro každý dítě, tedy aspoň podle mého pohledu.“

5.5 Nové motivy

V průběhu analýzy dat se v rozhovorech objevovaly ještě další významné motivy související s tématem práce. Protože jsem je nechtěla opomenout, dva nejvýraznější sem přidávám.

5.5.1 Subkategorie: Vina

Tázané respondentky syndrom ADHD chápou biologicky, to implikuje tělesnou danost syndromu a pro vinu by tak neměl být prostor. Přesto se respondentky výzkumu ve svých úvahách opakovaně zabývaly vinou spojenou s jinakostí jejich dítěte. Téma viny mělo dva prolínající se rozměry: vina u dítěte a vina u rodiče.

Dotazované respondentky uvažovaly nad tím, co udělaly špatně, co mohly a měly třeba udělat jinak, zabývaly se tím, jestli jejich dítě není rozmazlené, nebo jestli naopak jako matky nesehaly vlastní nejistotou, duševní nepřítomností, poporodní depresí, nesprávným režimem či zda nějakým jiným způsobem neměly dítěti dát něčeho víc. To se ve výpovědích našich respondentek návazně prolínalo s prožívaným nepříjetím dětí a rodičů ve společnosti.

- **Příklad výpovědi respondentky R4:** „Protože u těchle diagnóz prostě, co si budeme jako namlouvat, prostě člověk pořád bojuje s tím, jestli prostě nevychoval nějakýho jako nemožnýho jedince, jestli prostě to vlastně není celý moje chyba? Jo, a jestli jestli nemůže **dělat víc** prostě, nebo já se s tím jako potýkám.“
- **Příklad výpovědi respondentky R4:** „Vím, jak je to jako absurdní, jo, protože už to vlastně jako stejně nevrátím. A stejně ani nevím, jestli bych to tenkrát dělala jinak. Jo že je to vlastně úplně blbý, blbě nastavený, ale já to ještě pořád nedokážu nějak odstranit. Snažím se, ale nejde to. Nejde mi to, je to nějaký moje hrozně hluboký založení, ze kterýho se jako nemůžu úplně vymanit.. Když on se narodil, tak jsem byla taková nervní matka prostě... Tohle bych chtěla změnit. Nebýt tenkrát taková nejistá matka. Takhle bych to spíš řekla, takže to bych chtěla změnit. Já bych chtěla bejt víc jistá matka.“

Někdy respondentky mluvily o sebeobviňování v minulém čase jako o něčem, co se v souvislosti s úspěšnou spoluprací zmírnilo i u samotných respondentek.

- **Příklad výpovědi respondentky R2:** „Přestali jsme se tolik obviňovat z vlastní neschopnosti.“
- **Příklad výpovědi respondentky R10:** „Měli jsme určitě tendence se hrozně jako obviňovat v tom, že že jsme jako špatný rodiče ve výchově, jako že nedůsledný, nebo nebo spoustu lidí nás osočovala z toho, že vlastně syna hodně rozmazluje a tak.“

5.5.2 Subkategorie: Nesoulad se školou

Respondentky se ve svých reflexích zabývaly nekompetencí odborníků ve škole, neporozuměním dítěti, nerespektováním doporučení PPP, nespoluprací s rodinou a dalšími odborníky.

Dotazované respondentky se zamýšlely nad neochotou pedagogů zabývat se speciálními vzdělávacími potřebami jejich dětí.

- **Příklad výpovědi respondentky R10:** „Pan ředitel mi řekl, že paní učitelce nakoupil knížky, chtěl ji poslat na školení, oznámila mu, že je to mimo pracovní dobu, že nikam nejde, a říkal, knížky jsem jí koupil, ale nemůžu ji přinutit to přečíst.“

Všechny respondentky, které zajistily svým dětem odchod z původní školy, byly se svým rozhodnutím spokojené. Jedna z respondentek, která se o přestup snažila, ale nebyl jí umožněn, popisovala působivý **akademický i osobní rozkvět dítěte** poté, co přešlo na druhý stupeň a přestalo být žákem původní třídní učitelky. Další respondentky zmiňovaly neochotu učitelů postupovat podle doporučení PPP.

- **Příklad výpovědi respondentky R2:** „I ta zpráva z té pedagogicko-psychologické poradny, když si ji někdo bude chtít přečíst a někdo se jí bude chtít věnovat, tak bych řekla, že je napsaná tak, že to i hlupák pochopí... a škola se tím nechce tím

řídít, jako nemá zájem! Nemá zájem ani ten učitel, ani zástupkyně a vlastně ani ředitel.“

- **Příklad výpovědi respondentky R9:** *Ona ta doporučení PPP jako nedodržuje některých věcech... a nechce asistenta ve třídě, že to zvládne, ale pak mi volá, že už syna ve třídě nechce, že by narušoval výuku, ať si ho vezmu domů.*

Plnou spokojenost s přístupem školy neprojevila žádná z respondentek, naopak osm z nich se aktivně snažilo zařídit dítěti **přestup** na jinou školu nebo v rámci školy alespoň do jiné třídy. Čtyři respondentky byly v zajištění přestupu úspěšné, tři úspěch neměly, jedna respondentka vzala kvůli k vážným a neřešeným fyzickým i psychickým útokům na dítě ve škole a rozvíjející se symptomatologii posttraumatické stresové poruchy vzala dítě do domácího vzdělávání.

6 DISKUZE

V této kapitole se v diskuzi se zdroji pokusím výsledky práce dosadit do širšího kontextu současných výzkumů a dalších prací. Budu se zabývat limity práce a hledat praktické využití nálezů tohoto výzkumu a podněty a doporučení pro další výzkum.

Diskuze se zdroji

Všechny respondentky našeho výzkumu v souvislosti s prozkoumáváním tématu **ODBORNÉ POMOCI** uváděly, že se svým dítětem navštívily řadu pracovišť – diagnóza ADHD byla dítěti ve všech případech udělena psychiatrem. Všechny respondentky navštívily ordinace neurologa, pedagogicko-psychologickou poradnu a psychologa. To odpovídá myšlenkám dobré praxe zaměřené na spolupráci institucí a úzké součinnosti pedagogiky, psychologie, lékařských a sociálních disciplín (Matějček, 2011).

Subkategorii *PŘIJETÍ ODBORNÍKEM* rozumím jako kroku vstříc základní podmínce psychologické pomoci, totiž bezpečí. McWilliams (2022) **bezpečí** považuje za záležitost, která v psychoterapii stojí na prvním místě pro mnoho, možná dokonce i pro většinu klientů. Podobně Pöthe (2020) hovoří o tom, že pacient by měl hned od začátku prožívat **emoční účast a přijetí**, které nejsou podmíněné žádným výkonem. To je zkušenost, kterou respondentky často spojovaly s návštěvou psychologa, ve výpovědích se ale v této souvislosti objevovaly i jiné profese.

Subkategorii *PROMĚNA OPTIKY* by některé směry mohly označit třeba jako **přerámování**. Watzlawick (1977, in Griffin et al., 2018) přirovnává přerámování k probuzení ze zlého snu nebo k pohlédnutí na věci v jiném světle. Tyrell (2019) je označuje jako změnu v přístupu, která dává věcem v životě nový význam. Takovou změnou mohlo být třeba uvědomění, že dítě je nějakým způsobem výjimečné a talentované, že pro okolí není zátěž, ale výzva. I v tomto výzkumu dotazované respondentky bez toho, že by se jakkoli změnila vnější situace, dokázaly hledat a zaujmout jiný pohled na sebe nebo na dítě, nebo jakýkoli nosný zorný úhel, který změnil tíhu situace.

Subkategorie *ANGAŽOVANOST ODBORNÍKA* byla úzce souvisejícím tématem, které se odrazilo v prožívání pozitivních aspektů odborné pomoci zkoumanými respondentkami. Tato subkategorie koresponduje se závěry McWilliams (2022), která popisuje, že pro klienty je léčivé, pokud spolupracují s terapeuti dychtivými pracovat co nejlépe. Respondentky našeho výzkumu si všímaly celé palety **konkrétních kroků** učiněných ať organizací, nebo konkrétních lidí, a tyto kroky oceňovaly – i tajně zašeptané doporučení, aby respondentka vzala dítě z nezdravého prostředí pryč, bylo cenným momentem podpory.

NEDOSTUPNOST ODBORNÍKŮ je v tuto chvíli v České republice známý a očekávatelný problém při zajišťování péče o duševní zdraví (Košlerová & Šelepová, 2022; Postránecká, 2020) a tázané respondentky ho popisovaly ve všech případech shodně jako obtíže se zajištěním péče psychiatra, psychologa i pedagogicko-psychologické poradny.

Pokud současní autoři hovoří o podmínce bezpečí ve vztahu s pomáhajícím odborníkem (McWilliams, 2022; Pöthe, 2020), pak z absence bezpečí dovozují možný neúspěch spolupráce. Prožitky shrnuté v subkategorii *NEZDAR SPOLUPRÁCE* zapojené respondentky popisovaly v lepším případě jako neochotu věci vysvětlit, v horším jako brutální kroky odborníků: křik, nenaslouchání či verbální osobní útoky na respondentky.

Téma **VLASTNÍCH ZDROJŮ** matek ve vztahu k podpoře dětí s diagnostikovaným syndromem ADHD považují za ještě subtilnější, než jsou aspekty odborné pomoci, protože při zamýšlení nad vlastními zdroji je potřebná hlubší a náročnější sebereflexe. Jak děti rostou, mění se i jejich matky: zrají s vlastní mateřskou zkušeností a ubývá pocitů viny i snah o dokonalost (Sethi, 2019).

VLASTNÍ RŮST je subkategorie, která tuto zkušenost potvrzuje. Jasná struktura i kompetence dítěte pomáhají dítěti orientovat se v okolním světě (Maté, 2021; Uhlíř, 2020). To je významné pro sebeúctu dítěte (Röhr, 2018). Zkušenosti respondentek reflektované v subkategorii *SROZUMITELNÁ STRUKTURA a KOMPETENCE DÍTĚTE* s těmito závěry korespondují.

Subkategorie, které vyplynuly z analýzy reflexí zkoumaných respondentek v souvislosti s tématem **DALŠÍCH ZDROJŮ** byly označeny jako *BIOLOGICKÉ POROZUMĚNÍ SYNDROMU ADHD, POROZUMĚNÍ DÍTĚTI* a jako zdroj *sui generis*, který je v souladu se současným poznáním, i *MEDIKACE*. Medikaci jako účinný způsob

ovlivnění projevů ADHD potvrzuje řada autorů (např. Connolly et al., 2015; Hosák et al., 2015).

I zdroje obsažené v subkategorii *BIOLOGICKÉ POROZUMĚNÍ SYNDROMU ADHD* rozumím jako zdroji svého druhu, protože umožňuje odhlédnout od psychologických příčin projevů dítěte. Podobně podle Daumana a kol. (2019) uvažují například internetové komunity, které se soustředí na vykreslení chování dětí jako důsledků neurovývojové poruchy a tak i zproštění rodičů možných pocitů viny.

POROZUMĚNÍ DÍTĚTI je subkategorie, která podle mého názoru prostřednictvím kompetencí matky úzce souvisí s dříve popsanou subkategorií *VLASTNÍ RŮST* – přesto jsem si ji dovolila ohraničit samostatně, protože zatímco v subkategorii *VLASTNÍ RŮST* je ústředním tématem porozumění matky sobě samotné, v subkategorii *POROZUMĚNÍ DÍTĚTI* je ve středu pozornosti dítě samo. I potřeba porozumění dítěti odpovídá podle Matějčka et al. (2016) nárokům současného poznání.

Pro všechny dotazované respondentky byla intenzivně emočně nabitou subkategorií subkategorie *NESOULAD SE ŠKOLOU*. To koresponduje i se studií Ewe (2019), která uvádí, že učitelé zažívají méně emoční blízkosti, méně spolupráce a více konfliktů ve vztazích se svými studenty s ADHD než s ostatními žáky bez této diagnózy. Odmítání žáků s ADHD učiteli představuje rizikový faktor nejen školní neúspěšnosti, ale také vyloučení a odmítnutí vrstevníky, a vede k nízkému sebevědomí a osamělosti.

Subkategorie *NESOULADU SE ŠKOLOU* byla naléhavá a přítomná v odpovědích na otázky ke všem výzkumným okruhům. Přestože jsem téma školy v souvislosti s touto prací očekávala spíše okrajově, vzhledem k tomu, že učitel je profesionál, který s ADHD dětmi skutečně profesně přichází do intenzivního kontaktu, nechala jsem respondentky reflexe v tomto směru rozvíjet. Respondentky našeho výzkumu detailně popisovaly systematicky hostilní přístup pedagoga k dítěti, vyčleňování dítěte z kolektivu, šikanu a další projevy sociální patologie. Míru nespokojenosti a hloubku popisovaných problémů považují za alarmující.

Většina zkoumaných respondentek se ve svých výpovědích dotkla úvah, které byly v analýze zařazeny do subkategorie *VINA*. Subkategorie *VINA* v úvahách respondentek pokrývala široké spektrum od (možné) viny „vně“ (na straně společnosti) přes (možnou) vinu na straně dítěte až k (možné) vině „uvnitř“ samotných respondentek. Jedná se podle mého názoru o příliš komplexní a náročné téma pro zpracování respondentkou ve formátu,

který jsem v rozhovoru nabízela – přesto se do něj respondentky pouštěly v úvahách nad vlastním rodičovstvím i péčí o dítě. Četné pocity viny u rodičů dětí s ADHD komentuje řada autorů (Dauman et al., 2019; Lacinová, 2007; Maté, 2021; Salomonsson, 2017; Uhlíř, 2020).

Při přípravě této práce jsem očekávala subtilnější zacílení na dobré i stinné stránky odborné i jiné podpory než jen zaměření na splnění bazální podmínky či naopak hrubé překročení hranic psychologické pomoci. Rozuměla jsem ale tomu, že v popisovaných situacích se respondentky skutečně zabývaly těmi výraznými, pozitivními i negativními zkušenostmi, takže na podrobnější zkoumání toho, co mohly být v jejich očích detaily, už v rozhovoru nemusel zbývat prostor. Ve formátu hodinových rozhovorů, které měly obsáhnout poměrně široké téma reflexe podpory jejich dětí, možná skutečně mohly být reflektovány právě jen bazální zlomky zkušenosti. Doplnující vysvětlení v té souvislosti nabízí Řiháček (2013), když píše, že pokud se ptáme respondenta na současnou, aktuálně probíhající zkušenost, která ho konfrontuje s existenciálními tématy, která je pro něj jinak náročná nebo dokonce traumatická, může se stát, že reflexe takové zkušenosti nebude možná. Situaci všech respondentek jsem vnímala jako velmi náročnou, znepokojivou často i vzhledem k tomu, že děti respondentek byly v péči profesionálů, kteří v reflexích respondentek neměli pro ně ani pro jejich děti pochopení. Respondentky také často hovořily o vážných projevech vztahové patologie a o různých formách násilí, které zažily ony nebo jejich děti. Jejich sdělení jsem považovala za významná, ale vždy šlo (věřím, že ne náhodou) o příběhy sdělené mimo audiozáznam rozhovoru, takže tuto zkušenost nebylo možné ve výzkumu zachytit.

Limity výzkumu

Limity tohoto výzkumu je vhodné kriticky zachytit. Na straně výzkumného souboru jde o **nerovnoměrné rozložení** respondentek. To bylo dané několika faktory. Prvním z nich bylo to, že jsem se snažila přednostně o osobní setkání s respondentkami a proto jsem přednostně oslovila prostřednictvím Facebooku respondentky z okolí.

Nerovnoměrné je i rozložení vzdělání respondentek, protože se jedná převážně o ženy s vysokoškolským vzděláním.

Dalším limitem je analýza provedená pouze jednou výzkumníci. To může způsobit subjektivní zkreslení. V průběhu analýzy rozhovorů jsem v této souvislosti uvažovala o tom, nakolik mne v jejich zpracování ovlivňuje moje vlastní pracovní zkušenost a sympatie s psychoanalytickým uvažováním.

Slabinou výzkumu shledávám i způsob oslovení respondentek. Inzerát, na který budoucí respondentky reagovaly, visel na facebookové zdi skupiny pro rodiče dětí s ADHD a facebookové zdi sousedské skupiny bydliště autorky, dostal se tedy pouze k omezené skupině lidí.

Výslednou podobu výzkumu mohly ovlivnit i moje velmi malé zkušenosti s kvalitativním typem výzkumu. V průběhu rozhovorů jsem nabývala pocit, že jedna každá výzkumná otázka by mohla být prozkoumána mnohem podrobněji a ve větší hloubce, neúměrně bych tím ale respondentky zatížila.

Na výsledcích výzkumu se mohlo odrazit i nejednotné prostředí, kde se rozhovory konaly. Přestože jsem pro účely setkání s respondentkami zajistila neutrální prostory lékařské ordinace, nebylo toto místo nakonec využito kvůli větší vzdálenosti od bydlišť respondentek.

Přínos výzkumu a praktické aspekty

Přínos této práce vnímám především v jejím zaměření na **zachycení zdrojů podpory dětí s ADHD**. Tato práce přitom může přispět k oživení zájmu o podporu dětí s ADHD a potřeby jejich okolí.

Práce přináší subjektivně neopakovatelné výpovědi a originální sdělení. Tak, jako věřím, že porozumění matky dítěti i sobě samé může být pro matku cenným nástrojem a pomocí v úskalích společného života, může porozumění pohledu respondentek, pokud takový pohled bude vyslyšen a zohledněn v dobré praxi autorit, přispět k funkčnější a cílenější podpoře rodin, které pečují o děti s ADHD, k většímu porozumění potřebám klientů ze strany odborníků i ke zprostředkování další dostupné pomoci a služeb.

Práce se nevyhýbá ani kritickým místům péče o děti s ADHD. Podpora dětí, jejichž jinakost se odráží třeba v projevech ADHD, stále ještě není podle mého názoru celospolečensky dostatečná a společnost se potýká s neporozuměním a snadným odsouzením dětí i jejich rodičů. I když prací (přinejmenším v databázi Theses.cz) a tak

snad i úvah o ADHD v posledních letech přibývá, zdá se, že zohlednění potřeb takových dětí je v praxi pomalejší a obtížnější, než bych si přála.

Pro mne samotnou práce znamenala osobní setkání s kvalitativním výzkumem a s ucelenějším proniknutím do tématu konkrétního prožívání podpory dětí jejich matkami. Hluboce si vážím způsobu, jakým byla moje práce vedena. Vděčná jsem také jedné z oslovených respondentek za to, že se díky našemu setkání rozvinula spolupráce mezi respondentkou a dětským domovem, ve kterém pracuji. Práce tak má zcela konkrétní a nečekaný přínos i pro klienty našeho domova.

Doporučení k dalšímu výzkumu

Z limitů výzkumu plynou i další doporučení – další výzkum by bylo vhodné provádět bez omezení daných touto prací.

Témata dalšího výzkumu bych doporučila zaměřit na to, co podpoře dětí s ADHD brání, jaké jsou principy dobré praxe podpory takových dětí v širším měřítku, a co brání jejich uvedení do praxe. V té souvislosti by mohlo být nosné i vyčíslení ztrát, které může přinášet to, že talentované děti s ADHD díky nedostatečné podpoře nevyužívají nejen svůj osobní, společenský, ale i ekonomický potenciál.

Doporučovala bych se zaměřit i na prozkoumání přínosů kvalitního inkluzivního vzdělávání nejen pro děti s ADHD a jejich rodiny, ale i pro jejich širší okolí.

V kvalitativním výzkumu bych pak doporučila prozkoumat i reflexi vztahů respondentek s vlastními rodičovskými postavami a zaměřit se i na pohled dalších členů rodiny na podporu dětí s ADHD. Věřím, že by to mohl být významný zdroj porozumění dynamice dětí s ADHD.

Nosné by mohlo být i zaměření na širší skupinu respondentů: další členy rodiny (otců, prarodičů i sourozenců dětí s ADHD) i pohledy z menšinových rodinných uspořádání (tj. třeba rodin lesbických a homosexuálních párů) a etnických minorit, subjektivní pohledy odborníků včetně vícerozměrných pohledů několika odborníků multidisciplinárního týmu pracujícího s jedním dítětem.

7 ZÁVĚR

Předkládaná magisterská práce se zabývá subjektivní reflexí podpory dětí s diagnostikovaným syndromem ADHD z pohledu matek. Prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s matkami dětí s ADHD jsem se snažila najít odpovědi na zvolené výzkumné otázky.

Na základě výzkumných zjištění a související literatury lze konstatovat, že existuje více zdrojů podpory dětí s ADHD, a to ať už na straně odborné veřejnosti nebo rodiny. V celospolečenské rovině jsou v systému péče o děti s ADHD stále kritická místa. Problematice podpory dětí s ADHD je proto třeba dále věnovat pozornost. Jakákoli podpora a péče by zároveň vždy měla zahrnovat reflexi dopadů a zpětnou vazbu od klientů.

Při analýze rozhovorů týkajících se **ODBORNÉ POMOCI** postupně krystalizovaly dílčí témata, kterých se respondentky ve svých odpovědích dotýkaly, přičemž část z nich měla **POZITIVNÍ ROZMĚR** a část měla **NEGATIVNÍ ROZMĚR**. Pozitivní rozměr, tedy to, co bylo prospěšné, respondentky reflektovaly v subkategoriích, které jsem označila jako *PŘIJETÍ ODBORNÍKEM*, *ANGAŽOVANOST ODBORNÍKA* a *PROMĚNA OPTIKY*. Negativní rozměr, tedy to neprospěšné, byl reflektován v tématech v pozdější analýze označených jako *NEDOSTUPNOST ODBORNÍKA* a *NEZDAR SPOLUPRÁCE*.

V rámci tématu **VLASTNÍCH ZDROJŮ** zkoumaných respondentek vyplynula subkategorie spíše konkrétně zaměřená, jako je *SROZUMITELNÁ STRUKTURA*, tak i subkategorie obsahem až existenciální, jako je *VLASTNÍ RŮST*. Třetí zachycená subkategorie, označená jako *KOMPETENCE DÍTĚTE*, stojí v mém porozumění na pomezí předchozích dvou subkategorií, protože tato kompetence má jasně pozorovatelné projevy i růstový přesah.

V tématu **OSTATNÍCH ZDROJŮ** dotazovaných respondentek vykrytalizovaly subkategorie *MEDIKACE*, *POROZUMĚNÍ DÍTĚTI* a *BIOLOGICKÉ POROZUMĚNÍ SYNDROMU ADHD*.

Jako další motiv související s tématem výzkumu se vynořila subkategorie *VINY* a subkategorie *NESOULAD SE ŠKOLOU* dítěte. Téma nesouladu se školou se dotýkalo všech respondentek.

8 SOUHRN

Předkládaná magisterská práce se zabývá subjektivní reflexí podpory dětí s diagnostikovaným syndromem ADHD z pohledu matek. Hlavním účelem této práce bylo na základě subjektivních výpovědí respondentek popsat, jak podporu svých dětí s diagnostikovaným ADHD prožívají.

Teoretická část sestává ze tří hlavních částí. První část se věnuje vybraným pohledům na syndrom ADHD, mj. i možnostem porozumění ADHD, klasifikace ADHD a ovlivnění projevů ADHD. Ve druhé části se zabývám vybranými aspekty rodiny, rodičovství a mateřství. Třetí kapitola se pak zabývá souvislostmi syndromu ADHD v rodinném uspořádání.

Syndrom ADHD patří hyperkinetické poruchy. Mezi hlavní projevy hyperkinetických poruch, u kterých panuje shoda, patří impulzivita, hyperaktivita a nepozornost (např. Hosák et al., 2015; Johnson et al., 2021; Maté, 2021; Orel, 2020; Ptáček & Ptáčková, 2018). Odhady zastoupení ADHD v nepsychiatrické populaci se pohybují v intervalu 1–12 %, v závislosti na vybraném populačním vzorku, diagnostických kritériích a na způsobu, jakým jsou data získávána (Hosák et al., 2015; Masopust et al., 2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) je v USA druhá nejčastěji udělovaná diagnostická kategorie popisující chronické dětské onemocnění (Wolraich et al., 2019). Projevy ADHD lze ovlivnit farmakoterapeuticky (Johnson et al., 2021) i psychoterapeuticky (Salomonsson, 2017).

Při vyšetření dítěte s ADHD se může uplatnit multidisciplinarita: součástí multidisciplinárního týmu může být neurolog, speciální pedagog, psycholog i psychiatr.

Projevy ADHD lze léčebně ovlivnit. Komplexní přístup k ovlivnění projevů ADHD může zahrnovat, stejně jako při vyšetření, spolupráci více odborníků. Při ovlivňování ADHD lze postupovat nejen prostřednictvím farmakoterapie, ale i pomocí psychosociální intervence (Brown et al., 2018; Hosák et al., 2015). Psychosociální intervence podle Hosáka et al. (2015) stojí na třech pilířích: edukaci (rodiny a případně učitelů), psychoterapii a režimových opatřeních.

Edukace rodiny je významná vzhledem k ústřední roli rodiny v životě dítěte. Matějček (2016), v této souvislosti vyhodnotil pět základních psychických potřeb, jejichž uspokojení v rodině považuje za nutné k tomu, aby dítě dobře prospívalo. Patří sem potřeba pozitivní identity neboli dobrého vlastního „já“, potřeba smysluplného světa ve smyslu bezpečí a předvídatelnosti, tj. ve smyslu naplněné potřeby určitého řádu ve věcech a vztazích, potřeba přiměřené stimulace ve smyslu přívodu podnětů z vnějšího světa, dále potřeba životní jistoty a potřeba otevřené budoucnosti.

Proces, ve kterém se žena stává matkou, je zásadní vývojovou životní událostí, která přináší nové role a novou odpovědnost (Don et al., 2014). Je to doba velkých změn, náročných výzev a velké zranitelnosti. Stát se matkou znamená projít transformací ze stávajícího, známého stavu, do zcela nové a ne tak úplně známé reality. Taková transformace s sebou nese změnu cílů, chování i priorit k uspořádání nového self a je přirozeně ovlivněna sociálními, kulturními, environmentálními a osobními zkušenostmi matky (Mercer, 2004).

Aby žena po porodu mohla zaujmout svoji novou mateřskou pozici a přizpůsobit se novému tělesnému, psychickému a sociálnímu rozměru mateřství, potřebuje využít velké množství vlastních společenských a osobních zdrojů (Koniak–Griffin et al., 2006).

Situace rodiče dítěte, které se svými projevy nějak liší od pomyslné společenské nebo vlastní rodičovské normy, může přinášet nečekané a obtížně přijatelné emoce. Mnoho rodičů chce svoji roli splnit co nejlépe (Stuart, 2007). Moment, kdy se nedaří, pak může být nečekaně obtížný. Řada rodičů hledá cesty, jak syndromu ADHD rozumět a jak svým dětem prospět, podpořit je nebo jak jejich projevy ovlivnit (Dauman et al., 2019).

Röhr (2018), v této souvislosti zdůrazňuje, že k tomu, aby dítě dokázalo samo se sebou jednat laskavě, i když je právě kritizováno, je zapotřebí, aby mu kritika byla sdělována podpůrně. Uhlíř (2020) při zpětné vazbě dítěti pak rodičům doporučuje pečlivé užívání neutrálních formulací namísto takových, které by dítě mohly zraňovat nebo které by v dítěti vyvolávaly pocity viny. Uhlíř (2020) přitom vnímá jako zásadní rozvoj pozitivního sebehodnocení dítěte a rozvoj potenciálu dítěte. Maté (2021) radí, aby se rodiče soustředili mj. na vzájemné naladění s dítětem a na kvalitu vzájemného vztahu: pokud rodič zvolí jako prioritu vztah s dítětem, posílí tím jeho pocit jistoty, bezpečí a sebezvědomí. Ve vztahu k pravidlům Uhlíř (2020) doporučuje vymezení jasných, jednoznačných a srozumitelných pravidel.

V rámci výzkumné části byl proveden kvalitativní výzkum s cílem zodpovědět stanovené výzkumné otázky. Výzkumné otázky zněly:

- VO1: Jak matky reflektují odbornou pomoc dítěti s ADHD?
- VO2: Jak matky reflektují vlastní zdroje ve vztahu k obtížím dítěte?
- VO3: Jak matky reflektují případné další zdroje ve vztahu k dítěti s ADHD?

Základní soubor respondentek, se kterými byly provedeny rozhovory, tvořilo celkem deset respondentek, nejmladší respondentka byla stará 37 let, nejstarší pak bylo 50 let. Věkový průměr byl 43,3 roku. Věk dětí respondentek s diagnostikovaným ADHD byl v době rozhovorů 9 – 15 let.

Hlavní výzkumnou metodou bylo polostrukturované interview tvořené čtrnácti otázkami. K fixaci dat sloužil audiozáznam. Čtyři respondentky byly osloveny přímo, zbývající členky výzkumného souboru byly získány za pomoci metody samovýběru, kdy zájemkyně o účast ve výzkumu odpověděly na inzerát vyvěšený na sociální síti.

Data byla analyzována prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy. Interpretativní fenomenologická analýza podle Řiháčka et al. (2013) umožňuje dívat se na problematiku optikou respondenta a zároveň umožňuje interpretaci této optiky skrze zkušenost a sebereflexi výzkumníka.

V souvislosti s reflexí podpory dětí s ADHD byla zkoumána témata odborné pomoci, vlastních zdrojů a dalších možných zdrojů podpory. Otázky pokládané respondentkám byly strukturované tak, aby se dotazované respondentky z různých úhlů pohledu dívaly na stále stejné téma prožívání podpory dětí s ADHD.

Respondentky v úvahách týkajících se odborné pomoci reflektovaly mimo jiné to, že k přijetí pomoci je třeba bezpečí a pracovní spojení s odborníkem. Jedním z možných výsledků takové spolupráce může být i jiný pohled na dítě, na sebe sama i na společnou situaci. Tyto reflexe se odrážely v dílčí kategorii pozitivní rozměr odborné pomoci a v jejích subkategoriích přijetí odborníkem, proměna optiky a angažovanost odborníka.

Pokud se atmosféru bezpečné spolupráce nepodařilo nastolit nebo pokud byl odborník natolik nedostupný, že spolupráce nebyla zahájena nebo neprobíhala v dostatečné míře, objevovaly se v reflexích respondentek výzkumu zkušenosti zachycené v subkategoriích nedostupnost odborníků a nezdár spolupráce. Ty byly společně zařazeny do dílčí kategorie negativní rozměr odborné pomoci.

Respondentky se zabývaly tím, co přímo prospívá jejich dětem ve vzájemném vztahu, co prospívá dětem ve vztahu k sobě samým, i tím, jak se samy respondentky proměňují v hledání cest podpory dětí. Odpovídající reflexe krystalizovaly do tématu vlastních zdrojů v subkategoriích srozumitelná struktura, vlastní růst a kompetence dítěte.

V polostrukturovaných rozhovorech jsme se s oslovenými respondentkami zabývaly i dalšími možnostmi podpory dětí s ADHD a možnostmi, jak dětem rozumět. V tématu ostatních zdrojů dotazovaných respondentek tak byly nalezeny i subkategorie medikace, porozumění dítěti a biologické porozumění syndromu ADHD.

Jako další neočekávaný motiv související s tématem výzkumu se vynořila subkategorie nesoulad se školou dítěte a subkategorie viny.

Cílem tohoto výzkumu bylo přiblížit subjektivní výpovědi respondentek a nikoliv získat objektivní výsledky. Zjištěné závěry se proto nedají zobecnit na celou populaci dětí s ADHD a jejich matek, výzkum ale naznačil možná citlivá místa v nedostupnosti kvalitní odborné péče pro děti s ADHD, a to jak ve zdravotnictví, tak i ve školách a dalších zařízeních. Na tato místa by bylo vhodné se zaměřit v dalším mapování podpory dětí s ADHD.

Přínos spatřuji v podání autentických pohledů a zkušeností s podporou dětí s ADHD a také v připomenutí, že práce na inkluzi dětí s ADHD a na péči o duševní zdraví nejsou v České republice ještě zdaleka u konce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

- Ali, D. S., Hall, M. E. L., Anderson, T. L., & Willingham, M. M. (2013). 'I Became a Mom': Identity Changes in Mothers Receiving Public Assistance. *http://dx.doi.org/10.1080/01488376.2013.801391*, 39(5), 587–605. <https://doi.org/10.1080/01488376.2013.801391>
- Allan, J., & Harwood, V. (2014). Medicus interruptus in the behaviour of children in disadvantaged contexts in Scotland. *British Journal of Sociology of Education*, 35(3), 413–431. <https://doi.org/10.1080/01425692.2013.776933>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5, Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Portál.
- Ashinoff, B. K., & Abu-Akel, A. (2021). Hyperfocus: the forgotten frontier of attention. *Psychological Research*, 85(1). <https://doi.org/10.1007/S00426-019-01245-8>
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Berger, P. L., & Kellner, H. (1964). MARRIAGE AND THE CONSTRUCTION OF REALITY: an exercise to microsociology of knowledge. *Diogenes*, 12(46), 1–24.
- Bitter, I., Mohr, P., Balogh, L., Látalová, K., Kakuszi, B., Stopková, P., Zmeškalová-Jelenová, D., Pulay, A., & Czobor, P. (2019). ADHD: a hidden comorbidity in adult psychiatric patients. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(1), 83–89. <https://doi.org/10.1007/S12402-019-00285-9/FIGURES/1>
- Borelli, J. L., Nelson, S. K., River, L. M., Birken, S. A., & Moss-Racusin, C. (2017). Gender Differences in Work-Family Guilt in Parents of Young Children. *Sex Roles*, 76(5–6), 356–368. <https://doi.org/10.1007/S11199-016-0579-0>
- Brown, K. A., Samuel, S., & Patel, D. R. (2018). Pharmacologic management of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a review for practitioners. *Translational Pediatrics*, 7(1), 36. <https://doi.org/10.21037/TP.2017.08.02>

- Brown, S., Small, R., & Lumley, J. (1997). Being a 'good mother. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *15*(2), 185–200. <https://doi.org/10.1080/02646839708404542>
- Calem, M., Bromis, K., McGuire, P., Morgan, C., & Kempton, M. J. (2017). Meta-analysis of associations between childhood adversity and hippocampus and amygdala volume in non-clinical and general population samples. *NeuroImage: Clinical*, *14*, 471–479. <https://doi.org/10.1016/J.NICL.2017.02.016>
- Carr-Fanning, K., & McGuckin, C. (2018). The powerless or the empowered? Stakeholders' experiences of diagnosis and treatment for attention-deficit hyperactivity disorder in Ireland. *Irish Journal of Psychological Medicine*, *35*(3), 203–212. <https://doi.org/10.1017/IPM.2018.13>
- Climie, E. A., & Mastoras, S. M. (2015). ADHD in Schools: Adopting a Strengths-Based Perspective. *Canadian Psychology*, *56*(3), 295–300. <https://doi.org/10.1037/CAP0000030>
- Colborn, A. (2002). *Living With ADHD: An Interpretative Phenomenological Analysis Study of Mother's Experiences*. [University of Surrey]. <https://openresearch.surrey.ac.uk/esploro/outputs/doctoral/Living-With-ADHD-An-Interpretative-Phenomenological-Analysis-Study-of-Mothers-Experiences/99515381802346>
- Connolly, J., Glessner, J., Elia, J., & Hakonarson, H. (2015). ADHD & Pharmacotherapy: Past, Present and Future: A Review of the Changing Landscape of Drug Therapy for Attention Deficit Hyperactivity. *The Innov Regul Sci.*, *49*(5), 632–642. <https://doi.org/10.1177/2168479015599811>
- Čáp, J., & Mareš, J. (2011). *Psychologie pro učitele*. Portál.
- Dauman, N., Haza, M., & Erlandsson, S. (2019). Liberating parents from guilt: a grounded theory study of parents' internet communities for the recognition of ADHD. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *14*. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1564520>
- de Brito, S. A., Viding, E., Sebastian, C. L., Kelly, P. A., Mechelli, A., Maris, H., & McCrory, E. J. (2013). Reduced orbitofrontal and temporal grey matter in a community sample of maltreated children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*(1), 105–112. <https://doi.org/10.1111/J.1469-7610.2012.02597.X>

- Dekkers, T. J., Huizenga, H. M., Bult, J., Popma, A., & Boyer, B. E. (2021). The importance of parental knowledge in the association between ADHD symptomatology and related domains of impairment. *European child & adolescent psychiatry*, 30(4), 657–669. <https://doi.org/10.1007/S00787-020-01579-4>
- Deutsch, F. M., Ruble, D. N., Fleming, A., Brooks-Gunn, J., & Stangor, C. (1988). Information-Seeking and Maternal Self-Definition During the Transition to Motherhood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55(3), 420–431. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.55.3.420>
- Don, B. P., Chong, A., Biehle, S. N., Gordon, A., & Mickelson, K. D. (2014). Anxiety across the transition to parenthood: change trajectories among low-risk parents. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2014.903473>, 27(6), 633–649. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.903473>
- Drahoňovská, M. (2021). *Dobrovolně bezdětná z důvodu klimatické krize: motivace a důsledky*. Masarykova Univerzita.
- Dumornay, N. M., Lebois, L. A. M., Ressler, K. J., & Harnett, N. G. (2023). Racial Disparities in Adversity During Childhood and the False Appearance of Race-Related Differences in Brain Structure. *The American Journal of Psychiatry*, 180(2), 127–138. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.21090961>
- Dušková, K. (2021). *Copingové strategie v souvislosti s locus of control v období světové pandemie Covid-19*. Filozofická fakulta Univerzity Palackého.
- Elmore, A. L., & Crouch, E. (2020). The Association of Adverse Childhood Experiences With Anxiety and Depression for Children and Youth, 8 to 17 Years of Age. *Academic Pediatrics*, 20(5), 600–608. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2020.02.012>
- Ewe, L. P. (2019). *Emotional and Behavioural Difficulties ADHD symptoms and the teacher-student relationship: a systematic literature review*. <https://doi.org/10.1080/13632752.2019.1597562>
- Frances, A. (2016). Entrenched reductionisms: The bête noire of psychiatry. *History of psychology*, 19(1), 57–59. <https://doi.org/10.1037/HOP0000018>
- Gaunt, R. (2008). Maternal gatekeeping: Antecedents and consequences. *Journal of Family Issues*, 29(3), 373–395. <https://doi.org/10.1177/0192513X07307851>

- Gerhand, S., & Saville, C. W. N. (2021). ADHD prevalence in the psychiatric population. <https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1914663>
- Gilmore, K. (2000). A Psychoanalytic Perspective On Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1259–1293. <https://doi.org/10.1177/00030651000480040901>
- Griffin, E., Ledbetter, A. M., & Sparks, G. G. (2018). *A First Look at Communication Theory*. McGraw-Hill Education.
- Günter, M. (2014). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An affect-processing and thought disorder? *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(1), 43–66. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12081>
- Hackman, D. A., Farah, M. J., & Meaney, M. J. (2010). Socioeconomic status and the brain: mechanistic insights from human and animal research. *Nature Reviews Neuroscience* 2010 11:9, 11(9), 651–659. <https://doi.org/10.1038/nrn2897>
- Hai, T., & Climie, E. A. (2021a). Positive Child Personality Factors in Children with ADHD. <https://doi.org/10.1177/1087054721997562>, 26(3), 476–486. <https://doi.org/10.1177/1087054721997562>
- Hai, T., & Climie, E. A. (2021b). Positive Child Personality Factors in Children with ADHD. <https://doi.org/10.1177/1087054721997562>, 26(3), 476–486. <https://doi.org/10.1177/1087054721997562>
- Hamilton, K. R., Mitchell, M. R., Wing, V. C., Balodis, I. M., Bickel, W. K., Fillmore, M., & Lane, S. D. (2015). Choice Impulsivity: Definitions, Measurement Issues, and Clinical Implications HHS Public Access. *Personal Disord*, 6(2), 182–198. <https://doi.org/10.1037/per0000099>
- Hanson, J. L., Nacewicz, B. M., Sutterer, M. J., Cayo, A. A., Schaefer, S. M., Rudolph, K. D., Shirtcliff, E. A., Pollak, S. D., & Davidson, R. J. (2015). Behavioral Problems After Early Life Stress: Contributions of the Hippocampus and Amygdala. *Biological Psychiatry*, 77(4), 314–323. <https://doi.org/10.1016/J.BIOPSYCH.2014.04.020>
- Harr, N., Dunn, L., & Price, P. (2011). Case study on effect of household task participation on home, community, and work opportunities for a youth with multiple disabilities. *Work (Reading, Mass.)*, 39(4), 445–453. <https://doi.org/10.3233/WOR-2011-1194>

- Henderson, A., Harmon, S., & Houser, J. (2010). A New State of Surveillance? Applying Michel Foucault to Modern Motherhood. *Surveillance & Society*, 7(3/4), 231–247. <https://doi.org/10.24908/ss.v7i3/4.4153>
- Henderson, A., Harmon, S., & Newman, H. (2016). The Price Mothers Pay, Even When They Are Not Buying It: Mental Health Consequences of Idealized Motherhood. *Sex Roles*, 74(11–12), 512–526. <https://doi.org/10.1007/S11199-015-0534-5>
- Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J., & a kolektiv. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. 647.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Hunter, R. G., Jarcho, J. M., Stevens, J. S., Machlin, L., Sheridan, M. A., Miller, A. B., Snyder, J., & McLaughlin, K. A. (2019). *Differential Associations of Deprivation and Threat With Cognitive Control and Fear Conditioning in Early Childhood*. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2019.00080>
- Chrisler, J. C. (2013). Womanhood is not as easy as it seems: Femininity requires both achievement and restraint. *Psychology of Men and Masculinity*, 14(2), 117–120. <https://doi.org/10.1037/A0031005>
- Janderková, D., Kendíková, J., Klégrová, J., Strnadová, I., Swierkoszová, J., & Ženatová, Z. (2016). *SPU a ADHD*. Raabe.
- Johnson, J., Morris, S., & George, S. (2021). Misdiagnosis and missed diagnosis of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *BJPsych Advances*, 27(1), 60–61. <https://doi.org/10.1192/BJA.2020.34>
- Jochmannová, L. (2019). *Psychická a vývojová traumata u dětí: shody se syndromem ADHD, rozdíly a diagnostická rozlišení*. Univerzita Palackého v Olomouci .
- Karpf, A. (2013, duben 19). Mothers on the naughty step: the growth of the parenting advice industry | Family | The Guardian. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2013/apr/19/mothers-naughty-step-donald-winnicott>

- Kazda, L., Bell, K., Thomas, R., McGeechan, K., Sims, R., & Barratt, A. (2021). Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review. *JAMA Network Open*, 4(4), e215335–e215335. <https://doi.org/10.1001/JAMANETWORKOPEN.2021.5335>
- Klasen, H., & Goodman, R. (2000). Parents and GPs at cross-purposes overhyperactivity: a qualitative study of possible barriers to treatment. *British Journal of General Practice*, 199–202.
- Koniak-Griffin, D., Logsdon, M. C., Hines-Martin, V., & Turner, C. C. (2006). Contemporary mothering in a diverse society. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(5), 671–678. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00089.x>
- Košlerová, A., & Šelepová, E. M. (2022, prosinec 8). *Kolaps dětské psychiatrie? Ignorace ministerstva mě šokuje, říká novinářka.* https://www.irozhlas.cz/zivotni-tyl/zdravi/detska-psychiatrie-kolaps-podcast-vinohradska-12-koslerova-selepova_2212080600_cen
- Lacinová, L. (2007). *Rodičovství očima matek neklidných dětí - jak se hodnotí a prožívají v roli matky.* Masarykova Univerzita v Brně, Fakulta sociálních studií.
- Lusk, S. L. (2019). A Psychoanalytic Approach to the Complexity of Understanding and Treating Patients with ADHD Beyond Childhood: The Experiences of Two Psychoanalytic Candidates. <https://doi.org/10.1080/00797308.2019.1557476>, 72(1), 61–70. <https://doi.org/10.1080/00797308.2019.1557476>
- Malá, E. (2006). Jsou hyperkinetické poruchy mýtem? *Čes. a slov. Psychiat*, 102(3), 142–148.
- Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., & Příkryl, R. (2014). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 112–117. www.psychiatriepropraxi.cz
- Maté, G. (2021). *Roztěkaná mysl. Původ a léčení poruch pozornosti.* Peoplecomm.
- Matějček, Z. (1994). *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní.* Portál.
- Matějček, Z. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství.* Portál.
- Matějček, Z., & Klégrová, Jarmila. (2011). *Praxe dětského psychologického poradenství.* Portál.

- Matějček, Z., Pokorná, M., & Karger, P. (2016). *Rodičům na nejhezčí cestu*. Portál.
- Matoušek, O., & Pazlarová, Hana. (2010). *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny : v kontextu plánování péče*. Portál.
- Mclaughlin, K. A., Sheridan, M. A., Lambert, H. K., & Mclaughlin, K. (2014). Childhood Adversity and Neural Development: Deprivation and Threat as Distinct Dimensions of Early Experience NIH Public Access. *Neurosci Biobehav Rev*, 47, 578–591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>
- McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza*. Portál.
- McWilliams, N. (2022). *Psychoanalytická psychoterapie : příručka pro praxi*. Portál.
- Meerman, S., Batstra, L., Grietens, H., & Frances, A. (2017). ADHD: a critical update for educational professionals. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298267>, 12(sup1), 1. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298267>
- Mendes, C. G., Mancini, M. C., & Miranda, D. M. (2018). Household task participation of children and adolescents with ADHD: A systematic review. *Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 26(3), 658–667. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.CTOAR1184>
- Mercer, R. T. (2004). *Clinical Scholarship Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment*.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Narad, M., Garner, A., Peugh, J., Tamm, L., Antonini, T., Kingery, K., Simon, J., & Epstein, J. (2015). Parent-Teacher Agreement on ADHD Symptoms Across Development HHS. *Psychol Assess*, 27(1), 239–248. <https://doi.org/10.1037/a0037864>
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie : nauka o nemocech duše*. Grada Publishing, a.s.
- Paclt, I. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Grada Publishing, a.s.
- Petrucelli, K., Davis, J., & Berman, T. (2019). Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 97, 104127. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2019.104127>
- Pilařová, M., & Kavale, M. (2001). *Možnosti práce s rodiči malých dětí z psychodynamického hlediska*.

- Postránecká, B. (2020, červen 10). Češi marně shánějí dětské psychology. Medici jsou bez motivace, rodiče v koncích. *Deník.cz*. <https://www.denik.cz/zdravi/psychologie-detsky-psychiatr-nedostatek.html>
- Pöthe, P. (2020). *Emoční poruchy v dětství a dospívání*. Grada Publishing, a.s.
- Pöthe, P. (2022). *Vývojová a vztahová terapie dětí*. Portál. /psychologie/vyvojova-a-vztahova-terapie-deti/
- Příhodová, I. (2011). Porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD) | Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 107(4), 408–418. <https://www.csnn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2011-4/porucha-pozornosti-s-hyperaktivitou-attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd-35776>
- Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD - variabilita v dětství a dospělosti* (Roč. 1). Karolinum.
- Reimann-Höhn, U. (2018). *ADHD a ADD v dospívání : dozrávání a překonávání krizí* (1. vyd.). Portál.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24–31. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2013.04.026>
- Richards, J. S., Vásquez, A. A., Rommelse, N. N. J., Oosterlaan, J., Hoekstra, P. J., Franke, B., Hartman, C. A., & Buitelaar, J. K. (2014). A follow-up study of maternal expressed emotion toward children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): relation with severity and persistence of ADHD and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(3). <https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2013.11.011>
- Röhr, H.-P. (2018). *Sebeúcta u dětí. Jak ji pěstovat a chránit*. Portál.
- Říčan, P., Krejčířová, D., & Et.al. (2006). *Dětská klinická psychologie*. Grada Publishing, a.s.
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

- Salomonsson, B. (2017). Interpreting the inner world of ADHD children: psychoanalytic perspectives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *12*, 1298269. <https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1298269>
- Sanders, S., Thomas, R., Glasziou, P., & Doust, J. (2019). A review of changes to the attention deficit/hyperactivity disorder age of onset criterion using the checklist for modifying disease definitions. *BMC Psychiatry*, *19*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/S12888-019-2337-7/FIGURES/1>
- Satirová, V. (2006). *Kniha o rodině*. Práh.
- Sedgwick, J. A., Merwood, A., & Asherson, P. (2019). The positive aspects of attention deficit hyperactivity disorder: a qualitative investigation of successful adults with ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *11*(3), 241–253. <https://doi.org/10.1007/S12402-018-0277-6/FIGURES/1>
- Sethi, C. (2019). Mothering as a relational role: Re-evaluating everyday parenting occupations. <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1666423>, *27*(2), 158–169. <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1666423>
- Sheridan, M. A., & McLaughlin, K. A. (2014). Dimensions of Early Experience and Neural Development: Deprivation and Threat. *Trends in cognitive sciences*, *18*(11), 580. <https://doi.org/10.1016/J.TICS.2014.09.001>
- Schlomer, G. L., & Belsky, J. (2012). Maternal age, investment, and parent-child conflict: A mediational test of the terminal investment hypothesis. *Journal of Family Psychology*, *26*(3), 443–452. <https://doi.org/10.1037/a0027859>
- Simon, R. W., & Caputo, J. (2018). The Costs and Benefits of Parenthood for Mental and Physical Health in the United States: The Importance of Parenting Stage: <https://doi.org/10.1177/2156869318786760>, *9*(3), 296–315. <https://doi.org/10.1177/2156869318786760>
- Singh, I. (2011). A disorder of anger and aggression: Children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social Science & Medicine*, *73*(6), 889–896. <https://doi.org/10.1016/J.SOCSCIMED.2011.03.049>
- Smelter, R. W., Rasch, B. W., Fleming, J., Nazos, P., & Baranowski, S. (1996). Is Attention Deficit Disorder Becoming a Desired Diagnosis? *The Phi Delta Kappan*, *77*(6), 429–432.

- Snyder, S. M., Rugino, T. A., Hornig, M., & Stein, M. A. (2015). Integration of an EEG biomarker with a clinician's ADHD evaluation. *Brain and behavior*, 5(4), 1–17. <https://doi.org/10.1002/BRB3.330>
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny* (2. vyd.). Portál.
- Stanovich, K. E. (1986). Matthew effects in reading: Some consequences of individual differences in the acquisition of literacy. *Reading Research Quarterly*, XXI(4), 360–407.
- Stárková, L. (2016). ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*, 17(1), 16–21. www.pediatricpropraxi.cz
- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Albert, 196.
- Stuart, J. (2007). Work and Motherhood: Preliminary Report of a Psychoanalytic Study. *The Psychoanalytic Quarterly*, 76(2), 439–485. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2007.tb00264.x>
- Šedřová, K., & Švaříček, R. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.
- Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 13(4), 148–150. www.psychiatriepropraxi.cz
- Tyrrell, M. (2019). *Prerámování v terapii jako umění vidět věci jinak* | Nakladatelství Portál. <https://nakladatelstvi.portal.cz/nakladatelstvi/aktuality/98729/preramovani-v-terapii-jako-umeni-videt-veci-jinak>
- Uhlíř, J. (2020). *ÁDÉHÁDĚ - Jak na emoce dětí s ADHD*. Nakladatelství Dr. Josef Raabe.
- Urbanovská, E. (2010). *Škola, stres a adolescenti*. Univerzita Palackého v Olomouci. https://ipac.svkk1.cz/ar1-kl/cs/detail-kl_us_cat-0761388-skola-stres-a-adolescenti/
- Wakefield, J. C. (2013). DSM-5: An Overview of Changes and Controversies. *Clinical Social Work Journal* 2013 41:2, 41(2), 139–154. <https://doi.org/10.1007/S10615-013-0445-2>
- Wolraich, M. L., Chan, E., Froehlich, T., Lynch, R. L., Bax, A., Redwine, S. T., Iyemba, D., & Hagan, J. F. (2019). ADHD diagnosis and treatment guidelines: A historical

perspective. *Pediatrics*, 144(4), 20191682. <https://doi.org/10.1542/PEDS.2019-1682/76959>

World Health Organization. (2023a). *ICD-11*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

World Health Organization. (2023b). *MKN-10*. <https://mkn10.uzis.cz/>

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1: Abstrakt diplomové práce

PŘÍLOHA 2: Abstract of Thesis

PŘÍLOHA 3: Informovaný souhlas o účasti ve studii (šablona)

Příloha 1: **Abstrakt diplomové práce**

Abstrakt diplomové práce

Název práce: Subjektivní reflexe podpory dětí s ADHD očima matek

Autor práce: Mgr. Jana Zvěřinová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 91, 171 557

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 110

Abstrakt: Tato magisterská diplomová práce se zabývá zkoumáním subjektivního rozměru podpory dětí s ADHD optikou jejich matek. ADHD je diagnostická ateoretická jednotka, mezi jejíž pozorovatelné symptomy patří impulzivita, hyperaktivita a nepozornost. Cílem práce je přinést ucelené informace založené na autentických výpovědích dotčených žen. Teoretická část práce se zabývá teoretickým ukotvením syndromu ADHD v souvislosti s rodinným uspořádáním. Výzkumné otázky se týkají reflexe odborné pomoci dětem s ADHD, reflexe vlastních a dalších zdrojů ve vztahu k obtížím dítěte. Výzkumný soubor tvořilo deset respondentek ve věku 37 až 50 let, jejichž dětem bylo v době rozhovorů 9 – 15 let. K získání dat sloužily polostrukturované rozhovory, které byly po přepisu analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Bylo nalezeno několik významných témat a subtémat, které reflektují reálné potřeby dotázaných respondentek. Zjištěné kategorie nesou odpovědi na všechny výzkumné otázky. Práce také nese přesah do praxe.

Klíčová slova: ADHD, mateřství, podpora, dětství

Příloha 2: **Abstract of Thesis**

Abstract of Thesis

Title: Subjective point of view taken by mothers concerning the support provided to children with ADHD

Author: Mgr. Jana Zvěřinová

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 91, 171 551

Number of appendices: 3

Number of references: 110

Abstracts: This master's thesis explores the subjective point of view taken by mothers concerning the support provided to children with ADHD. ADHD is a atheoretical diagnostic unit where symptoms, such as impulsivity, hyperactivity and attention deficiency, can be seen. The aim of this work is to provide comprehensive information based on the authentic experience of the women concerned. The theoretical part of the thesis deals with the theoretical anchoring of ADHD syndrome in the context of family structure. The research questions concern reflections of professional assistance provided to children with ADHD and reflection of mothers' own and other resources in relation to difficulties of these children. The research sample consisted of ten female respondents aged 37 to 50 whose children were 9 to 15 years of age at the time of the interviews. Semi-structured interviews were used to collect data, which were transcribed and then analyzed using interpretative phenomenological analysis (IPA). Several significant themes and subthemes were identified that reflect the real needs of the interviewees. The observed categories carry answers to all the research questions. Thus, the thesis has relevance in practice.

Key words: ADHD, motherhood, support, childhood

Příloha 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o výzkumu: Cílem magisterské diplomové práce je zachytit, zmapovat a popsat prožívání matek dětí v kontextu pomoci dětem s diagnostikovaným syndromem ADHD. Bude využito polostrukturovaného rozhovoru, jehož zvukový záznam bude nahráván. Získaná data budou dále zpracována. Výzkumu se zúčastní alespoň deset respondentek. Samozřejmostí je zachování všech etických požadavků a pravidel.

Práci bude připravovat Mgr. Jana Zvěřinová, e-mail: jana.zverinova01@upol.cz, telefon

Prohlášení

Já níže podepsaná,
jméno a příjmení:
kontaktní adresa:

potvrzují, že

- a) jsem se seznámila s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím se svojí účastí v tomto výzkumu;
- c) beru na vědomí, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat, a toto rozhodnutí nemusí být zdůvodněno;
- d) byly mi zodpovězeny moje dotazy a nejasnosti.

Zároveň prohlašuji, že souhlasím se zveřejněním zcela anonymizovaných výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím.

Moje poznámky a připomínky:

Potvrzují, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

V dne.....

Podpis: