

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

DIAGNOSTIKA ADHD V DOSPĚLOSTI

DIAGNOSIS OF ADULT ADHD



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Karolína Štípská**

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

Olomouc

2023

Chtěla bych poděkovat vedoucímu své práce, doc. PhDr. Radku Obereignerů, Ph.D. za pomoc při psaní této práce a ochotu vůbec mi dovolit zpracovat toto téma. Také bych chtěla poděkovat jmenovitě Mgr. Aleně Moudré, Ph.D. za její značnou pomoc, a to jak odbornou, tak morální. Děkuji i ostatním přátelům a blízkým, kteří tu byli pro mě.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Diagnostika ADHD v dospělosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 31.3.2023

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	3
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	ADHD	7
1.1	Definice ADHD dle DSM-5 a jeho ekvivalent v MKN-10 a ICD-11	7
1.2	Definice ADHD dle DSM-5 a jeho ekvivalent v MKN-10 a ICD-11	9
2	Diagnostika ADHD v dospělosti	25
2.1	Diagnostická kritéria ADHD dle DSM-5	25
2.2	Doporučené postupy při diagnostice ADHD v dospělosti	28
2.3	Screening	29
2.4	Klinický rozhovor	30
2.5	Strukturovaný diagnostický rozhovor	32
2.6	Klinické inventáře	34
2.7	Neuropsychologické testy	35
	VÝZKUMNÁ ČÁST	37
3	Výzkumný problém	38
3.1	Cíl výzkumu	38
3.2	Výzkumné otázky	39
4	Typ výzkumu a použité metody	40
4.1	Aplikovaná metodika	40
4.2	Výzkumný soubor	40
4.3	Metoda získávání dat	41
4.4	Etické hledisko	43
4.5	Způsob analýzy dat	43
5	Výsledky výzkumu	45
5.1	Výsledky analýzy rozhovorů s respondenty-pacienti	45
5.2	Výsledky analýzy rozhovorů s respondenty-odborníky	52

6	Zodpovězení výzkumných otázek.....	60
7	Diskuze.....	62
8	Závěr	64
9	Souhrn.....	65
	LITERATURA	66
	PŘÍLOHY	78

ÚVOD

Tato práce se zabývá problematikou diagnostiky ADHD u dospělé populace v České republice, a to jak z hlediska pohledu a diagnostickému přístupu odborníků, tak z hlediska patientského úhlu pohledu. Přináší tak údaje ze dvou poměrně odlišných zdrojů a snaží se sblížit teorii s praxí.

Téma ADHD v dospělosti se týká více lidí, než si psychologická i psychiatrická odborná obec dlouhou dobu myslela, a v České republice se mu dostává prostoru a pozornosti až v poslední době. Je tak velice cenné a relativně neprozkoumané podívat se stav a možnosti diagnostikování této diagnózy v dospělém věku u nás. Tato práce tak přináší informativní přesah, jehož závěry lze v budoucnosti přenést do dobré praxe v diagnostice ADHD v dospělém věku.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ADHD

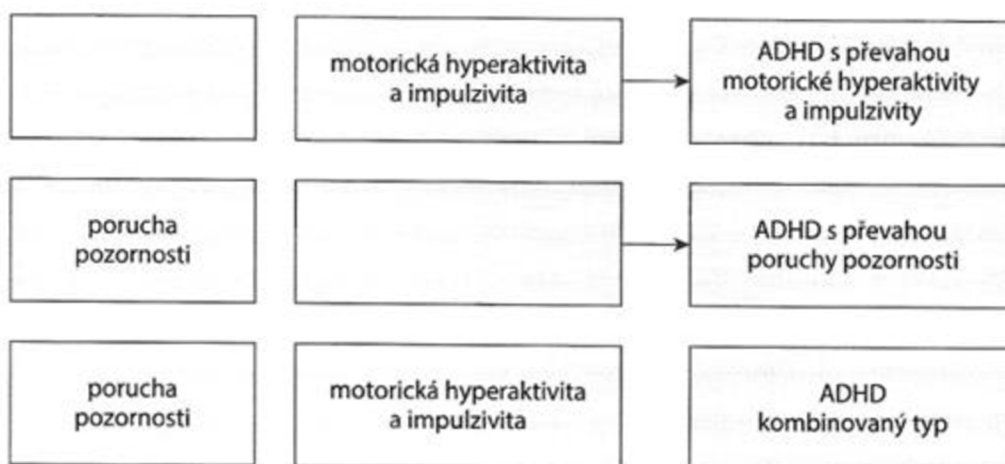
Tato kapitola přibližuje základní informace o ADHD, jako jsou ukotvení této diagnózy v diagnostických manuálech, epidemiologie, historický vývoj diagnózy a klinický obraz ADHD jak u dětí, tak u dospělých. Popisu ADHD u dospělých je věnována větší pozornost než u dětí, a to z toho důvodu, že ADHD v dětském věku není předmětem výzkumu této práce.

1.1 Definice ADHD dle DSM-5 a jeho ekvivalent v MKN-10 a ICD-11

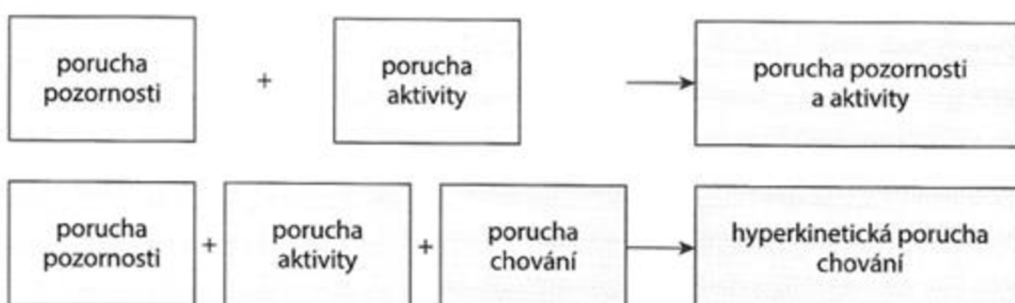
Název ADHD je zkratkou pro Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, jež je podle 5. revize Diagnostického Statistického Manuálu (dále také DSM-5) neurovývojová porucha typická třemi základními symptomy – nepozorností, hyperaktivitou a impulzivitou (Miovský, 2018). V rámci 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále také MKN nebo MKN-10) hovoříme o hyperkinetickém syndromu, jež zahrnuje dva podtypy, a to poruchu pozornosti a aktivity (jež odpovídá popisu ADHD) a hyperkinetickou poruchu chování, která popisuje situaci, kdy se k problémům přidává také porucha chování (ta může mít často podobu například agresivity, opozičního vzdoru apod.), přičemž Žáčková a Jucovičová (2017) také vysvětlují, že úhel pohledu, který přináší právě MKN, spolu s jejími termíny, se využívá zejména ve zdravotnictví (v rámci českého zdravotnického systému je to ostatně povinné), zatímco ve školství či pedagogicko-psychologickém poradenství (a já bych dodala, že v poslední době naštěstí i v psychoterapeutických kruzích) je využíván právě termín ADHD, se kterým bude dále pracovat i tato práce, a to zejména nedobré uchopení diagnózy v MKN-10. Drtílková et al. (2007) upozorňují, že kvůli přísnějším diagnostickým kritériím hyperkinetické poruchy je v Česku patrně množství nediodagnostikovaných dětí, které takto nedostanou léčbu, ze které by jinak těžily, a kterou by jim přijetí diagnózy ADHD umožnilo. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí v době psaní této práce není bohužel ještě stále k dispozici v oficiálním českém překladu, můžeme tedy o tomto zdroji hovořit jako o International Classification of Diseases (11th revision), ve zkratce ICD-11 a využívat zdroj v angličtině ve volném překladu; zde nalezneme Attention Deficit Hyperactivity Disorder, tedy právě ADHD, kdy ICD-11 pojetí se tomu z DMS-5 již značně blíží, a v podstatě mu odpovídá. Výzkumná část této práce také přinesla potvrzení toho, že i mezi českými odborníky panuje shoda na používání pojmu ADHD

i přes to, že pro systém pojištění je třeba vykazovat diagnózy podle MKN. Paclt (2007) pak například hned v úvodu první kapitoly knihy *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* označuje hyperkinetický syndrom s poruchou pozornosti jako přímý překlad ADHD. Tato praxe brát hyperkinetický syndrom dle MKN-10 a ADHD dle DSM-5 jako tutéž diagnózu s využitím definice ADHD je tedy běžnou praxí, přestože samy diagnostické manuály toto netvrdí (kromě odlišnosti v obsahu definic těchto diagnózto můžeme rychle zhodnotit podle toho, že v manuálu DSM-5 nenajdeme u kapitoly ADHD odpovídající MKN-10 kód, který je jinak u jiných diagnóz, kde se názor DSM a MKN shoduje, uvedený).

Rozkol mezi těmito systémy také velmi dobře graficky zpracovaly Žáčková a Jucovičová (2017, str. 15), proto zde jejich zobrazení uvedu, nejprve znázornění chápání ADHD podle DSM-5:



A zobrazení chápání hyperkinetické poruchy podle MKN-10 (Žáčková a Jucovičová, 2017, str. 15).



1.2 Definice ADHD dle DSM-5 a jeho ekvivalent v MKN-10 a ICD-11

Z existence různých přístupů k vymezení ADHD je patrné, že získávání dat ohledně prevalence této poruchy v populaci může být poměrně komplikované právě pro různé rozpětí toho, co „ADHD ještě je“ dle různých systémů. Přesto jsou zde epidemiologické údaje, ostatně tak jako při každé diagnóze či jiném jevu, podstatné informace, z nichž je třeba těžit, snažili se řešit danou problematiku komplexně.

Při pohledu na zahraniční literaturu nalzáme nejčastěji shodu na prevalenci ADHD u dětí kolem 5 % (Agnew-Blais et al., 2016; Mohammadi et al., 2021), přičemž ovšem někteří autoři docházejí k výrazně vyšším číslům. To je patrné dáno jednak metodologií v daných případech, jednak právě vydefinováním ADHD v daných studiích. Problém samozřejmě přetrvává i u zjišťování prevalence ADHD v dospělosti. Kessler et al. (2006) odhaduje výskyt ADHD v dospělosti na 4,4 %. Faraone & Biederman (2005) dochází například k závěrům, kdy 2,9 % dospělé populace má ADHD při použití úzké definice (narrow ADHD), a dokonce až 16,4 % lidí spadá do jejich širší definice ADHD, tedy lidí s podezřením na ADHD, u nichž by mělo mít smysl dále potvrdit či vyvrátit hypotézu diagnózy ADHD. Čísla se také liší z pohledu genderu (děti), tento rozdíl je stále patrný, avšak menší v dospělosti; (Drtílková et al. (2007) upozorňuje, že to může být způsobeno tím, že se u chlapců ADHD v dětství projevuje více „navenek,“ nejvýraznější je hyperaktivita, což přispívá k jejich častější diagnostice než u dívek, které jsou více „ztracené ve svém vlastním světě.“

1.1.1. Prevalence ADHD v dospělosti v České republice

Pro tuto diplomovou práci by bylo samozřejmě ideální mít k dispozici česká data. Vňuková et al. (2021) se pokusila tyto údaje získat za pomoci výzkumu, který prevalenci ADHD u dospělých odhadl za pomoci screeningového dotazníku ASRS. Tento dotazník však neslouží dobře pro stanovení diagnózy. Jedná se opravdu pouze o screening, neboť sice zachycuje dobře lidi s ADHD, ale vysoké skóre zároveň mohou vycházet i lidem bez ADHD, jedná se tedy o tzv. falešnou pozitivitu. Autoři české studie si toho samozřejmě byli vědomi a zdůrazňují, že svá data prezentují jako prevalenci ADHD symptomatologie a nikoli diagnózy ADHD jako takové. Jejich záměr byl následně respondenty, které ASRS zachytil jako potenciálně s ADHD, psychiatricky podrobně vyšetřit a zpřesnit tak údaje získané za pomoci ASRS (Vňuková et al., 2021); k druhé části výzkumu však prozatím nedošlo. Jejich šetření je

však stále jediným pokusem o zachycení prevalence ADHD v dospělé populaci v České republice, a proto považují za relevantní uvést zde jejich výsledky.

(Vňuková et al., 2021) uvádí, že jejich šetření proběhlo na 1518 respondentech (z toho na 766 mužích) ve věku od 18 do 65 let s průměrným věkem 41,56 let ($SD = 13,64$). Do výzkumu nebyli zařazeni respondenti, u nichž byla přítomna vážná neuropsychiatrická porucha (mentální retardace, schizofrenie a jiné psychózy, vážné formy afektivních poruch, demence, závislosti a neurodegenerativní onemocnění). Zařazeni nemohli být ani respondenti se somatickým onemocněním, které může mít vliv na kognitivní funkce jedince, jako jsou kardiovaskulární, cerebrovaskulární a endokrinologická onemocnění. Rovněž byli vyřazeni lidé užívající látky (drogy), které by mohly mít efekt na kognitivní funkce (Vňuková et al., 2021). Autoři blíže nerozebírají, proč tyto respondenty vyřadili, je však patrné, že jsou to právě tato onemocnění, která by mohla v ASRS skórovat falešně pozitivně.

Z těchto 1518 respondentů pak 3 % reportovalo, že byli s ADHD již v minulosti diagnostikováni, nejčastěji v dětství (v průměru v 9,85 letech, v absolutních číslech byla většina před 10. rokem věku), byť několik jednotlivců dostalo diagnózu ADHD až v dospělosti, což podle autorů poukazuje na to, že i v České republice začíná být ADHD pomalu brána jako celoživotní, nikoli pouze dětská diagnóza (Vňuková et al., 2021).

U 119 respondentů, což odpovídá 7,84 % z celkového počtu, byl výsledek ASRS dostatečně vysoký, aby poukazoval na podezření na ADHD, přičemž byly patrné jisté rozdíly v genderu, věku a úrovně dosaženého vzdělání, tedy muži skórovali o trochu více než ženy, mladší lidé skórovali více než starší a lidé s vyšším vzděláním skórovali méně než ti s nižším vzděláním (Vňuková et al., 2021).

Výsledek 7,84 % je tak vyšší, než s jakým se pro ADHD v dospělosti v literatuře většinou můžeme setkat, byť například Yallop et al. (2015) k podobně vysokým číslům dochází. Je však možné (a z povahy ASRS pravděpodobné), že druhý krok české studie, tedy kvalitativní posouzení respondentů, by přineslo jiné výsledky a bude jistě zajímavé si na ně počkat. Pro účely této práce však nezbývá podotknout, že takto vysoká čísla dokazují důležitost daného tématu, potřeby dalšího výzkumu v České republice a také zajištění dostupnosti a odbornosti péče o dospělé s ADHD.

1.2. Vývoj chápání diagnózy ADHD

Diagnóza ADHD podstoupila během své existence celou řadu stádií, a i nyní se její chápání odbornou veřejností neustále posouvá. Tento posun je v posledních letech značný a je proto důležité, aby si odborníci, kteří se ADHD zabývají (ať už výzkumně či prakticky) byli nejnovějších vědeckých poznatků vědomi. To však může být náročné. Následující podkapitola má za úkol seznámit čtenáře mimo jiné s historickými miskoncepcemi o ADHD, které jsou již považovány za překonané, avšak které mohou v některých případech stále ovlivňovat pohled lidí (až už odborníků, tak i laiků) na ADHD.

První medicínské popisy

Samotný pojem ADHD, tedy Attention Deficit and Hyperactivity Disorder či česky Porucha pozornosti a hyperaktivity byl zaveden až roku 1987 při vydání DSM-III-R (Ptáček & Ptáčková, 2019), avšak pod jinými názvy – a v trochu jiném pojetí, když přijde na jeho chápání – se tento koncept objevoval již mnohem dříve. Co se medicínské literatury týče, někteří autoři upozorňují, že jako první by měl být zmiňován německý lékař Melchior Adam Weirkard, který v roce 1775 popisoval „*nedostatek pozornosti*“ (Barkley & Peters, 2012), častěji však uslyšíme o siru Alexandrovi Crichtonovi, který ve svém díle publikovaném roku 1798 věnoval celou kapitolu popisu pozornosti a jejím poruchám, byť tvrdí, že tyto poruchy jsou typické pouze pro dětství a v dospělosti vymizí, nebo o Heinrichu Hoffmannovi, který v roce 1864 vydává v podstatě jednu z prvních učebnic dětské psychiatrie, kterou založil na kazuistikách ze své praxe – příběh o mladém *Neposedném Filipovi* popisuje situaci u rodinného oběda, na který se Filip nesoustředí (Hoffmann však upozorňoval, že nejde jen o tuto jednotlivou situaci, ale o projev potíží, které se opakují dlouhodobě) a popisuje tak projevy, které by dnes byly s největší pravděpodobností označeny jako ADHD (Ptáček et al., 2020).

Tyto popisy jsou nicméně ze své povahy klinické, a patrně proto se úplně nejčastěji při debatě o počátcích medicínskému popisu ADHD setkáváme se jménem sira George Frederica Stilla, britského pediatra, který v roce 1902 vyšetřoval řadu neklidných dětí, jež však pocházely z domácností poskytujících jim „dobrou výchovu,“ přesto u nich popsal celou řadu problémů s hyperaktivitou, nepozorností, problémy s učením a chováním, přičemž vzhledem k tomu, že nemohl za příčinu označit prostředí a nefungovaly výchovné prostředky, uvažoval, že patrně půjde o biologickou příčinu. (Drtilková et al., 2007). Still zavedl pojem „*defekt morální kontroly*,“ který zahrnoval popisy nejen (z dnešního pohledu) ADHD, ale i disociální poruchy osobnosti nebo psychopatií. Jeho přínosem je však snaha o klasifikaci (Ptáček et al., 2020).

Snaha o etiologické vysvětlení – přístupy na bázi organického poškození, především lehká mozková dysfunkce

Do této doby tedy docházelo především k popisu pozorovaných symptomů, postupně se však věda snažila pátrat také po etiologii. Po epidemii encephalitis lethargica, což bylo onemocnění, kde přeživší děti často vykazovaly známky hyperaktivity a impulzivity (Drtilková et al., 2007; Nejedlý, 2023), začala vznikat myšlenka, že tyto odlišnosti u dětí mohou mít organickou příčinu, což bylo dále podporováno nalezením těchto problémů u předčasně narozených dětí, epileptiků, dětí po úrazech apod. Argumentem bylo i první úspěšné použití stimulantů k léčbě těchto lidí, kterou praktikoval Bradley (1937, citováno v Carlew & Zartman, 2016). Nejpoužívanějším pojmem se stalo „*minimální mozkové poškození*“ (*minimal brain damage*), ale používalo se například také *brain injured child*, *chronic brain syndrome*, *cerebral dysfunction* a další (Ptáček et al., 2020). V ČSSR se začal užívat pojem lehká dětská encefalopatie, jež zavedl Kučera (1961, citováno v Nejedlý, 2023) Eventuálně byla tato teorie tak populární, že se začalo diagnostikovat i pouze na základě klinických projevů, tedy bez potvrzení organické příčiny. Za hlavní znak „*minimálního mozkového poškození*“ byla považována hyperaktivita, avšak označení bylo užíváno široce, např. i při poruše pozornosti, poruch chování, řeči či intelektu. Výzkum však tuto teorii nutně nepotvrzoval (Ptáček et al., 2020).

I proto, a také z důvodu sjednocení terminologie a diagnostických kritérií, navrhla Oxfordská mezinárodní studijní skupina dětské neurologie název „*lehká mozková dysfunkce*“ (*minimal brain dysfunction*), v češtině používaná ve zkratce LMD, v jejímž středu stojí odchylky funkce CNS, jež mohou způsobovat širokou škálu problémů – samotná definice mluví o „*oslabení v percepci, konceptualizaci, řeči, paměti a kontrole pozornosti, impulzivity a motorických funkcí*“ (Clements, 1966, s. 9-10). Clements (tamtéž) také upozorňuje na to, že LMD nezahrnuje postižení intelektu a může vyvstat na základě různých důvodů, obecně se však jedná o nevyzrálou CNS; nabízí také značný seznam symptomů, které tyto děti¹ vykazují a podle nichž lze LMD poznat a diagnostikovat, přičemž většina z nich je behaviorálního charakteru a zahrnuje i dnes zvlášť klasifikované potíže, jako například poruchy učení či smyslové obtíže. Drtilková et al. (2007) upozorňují, že je u nás užívání pojmu LMD běžné ještě na začátku 21. století, v době vydání jejich monografie, byť je nepochybně chybné, neboť je její koncept příliš široký a heterogenní, aby mohl dobře sloužit ke klasifikaci, ať už z hlediska etiologie či léčby (pro léčbu LMD se například často užívaly nootropika, která jsou pro léčbu

¹ O dospělých se Clements nezmiňuje, koncept LMD pracuje pouze s dětmi (Clements, 1966).

ADHD nevhodná). Bradleyho použití stimulantů v roce 1937 bylo sice úspěšné, v roce 1973 však Wender upozorňuje, že tomu tak není u všech dětí klasifikovaných jako LMD (1973, citováno v Drtílková et al., 2007).

Práce Americké psychiatrické společnosti – Diagnostické statistické manuály

Další vývoj víceméně dodnes diktuje Americká psychiatrická společnost a její Diagnostický a statistický manuál. DSM-II zavádí pojem *Hyperkinetická dětská (či adolescentní) reakce (Hyperkinetic reaction in childhood or adolescence)*, která nemá být klasifikována, pakliže je její výskyt sekundární k organickému poškození (American Psychiatric Association, 1968); na rozdíl od předchozích konceptů tak nesouhlasí se striktní organickou etiologií (Drtílková et al., 2007). DSM-III, vydaný v roce 1980, přináší zrod termínu *porucha pozornosti (Attention Deficit Disorder, ADD)*; ta může mít subtyp, při kterém se vyskytuje i hyperaktivita, DSM-III však uvádí, že ještě není jisté, zda jsou ADD a forma s hyperaktivitou² dvě různé poruchy či pouze variace téhož. Mluví také o ADD reziduálního typu, kdy hyperaktivita byla dříve přítomná a v současnosti není, ale ostatní symptomy přetrvávají (American Psychiatric Association, 1980). Kromě odklonu od předpokladu organické příčiny a následnému zaměření se na hyperaktivitu se tak DSM-III ještě dále přesunula k přesvědčení, že v jádru problému stojí nepozornost, nikoli hyperaktivita, což bylo něco, co zdůrazňovala kanadská psychologka Douglas (1972), jež se věnovala hyperaktivním dětem, a která podle Barkley (2018) sehrála významnou roli právě ve formování kategorie ADD v DSM-III. Podle Mayes & Horwitz (2005) si DSM-III velmi zakládalo na „vědeckém“ přístupu oproti předešlým vágnějším kategoriím založených často na klinických pozorováních. Byla vytvořena diagnostická kritéria a podmínka počátku (on-set) projevů před sedmým rokem (American Psychiatric Association, 1980).

DSM-III si tedy samo nebylo jisté, zda je porucha pozornosti bez hyperaktivity taxonomicky odlišnou jednotkou od poruchy pozornosti s hyperaktivitou. Výzkum ukázal, že jsou tyto skupiny značně odlišné, avšak více se věnoval dětem s hyperaktivitou. Z tohoto důvodu byla v roce 1987 v nové revizi známé jako DSM-III-R kategorie ADD nahrazena pojmem ADHD, tedy poruchou pozornosti a hyperaktivity, jakožto fenoménu, který byl více prozkoumán, a ADD nebylo rozeznáváno jako jeho subtyp, ale odsunuto mimo jako „nerozlišené ADD“ a minimální definicí, což Barkley (2018), který se na vývoji těchto kategorií

² Ptáček et al. (2020) mluví o zrodu termínu ADHD, pravdou však je, že DSM-III mluvilo pouze o ADD, případně ADD+H a ADD-H (Barkley, 2018), byť je patrné, že ADD+H odpovídá dnešnímu ADHD.

podílel, vysvětluje právě tím, že k detailnějšímu popisu ADD nebyly dostatečné opory ve výzkumu.

Před vydáním 4. revize DSM docházelo k stále dalším výzkumům, kdy značná část z nich poukazovala na to, že „nedostatek pozornosti“ není nutně něco, co by dokázalo dobře vysvětlit symptomy ADHD, a že se jako lepší vysvětlení ukazuje narušení dalších exekutivních funkcí, především motivace, což vedlo mimo jiné k debatě, zda je narušení motivačních procesů tedy skutečně problémem neurologického rázu nebo jde o nedostatečnou výchovu (Barkley, 2018). Nové poznatky přinesly také zobrazovací metody, které skutečně ukázaly určité odlišnosti, a genetické výzkumy. DSM-IV, vydané roku 1994, se později s novými závěry terénních výzkumů vypořádalo zavedením tří subtypů: převážně nepozorný, převážně hyperaktivní a kombinovaný. Důraz na „převážnost“ některého ze základních symptomů dovoľoval vysvětlit problémy dítěte v dané kategorii, aniž by nutně vylučoval přítomnost méně závažných problémů z jiné kategorie, které již nebyly tak striktně oddělené (Conners, 2000). Byť je kombinovaný typ nejčastější, Drtílková et al. (2007) upozorňují na nepozorný typ, u kterého mohou být děti při své netečnosti a zasněnosti dokonce pohybově méně aktivní než jejich vrstevníci. Změna proběhla také v názvu – z Attention Deficit and Hyperactivity Disorder na Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, což se může zdát jako malá změna, měla však implementovat právě důraz na možnost mít problémy pouze v jedné oblasti (nepozornosti nebo hyperaktivitě/impulzivitě), což český překlad, který je stále „porucha pozornosti s hyperaktivitou,“ nereflektuje, jak poukazuje Nejedlý (2023), jež navrhuje například překlad „porucha pozornosti a/nebo hyperaktivity.“ DSM-IV také zmiňuje možnost přetrvání poruchy až do dospělosti, byť tuto možnost dále nerozebírá (American Psychiatric Association, 1994).

Vydání 5. revize DSM (DSM-V nebo DSM-5³) roku 2013 je pro koncept ADHD v mnoha aspektech přelomové. ADHD již není chápáno jako dětská porucha, ale porucha celoživotní, což se odráží v přejmenování celé kategorie, do které ADHD spadá, na neurovývojové poruchy. Podmínka, aby se první symptomy poruchy projevíly před sedmým rokem, byla zvednuta na 12. rok života. Samotná definice ADHD se tolik nezměnila, avšak subtypy byly nahrazeny slovem *presentation* (klinický obraz, klinická manifestace, prezentace) pro zdůraznění, že převaha symptomů se může měnit v čase (například dříve převážně nepozorné dítě je v dospívání pohybově klidnější, ale více nepozorné), zatímco subtypy naznačovaly určitou stálost (Barkley, 2018). Je třeba říci, že se však v české literatuře stále

³ Pro první až čtvrté vydání se užívá zápisu čísla vydání římskými číslicemi, zatímco u DSM-5 je běžné použití číslice arabské. Pro sounáležitost s literaturou bude tedy v této práci užíváno označení DSM-5.

s termínem (sub)typy setkáváme (například (Drtílková & Fiala, 2016; Miovský et al., 2018; Ptáček et al., 2020; Ptáček & Ptáčková, 2019). Nově se také ADHD nevyklučuje s poruchou autistického spektra, ale je možné diagnostikovat obě najednou (American Psychiatric Association, 2013; Raboch et al., 2015).

Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikaci nemocí vydává Světová zdravotnická organizace a představuje systém diagnóz, kterými se řídí český zdravotnický systém. Ptáček et al. (2020) hodnotí, že je systém od APA od překonání konceptu lehké mozkové dysfunkce inovativnější než MKN, a to až dodnes. Přesto, právě pro použití MKN v rámci systému českých zdravotních pojišťoven, je třeba se s MKN přistupy hrubě seznámit. MKN-6 (1948) zahrnuje „*Primární poruchu chování v dětství*“, kterou téměř beze změny nalézáme i v MKN-7 (1955). Svým širokým záběrem škály symptomů a etiologie, odpovídá znalostem tehdejší doby, a ačkoliv je následná MKN-8 (1965) jako celek velmi odlišná od svých předchozích verzí, a její „*Porucha chování v dětství*“ je stále neurčitá (Ptáček et al., 2020).

Teprve MKN-9 (1979) přináší skutečnou změnu, a to kategorii „*Hyperkinetický syndrom v dětství*“, (*Hyperkinetic syndrom of childhood*) který je dále členěn na *Jednoduchou poruchu aktivity a pozornosti*, *Hyperkinesis s opožděním vývoje* (např. problémy s řečí nebo se čtením) a *Hyperkinetickou poruchu chování*⁴ (problém se sebeřízením, ale bez opoždění vývoje) (World Health Organization, 1977). MKN-10 zavádí kategorii *Hyperkinetické poruchy*, pod niž spadají *Porucha aktivity a pozornosti* a *Hyperkinetická porucha chování*,⁵ jež představuje hyperkinetickou poruchu sdruženou s poruchou chování (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017; World Health Organization, 2019). Obecně se dá říci, že symptomy MKN-10 poměrně dobře koresponduje s DSM-III či DSM-IV, od DSM-5 se však již značně vzdaluje (Ptáček et al., 2020).

⁴ Chování je zde překlad pro „conduct“, což vyjadřuje také řízení, v psychologii často chápáno jako podání výkonu, co se sociálního chování týče (zda se chová přiléhavě situaci), vizte <https://psychologydictionary.org/conduct/>

⁵ Chování je zde opět překlad pro „conduct.“

1.3. Obraz ADHD u dospělých

Literatura týkající se ADHD v dospělosti se i ve své šíři shoduje na jednom: zatímco u dětí je nejnápadnějším a často hlavním projevem ADHD hyperaktivita, tato má v dospělosti tendenci ustupovat a manifestovat se více v podobě vnitřního neklidu, který vede ke zhoršení nepozornosti (např. Barkley, 2018; Drtílková et al., 2007; Kooij et al., 2019; Ptáček & Ptáčková, 2019). Kooij et al. (2019) rovněž upozorňují na fakt, že zatímco hyperaktivita je nápadný symptom, který bývá spíše zachycen, nepozornost a další problémy typické pro ADHD nemusí být snadné rozeznat, což může být důvodem, proč není diagnostika ADHD v dospělosti tak častá, na což v českém kontextu upozorňuje rovněž Drtílková et al. (2007). ADHD bez silných projevů hyperaktivity není však podle žádných definic „méně“ ADHD než to, kde je hyperaktivita přítomna ve větším měřítku. Ramsay (2018) k tomu dodává, že ačkoliv se snažíme ADHD rozdělit do jednotlivých samostatných symptomů, jako právě třeba nepozornost a impulsivitu, zdá se, že přerod od hyperaktivity k nepozornosti je jednoduše častá součást vývoje ADHD diagnózy v životě jedince. Z neklidu, který se projevuje navenek jako hyperaktivita, se nestane něco nového, ale je to v podstatě tentýž neklid, který je jen více internalizován a začne se projevovat více jako nepozornost, denní snění, roztěkanost.

Přesto je samozřejmě snaha o určité rozdělení na jednotlivé symptomy relevantní pro uchopení ADHD při diagnostice, kdy se můžeme na tyto dílčí části zaměřovat, pokud při tom nezapomeneme na celý kontext. Následující podkapitola má na úkol představit jednotlivé problémy/symptomy v kontextu dospělých s touto poruchou a kromě dalších zdrojů silně vychází z práce doktora Ramseyho, profesora klinické psychologie a zakladatele a ředitele Pensylvánského programu pro výzkum a péči o dospělé s ADHD, jakožto jednoho z předních odborníků na popis klinických projevů ADHD u dospělých.

1.3.1. Nepozornost

Nepozornost v kontextu ADHD není nutně o nedostatku pozornosti, ale spíše o její nevhodné distribuci. Jedním z nejmohutnějších prediktorů ADHD je rozptylovatelnost/distraktibilita⁶ (Barkley et al., 2008 citováno v Ramsay, 2018), tedy je pozornost daného člověka příliš roztržena nebo je pro daného člověka obtížné filtrovat ostatní podněty. Ramsay (2018) jako hlavní problémy vyplývající z nepozornosti jmenuje především právě rozptylovatelnost, problémy s plněním úkolů bez jejich přerušování a/nebo nedokončení,

⁶ Distractibility

dezorganizace, problémy s pracovní pamětí, problémy s vytrvalostí, špatná koncentrace, prokrastinace a špatný time management.

Dospělý člověk s ADHD se může snadno nechat rozptýlit vnějšími podněty, ale i těmi vnitřními (vlastní myšlenky, vzpomnutí si na jiný úkol, vnitřní neklid apod.), proto mohou tyto problémy trvat i v klidném prostředí. Samotná přítomnost těchto vnitřních distraktorů není to, co samo o sobě diagnosticky poukazuje na ADHD (vyskytují se i u jiných poruch/problémů, například při silných úzkostech), ale problémy s efektivním zaznamenáním a řešením těchto distraktorů už ano (Ramsay, 2018).

Problémy s plněním úkolů ve smyslu jejich úspěšného provedení a splnění, celková dezorganizace a nejrůznější problémy s pamětí mohou vést k problémům v práci či během vzdělávání, a i dospělí lidé s ADHD, kteří neměli špatné známky často své výkony ve škole reportují, že práci plně nenaplňovali svůj potenciál⁷, nedokázali splnit úkol i přesto, že např. chápali látku, ale třeba nedávali pozor při hodině. *Mind wandering* (MW) je pojem, který (Sklepníková, 2022) překládá do češtiny jako „bloudění myslí,“ avšak dále s ním pracuje v původním anglickém znění, neboť jej považuje bez českého ekvivalentu. (McMillan et al., 2013) vysvětlují, že je *mind wandering* pojem, který v kognitivních vědách a psychologii nahrazuje pojem *daydreaming*, který pro vědu zavedl a používal Singer a jedná se tedy o stejný koncept. Překlad denní snění jako ekvivalent *mind wandering* tak v některých českých pracích najdeme (např. Váňa, 2020). Nehledě na český překlad se jedná o fenomén, který byť zažívají všichni lidé, u ADHD může být přítomen v excesivním množství a být zdrojem mnoha potíží. *Excessive mind wandering* můžeme opět nalézt i u jiných diagnóz, například u OCD nebo u úzkostných poruch, pro ADHD je však typické, že se netýká jednoho tématu, je bez patrných opakujících se vzorců a jeho obsah nebývá abnormální (Kooij et al., 2019). Seli et al. (2015) upozorňují, že MW může být spontánní nebo záměrné, přičemž ve svém výzkumu prokázali, že je to právě spontánní, avšak nikoli záměrné MW, které je ústředním symptomem ADHD. Dá se měřit za pomoci Mind Excessively Wandering Scale a její použití ukazuje vysokou senzitivitu a validitu při použití u dospělých s ADHD (Mowlem et al., 2019).

Fabio et al. (2020) reportují větší problémy s pracovní i procedurální pamětí u lidí s ADHD.

Time management nebývá u jedinců s ADHD efektivní, což je patrně důsledkem mnoha zde již zmíněných problémů, jako jsou např. distraktibilita nebo dezorganizace, chtěla bych

⁷ Underperforming

však krátce zmínit ještě pojem *time blindness* neboli časová slepota. Jedinci s ADHD jsou často horší v odhadování času (jak dlouho určitá činnost trvala) a jejich impulzivita způsobuje nedostatečnou atraktivitu neurčitých odměn v budoucnosti namísto toho, co se děje tady a teď, což mimo jiné přispívá k prokrastinaci. Mette (2023) provedl analýzu výzkumů publikovaných na téma práce s časem (vnímání a rozvržení času, time management) za posledních 10 let a reportuje, že tyto výzkumy se na vztahu ADHD a problematické práce s časem shodují, značně se však liší co do uchopení teorie i metodologického přístupu, pro hlubší pochopení ADHD a práce s časem je proto třeba dalšího výzkumu. Kombinace toho, že jedinci s ADHD hůře sestavují priority, organizují si čas, špatně odhadují, jak dlouho jim daná činnost zabere a mají větší sklony k prokrastinaci vede právě ke špatnému time managementu.

Hyperfokus

Jak již bylo zmíněno, pro ADHD je typická roztržitá pozornost, která uniká na všechny možné dostupné podněty. Přesto lidé s ADHD zároveň mají velmi často zkušenost s tzv. hyperfokusem, byť se může objevit i u lidí bez ADHD (Groen et al., 2020). Hupfeld et al. (2019) provedli výzkum, ve kterém představili metodu měření hyperfokusu, které ukázalo, že dospělí s ADHD tento stav zažívají mnohem častěji, a to v různých situacích.

Hyperfokus je tedy psychologický fenomén, při kterém je pozornost naopak intenzivně zaměřena jen a pouze na jednu činnost. Hyperfocus může trvat i několik hodin v kuse (Ozel-Kizil et al., 2016). Někteří autoři uvádějí podobnost mezi hyperfokusem a flow; pro některé je hyperfocus druhem flow, pro některé je flow a hyperfocus totéž, což, jak upozorňují Ashinoff & Abu-Akel (2021), mimo jiné vede k tomu, že se špatně orientuje ve výzkumech, které na toto téma již proběhly. Sami autoři se na základě svého výzkumu přiklánějí k tomu, že se jedná o stejný fenomén vnímaný ze dvou různých úhlů pohledu, a to jednou z hlediska symptomů ADHD a jednou z hlediska pozitivní psychologie (Ashinoff & Abu-Akel, 2021). Výzkum Grotewiel et al. (2022) naopak naznačil, že mezi hyperfokusem a flow jsou značné rozdíly, je však třeba mít na paměti, že jejich výzkum proběhl pouze na osmi vysokoškolských studentech.

Předmětem hyperfokusu může být cokoliv (videohra, konverzace, shlédnutí celé řady seriálu najednou, ale i pracovní nebo výtvarný projekt), Hupfeld et al. (2019) však za nejčastější okolnosti označují situace ve škole, při věnování se koníčkům a při „screen time“ neboli trávení času na přístroji s obrazovkou jakou je mobilní telefon, tablet nebo počítač. Během hyperfokusu může člověk sedět celé hodiny v jedné poloze, nejíst, nepít, nevnímat okolí, ztratit pojem o čase, soustředí se tedy pouze na jednu věc, od které není schopen odejít. Během hyperfokusu jednotlivci mohou zažít zvýšený pocit produktivity, a silný pocit uspokojení ze své práce,

činnost je pro ně zábavná a jsou v ní výkonní, což je vede k pokračování práce po několik hodin. Nicméně ignorování čehokoliv, co zrovna není předmětem hyperfokusu může také narušit schopnost osoby přepnout se na jiný úkol nebo prioritizovat své odpovědnosti, což může vést k zanedbání dalších důležitých oblastí života, jako jsou vztahy, péče o sebe a rovnováha mezi prací a životem. Přináší proto s sebou i možné negativní externality. To, zda bude z dlouhodobého hlediska hyperfokus hodnocen pozitivně nebo negativně, tak záleží na jeho předmětu (zda se např. jednalo o něco pracovního či jinak užitečného) a co vše bylo ve prospěch hyperfokusu ignorováno (Ashinoff & Abu-Akel, 2021).

Hupfeld et al. (2019) provedli výzkum, ve kterém představili metodu měření hyperfokusu, které ukázalo, že dospělí s ADHD tento stav zažívají mnohem častěji, a to v různých situacích.

1.3.2. Hyperaktivita / impulzivita

Především v české literatuře se setkáváme s hyperaktivitou a impulzivitou jako oddělenými doménami ADHD, sám DSM-5 je však uvádí ve společném seznamu symptomů, což už samo poukazuje na jejich vzájemnou souvislost. Oboje souvisí s disinhibicí chování. Hyperaktivita popisuje přehnanou aktivitu, která je „*vývojově a kontextuálně nevhodná*,“ zatímco impulzivita je chování/reagování bez rozmyslu (Ramsay, 2018, str. 480). Jak již bylo řečeno, klasická motorická hyperaktivita s věkem většinou ustupuje a u dospělých se manifestuje více jako vnitřní neklid – což je patrně důvod, proč bylo ADHD dlouho považováno za dětskou diagnózu, ze které děti vyrostou (Ramsay, 2018).

Ramsay (2018) u dospělých mluví o „mentální hyperaktivitě,“ kterou popisuje jako soupeření s mnoha překotnými myšlenkami najednou, které nejdou vypnout. To může mít jednak přesah v podobě problémů při usínání, a je zde patrné, jak blízko si hyperaktivita s nepozorností ve skutečnosti jsou. Zde je nasnadě si uvědomit, jak blízko má pojem mentální hyperaktivita k nepozornosti, což přináší zajímavý vhled do toho, jak se z motorické hyperaktivity, pozorované více u dětí, stává nepozornost, symptom typičtější pro dospělé.

Impulzivita s sebou, mimo jiné, nese problém impulzivní compliance, kdy jedinec bez rozmyšlení něčemu řekne ano (např. souhlasí, že udělá nějaký úkol, pustí se do nového projektu v práci), což může vést k nedodržování těchto nerealistických slibů (Ramsay, 2018).

Oficiální diagnostická vodítka DSM-5 ji sice nezahrnují, impulzivita se však může projevat také jako impulzivita emocionální. Nehledě na valenci samotné emoce, která nemusí

být subjektivně pro daného člověka problematická, je to exprese této emoce (mimika, chování, řeč), která způsobí problémy s okolím (Barkley & Fischer, 2010).

1.3.3. Emoční dysregulace, emoční labilita

Mnoho dospělých s ADHD má problémy s regulováním svých emocí a emoční dysregulace (ED) tak začíná být při diagnostikování ADHD i poskytování péče lidem s touto poruchou více a více skloňována (Hirsch et al., 2018; Kiraz et al., 2020; Kooij, 2013; Shaw et al., 2014) a kromě kromě klinických a sebesposuzovacích psychometrických metod ji potvrzují i zobrazovací či fyziologická měření (Li et al., 2019; Shushakova et al., 2018). Problémy s emocionalitou byly ostatně v historických konceptech ADHD reflektovány, ale s pozdějšími vydáními DSM se od jejich akcentace postupně upustilo (Groen et al., 2020), což se ukazuje jako nepraktické. Wender (1998) ji však ve svém pojetí ADHD, jež dalo za vznik The Wender Utah Rating Scale (WURS), což je metoda pro posouzení přítomnosti ADHD, zohledňuje. Ramsay (2018) pak vysvětluje, že impulzivita, tedy dle DSM-5 ústřední symptom ADHD, může být určitým úhlu pohledu vnímána jako behaviorální projev ED.

ED může být operacionalizována například za pomoci Barkley Current Behavior Scale, která sice bohužel nemá český překlad, můžeme však díky ní pozorovat aplikaci na výzkum v zahraničí – například Surman et al. (2013) na základě jejího využití ve svém výzkumu uvádí, že 55% dospělých s ADHD reportují extrémní deficit v ED dosahující vyšší závažnosti, než reportuje 95 % dospělých bez ADHD. Barkley et al. (citováno v Surman et al., 2013) hovoří o 60 %. (Shaw et al., 2014) uvádí až 70 %. Richard-Lepouriel et al. (2016) dokonce docházejí k zjištění, že emocionalita u ADHD je intenzivnější než u bipolární poruchy. Při výzkumu ED u ADHD v kontextu rodin dochází Surman et al. (2011) k hypotéze, že ADHD s výraznými projevy ED by mohlo být rodinným podtypem⁸ ADHD.

Výzkum Shawa et al. (2014) přináší tři hlavní zjištění: 1) ED je u ADHD přítomná napříč životními obdobími a je jedním z hlavních důvodů sníženého fungování, tj. impairmentu; 2) zdá se, že tyto problémy souvisí se špatným vyhodnocováním a další prací s emocionálními stimuly; 3) ED nebývá brána v potaz při poskytování péče u ADHD, a je tedy výzvou, aby práce s emocemi byla součástí terapeutické práce s ADHD. Lenzi et al. (2018) také upozorňují na to, že navzdory její efektivitě v jiných oblastech, ADHD medikace se nezdá být

⁸ Familial subtype

schopna výrazně pomáhat s ED. Jiní autoři však naopak přinášejí výsledky potvrzující pozitivní vliv atomoxetinu (Reimherr et al., 2005) a metylfenidátu (Reimherr et al., 2007) na ED.

Shaw et al. (2014) uvádějí, že nelze přesně určit, zda jsou ED a ADHD spolu související a často komorbidní, přesto však oddělené dimenze, nebo zda je ED ústředním symptomem ADHD. Soler-Gutiérrez et al. (2023) prozkoumali literaturu dostupnou k výzkumu ED a ADHD v dospělosti a taktéž dospěli k názoru, že byť ED s ADHD bezpochyby souvisí a je významně výraznější než u zdravé populace, vzhledem k tomu, že se nejedná o ADHD specifický symptom, nemohou potvrdit, zda je ústřední pro ADHD. Výzvou do budoucna tak nebude dále potvrzovat, že ADHD s ED souvisí, neboť to se zdá jisté, ale raději odhalit principy, na základě kterých se tak děje. Nejnovější výzkum Murray et al. (2021) například přináší vzhled do dynamiky, již je ED moderátor vedoucí k tzv. zvnitřnění problémů⁹ manifestujícím později jako deprese a/nebo úzkosti. V jejich výzkumu byl tento model, již dříve zkoumaný na dětech s ADHD, potvrzený i u dospělých s touto diagnózou. (Matthies et al., 2014) ve velmi zajímavém výzkumu zjistili, že strategie potlačování negativních emocí, konkrétně smutku, je u ADHD méně efektivní než jeho akceptace. Zatímco pro kontrolní skupinu bez ADHD bylo potlačení fungující strategií, u lidí s ADHD tomu tak nebylo a trvalo déle, než smutek odezní. Zdá se tedy, že potlačování emocí, které je ovšem ve společnosti často žádoucí až vyžadované, má u lidí s ADHD negativní vliv na délku jejich zpracování a trvá déle, než emoce odezní.

1.3.4. Exekutivní dysfunkce

Mohlo by se zdát, že nedává smysl uvádět zde exekutivní dysfunkce samostatně, vzhledem k tomu, že právě pozornost je jednou z kognitivních funkcí, jež s exekutivou úzce souvisí; Koukolík (2014) uvádí, že exekutivní (řídící) funkce jsou podmnožinou těch kognitivních (poznávacích). Kovářová (2015) z přehledu literatury shrnuje, že existuje jak pojetí, kdy jsou exekutivní funkce vnímány jako součást kognitivních, tak pojetí, kdy jsou viděny samostatně, uvádí však více autorů, kteří se přiklánějí k nějaké formě prvního úhlu pohledu. Obereignerů (2019) upozorňuje, že snaha o podobnou klasifikaci těchto funkcí je vždy jednodušší než jejich skutečná komplexní problematika, a právě pozornost a pracovní paměť označuje jako oblast, kde se kognitivní a exekutivní funkce prolínají. Cílem exekutivních funkcí

⁹ Internalising problems

je pak především regulace a ovládání vlastního chování a můžeme je dělit na vůli, plánování, cílené jednání a účelné jednání (Obereignerů, 2019).

Brožek (2019) upozorňuje, že pozornost hraje v kognici speciální roli, neboť je vlastně podmínkou nebo předstupněm pro další kognitivní funkce, integruje je a je v kognici všudypřítomná. Dává tedy smysl, že vidíme-li u pacienta s ADHD problémy s pozorností, budou se s největší pravděpodobností vyskytovat potíže i v těchto dalších oblastech. ADHD je tak stále více chápáno jako syndrom, v jehož jádru stojí poruchy exekutivních funkcí (Arellano-Virto et al., 2021; Kooij et al., 2019; Ramsay, 2018). Barkley (2011b, citováno v Ramsay, 2018) mezi hlavní exekutivní funkce postižené u ADHD řadí 1) time management, 2) organizaci a řešení problémů 3) sebekontrolu (schopnost inhibice) 4) motivaci 5) management emocí; pro jejich měření pak vytváří metodu Barkley Functional Impairment Scale (BFIS for Adults).

1.3.5. Problémy v sociální oblasti

ADHD člověka ovlivňuje ve všech oblastech jeho života včetně vztahů s ostatními lidmi (Wymbs et al., 2021). Impulzivní chování, nedodržování slibů, zapominání narozenin nebo výročí, nedávání pozor při konverzaci, hyperfocus a mnoho dalších projevů ADHD mohou způsobovat potíže v sociální oblasti. Ben-Naim et al. (2017) reportují častější a větší nespokojenost u partnerů, jejichž protějšek má ADHD, oproti těm, jejichž partner ADHD nemá. Robin & Payson (2002) ve svém výzkumu ADHD a manželství dokonce zjišťují, že ADHD u partnera, respektive jeho projevy ve vztahu, jsou stejně náročné a negativně vnímané, ať už partner, který manželství posuzoval, sám ADHD má nebo ne. Kim et al. (2015) potvrzují problematiku i v oblasti přátelských vztahů, neboť zjistili, že lidé s ADHD mívají spíše okrajové společenské postavení, tedy mají navázané vztahy s méně lidmi. Ve výzkumu Koemans et al., (2015), který zkoumal attachment a autonomii, se pak ukázalo, že lidé s ADHD mají méně část navázanou jistou vazbu s ostatními (pouze 18 % u ADHD oproti 59 % ve zdravé populaci) a navíc jsou zároveň méně autonomní a více citliví na ostatní, tedy k jejich názorům, potřebám, přáním apod.

Oblast ADHD a vztahů je však rozhodně jednou z velmi málo prozkoumaných. Vznikající studie jsou často vedeny na malých vzorcích a/nebo na homogenních skupinách (např. pouze vysokoškolští studenti).

1.4. Komorbidity

Výskyt komorbidit u ADHD je extrémně častý; 80 % lidí trpících ADHD má zároveň jednu další komorbiditu, 66 % má komorbidity dvě a 20 % má k ADHD navíc ještě tři další komorbidity (Barkley, 2018). Pro diagnostiku je toto kritické; jiná psychiatrická onemocnění mohou být více „zřejmá“ než ADHD, a klient tak dostane diagnózu a následně léčbu pro tyto problémy, nikoli však pro ADHD. Některé z těchto problémů však vzniknout právě jako důsledek ADHD – člověk, který nedosahuje uspokojivých výsledků ve škole/v práci může mít snadno snížené sebevědomí, na základě kterého se rozvine deprese. Časté nepochopení ze strany ostatních může vést k sociálním úzkostem. Impulzivní chování spolu se snahou o sebemedikaci podporuje vznik závislostí (Hrnčiarová, 2021). Pakliže se v takovém případě snažíme řešit tyto diagnózy, ale ADHD zůstává přehlížené, nemusí být léčba účinná, či se problémy budou stále vracet. Ačkoliv je tedy při diagnostice ADHD důležité se ptát „Není možné tyto symptomy vysvětlit jiným onemocněním nebo poruchou?“ je stejně důležité se také ptát „Pokud mám u daného člověka podezření na ADHD, jaké další věci ho trápí a bude třeba je řešit?“

Některé poruchy či onemocnění byly také dříve viděny jako neslučitelné s ADHD. Například autismus dříve nebylo možné diagnostikovat zároveň s ADHD, DSM-5 to však již umožňuje a dokonce udává, že souběžný výskyt těchto poruch je běžný (Raboch et al., 2015), což reflektují i výzkumy (Stevanovic et al., 2022). Obdobně poruchy osobnosti, především hraniční porucha osobnosti, byla v minulosti dříve vnímána jako něco, co vylučuje přítomnost ADHD kvůli velkému množství překrývajících se symptomů. V současnosti existují důkazy pro to, že obě diagnózy se mohou vyskytnout současně a je dokonce zkoumáno, jak se etymologicky ovlivňují (Ditrich et al., 2021).

Mezi další velmi časté komorbidity patří deprese, dystymie, úzkostné poruchy, poruchy učení, bipolární porucha, sociální úzkosti a různé druhy závislostí (Arellano-Virto et al., 2021)

Popsání všech klinických projevů a přesahů jednotlivých onemocnění/poruch při společném výskytu s ADHD u dospělých by bohužel vydalo na samostatnou publikaci a přesahuje tak rozsah této práce. Jako velmi přínosnou však vnímám například publikaci *Clinician's Guide to Adult ADHD Comorbidities*, která je vedena za pomoci kazuistik a je tak velmi ilustrativní a čtivá (Sadek, 2017).

1.5. Treatment ADHD v dospělosti

Následující podkapitola obsahuje pouze velmi stručné informace týkající se léčby ADHD v dospělosti v České republice, sloužící pouze pro uvedení do kontextu pro účely tématu této práce. Pro podrobnější informace je třeba zkontaktovat citovanou či jinou odbornou literaturu.

1.5.1. Medikace

Psychostimulancia

Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD, spolu s další literaturou, doporučují jako léčbu první volby pro ADHD stimulanty (Kooij et al., 2019), což u nás doporučuje i Paclt (2007). Tyto léky blokují zpětné vychytávání dopaminu a noradrenalinu a zvyšují tak jejich koncentraci v mozku (Drtilková et al., 2007). V České republice je bohužel dostupný pouze metylfenidát (Ritalin, účinek 2-3 hodiny, případně forma s postupným uvolňováním Concerta). Jsou předepisovány na recept s modrým pruhem (Paclt, 2007). V uvedené literatuře jsou uvedeny u další možnosti léčby stimulancií dostupné v zahraničí.

Atomoxetin

Další možností léčby je v České republice dostupný Atomoxetin (ve formě s postupným uvolňováním prodáváný také jako Strattera). Nejedná se o stimulant a v Česku tak často dochází k jeho preferování. Působí na noradrenalin, je bez vlivu na serotonin nebo dopamin a oproti stimulanciím jeho účinek nastupuje až po několika týdnech (Miovský et al., 2018).

1.5.2. Psychoterapie

ADHD může benefitovat z psychoterapie, a to jak v oblasti vztahu se sebou, sebezpřijetím, sebehodnotou apod., tak s manažováním daných symptomů. Je však třeba říci, že farmakoterapie stojí na prvním místě (Miovský et al., 2018). V případě psychoterapie je vhodné, aby tato byla zaměřena specificky na ADHD (Groß et al., 2019). Vhodný je např. přístup BASICID – behavior, affects, sensation, imagery, cognitions, interpersonal relationships a drugs/biology, který zavádí multimodální přístup Lazaruse. Vhodné mohou být také skupinové terapie, které klientům navíc umožní pochopení od lidí, jež se potýkají se stejnými problémy. Uplatňovány jsou rovnou psychodynamické a (především u dětí/mladistvých) rodinné a systemické směry (Miovský et al., 2018).

2 DIAGNOSTIKA ADHD V DOSPĚLOSTI

ADHD v dospělosti zůstává hrubě poddiagnostikované (Buicá et al., 2019). Následující kapitola zachycuje odbornou veřejností doporučované postupy při diagnostice ADHD u dospělých klientů.

2.1 Diagnostická kritéria ADHD dle DSM-5

Tato diagnostická kritéria jsou přebrána z Ptáček & Ptáčková (2019, str. 16-17)

A. Přetrvávající nepozornost a/nebo hyperaktivita, které narušují fungování nebo vývoj tak, jak je charakterizováno v bodě (1) nebo (2):

1. **Nepozornost:** Šest a více následujících příznaků musí přetrvat dobu delší než šest měsíců a jsou takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince, a mají přímý negativní dopad na sociální nebo školní/pracovní aktivity:

Pozn. Tyto příznaky nejsou pouhým projevem opozičního chování, vzdoru, hostility nebo důsledkem neschopnosti porozumět úkolům a instrukcím. Pro starší adolescenty a dospělé (17 let a starší) je požadována přítomnost nejméně pěti příznaků.

- a) Často nevěnuje pozornost detailům nebo dělá chyby z nepozornosti při práci ve škole, zaměstnání nebo během jiných aktivit (např. přehlédne nebo si nevšimne detailů, práce je nepřesná).
- b) Často nedokáže udržet pozornost při plnění úkolů nebo při hře (např. má problémy udržet pozornost během vyučovací hodiny, konverzace nebo při delším čtení).
- c) Často se zdá, že neposlouchá, co se mu říká (např. je myšlenkami jinde, dokonce i bez přítomnosti rušivých podnětů).
- d) Často nesleduje instrukce a selhává v dokončení školní úlohy, úkolů doma nebo v práci (např. daný úkol začne, ale rychle ztrácí pozornost a rychle se rozptýlí).
- e) Často má problémy s organizováním úkolů a aktivit (např. obtížně zvládá na sebe navazující úkoly, má problémy udržet potřebné věci

v pořádku, práce je nepořádná, špatně organizovaná, špatně si dokáže rozvrhnout čas, není schopen dodržet termíny).

- f) Často se vyhýbá úkolům nebo nemá rád úkoly, které vyžadují soustavné duševní úsilí (např. úkoly ve škole nebo domácí úkoly; pros starší adolescenty a dospělé připravování referátů, vyplňování formulářů, procházení dlouhých textů).
- g) Často ztrácí věci, které potřebuje pro určité úkoly nebo aktivity (např. školní pomůcky, tužky, knihy, peněženky, klíče, dokumenty, brýle, mobilní telefon).
- h) Dá se snadno rozptýlit vnějšími podněty (pro starší adolescenty a dospělé lze zahrnout i přítomnost nesouvisejících myšlenek).
- i) Během denních aktivit je často zapomnětlivý (např. zapomíná na svoje úkoly; pro starší adolescenty a dospělé – zapomíná zatelefonovat zpět, platit účty, chodit na sjednané schůzky).

2. **Hyperaktivita a impulzivita:** Šest a více následujících příznaků musí přetrvávat nejméně šest měsíců a jsou takového stupně, který neodpovídá vývojové úrovni jedince a má přímý negativní dopad na sociální nebo školní/pracovní aktivity:

Pozn. Tyto příznaky nejsou pouhým projevem opozičního chování, vzdoru, hostility nebo důsledkem neschopnosti porozumět úkolům a instrukcím. Pro starší adolescenty a dospělé (17 let a starší) je požadována přítomnost nejméně pěti příznaků.

- a) Často je neklidný a pohybuje se, poklepává rukama nebo nohama nebo se vrtí na židli.
- b) Často odchází z místa v situacích, kdy by měl sedět (např. odchází z lavice, odchází z kanceláře nebo pracovního místa nebo opouští místo v situacích, kdy se předpokládá, že by tam měl zůstat).
- c) Často pobíhá nebo po něčem leze v situacích, kdy to není vhodné (pozn. u adolescentů nebo dospělých může být přítomen jen pocit neklidu).
- d) Často si nedokáže hrát nebo se zapojit do volnočasových aktivit v tichosti.
- e) Je často „v pohybu“, jako by byl „poháněn motorem“ (např. nedokáže být v klidu nebo se necítí dobře, když má delší dobu

vydržet v klidu, např. v restauracích, na schůzích; může být vnímám ostatními jako neklidný nebo je obtížné s ním vydržet).

- f) Často nadměrně mluví.
- g) Často vyhrkne odpověď dřív, než si vyslechne otázku (např. dokončuje věty ostatním; nemůže vyčkat, než na něj přijde v konverzaci řada).
- h) Často má problémy počkat, než přijde na řadu (např. při čekání ve frontě).
- i) Často přerušuje nebo vyrušuje ostatní (např. skáče do řeči, plete se jiným do hry nebo aktivit; může si půjčovat věci ostatních, aniž by je požádal o dovolení; pro starší adolescenty a dospělé, může vyrušovat ostatní nebo se jim plést do činnosti).

- B. Některé příznaky nepozornosti nebo hyperaktivity-impulzivity byly přítomny před 12. rokem věku.
- C. Některé příznaky nepozornosti nebo hyperaktivity-impulzivity jsou přítomné ve dvou nebo více prostředích (např. doma, ve škole nebo v práci, v kontaktu s přáteli a příbuznými; při jiných aktivitách)
- D. Jsou přítomny jasné důkazy, že tyto příznaky ovlivňují nebo redukují kvalitu sociálního, školního nebo pracovního fungování.
- E. Tyto příznaky se neobjevují zásadně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a jejich přítomnost nemůže lépe vysvětlit jiná duševní nemoc (např. afektivní porucha, úzkostná porucha, disociativní porucha, porucha osobnosti, intoxikace psychoaktivní látkou nebo její vysazení).

Specifikujte:

314.01 Kombinovaná porucha: Pokud jsou obě kritéria (A1 – nepozornost) a A2 (hyperaktivita-impulzivita) přítomna po dobu delší než 6 měsíců.

314.00 Porucha s převahou nepozornosti: Pokud je přítomno kritérium A1 (porucha pozornosti), ale kritérium A2 (hyperaktivita-impulzivita) není v průběhu předchozích 6 měsíců splněno.

314.01 Porucha s převahou hyperaktivity/impulzivity: Pokud je přítomno kritérium A2 (hyperaktivita-impulzivita), ale kritérium pro poruchu pozornosti není v průběhu předchozích 6 měsíců splněno.

Dále se specifikuje závažnost poruchy (mírná, střední, závažná) či zda je v částečné remisi.

2.2 Doporučené postupy při diagnostice ADHD v dospělosti

Jak již bylo řečeno, ADHD je komplexní porucha, která zasahuje člověka v celé šíři jeho prožívání a fungování. Při diagnostice by tam měl být daný člověk posuzován v celém svém kontextu. Barkley (2018, str. 476)¹⁰ navrhuje při stanovování diagnózy ADHD v dospělosti následující strukturu:

- Klinický rozhovor
 - Posouzení a příprava představovaných problémů a cílů, které bude třeba zhodnotit
 - Vývojová anamnéza
 - Rodinná historie
 - Současná rodinná konstelace a původní primární rodina
 - Těhotenství, porod, rané vývojové milníky, rizikové faktory atd.
 - Vývoj a chování v raném dětství doma
 - Anamnéza vzdělání
 - Adaptace na mateřskou a základní školu
 - Přechod na střední školu
 - Vysoká škola
 - Přechod na vysokou školu a zkušenosti s ní
 - Historie povolání
 - Sociální a mezilidská historie
- Strukturovaný diagnostický rozhovor
- Zhodnocení klinických inventářů
 - Kontrolní seznamy (checklisty) minulých i současných příznaků ADHD (self-report i report od někoho jiného)
 - Inventáře ADHD pro dospělé (self-report i report od někoho jiného)
 - Inventář exekutivních funkcí (EF) (self-report i report od někoho jiného)
 - Další inventáře náladových, úzkostných a psychiatrických symptomů
- Sezení se zhodnocením výsledků (feedback session)

Mělo by se tedy jednat o komplexní vyšetření zahrnující důkladný anamnestický rozhovor a následné využití strukturovaného diagnostického rozhovoru pro ADHD v dospělosti a

¹⁰ Původní citace v angličtině; v češtině se jedná o volný překlad autorky této práce

inventářů umožňující zachycení symptomů ADHD, stavu exekutivních funkcí zachycení dalších psychiatricky významných souvislostí.

Přítomnost rodinných příslušníků, partnerů či známých u vyšetření

ADHD je celoživotní, což znamená, že daný jedinec si nemusí vždy uvědomovat svou odlišnost (nebo všechny své odlišnosti) proti ostatním. V mnoha případech se proto může stát, že své příznaky podhodnocuje nebo vůbec nereportuje; von Wirth et al. (2021) na základě jejich výzkumu uvádějí, že dokonce až v 79 %. 17 % lidí dokonce zcela popíralo tři či více příznaků v dětství, které ale jejich blízcí reportovali. Z tohoto důvodu je žádoucí (ačkoliv ne povinné pro stanovení diagnózy), aby, pokud je to možné, byl při posuzování symptomů přítomný někdo, kdo klienta dobře zná v současnosti (většinou partner) a/nebo v dětství (většinou rodiče). Je však třeba mít na paměti, že se klient může stydět některé věci před těmito lidmi probírat (například své zkušenosti s návykovými látkami aj.) Je proto žádoucí, aby alespoň v některé části sezení tito lidé naopak přítomni nebyli a položit otázku, zda není ještě něco, co by klient chtěl říct pouze vyšetřujícímu. Pakliže klient reportuje symptom, který příbuzný/známý popírá, měli bychom při posuzování současného stavu věřit vyšetřovanému klientovi, neboť v dospělosti je takový klient nejlepším zdrojem informací (Kooij et al., 2019). V případě, že jsou lidé z klientova života ochotní spolupracovat, ale nemohou se dostavit osobně, je možné je poprosit např. o vyplnění nějakého checklistu ADHD symptomů, které pozorují u vyšetřovaného (Ramsay, 2018).

2.3 Screening

(Ramsay, 2018) doporučuje před samotným sezením, tedy hned při objednání, provést krátký screening, který má za cíl zhodnotit, zda má cenu podstupovat celé ADHD vyšetření, které je pro komplexnost ADHD diagnózy nutně náročné na čas. Doporučuje k němu využít ASRS (Adult ADHD Self-Report Scale) vytvořený Světovou zdravotnickou organizací, jehož kratší verze zahrnuje pouze šest otázek s odpověďmi na Likertově škále (zřídka – velmi často), přesto se jedná o velmi robustní screeningovou metodu. ASRS je běžně zdarma dostupné veřejnosti.

Dále Ramsay (2018, str. 481) doporučuje krátce se zeptat na tato témata: „*abúzus návykových látek, farmakologická anamnéza, hospitalizace na psychiatrii, sebepoškozování, protiprávní jednání, suicidální ideace, agrese vůči ostatním a psychotické symptomy.*“ Tyto

informace mají za cíl zhodnotit, zda může proběhnout ADHD diagnostika, či zda je prioritní věnovat se nejprve urgentnějším klinickým aspektům daného člověka.

Dojde-li k rozhodnutí, že budeme pokračovat s klinickým vyšetřením pro potvrzení či vyloučení diagnózy ADHD, doporučuje Ramsay (2018) předem zaslat pacientovi/klientovi inventáře, které vyplní předem doma a donese je na domluvené sezení. Jedná se o různé checklisty ADHD symptomů, inventáře měřící psychiatrické symptomy, emocionální dysregulaci, exekutivní dysfunkce apod. Je-li to možné, jsou zahrnuty i metody, které umožňují vyplnění rodinnými příslušníky nebo partnerem pro získání údajů z více zdrojů. Kromě posouzení daného klienta z více úhlů pohledu získáme také konkrétní data, kterými můžeme diagnózu podložit. V případě, že klient v inventáři uvede jiné informace než v rozhovoru, je dobré toto probrat a zjistit příčinu. Konkrétní klinické inventáře, které je možné využít, jsou uvedeny v podkapitole 2.6.

2.4 Klinický rozhovor

Klinický rozhovor a pečlivá anamnéza je nutná součást každého psychologického vyšetření, Ramsay (2018) doporučuje při zhodnocování ADHD pak neopomenout následující především oblasti/otázky:

- S čím pacient/klient přichází? Co ho trápí? (Popíše-li své problémy v jedné oblasti, např. v práci, je vhodné se jej rovnou zeptat, zda má obdobné problémy i v jiném prostředí.) Odpovědi na tuto otázku pomohou určit další směřování diagnostického procesu a pomohou vytvořit hypotézy jak o přítomnosti ADHD, tak o případných jiných diagnózách.
- Neměla by být opomenuto zmapování, co pacient/klient od diagnostiky očekává.
- V rodinné anamnéze nezapomínáme mapování výskytu ADHD, poruch učení a užívání návykových látek v rodině; ukazuje se, že je ADHD z velké části dědičná porucha (Kooij et al., 2019; Ptáček & Ptáčková, 2019).
- Ve vývojové anamnéze nezapomínáme na údaje o porodu (předčasný porod, respektive nízká porodní váha zvyšují riziko rozvoje symptomů ADHD, Rietzler & Grolimund, 2018).
- Při otázkách na školní docházku klademe důraz na adaptaci na strukturu nového prostředí, dodržování pravidel a sociální interakci mimo rodinu.
- Zvýšená pozornost je věnována přechodu na druhý stupeň a přechodu na střední školu, kdy se zvyšují nároky na sebeorganizaci a také vyžadované úkoly se stávají

komplexnější. Je potřeba mít na paměti, že dobré známky nutně nesvědčí o absenci problémů vyvolaných ADHD, a je proto nutné zmapovat, jak bylo těchto výsledků dosahováno. *„Adekvátních školních výsledků může být dosahováno neadekvátními studijními návyky.“*

- Je třeba zmapovat, nakolik rodina pomáhala s organizováním školy, například zda pomáhala kontrolovat splnění všech povinností, kontrolovala úkoly apod.
- Pokud klient/pacient studoval/studuje vysokou školu, ptáme se, proč si zvolil právě tuto, jak se na ni dostal a jak se na ni adaptoval, zejména na život mimo domov a jeho kontrolu. Lidé s ADHD zpravidla dosahují (v průměru) nižšího vzdělání a nižšího socioekonomického statusu než lidé bez ADHD (Michaëlsson et al., 2022).
- Zjišťujeme, zda bylo studium někdy přerušeno či byly měněny obory.
- V pracovní anamnéze zjišťujeme zejména změnu pracovních pozic a důvody k těmto změnám (lidé s ADHD častěji mění zaměstnání, a to z vícero důvodů zahrnující vyhození z práce i vlastní důvody). Lidé s ADHD častěji podnikají, aby si mohli sami určovat podmínky své práce; to jim však zároveň přináší více zodpovědnosti, kterou nemusí vždy dobře zvládat. Někdy můžeme slyšet, že klient/pacient svou práci zvládá dobře, ale vnímá, že ho to stojí více času/úsilí než jeho kolegy.
- Pakliže je klient/pacient dlouhodobě spokojený ve své práci, zkoumáme proč (dané prostředí může být vhodné pro ADHD)
- Pakliže je klient/pacient dlouhodobě nespokojený ve své práci, zkoumáme proč (dané prostředí může být nevhodné pro ADHD) a proč v práci setrvává (ADHD pro něj může činit těžším najít si novou práci, tj. vyhledat si inzeráty, sepsat životopis, reagovat na inzerát, dorazit včas na pohovor apod.)
- Toto téma může být citlivé, ale je dobré mít na paměti, že lidé s ADHD mívají častěji problémy s manažováním financí a mohou se tak snadněji např. dostat do dluhů (Bangma et al., 2019).
- V sociální anamnéze zkoumáme vztahy s rodinou, zejména podporu při řešení problémů vyplývajících ze symptomů ADHD.
- V dětství zkoumáme ostrakizovanost od ostatních dětí a šikanu (Simmons & Antshel, 2021).
- Špatná schopnost zachycení sociálních vodítek zapříčiněná nepozorností může vést k sociální úzkosti

- Při kombinaci ADHD a opozičního vzdoru nacházíme v anamnéze mnoho konfliktů s ostatními (zhoršuje je impulzivita)
- Zkoumáme, z jakých důvodů nejčastěji dochází ke konfliktům/hádkám s ostatními
- V lékařské anamnéze nás může zaujmout obezita, patologické formy stravování, problémy se spánkem, úrazy a dentální problémy, neboť u těchto problémů je vyšší rizikovitost u dospělých s ADHD. U závažných úrazů hlavy a chronických primárních poruch spánku je třeba je vyloučit jako zdroj ADHD symptomů, které pacient/klient vykazuje.
- V psychiatrické anamnéze věnujeme zvýšenou pozornost sebepoškození, suicidálním ideacím a agresivitě (mohou souviset s impulzivitou) a traumatům (některé disociativní a jiné příznaky PTSD mohou být zaměněny za ADHD či může PTSD zhoršovat přítomné ADHD).
- Zvláště pečliví jsme při doptání se na užívání návykových látek, jednak proto, že některé mohou způsobovat problémy podobné ADHD a jednak proto, že jedinci s ADHD často sebemedikují ve snaze si pomoci (Miovský et al., 2018). Jako sebemedikace může sloužit celá řada látek, např. alkohol, marihuana, kratom, pervitin. Je třeba se pacienta/klienta doptat, proč danou látku užívá, co mu dává, jaký je vzorec užívání. Je vhodné neopomenout i kofein včetně energetických nápojů a nikotin.
- U aktivních řidičů se doptáváme na problémy s dodržováním silničních pravidel, pokuty, zadržení policií, mohou být častěji součástí dopravních nehod (Fuermaier et al., 2017; Romo et al., 2021). Excesivní rychlá jízda se ukazuje jako velmi dobrý diskriminační symptom pro ADHD u dospělých. Někteří lidé se pro své problémy s nepozorností mohou rozhodnout raději neřídít, je dobré se tedy na jejich důvody zeptat i neřidičů.

2.5 Strukturovaný diagnostický rozhovor

V současné době patří mezi nejpoužívanější strukturované diagnostické rozhovory pro ADHD v dospělosti především DIVA-5 a ACE+.

DIVA-5

DIVA-5 je strukturovaný diagnostický rozhovor, který v nizozemském Haagu (z původního holandského názvu také zkratka DIVA pochází). Jedná se o třetí vydání; číslo 5 v názvu odkazuje, že bylo poslední vydání upraveno tak, aby přímo vycházelo z diagnostických

kritérií DSM-5. To ovšem vedlo k zalicencování rozhovoru, který tak již v této verzi není dostupný zdarma, ale je třeba před jeho stažením uhradit poplatek ve výši 10 eur na stránkách DIVA Foundation (www.DIVACenter.eu). Poté je k dispozici neomezeně. Soubor obsahuje úvodní informace a instrukce a následně pracovní listy, které administrátor s klientem vyplňuje, což na konci umožňuje rychlé vyhodnocení toho, co rozhovor přinesl. DIVA byla přeložena do mnoha jazyků a to, díky projektu na klinice adiktologie FF UK, včetně češtiny (Šťastná, 2021). Její vysoká validita je zachovávána i při překladu do cizích jazyků a změně kulturního kontextu (Hong et al., 2020; Zamani et al., 2021).

Administrace DIVA trvá zhruba hodinu až hodinu a půl. Rozhovor je rozdělen na tři části – první posuzuje nepozornost, druhá impulzivitu a hyperaktivitu (tyto části tedy tvoří hodnocení kritéria A podle DSM-5) a třetí část zkoumá přítomnost funkčních deficitů jako důsledek symptomů napříč různými oblastmi života, konkrétně (tedy kritéria B, C a D podle DSM-5). Při prvních dvou částech, tedy posuzování přítomných symptomů, je třeba mít na paměti, že hledáme určitý vzorec chování/myšlení. Měla by být skutečně zachována forma rozhovoru, kdy jsou pokládány otevřené otázky. DIVA nabízí u každého symptomů řadu příkladů, jež vycházejí z praxe autorů DIVA na psychiatrické klinice PsyQ v Haagu, a které mohou pomoci jak administrátorovi, tak respondentovi pochopit podstatu symptomů, který je právě probírán. DIVA však zahrnuje pouze diagnostická kritéria podle DSM-5 a neposlouží tak k posouzení komorbidit (Šťastná, 2021).

ACE+ (ADHD Child Evaluation)

ACE+ je v ledašcem podobný rozhovoru DIVA. Za ACE+ stojí profesorka Young a je zdarma k dispozici na jejích stránkách (<https://www.psychology-services.uk.com>). Kromě angličtiny byl přeložen do dalších jazyků, bohužel oficiální překlad do češtiny není k dispozici. Oproti DIVA, které se týká čistě diagnostických kritériích DSM-5. ACE+ nabízí v úvodu také vodítka pro odebrání anamnézy v relevanci k ADHD (rizikové faktory, rodinnou anamnézu, farmakoanamnézu, vzdělávání a historii zaměstnání). Samotné hodnocení symptomů je oproti DIVA méně návodné, příklady jsou méně intuitivní a jsou vypsány v bloku (oproti zaškrtačacímu seznamu), jinak je pouze poskytnut prázdný prostor. ACE+ také obsahuje prostor pro zaznamenání klinického pozorování během administrace a také několik stran k zaznamenání údajů k častým komorbiditám, jako je porucha autistického spektra, poruchy učení, tikové poruchy, PTSD, ED, úzkosti, deprese, abúzus návykových látek, poranění mozku aj. Závěrem není tyto možné komorbidity na místě diagnostikovat, ale zaznamenat si, zda byly

některé z nich v minulosti klientovi již diagnostikovány či zda na ně existuje podezření a bude třeba je diagnostikovat v budoucnu. Teoreticky může tato část také sloužit k nástinu diferenciální diagnostiky. DIVA žádnou obdobnou část nemá, ačkoliv její zpracování posouzení symptomů je přehlednější a intuitivnější.

Další diagnostické rozhovory

Miovský et al. (2018) zmiňují také **The Cornners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID)**, **The Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale (ACDS v.1.2)** a **The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID)**; jak je však patrné z jejich názvů, všechny tyto rozhovory jsou dělané pro diagnostická kritéria DSM-IV.

2.6 Klinické inventáře

Klinické inventáře by měly být ideálně vybrány tak, aby naplnily všechny dimenze, jichž se ADHD dotýká. Bohužel dostupnost inventářů, které by byly zaměřené přímo na ADHD, ideálně ADHD v dospělosti, je žalostná.

Je-li to žádoucí, je možné klientovi poskytnout k vyplnění i další inventáře či dotazníky v případě podezření na nějakou komorbiditu.

Miovský et al. (2018) uvádějí se své publikaci následující klinické inventáře:

The ADHD Symptoms and Role Impact Inventory (ASRI) – zaměřený na fungování v životě

The Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV) – starší diagnostická kritéria (DSM-IV), avšak zahrnuje také dimenzi pomalého kognitivního tempa (sluggish cognitive tempo), jež je pro ADHD typické, a je založena na statistických analýzách

The Barkley's Current Symptoms Scale – Self-Report Form

The Wender Utah Rating Scale (WURS) – starší, nicméně hlubší uchopení ADHD; zahrnuje například emocionální dysregulaci; dostupné v češtině (překlad Ivo Paclt); zkrácená verze dostupná například v Ptáček & Ptáčková (2019). Bohužel posuzuje pouze příznaky v dětství, nikoli v dospělosti.

The Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder (WRAADS) – zahrnuje také dimenzi emocionální lability

The Conners' Adult ADHD Scale (CAARS) – různé verze (sebeuposuzovací, posouzení rodičem, učitelem, lékařem/klinikem)

The Brown Attention-Deficit Disorder Scale (BADDS) – neměří diagnostická kritéria, ale exekutivní dysfunkce typické pro kontext ADHD

The Adult ADHD Quality of Life (AAQoL) – měří kvalitu života v pěti oblastech (každodenní aktivity, práce, duševní pocit pohody, fyzický pocit pohody a vztahy)

Kromě těchto doplňuje (Ramsay, 2018) ještě:

Behavior Rating Inventory of Executive Function

Barkley Functional Impairment Scale

Weiss Functional Impairment Rating Scale

Vzhledem k jejich nedostupnosti v češtině nebudou v této práci tyto inventáře již dále podrobněji rozebírány, v případě zájmu lze však k tomuto tématu odkázat na Psychological Assessment of Adults with ADHD (Ramsay, 2018).

2.7 Neuropsychologické testy

Barkley (2018) označuje neuropsychologické testy pozornosti a jiné výkonové testy jako nevhodné pro určení, zda má daný pacient/klient ADHD. Mohou však podle něj sloužit k hlubšímu porozumění tomu, jak se ADHD u daného jedince projevuje, a to vzít v potaz např. při poskytování péče. Neexistuje však žádný výkonový test, jehož skóre by dokázal určit ADHD. Pettersson et al. (2018) například vyvrátili schopnost rozpoznat ADHD od non ADHD pro tyto testy: subtesty inteligenčního testu WAIS-IV, RAVLT, D-KEFS, TMT, PASAT, QBTest Plus, CPT II. Při jejich kombinaci s administrací diagnostického rozhovoru DIVA sice mohly zvýšit pravděpodobnost správného určení diagnózy, DIVA je však vysoce senzitivní již sama o sobě. Ramos et al. (2017) dospěli na základě svého výzkumu k závěru, že test d2 rovněž nedokáže rozpoznat ADHD. Ani Baader et al. (2020) na základě svých zjištění nedoporučují neuropsychologické testy pro použití v klinickém prostředí. Guo et al. (2021) upozorňují, že problémy, které odhalí neuropsychologické testy, nejsou specifické pro ADHD a je tak dobře možné, že signifikantně horší výsledky těchto testů u lidí s ADHD nacházíme tam, kde jsou spojené s přítomnými komorbiditami. Dobson-Patterson et al. (2016) administrovali 14 různých neuropsychologických testů (zaměřených na pozornost, paměť a exekutivní funkce) na jedincích s ADHD vs. zdravé populaci a taktéž dospěli k závěru, že neuropsychologické testy

nejsou schopny rozpoznat ADHD. Díky tomu, že však ADHD skupinu rozdělili na převážně nepozornostní prezentaci a kombinovanou prezentaci, mohli dojít k závěru, že se tyto skupiny také značně lišily mezi sebou. Tyto testy tak sice nedokáží určit, zda daný člověk ADHD má, ale pokud jsme si u něj ADHD již jisti na základě diagnostického rozhovoru, zdá se, že by byly schopny rozpoznat typ prezentace (převážně hyperaktivní, převážně nepozorný, kombinovaný). To odpovídá poznatkům, že ADHD může manifestovat mnoha různými způsoby. Role komorbidit zde však v tomto výzkumu není známa. Ačkoliv se zdá, že neuropsychologické testování nebude pro diagnostiku ADHD minimálně ještě nějakou dobu významné, řada výzkumů, které se jimi zabývá, přináší podstatné otázky a hypotézy ohledně ADHD.

VÝZKUMNÁ ČÁST

3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

ADHD v dospělosti je problematikou, která začíná být v České republice stále více a více skloňována. Velké množství tohoto diskurzu se zdá vycházet „odspodu“, tedy se toto téma začíná objevovat v hledáčku laické veřejnosti. O ADHD v dospělém věku vychází stále větší množství článků, rozhovorů a podcastů. V některých případech jde o zprostředkování informací od nějakého odborníka, který se ADHD v dospělosti zabývá, většinou tedy psychiatra nebo psychologa, jinde jde o sdílení zkušenosti člověka, který ADHD sám má.

I v odborných kruzích se však situace mění. Stejně tak se i zde pomalu začíná objevovat více odborných článků či celých publikací na toto téma, 15. listopadu 2022 dokonce proběhla odborná přednáška pod záštitou České asociace pro psychoterapii (ČAP)¹¹. Téma tak rezonuje společností na obou stranách. I z tohoto důvodu se však začínají objevovat hlasy, které dospělé ADHD považují za trend, který najednou „má každý.“ Získat správnou diagnózu není snadné. Přitom odborníků, kteří se tématem zabývají, není mnoho.

3.1 Cíl výzkumu

Skutečností tak zůstává, že nemáme mnoho informací o tom, jak diagnostika ADHD v dospělém věku v České republice probíhá. Neexistují doporučené postupy, guideliny, kterými by se čeští odborníci museli řídit. Z tohoto důvodu si tato práce klade za úkol zmapovat, jak diagnostika ADHD v dospělosti v České republice probíhá (případně neprobíhá). Mělo by dojít k porovnání tří stran: pacientů s ADHD, jimž byla tato diagnóza (poprvé nebo znovu) přiřazena v dospělém věku; odborníků, kteří se ADHD u dospělých zabývají a poznatků vycházejících z odborné literatury. V ideálním případě by byly všechny tři strany ve shodě: pacienti by reportovali, že k diagnostice došlo stejně, jako to dělají dotazovaní psychiatři a psychologové, a tato data by odpovídala tomu, co je doporučováno v nejnovější odborné literatuře. Pakliže výzkum ukáže, že k této shodě v České republice nedochází, bylo by vhodné pokusit se identifikovat důvody tohoto rozkolu.

Při přípravě designu této práce, resp. jejího výzkumu, byla původní představa zpracovat přístup psychiatrů a psychologů k ADHD v dospělosti (a jeho diagnostice především) napříč

¹¹ Informace o akci dostupné zde: <https://czap.cz/event-4995966?CalendarViewType=1&SelectedDate=11/28/2022>

oblastmi, kde tito lidé působí, a kde by mohli ADHD teoreticky diagnostikovat či se s ním setkávat a rozpoznávat jej. To by umožnilo zmapovat pohled celé české psychiatrické a psychologické odborné obce oproti úzkému výběru odborníků, kteří se tématem aktivně zaobírají. Pohrávala jsem si s myšlenkou vytvořit dotazník, který by se doptával odborníků na jejich názor na ADHD. Od tohoto formátu však bylo nakonec po rozpravě s vedoucím práce, docentem Obereignerů, upuštěno, a to především ze dvou důvodů: Zaprvé, dotazník by pravděpodobně stejně vyplňovali především odborníci, kteří se o téma zajímají, jejich přístup tak odpovídá nejnovějším poznatkům a s těmito lidmi jsou ochotni pracovat, a nezachytil by tak celou škálu lidí, kteří se (z různých důvodů) tomuto tématu nevěnují a/nebo v něm nejsou dostatečně vzděláni, a tedy se k němu nebudou chtít vyjadřovat. Zadruhé, dotazník by pravděpodobně se své podstaty (tedy nemožnosti doptávání se) buď nebyl dostatečně výtěžný (u otevřených otázek) a nebo byl návodný (u uzavřených otázek s výběrem možností, kde by nějaká byla „správná“, tedy v souladu s literaturou¹²). Pokud bych se například zeptala „Myslíte si, že u projevů ADHD existují genderové rozdíly?“ je asi patrné, že ano, protože proč by taková otázka jinak v dotazníku byla? Zahrnovat pak otázky, které by „nachytaly“ respondenta při „špatné“ odpovědi by pak bylo minimálně morálně nečisté, pakliže ne přímo neetické. Cílem této práce není a nikdy nebylo ukazovat českou psychiatrii a psychologii ve špatném světle, ale upřímně zmapovat její stav v dané oblasti a případně navrhnout možnosti, jak za pomoci spolupráce – nikoli konfliktu – tuto oblast v České republice nadále zkvalitňovat.

3.2 Výzkumné otázky

Jak se lidé s ADHD dostávají k její diagnostice v dospělém věku? Zkoumány mají být okolnosti, časové prodlevy, iniciace diagnostiky (získání podezření na ADHD), vyhledávání odborníka ochotného ADHD diagnostikovat a další související aspekty.

Jak diagnostika ADHD v dospělosti v České republice probíhá? Tato ústřední otázka výzkumu zahrnuje především délku jejího trvání, obsah klinického rozhovoru, použité metody, uvažování o komorbiditách, diferenciací diagnostiku a sdělování závěrů diagnostiky pacientovi/klientovi.

Odpovídají zjištěné poznatky o diagnostice ADHD v dospělosti doporučeným postupům dle zahraniční literatury? Pakliže ne, v čem a proč tomu tak je?

¹² Nezapomínejme také na to, že ani odborná literatura není vždy ve shodě sama se sebou a nalézání konsensu ve vědě není lehké.

4 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Následující kapitola slouží k popisu způsobu, jakým byly zodpovězeny výzkumné otázky, a tak naplněn cíl výzkumu.

4.1 Aplikovaná metodika

V tomto výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup, který je vhodný pro méně prozkoumaná témata a/nebo témata, u kterých se snažíme o hlubší pochopení vztahů mezi jednotlivými aspekty, které hrají v dané problematice roli; pro tuto práci platí oboje. Byl zvolen přístup metody zakotvené teorie; ta nepopisuje pouze způsob analýzy dat, ale vychází z ní přístup k celému výzkumu; Řiháček et al. (2013) popisují metodu zakotvené teorie jako „komplexní přístup, který řídí výzkumný proces“ (str. 44).

4.2 Výzkumný soubor

V následující tabulce jsou shrnuty charakteristiky respondentů-pacientů diagnostikovaných ADHD v dospělosti. Celkem se jednalo o 13 účastníků, 4 muže, 3 nebinární osoby a 6 žen, jejichž průměrný věk byl 29,7 let.

Tabulka 1. Přehledný souhrn respondentů-pacientů.

Gender	Věk
muž	20
muž	20
muž	29
žena	44
žena	28
nebinární	38
žena	43
žena	37
žena	20

nebinární	21
muž	37
nebinární	26
žena	24

V níže uvedeném seznamu jsou pak uvedeni odborníci, které jsem kontaktovala za účelem charakterizace diagnostického přístupu k ADHD v České republice a kteří se zapojili do tohoto výzkumu.

Respondenti-odborníci

Mgr. Tereza Štěpánková, Ph.D. – klinická psycholožka, jedna ze zakládajících projektu nepozornidospeli.cz, který vytvářel snahu o velmi komplexní přístup k dospělých s ADHD

PhDr. Michal Šmotek, Ph.D. – klinický psycholog, pracuje na klinice INEP, nyní se věnuje více psychoterapiím, v minulosti velmi diagnostikoval

Prof. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D. – zabývá se ADHD mj. výzkumně, ředitel klinického výzkumu v NÚDZ

MUDr. Pavel Theiner, Ph.D. – dětský psychiatr, zabýval se tak ADHD nejprve u dětí, později i u dospělých a to i výzkumně

Mgr. Pavel Vacek – vystudoval andragogiku a pedagogiku, dlouhodobě však působí v oblasti psychologie, v současné době ve výcviku, vede terapie zaměřené na ADHD, sám má ADHD

MUDr. Jitka Holčápková – psychiatrička, sama má ADHD a tak se k tomuto tomuto dostala (podcastů Diagnóza F)

MUDr. Jiří Renka – psychiatr pro dospělé, pracuje v NÚDZ

MUDr. Michal Chmupa – psychiatr, v atestační přípravě na psychiatrii

4.3 Metoda získávání dat

Nejčastějším zdrojem dat je v GMT strukturovaný rozhovor, mohou to být ale také nejrůznější dokumenty, produkty činnosti apod (Řiháček et al., 2013). V této práci je tato oblast velmi dobře vidět – ve snaze o co největší objektivitu dat bylo vedle polostrukturovaného

rozhovoru u skupiny respondentů z řad pacientů s ADHD často využíváno ověření dat na základě zdravotnické dokumentace. Využití zdravotnické dokumentace není něco, s čím bych při tvoření designu počítala, neboť ji považuji za velmi soukromou věc, ale sami respondenti s touto možností sami často přicházeli – většinou v okamžicích, kdy si něčím nebyli jisti nebo si nemohli vzpomenout, což ostatně odpovídá symptomům ADHD, které byly tímto kompenzovány. V některých případech byla dokumentace poskytnuta přímo během rozhovoru, v ojedinělých případech mi byla poskytnuta zpětně. V druhém případě jsem si pak na daných místech přepisu rozhovoru poznamenala, že je informace ověřena dokumentací, případně ji doplnila jako poznámku do přepsaného rozhovoru (doplňování se většinou týkalo určení metod použitých při diagnostice ADHD). V konečném důsledku je tak možné říci, že byla dosažena nejvyšší možná objektivita získaných dat při zachování kvalitativního výzkumu, což je ostatně, se svými pozitivistickými kořeny, podstata metody zakotvené teorie.

Rozhovory samotné byly polostrukturované, to znamená, že byly předem vytvořeny otázky, které byly respondentům pokládány; tyto se však snažily zůstat dostatečně otevřené, aby se respondenti mohli k tématu plně vyjádřit. Některé otázky byly respondenty přirozeně zodpovězeny bez jejich explicitního položení. Účelem připravených otázek tak bylo především ujistit se, že některé z témat nebude zapomenuto.

Metoda zakotvené teorie umožňuje, ba dokonce nabádá k tomu, aby byl celý výzkum postupně modulován v průběhu podle získávaných dat. Je tedy možné některou otázku přidat či naopak vynechat (Řiháček et al., 2013). V daném výzkumu se to projevilo tak, že prvotní rozhovory bývaly zpravidla delší, zaměřovaly se více na okolnosti. Např. otázky „Jak se s diagnózou ADHD žije? Je pro Vás přínosné ji mít?“ se v průběhu výzkumu ukázaly jako nesyťící výzkumný záměr a postupně tak na ně byl kladen menší a menší důraz. Některé otázky byly naopak přidány: doktor Šmotek mi například na dotaz, zda jej k tématu ještě něco napadá, odpověděl, že si myslí, že bych se měla ptát ještě na to, zda je podle dotazovaných odborníků větší riziko v případě nejistoty vyšetřovanému ADHD dát nebo nedat, tedy jestli je lepší riskovat false negative (kdy by daný člověk ADHD měl, ale diagnóza by mu nebyla přiznána) nebo false positive (tedy přiznání diagnózy ADHD někomu, kdo ji ve skutečnosti nemá). Tuto otázku jsem tak následně položila i dalším dotazovaným odborníkům (tedy všem kromě doktorky Holčápkové, kterou jsem dotazovala jako první).

Provedené rozhovory byly nahrávány a jejich audio záznam následně přepsán do textové podoby. Při analýze se pak pracovalo s tímto textem.

Čas a místo rozhovoru bylo vždy na dohodě s respondentem. V mnoha případech proběhl rozhovor online, druhé nejčastější bylo veřejné místo (kavárna, knihovna, restaurace), ve dvou případech se jednalo o pracovního respondenta-odborníka a ve dvou případech byl rozhovor realizován u respondenta doma.

Časy rozhovorů s respondenty-pacienty trvaly průměrně 46 minut, s respondenty-odborníky 32 minut.

4.4 Etické hledisko

Ve finální podobě designu výzkumu nebylo shledáno žádné eticky problematické místo. Respondenti z obou skupin byli předem seznámeni s cílem výzkumu a hrubém nastínění otázek, které by mohly v průběhu rozhovoru padnout. Všichni respondenti souhlasili s účastí ve výzkumu včetně pořízení audionahrávky. U respondentů ze skupiny pacientů s ADHD byl pro každého z účastníků vytvořen unikátní kód, a to podle jasně daných pravidel tak, aby daný respondent mohl ke stejnému kódu dojít v případě, že by si přál z výzkumu odstoupit a jeho anonymizovaný rozhovor tak bylo možné identifikovat a smazat. K tomuto však u žádného z respondentů nedošlo.

Za účast na výzkumu nebyla nabízena žádná finanční odměna.

4.5 Způsob analýzy dat

Jako způsob analýzy dat byla zvolena metoda zakotvené teorie (grounded theory method, GTM). Jedná se o kvalitativní metodologii výzkumu, která si klade za cíl vytvořit teorii nebo konceptuální rámec, který vysvětluje sociální fenomén. Tento přístup byl poprvé vyvinut sociology Barney Glaserem a Anselmem Straussem v 60. letech a od té doby byl široce používán v různých oblastech, včetně sociologie, psychologie, zdravotnictví a obchodu. Zakotvená teorie je specifický kvalitativní metodologický postup, který začíná s určitým konceptem, který je však dostatečně vágní na to, aby mohl mít dále upravován na základě dat, která postupně v procesu výzkumník získává. Metoda zakotvené teorie zahrnuje systematické sbírání a analýzu dat prostřednictvím procesu neustálého srovnávání, kdy nová data jsou neustále srovnávána s dříve shromážděnými daty, aby se identifikovaly vzorce a témata. V zakotvené teorii začíná výzkumník s otevřenou myslí a nemá předem vytvořenou teorii nebo hypotézu pro testování. Místo toho nechává data hovořit sama za sebe a generuje teorii na základě vzorců a témat, které se z dat vynoří. Tato flexibilita je reflektována jak v procesu

získávání dat (získávání nových respondentů dle sycení tématu, nahrnování nových otázek, které vyvstanou v průběhu výzkumu) i v samotném tvoření konečné teorie. Na základě získaných dat je poté induktivně vyvozena nová teorie, která je v těchto datech zakotvena. Získávání dat a vytváření teorie tak nejsou striktně oddělené fáze, ale mohou a dokonce by se měly překrývat, aby byla vynořující se teorie dobře sycena.

Třemi základními prvky zakotvené teorie jsou koncepty, kategorie a propozice. Koncepty jsou teoretické pojmy, které jsou základními stavebními kameny zakotvené teorie, zatímco kategorie jsou abstraktnější stupně konceptů, které tematicky slučují několik konceptů. Propozice jsou vztahy mezi jednotlivými kategoriemi a vztahy mezi koncepty a jim nadřazenými kategoriemi.

Proces kódování, který umožňuje vytvářet koncepty, kategorie a propozice, má tři stupně: otevřené, axiální a selektivní kódování. V otevřeném kódování výzkumník analyzuje získané informace a vytváří na základě nich koncepty. V axiálním kódování se vytvářejí kategorie a odhalují se vztahy mezi nimi a koncepty, což umožňuje vytvoření hlavních kategorií, které se stanou součástí odvozené teorie. V selektivním kódování jsou zpracovány vztahy mezi jednotlivými kategoriemi i mezi kategoriemi a koncepty, které do ní náleží (tedy propozice) a teorie je dotvářena.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1 Výsledky analýzy rozhovorů s respondenty-pacienti

V kvalitativní analýze bylo zpracováno 13 rozhovorů s respondenty-pacienty. Výsledky byly značně nejednotné a proto i tvořit závěry analýzy bylo velmi náročné. Mnoho respondentů bylo před stanovením správné diagnózy ADHD léčeno pro jiné diagnózy, většinou úzkosti, deprese a hraniční poruchu osobnosti. Častý byl také postup, kdy respondenti získali podezření na ADHD před prvním kontaktem s psychiatrem/psychologem a tuto pomoc vyhledali právě kvůli ADHD. I z nich se však v některých případech stali pacienti léčeni pro své komorbidity a nikoli pro ADHD až do doby, kdy došlo k nápravě. Jedna respondentka byla diagnostikována poté, co bylo ADHD objeveno u obou jejích dětí. Zařadila jsem také dvě respondentky, které oficiálně diagnózu ADHD nemají přiznanou, ale podstoupily jeho diagnostiku. K tomu jsem dospěla až v průběhu sbírání rozhovorů poté, co jsem viděla, u kolika respondentů docházelo opakovaně k zamítání ADHD diagnózy, dokud jim konečně nebyla přiznána až na několikátý pokus. Přišlo mi zajímavé podívat se tedy i na to, za jakých okolností se diagnóza ADHD v dospělosti nejen dává, ale také nedává.

Přes velmi heterogenní výsledky se v následujícím textu pokusím okomentovat společná témata, která se zdála nejlépe mapovat stav diagnostiky ADHD v dospělosti tak, jak k němu dochází (či v mnoha případech kolikrát nedochází) v České republice.

Vlastní iniciativa

Ve většině případů bylo impulsem pro stanovení diagnózy aktivní studium problematiky ADHD na internetu či v literatuře, následované proaktivním přístupem respondenta-pacienta k vyhledávání a diagnostikování onemocnění. Tento proaktivní přístup pak naráží na nedůvěru zdravotnického systému a faktu, že většina lékařů a psychologů nemá o symptomech ADHD dostatečné znalost. (*“A tak jsem si našla doktorku, která řeší poruchy učení a ADHD. A ona to řeší u dětí, já jsem nenašla nikoho, kdo to řeší u dospělých. Tak jsem jí zavolala a ona řekla, at teda přijdu, s tím, že ona to jako řeší u dětí a ne u dospělých (...) ona se mě snažila přesvědčit o tom, že nemám ADHD... ale já jsem jí říkala, že jsem četla, že jako medikace je, že je to metylfenydát, ale ona říkala, že to se dává dětem. Ale já jí říkám, já jsem našla prostě v*

anglických textech, že se to může dávat i dospělým, že by to nemělo být nijak špatný a ona říká, že se jako nad tím zamyslí. A tak jsem tam přišla příště a ona řekla, že teda dobře a napsala mi Ritalin. A to byla prostě obrovská změna.” Ke strategii léčby se pak respondentka vyjadřuje následujícím způsobem: “Já mám pocit celou tu dobu vlastně, že mě paní doktorka nechce léčit, protože zaprvý se dopouští pill shamingu. A je jako velmi nespokojená s tím, že mám tendenci zapomínat nebo nestíhat domluvený termíny nebojí se mi to dát najevo a tvářit se jako, že je to ale moje chyba a já mám pocit, že se mjíme v pochopení toho, co ADHD způsobuje, jaký jsou jeho projevy... Já vlastně v tuhle chvíli už se jí vyloženě bojím, což mi dál komplikuje stav, abych jí zvládala zavolat, když jí mám zavolat.” Jiná respondentka: „Ona se mě ptala právě jako proč si myslím, že to mám. A vlastně to bylo takový, že jsem měla pocit, že jí jako taky mám přesvědčit o tom, že jí mám, že to mám“)

Navrhnutí diagnózy ADHD z vlastní iniciativy se týkalo 12 respondentů z 13. Jediným respondentem, kdy nějaký odborník navrhl, že by se ho tato diagnóza mohla týkat, bylo v případě respondeta, kterého na ADHD rysy upozornila psychoterapeutka, což následně vedlo k jeho vyhledání psychiatricky a získání oficiální diagnózy a následně léčby. I zde ale musel sám vyhledat psychiatrii s již získaným podezřením na ADHD. (*„No, hledal jsem, ale nenašel jsem, a pak se mi povedlo najít, protože všude je plno, psychiatrickou kliniku, kde nějaký mladá jako doktorka s tím neměla problém, že jako si připravila na další sezení nějaké jako testy, měla nějaké svoje materiály... Já jsem věděl, za čím tam jdu, i když na tom prvním sezení si udělala celý ten okruh, to přijímací sezení prostě klasicky, ale na tom druhém už jsme se právě zabývali rovnou tím, s čím jsem tam přišel.”*)

Vlastní iniciativa je tak v tomto tématu opravdu stěžejní a je otázkou, kolik lidí by tuto pomoc potřebovali, ale ani ji nikdy nevyhledá.

Komorbidity a jejich léčba na úkor ADHD

Nedostatek informací o ADHD mezi odborníky z oblasti péče o duševní zdraví se projevuje zejména v tom, jak často byli respondenti léčeni pro komorbidity, čímž byl jejich případ z diagnostického hlediska uzavřen a o ADHD se dále nediskutovalo, pakliže si o sami neřekli. (*“Mi byla jako nabídnuta hospitalizace, takže jsem byl tam. Tam jsem to jako taky vlastně navrhnul jedný tý psycholožce, ke který jsem tam chodil, ale ta mě jako potom taky zamítla, že prostě kdybych jako měl ADHD, tak bych musel lézt po stěnách, a prostě jako nějak*

se projevovat.”) Tento respondent byl v péči psychiatricky pro HPO, opakovaně upozorňoval na své podezření na ADHD a prošel dvěma hospitalizacemi, kdy až při druhé měl štěstí, že narazil na profesora Praška, který mu ADHD diagnostikoval.

V několika případech měli respondenti také podezření na autismus a proto vyhledali diagnostiku PAS. Vzhledem k tomu, že ADHD je s PAS často komorbidní, byli na tomto místě většinou schopni ADHD také zhodnotit, byť to není jejich primární ohnisko zájmu. Zajímavé je, že diagnostika autismu se zdá být v ČR dostupnější, a tak cesta k diagnostice ADHD vedla přes autismus jak u některých respondentů, kteří řešili primárně autismus, tak u těch, které ADHD trápilo více. (*“No a co já jsem jako mluvila o těch různých věcech, tak ona mě občas přerušila a řekla, to já mám občas taky. Což jsem se ní tak jako vždycky podívala a ona mi pak řekla, že má ADHD. A já jsem říkala, aha, ok, a když jsem nějak tak domluvila, tak přemýšlím... myslím, že mi dala test na pozornost (...) Ale zároveň říkala, já tam vidím i nějaký to ADHD, takže mi dala nějaký test rozdělený na hyperaktivitu, nepozornost a impulzivitu. A tam jsem měla jako zaškrtnout ano nebo ne a ona se pak na to podívala a řekla, hm, tak jako bude ADHD. Já jsem jako byla dost skeptická, tak ona mi tam jako ještě řekla, dobře tak pojďte číslý říct, jak hodně to na vás sedí. Tak jsem to doplnila a ona zase, no to je docela dost. A tak mi potom diagnostikovala ADD, že tam neviděla tu hyperaktivitu ani impulzivitu, i když teda já jako teď vím, že ve skutečnosti jsem hyperaktivní.”*)

Existují situace, kdy respondent-pacient byl schopen úspěšně fungovat ve společnosti do té doby, než přijde období velkého stresu spojené s životními změnami (nástup na vysokou školu, vstup do zaměstnání, začátek společného bydlení s partnerem, narození dítěte), kdy copingové mechanismy na zvládnání symptomů přestávají být dostatečné, respondent upadá do deprese nebo se u něj projevují úzkostné stavy. (*“Jsem si vlastně sama za spoustu let vyvinula kompenzační mechanismy a teďka, ten, kompenzační mechanismy jako fungují, akorát že při tom, jak jsem se třeba posunula pracovní a v životě, a mám prostě kolem sebe víc odpovědností a lidí, tak, takže, že prostě ty moje kompenzační mechanismy přestaly stačit.”*)

Často se zdá být ADHD kompletně nepochopeno (*„Jo že, že jako podle ní nemám ADHD protože se dobře soustředím a nemám autismus, protože jsem jí podala ruku a koukala jsem se jí do očí.“*)

Diagnostika ADHD není v ČR jednotná

Způsoby, jakým se respondenti k diagnóze ADHD dostávali, se značně lišil. Někdy šlo o dlouhé vyšetření, někdy bylo zamítnuto z „dojmu,“ někdy proběhlo po setkání s prvním odborníkem, někdy jich respondent vystřídal několik.

Zajímavý byl případ respondenta, u které psychiatr řekl, že nedokáže přítomnost ADHD posoudit, a tak zkouší nasadit léčbu a uvidí se, jestli zabere. (*“Doktor říkal, že to zní jako porucha pozornosti, ale že jakoby nezná příčinu toho a že zjišťovat příčinu by mu vlastně nepomohlo s řešením těch symptomů. Takže. Takže mi vlastně předepsal Atomoxetin, že to mám zkusit, že se to dá vysadit když tak, že prostě když to zabere, tak to zabere a když to nezabere, tak to prostě se zahodí, no.”*).

V jiném případě pak psychiatr vyhodnocuje možnost diagnózy na základě rozhovoru s respondentem-pacientem. (*“[Psychiatrička] je hrozně drsná, proto jsem k ní začala chodit, protože to byla první terapeutka, se kterou jsem se dokázala bavit. A... no a já jsem jí to nadhodila tadyhle to moje podezření a začaly jsme to probírat a začala se mě cíleně i vyptávat na některý ty věci a projevy, a nakonec jsme dospěly k tomu, že zkusíme že že mě zkusí tu diagnózu dát a předepíše mi jenom lehkou Stratteru (...) No spíš to byly asi čtyři sezení myslím celkově. (...) A vlastně a vlastně si mě mezitím vzala na normální diagnostický sezení jako už to psychiatrický, kdy už jsem jako nebyla v té pozici té jako na té terapii. A právě ona nechtěla nic zanedbat, aby mě jenom tak jako nepředepisovala prášky. A vlastně mě třeba nechala, abych sepsala všechny příklady, který mě napadnou toho, proč si myslím, že na mě ta diagnóza sedí. Pak se mě, pak se mnou ty jednotlivý případy probírala. Probírala se mnou jak probíhal vlastně ten můj myšlenkovéj pochod u těch případů, probírala se mnou právě i různý jako další věci typu co mě třeba ani jako úplně nenapadly, ale když se mě na to přímo zeptala, tak tak jako mi došlo, že to tak asi jako není úplně okej. Jako třeba finance, nebo jako moje práce s financema a podobně.”*)

V případě, že respondent-pacient nezvolí ideální postup přímé návštěvy specializovaného pracoviště, ale navštíví praktického lékaře nebo psychiatra, který se nespécializuje na diagnostiku ADHD, bývá cesta k získání diagnózy delší. (*“Takže třeba já si nejsem úplně jistá, jakým způsobem vlastně má člověk vyhledat psychiatra. Určitě je nějaký přesný postup, ale já ho neznám, takže jsem si to zařídila tak, že jsem prostě našla jenom, kde je nějaký psychiatr a šla jsem tam, kde jsem řekla, že prostě asi potřebuju psychiatra.”*)

Příběh spletité cesty, kdy musí respondent o vyšetření žádat a to i opakovaně, se mezi respondenty opakoval několikrát. Tím, že jsou tyto příběhy složité, nechci je všechny citovat, ale uvedu pro ilustraci příklad jednoho respondenta. (*„A to jsem udělal asi blbost, jsem šel za svým praktickým doktorem, popsal jsem mu jako svoje problémy a na to mi řekl, že ADHD určitě nemám, protože to bych měl problémy už jako dítě... řekl jsem že bych teda chtěl jako navštívit psychiatra, tak na to mi řekl, že mě k psychiatrovi určitě nepošle, protože psychiatři očekávají člověka v psychotickém stavu, s halucinacemi.“*) Nakonec se však přesto dostal ke klinické psycholožce, která však ADHD zavrhla. (*„Praktický lékař mi dal žádanku ke klinické psycholožce... to byla druhá chyba. Tam jsem byl na několika vyšetřeních, asi třech nebo čtyřech po hodině, no a nakonec taková nějaká konzultace, kde mi teda vysvětlila, co mi je, akorát v tom, co mi říkala... já jsem se v tom vůbec nepoznával no, jo, co se týče ADHD tak tam byl takový nějaký obecný test, paměť, nějak ty schopnosti učení ... Takže to byla klinická psycholožka a jak říkám, přišlo mi, že ona prostě, že se rozhodla pro něco, co mi je a snaží se mi to prodat...depresivní osobnost nebo něco na ten způsob a něco je s psychosomatikou, o které zpětně jsem zjistil, že na to psala diplomku. (...)* A ještě jedna kouzelná věc, řekla mi, že si nemyslí, že by mi medikace pomohla.“) Následovalo vyhledání psychiatricky. (*„Hned druhý pokus teda to byla ta moje současná psychiatricka. To jsem to zase všechno popsal a myslím si, že co mi řekla, bylo, že si nemyslí, že mám ADHD, s tím, že mám hodně úzkosti, a dostal jsem Escitalopram.“*)

Ke správné diagnóze se pak respondent dopracoval až po 4 měsících naléhání na ošetřující psychiatricku, kdy došlo k přehodnocení diagnózy za velké nechuti nově zvolené psycholožky, která se vyjádřila, že si respondent přeje získat diagnózu ADHD, ale nakonec se svolila k provedení diagnostických testů a konzultaci příznaků. (*„Dál jsem mlel to svoje, že si myslím, že mám ADHD, popisoval symptomy (...) k té psychiatrice jsem vlastně šel s tím, že si budu trvat na svém, ale nějak plnit, prostě co mi dá za prášky, tak to vyzkouším a tak. A jednou teda při té kontrole jsem se zmínil o tom autismu [na které vyjádřila podezření první klinická psycholožka] a jestli by se to nedalo nějak řešit, jako řešit, no zjistit teda, jak jsem na tom no. Ona to podle mě blbě pochopila, ale poslala mě teda tam do toho jejich zařízení ke druhé klinické psycholožce, následoval druhý test inteligence, kde už byly ty čtverečky a tak, a hledání co chybí na obrázku a tak dále, a no, ale na konci si se mnou trochu víc povídala o tom a zase jsem mluvil o tom, proč si myslím, že mám ADHD, a řekla mi „ono to trochu vypadá, jako kdybyste to ADHD chtěl mít“ a na to jsem jí odpověděl, že tak nějak doufám, že to je ADHD, protože ADHD velmi dobře reaguje na prášky a znamenalo by to, že ty prášky velkou hromadu*

mojich problémů prostě odstraní.”). Výsledky vyšetření s tímto respondentem pak nebyly dostatečně konzultovány, ale psychiatricka mu napsala lék Strattera a diagnózu mu sdělila až na přímý dotaz: (“Jednou jsem se jí přímo zeptal, jestli teda ADHD je moje diagnóza, a na to mi odpověděla, že ano.”).

Mezi používané diagnostické testy patří nejčastěji Číselný čtverec, d2 test a Bourdenův test. Dle nasbíraných údajů je hlavní rozhodovací parametr pro stanovení diagnózy ADHD výsledek z diagnostických testů, o informace získané z diagnostického rozhovoru plní pouze potvrzovací funkci při stanovování diagnózy. V poměru k délce trvání dominuje zejména čas strávený nad testy a poměr délky testů vůči délce rozhovoru je ve prospěch testů. (*„Jako vlastně, vlastně se mnou moc nemluvila no. Jako proč tam jsem já, co chci jako, co řeším. Takže jako asi ty testy no. (...) Mi pak říkala, že to nemám, a jako že, prostě to bylo jako, no nevyšlo vám to tady. Jo jo, v těch testech jako že to nevyšlo, no.“*)

Zajímavé bylo zařazení dvou respondentek, které oficiálně diagnózu nezískaly, ale podstoupily diagnostický proces na určení ADHD. V prvním případě se opět jedná o slečnu, která je od dětství léčena pro řadu jiných potíží. Na střední škole byla odeslána do pedagogicko-psychologické poradny s žádostí od školy na vyšetření na ADHD, ale v poradně určili, že to neodpovídá jejím potížím a že to diagnostikovat nebudou. Vyšlo jí, že je inteligentní, a tedy její potíže budou pramenit pouze z úzkostí. Při druhém vyšetření, kdy jí bylo ADHD zamítnuto, tak bylo učiněno především na základě kognitivních testů, konkrétně d2, Symboly – Kódování a Kostky z WAIS-III, TMT (a i b), FAB (jež slouží k posouzení demence) a Číselný čtverec. Při studiu VŠ požádala znovu o vyšetření na ADHD. Tam už vyšetření proběhlo více v souladu s poznatky nejnovější literatury a diagnóza ADHD jí tedy byla navrhována, nebyla však schválena psychiatrem, neboť žádného, který by ji s ADHD vzal, nemůže sehnat.

Příběh druhé respondentky, která dodnes ADHD diagnózu nemá, ale podstoupila diagnostický proces, je podobný, akorát se neléčí s komorbiditami. Po získání podezření na ADHD z literatury a z internetu se objednala na vyšetření na ADHD. Byla vyptána na anamnézu s důrazem na dětství, drtivou většinu sezení však vyplňovala testy, a to Reyovu figuru, subtesty s WAI-III (Symboly – kódování, Podobnosti a Opakování čísel), D2-R, TMT, Test kognitivního odhadu, PID-5, BPQ, EQ a AQ. Závěrem bylo, že vzhledem k tomu, že má vysoké skóry depresivity a úzkostí a dobře skóruje v testech pozornosti, jsou její pociťované problémy způsobeny depresí.

Je tedy zajímavé všimnout si, že tam, kde respondenti nedostali potvrzenou diagnózu, je tento závěr dělám především na základě psychologických testů, které odborná literatura hodnotí jako nevhodné pro určení ne/přítomnosti ADHD.

Kde diagnostika proběhla bez větších potíží

Mohu-li hodnotit, označila bych jako průběhy diagnostiky, která probíhala bez větších problémů a více-méně v souladu s doporučeními v literatuře (tak, jak je zpracováno v teoretické části této práce), stalo se tak ve třech případech.

Jednoho respondentka jsem již zmiňovala jako muže, kterému byla naznačeno, že by mohl být ADHD v rámci psychoterapie, načež on po získání více informací vyhledal psychiatricku z dotazem, zda by mu diagnostiku ADHD nemohla provést. Samotná diagnostika probíhala ve dvou sezeních. *“V tom prvním, ano, obecně na život, na dětství, na rodiče a prostě takový ten obecný přehled. A v tom druhém sezení, to už bylo jako že měla připravené materiály (...) celkově to byly tři testy.” Z popisu je patrné, že se jednalo o dotazníky/klinické inventáře k posouzení symptomů ADHD, nikoli výkonové testy, i když se mi nepodařilo identifikovat, které.*

U jiné respondentky byla vzhledem k rodinné anamnéze a přítomnosti ADHD u jejích dvou dětí diagnostika zkrácena a jednalo se pouze o potvrzení předchozího podezření stanovené pomocí dotazníkových testů a pohovoru.

V pořádku proběhla diagnostika i u respondenta, který se objednal na diagnostiku rovnou k psychiatrovi se specializací na ADHD. *“Ale to bylo díky ségře... vona mě objednala, vona mě, že tam volala no (...) Spíš si se mnou povídal, asi si u toho psal něco, mám dojem. No někam... asi tak. (...) Testy? Ne, nedával.”*

5.2 Výsledky analýzy rozhovorů s respondenty-odborníky

Skupina respondentů-odborníků se ve svém pohledu na zkoumanou problematiku poměrně shodovala. Rozdíly byly často spíše v nuancích, trochu jiném úhlu pohledu nebo tom, jak velký důraz na různé aspekty kdo dává, jejich přístup však nebyl tak nejednotný a roztržštěný, jako informace poskytnuté respondenty-pacienty, kteří reportovali skutečně širokou škálu nejrůznějších zkušeností. Pakliže tedy budeme pracovat s myšlenkou, že v rámci psychologické a psychiatrické obce, která s ADHD může přijít do styku, je velká disproporcionalita a nejednotnost, což jsou závěry z analýzy rozhovorů s pacienty, vezmeme-li úzký vzorek odborníků, kteří se ADHD v dospělosti zabývají blíže, tato různorodost se vytrácí a tito odborníci dochází v řadě témat většího či menšího konsenzu. Tento je navíc v podstatě odpovídající přístup ADHD v dospělosti v zahraničí. Tento úzký výběr odborníků na ADHD pak sám reflektoval situaci v ČR jako nejednotnou s ne vždy přístupem odpovídajícím nejnovějším poznatkům. Rozhodně je však v České republice základna, která sem přináší dobrou praxi ze zahraničí a snaží se ji i co nejlépe praktikovat v našich podmínkách.

Trochu bokem stál rozhovor s magistrem Vackem, který se zaměřuje především na terapeutickou práci s lidmi a diagnostiku dělá spíše v nástinu toho, jestli má smysl s člověkem pracovat jak s ADHD a případně odeslat k psychiatrovi, který dá diagnózu oficiálně. Z toho důvodu neřeší všechny aspekty, se kterými se musí potýkat ostatní odborníci, kteří se mnou hovořili. Přesto mi tento rozhovor přišel zajímavý a relevantní k výzkumu.

Z analýzy rozhovorů s respondenty-odborníky vzešla velká spousta informací. Materiál byl velmi výtěžný; kromě témat, která sytila výzkumné otázky tohoto výzkumu, jsme narazili i na spoustu dalších témat, která s ADHD a její diagnostikou také souvisí, jako například dostupnost informací v České republice, informovanost kolegů na poli péče o duševní zdraví, dostupnost, respektive nedostupnost následné péče (tedy co se bude dít po diagnostice, přesah do terapie apod.) nebo téma specifík ADHD u žen. Témata, která vyvstala a nejvíce souvisely s výzkumným záměrem této práce, a která proto rozeberu nejpodrobněji, jsou:

- Chápání ADHD jako komplexní diagnózy s důrazem na jiné fungování mozku
- Struktura diagnostiky, kterou tito odborníci používají, a jejich důvody k tomu
- Dlouhodobost procesu
- Psychologické testování

- Komorbidity

Všechny tyto aspekty spolu nutně souvisí a jsou rozhodně propojené. V následujícím textu budou mít pro přehlednost samostatné celky, ale jejich souvislost/návaznost na ostatní body bude prodiskutována.

Chápání ADHD jako komplexní diagnózy s důrazem na jiné fungování mozku

Otázku na to, co pro ně vlastně ADHD znamená, jsem pokládala všem respondentům-odborníkům. Často jsem slyšela, že uchopení ADHD v diagnostických kritériích je vlastně především **popisné, symptomatologické** (Šmotek: *„A nicméně tady jedna velká nevýhoda nebo riziko je v tom, že jsou [MKN a DSM] právě většinou přístupy založené na popisu těch symptomů, deskriptivní...“* Holčapková: *„Ty diagnostické kritéria, nebo ty to jsou vlastně taky nějaké projevy, že jo, který jsou jako projevem tý jako jiné funkce mozku“* (...) *„Ty diagnostický kritéria, nebo ty, to jsou vlastně taky nějaké projevy, že jo, který jsou jako projevem tý jako jiné funkce mozku. (...) je tam vidět, že tam vzruchy frčí úplně jinejma jako cestama, než je běžný, že ten obraz, pak je to jako spektrum, ale jak bych řekla takový jako 3D spektrum, že to není jako od A do B, ale že ještě mezitím je tam ještě spousta proměnných.“*)

Přístup toho, že je ADHD vlastně **jiné fungování mozku**, se prolíná většinou rozhovorů. Někdy je to bráno víc jako poškození mozku, někdy jednoduše jen odlišnost. (Štěpánková: *„I já [ADHD] chápu jako neurovývojovou poruchu. Trošku mám takovej někdy pocit, že to spíš než porucha, že jak kdyby to je jako dispozice, ta vlastnost nebo typ tý nervový soustavy.“* Chňupa: *„Je to vlastně neurotyp, jako že to není nemoc sama o sobě, je to.... Je to vlastně o odlišnost v fungování mozku která má neurobiologický podklad, genetický podklad.“* Holčapková: *„Vidím [ADHD] spíš jako takovej nějaké charakterovej subtyp, prostě něco na úrovni temperamentu, je to nějaký souhrn vlastností na úrovni jako biologie mozku, který dělá nějaký jako typický klinický obraz, ale to jak se to projeví, to hrozně závisí.“* Renka: *„Mně asi jako klíčový přijde ten jinej způsob uvažování.“*)

Tím, že se jedná primárně o odlišnost v způsobu fungování pak nutně neznamená, že s tím vlastně ten člověk musí mít v životě výrazné obtíže. Ačkoliv tomu tak samozřejmě často je, není to podstatou ADHD. Přesto je **funkční deficit** podmínkou k diagnóze dle DSM, což je třeba mít na paměti. Nejspíš bychom tady mohli říci, že ADHD je nějaký způsob, kterým člověk

uvažuje a funguje, ale jako diagnózu to označíme až v případě, kdy způsobuje tak silné symptomy, že dochází k onomu funkčnímu deficitu. (Štěpánková: „*A to především u těch pacientů, kde Ty problémy nedosahují nějaké výrazné hloubky, jo, nicméně oni se identifikují s těmi symptomy velice jako dobře, nicméně to postižení (...) ten deficit není tak výrazný (...) že to je nějaká subklinická forma, nebo prostě spíše rysy, jo, toho ADHD, tam jako mi to přijde, že to spíše prostě jako dispozice tý nervový soustavy a pak pak se nepohybujeme na úrovni jako přítomnosti nebo nepřítomnosti, ale hloubky těch obtíží.*“ Chňupa: „*Pro mě to opravdu není jako ten disease-based model jakože ve smyslu, že musíš mít potíže, aby si mohla mít ADHD, protože ty vlastně ty můžeš mít šileně moc copingových mechanismů.*“ Holčápková: „*Podle toho, jak je to prezentovaný tý mainstreamový jako zatím psychiatrický literatuře, to vypadá, že člověk s ADHD nemůže být jako funkční a vlastně zdravěj.*“) Jako mechanismy, které mohou ADHD takto zmírnit, byl nejčastěji zmiňován intelekt, dáte prostředí (například zvolení příliš náročné profese, přechod ze ZŠ na SŠ nebo ze SŠ na VŠ, tedy zvýšení nároků, pracovní prostředí nevhodné pro člověka s ADHD apod.) a podpora okolí (rodina může pomoci vyvinou kontrolní mechanismy či sama kontrolovat: Zavolal jsi tam? Udělal jsi tohle? Nezapomněl jsi na tamto?)

Obecně tedy platí, že většina českých odborníků na ADHD jej vnímá velmi komplexně. V jeho jádru stojí nějaká odlišnost, která může mít mnoho faktorů (zmiňovány jsou tedy odlišnosti na mozku, dědičnost, okolnosti porodu, raná traumata apod.) a proto se projevuje celou škálou nejrůznějších symptomů, nejen těmi, které jsou popisované v DSM.

Struktura diagnostiky

Pakliže je samotné uchopení toho, co ADHD je, tak rozsáhlé a složité, dostáváme se k problematice zachycení něčeho tak komplexního. Většina odborníků pracuje podobně: nejprve odeberou anamnézu, při které se také zaměří na screening jiných psychiatrických obtíží, které by mohly buď referované ADHD příznaky také vysvětlovat nebo které by mohly být s ADHD komorbidní a následně udělají diagnostický rozhovor DIVA-5, který slouží k posouzení symptomů na základě diagnostických kritérií podle DSM-5. Někteří dále ještě zapojují jako pevnou složku diagnostiky kognitivní psychologické testování (doktorka Štěpánková, profesor Mohr, doktor Šmotek), jiní toto nepovažují za nutné a/nebo efektivní, pakliže k tomu není indikace. Častěji je zdůrazňována vysoká časová náročnost na diagnostiku ADHD. Stranou stojí

opět pouze pan magistr Vacek, jehož diagnostika nemusí být tolik přesná, když ji ještě dále potvrzuje psychiatr, takže se zeptá na anamnézu, pociťované problémy a následně s nimi projede kritéria podle DSM-4.

Testy

Někteří odborníci se k psychologickému testu kloní více, někteří méně. (Theirner: *„Většinou jsem zpočátku jsme nějak i používali psychologický vyšetření, ale to se neukázalo jako nějak přínosné, takže to jsem pak už nepotřeboval. My jsme s tím vždycky měli jako trápení (...) sestavit nějakou psychologickou nebo baterii psychologických testů, která by dobře zachytila tu poruchu pozornosti, která vlastně u ADHD, který je ale definováno jako klinicky a příznaky běžného života, nikoliv nějakým deficitem reálný pozornosti (...) většinou dělali d2, ten škrtačí test, dělali nějaký ten trail making test a něco takovýho (...) a vlastně to byla zbytečná práce toho psychologa, protože novou informaci nepřinesl.“* Chňupa: *To je důležité si uvědomit, že ten syndrom ADHD je vlastně diagnóza založená na klinických projevech, pokud bavíme jako o diagnóze ADHD, a není, nekoreluje, není tam nutně soulad mezi ADHD (...) a nějakou poruchou pozornosti jako na těch neurokognitivních testech. Že vlastně (...) vyšetření pozornosti (...) není nutně indikované.“* Holčápková: *„A myslíte jako nějaký takový ty pozornostní? Nedělám, ne.“*)

Jako důležité vnímám zvýraznit fakt, že i ti, kteří berou testování jako pravidelnou součást každého vyšetření s podezřením na ADHD reflektují, že má toto testování a tedy i jeho interpretace řadu limitů. Nejčastěji se zde hovořilo o tom, že úkoly, se kterými mají lidé s ADHD problém, jsou většinou komplexnější, složitější a dlouhodobější než zadání psychologických testů (Štěpánková: *„No, takže to je prostě něco, co dává jinou informaci, než kterou dostanete z nějakých dotazníků nebo výpovědi. Ale neznámá to, že, jo, že když nenaskóruje negativně v tomhleto (...) že by nemohl mít ADHD i tak, a to proto, že prostě ten test trvá, dejme tomu se závěkem 20 minut a jsou to jednoduché signály, takže ten člověk jako třeba má schopnost na tu kratší dobu se zasoustředit, ale v té realitě pak ne.“* Šmotek: *„Největší výpovědní hodnotu z hlediska těch statistických veličin nebo faktorů má právě to mapování symptomů, jo, a, že ta neuropsychologie jakoby sama o sobě nestačí. (...) není [to] úplně spolehlivé, ale myslím si, že může to být další střípek do mozaiky té diagnostiky.“*) V tomto směru špatné výsledky testů ukazují na to, že je případná porucha pozornosti skutečně závažná,

ale absence negativních výsledků zároveň přítomnost ADHD nevyklučuje. Testy odhadují spíše opravdu velkou patologii. (Štěpánková: „*Naopak, když tam udělá chyby (...) jako víc, než je v normě, je vysoká pravděpodobnost, že tam ta porucha pozornosti je nebo porucha jako kontroly impulsů, takže impulzivita. Když vidíte, že i v tomhle udělal chyby, tak si pak dokážete představit, že prostě v tom reálném komplikovaném zadání, třeba pracovním nebo studijním, tak se to projeví.*“ Šmotek: „*A u těch pozornostních testů, pardon, je ale jedna velká nevýhoda, to je v tom, že jak ta neuropsychologická diagnostika je cílená na hodně velkou patologii. A myslím si, že velká část testů není dostatečně senzitivních k tomu, aby zachytily takové ty jako nuance v pozornosti, které lidi často popisují, že má ADHD, jo, protože to jsou testy velmi krátké, v podstatě docela jednoduché pro toho člověka je to nová situace, takže je to nový stimul, který ho vlastně zajímá a což u těch ADHD jako bývá problém spíš u těch činností, které trvají delší dobu.*“) Limitující se také přítomnost komorbidit, které taktéž ovlivňují exekutivní a kognitivní funkce (což jsou ale téměř všechny, které jsou s ADHD komorbidní často).

Dlouhodobý proces

Jak již bylo zmíněno, respondenti reflektovali, že jim diagnóza ADHD zabere většinou velké množství času, nejčastěji 2-3 hodiny, někteří pracují dokonce ještě déle. (Štěpánková: *Minimum jsou tři hodiny, ale většinou je to třeba i pět.*“). Práce s časem je téma, které mě v rozhovorech velmi zaujalo, a domnívám se, že je do jisté míry ústřední, pakliže se bavíme o procesu diagnostiky ADHD v dospělosti.

Pan doktor Šmotek byl ten, kdo mi řekl, že by ho zajímal názor ostatních na to, jestli je větší riziko dát false positive diagnózu tomu, kdo ji ve skutečnosti nemá, nebo ji jako false negative upřít tomu, kdo ji má. Zastával názor, že s diagnózami by se mělo zacházet opatrně a raději by ji nedal. Ostatní ale vlastně reflektovali, že toto dilema většinou řešit nemusí. Mohou s daným člověkem pracovat dál, nemusí diagnostiku uzavřít hned, ale při nejistotě si nechat čas. (Mohr: „*Záleží asi na tom jaké tam budou implikace, když bude to falešná diagnóza, tak co s tím člověkem budete dělat, jako jestli mu budete dávat léky? Ono v zásadě prostě to riziko není tak velké, protože vy můžete ho zkusit léčit. A co se může stát přinejhorším je, že mu ta léčba nezabere, jo, že se nic nestane. A takže z tohoto pohledu možná je horší, to, když nebudete diagnostikovat, protože tomu člověku nenabídnete nějakou účinnou efektivní léčbu.*“ Chňupá: „*Důležitý je followup, důležité je vlastně to, že zůstat' v kontaktu s tím člověkem, bavit se třeba*

ako se jeho stav vyvíjí a z toho vlastně se dá lépe potom usuzovat, že buď ak ste dohodli s klientem na nasazení farmakoterapie (...) dál hodnotit, ako sa to vyvíjí a jaký to má efekt a případně upravovat diagnostické závěry.“ Renka: „Já vlastně se nechci přiklánět ani na jednu ani na druhou stranu. V tom momentě se spíš s ním domluvit, že v tý péči bude pokračovat, to znamená pojdme se na to koukat v nějakým delším čase (...) Prostě vždycky můžete mít něco jako pracovní hypotézu.“)

Důležité je také důvod váhání nad tím, zda se o ADHD jedná nebo nikoliv. Například u výrazných úzkostí, depresí či jiných komorbidit může být nutné nejprve léčit je a později se k otázce ADHD vrátit. (Renka: *„Tak jsme začali léčit prostě úzkosti a paniky a [pacientka] působí na mě v nějaký míře zase nějak dál, jako dost roztěkaná v tý ambulanci a domluvili jsme se po půl roce péči, že se k tomu tématu znovu vrátíme, no.“*) Pokud tam komorbidita není, je lepší dát diagnózu ADHD (Theiner: *„Když ten člověk nemá žádné jiné problémy a má celý život problematickej a je někde na hranici diagnostických kritérií, tak je lepší tu diagnózu dát než nedat, ale pokud jsou tam ještě další problémy, které by se měly řešit primárně, tak jsem se víc klonil k tomu, že je potřeba intenzivněji pracovat s tou jinou poruchou [která může nepozornost způsobovat]. Někdy se můžou samozřejmě i kombinovat, ale jinak u lidí, kteří nemají žádné jiné problémy, si myslím, že je lepší tu diagnózu dát“*). Respondenti dávali důraz na to, že je třeba nekončit péči diagnostikou, ale pracovat dál a i když dávají diagnózu, tak přemýšlet, co to bude znamenat v budoucnosti, proč ji dávají. (Štěpánková: *„Co s tou diagnózou ten člověk udělá? Proč tu diagnózu vlastně dáváte nebo nedáváte?“* Holčápková: *Vlastně se to snažím udělat ne jenom, aby ten člověk měl pocit, že jako má nějakou záležitost a teď já ho jako budu léčit, ale že vlastně je to něco, co jako jaký podnět do jeho života, že jo, vlastně aby se nad sebou jako zamýšlel, aby třeba se na jako naučil se sebou nějak vycházet., akceptovat se, a takhle.“*)

Práce pana doktora Šmotka je specifická v tom, že do kliniky INEP často přicházejí na diagnostiku lidé, kteří ale poté nacházejí péči na jiných pracovištích a na klinice se skutečně nechají pouze otestovat. Tím je jejich čas velmi limitovaný. (Šmotek: *„My v ambulanci moc toho času nemáme na pacienty (...) Nastavit tu diagnostiku, tak, abyste to dělal jako dobře a taky ale efektivněji, protože jak říkám v té ambulanci, ten čas je trochu omezený a tak z těch metod prostě vybírat z metod, které máme k dispozici z metod, které víme, že fungují dobře podle výzkumu a z toho, co časově dokážeme zvládnout s pacienty.“*) Takový druh práce v podstatě nikdo jiný z respondentů-odborníků neměl, tam k nim daný klient/pacient nadále docházel a mohli s ním tak pracovat dlouhodobě. Domnívám se, že opatrnost v tom dávat

diagnózu ADHD, když si pak doktor Šmotek není jistý, by možná mohla pramenit z jeho zkušenosti, že poté, co diagnózu dá, nemá nadále vlastně kontrolu nad tím, jak je s daným klientem/pacientem zacházeno při následné budoucí péči, kterou ostatní zdůrazňují jako právě to, co je třeba brát v potaz, když si diagnózou nejsou jistí – tedy co to bude pro daného člověka znamenat do budoucna, jak se s ním bude dále pracovat. V tento okamžik je mi velmi líto, že jsem neměla mezi respondenty více odborníků, kteří by více diagnostikovali ve smyslu, že k nim na diagnostiku někdo odkáže, ale pak se vrací do péče jinam. Bylo by zajímavé podívat se na to, jestli by skutečně tito lidé reflektovali větší opatrnost na dávání diagnózy, když před sebou nemají delší časový horizont, ve kterém by mohli pracovat.

Skutečnost, že odborníci, kteří s klienty/pacienty mají možnost dále dlouhodobě spolupracovat, tuto pokračující spolupráci vnímají jako velmi důležité téma i přes to, že jsme se bavili o diagnostice, pak dle všeho poukazuje na to, jak je důležitá komplexní péče o člověka s ADHD. Zároveň mi však přijde smysluplná poznámka doktora Chňupy, který upozorňoval na to, že někdy časové natahování diagnostického procesu, respektive případné odkládání poskytování péče, je také možný problém, který je třeba mít na paměti. (Chňupa: „*[Pacientka] rovnou dostala ten methylfenidát, lebo mi to prišlo, že akonáhle by ho nedostala, tak je väčší šanca, že teda bude pokračovať v užívaní metamfetamínu a že vlastne je tam úplne evidentne nějaké riziko z prodlení, že budeme čekat že naozaj je to ADHD? Ale tu DIVU jsem s ní dělal [zpětně]. (...) NICE guidelines, které řeší, co nerobit' a co se týká ADHD tak tam explicitně říkají, že nedělat třebas EKG před nasazením stimulantů, prostě není to jako cost effective, není to reasonable, naopak můžeš poškozovat člověka tím, že oddaluješ nasazení benefical terapie.*“)

Komorbidity/komplexnost

Jak již bylo několikrát zmíněno jak v teoretické části, tak v rámci odpovědí odborníků, ADHD často přichází s celou řadou komorbidit. Vlastně všichni (kromě pana magistra Vacka) toto velmi zdůrazňují jako něco, co je třeba při diagnostice brát v potaz a zároveň to tento proces velmi komplikuje. Může být velmi těžké odlišit, z jakého důvodu jsou porucha pozornosti či jiné symptomy přítomny. Existuje zde řada možností. ADHD může být primárním důvodem a vysvětlením. Stejně tak ale mohou být symptomy přítomny z jiného důvodu (úzkostná porucha, deprese, disociace/ruminace po traumatu, poruchy spánku, užívání psychoaktivních látek aj.)

(Mohr: *My jsme tehle ten průzkum taky dělali a zjistili jsme, že poměrně velké procento lidí, kteří jsou hospitalizováni nebo léčeni ambulantně nebo ve stacionáři pro úzkostné poruchy, poruchy nálady nebo poruchy osobnosti, tak ve skutečnosti mají také poruchu pozornosti. A může být buďto, že to je ten hlavní problém, to znamená, že který nám to vysvětlí a najednou nám to začne dávat smysl klinicky, nebo je to komorbidita.*“ Štěpánková: *„Často chodí pacienti, kteří dostali v minulosti jakoby jinou diagnózu, nebo léčili se s jinou poruchou ať už úzkostnou, depresivní, poruchami osobnosti, a po nějaké době třeba zjistí, že ty intervence jako nejsou účinné a nebo farmakoterapie není účinná a přicházejí vlastně na tu diagnostiku diferenciální, která samozřejmě už je jako potom obtížná, protože když jsou to pacienti jako s vícero psychiatrickými problémama, tak tak tam prostě je docela těžký to nějak rozmotat a odlišit.“*)

Některé diagnózy se také v příznacích často překrývají, přesto je možný jejich současný výskyt (Renka: *„Ta otázka se bude komplikovat v momentě, kdy se dostaneme do diskurzu s nějakou poruchou osobnosti, nejčastěji s tou emočně nestabilní, kdy se to bude prostě znakově překrývat.“*)

Některé problémy mohou také z ADHD vznikat (začnou mít úzkosti z toho, že impulzivně něco řeknou; rozvine se deprese, protože nejsou v životě úspěšní; závislost proto, že jim tyto látky pomáhají se symptomy). (Mohr: *„Často i ta závislost je takovou jako formou sebemedikace.“*)

6 ZODPOVĚZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Jak se lidé s ADHD dostávají k její diagnostice v dospělém věku?

Cesta k správné diagnóze ADHD může v České republice vypadat různě, ale nejčastěji se objevuje model, kdy daný člověk iniciuje takovou diagnostiku sám, což reportují jak respondenti-pacienti, tak respondenti-odborníci. V řadě případů je cesta zdlouhavá, a to především protože, že je pacient léčen pro jiné komorbidity a/nebo je výsledek diagnostiky zamítavý vůči ADHD. V takovém případě se respondenti většinou obrací na další a další odborníky až do té doby, než najdou někoho, kdo jim ADHD určí a oni tak mohou dosáhnout léčby. Otázka je, na kolik lidí v České republice po první zamítavé diagnostice dále již odborníky nevyhledává a žijí s tím, že ADHD skutečně nemají, i když tomu tak nemusí být.

Jak diagnostika ADHD v dospělosti v České republice probíhá?

Z odpovědí respondentů-pacientů je patrné, že diagnostika ADHD v dospělosti probíhá nejrůznějšími způsoby a tyto postupy nejsou vůbec jednotné. Byl případ, kdy celé posouzení trvalo půl hodinky se závěrem, že ADHD určit nejde, ale nasadíme léčbu a kladná odezva na ni ADHD potvrdí, případy, kdy bylo ADHD stanoveno na základě klinického rozhovoru, avšak bez nějaké větší struktury, a mnoho případů, kdy byly použity diagnostické testy, kterým byla většinou dávana velká až zásadní váha. Zajímavé je, že pokud byl pacient v péči psychiatra, ten ho na vyšetření ADHD většinou odeslal k psychologovi, byť vlastně tento postup není nikterak nutný a nejednalo se o psychology, kteří by měli větší znalosti o ADHD než daní psychiatři.

Odpovídají zjištěné poznatky o diagnostice ADHD v dospělosti doporučeným postupům dle zahraniční literatury? Pakliže ne, v čem a proč tomu tak je?

V případě, že diagnostiku provádí některý z oslovených odborníků, je v zásadě ve shodě s dostupnou odbornou zahraniční literaturou (až na postup magistra Vacka, který však oficiálně diagnózu neurčuje). V případech, které reportovali respondenti-pacienti, tomu tak však v mnoha případech nebylo, a to především pro velké spoléhání na psychologické výkonnostní testy

pozornosti a stereotypním představám o tom, že jsou lidé s ADHD viditelně motoricky hyperaktivní a je to poznat na první pohled.

7 DISKUZE

Cílem výzkumu bylo zmapovat, jak probíhá diagnostika ADHD v dospělosti, a to ze dvou pohledů: pacientů, kteří se s ADHD diagnostikou setkali v pozici vyšetřovaného a odborníků z řad psychologů a psychiatrů. Následující kapitola má za úkol uvést úvahu nad výsledky analýzy rozhovorů obou skupin, porovnat je jak navzájem, tak s dostupnou odbornou literaturou. V závěru jsou uvedeny limity výzkumu a možné důsledky pro praxi.

Zhodnocení výzkumu

Výzkum proběhl na 13 respondentech z řad pacientů s diagnózou ADHD, která jim byla diagnostikována nebo znovu diagnostikována v dospělosti, a na 8 respondentech z řad odborníků, kteří se ADHD v dospělosti profesně věnují. Jedná se tedy spíše o rozsáhlejší kvalitativní výzkum. Rozhovory byly nahrávány, přepsány do textové podoby a interpretovány za pomoci metody zakotvené teorie. Ta se ukázala být velmi vhodná zejména při hodnocení rozhovorů s odborníky, kde se dalo dojít k různým závěrům o provázanosti toho, proč je tato problematika tak složitá. U respondentů z řad pacientů narážela analýza na limity malého množství shodných znaků napříč jednotlivými případy.

Podobný výzkum v České republice provedla Sklepníková (2022) jednalo se o dizertační práci. Tímto zjištěním jsem byla velmi příjemně překvapena, neboť práce byla publikována až po vytvoření výzkumného záměru této práce. Její práce se zabývá více pohledy různých stran na symptomy ADHD než na její diagnostiku, tyto jsou však samozřejmě nutně provázány, a je tak zajímavé vidět, že téma ADHD v dospělosti začíná být na poli české vědy stále atraktivnější, což snad povede k zlepšení situace, co se týče jak diagnostiky, tak následné péče o pacienty s ADHD v dospělém věku.

Interpretace výsledků výzkumu

Dalo by se říci, že jednotlivé skupiny přinášejí dva druhy informací o diagnostice ADHD v dospělosti v České republice: z analýzy pacientů vidíme, jaký stav skutečně je, a z analýzy odborníků, jaký by měl být. Oslovení odborníci se ve svých postupech v zásadě shodli jak sami mezi sebou, tak s informacemi, které lze nalézt v současné odborné literatuře (Barkley, 2018; Kooij et al., 2019; Ramsay, 2018). Při pohledu na zkušenosti pacientů však vidíme, že

má Česká republika co dohánět. Tuto skutečnost často reflektovali i samotní odborníci, kteří sice reflektují zlepšení, které u nás nastává (zejména ti, kteří se ADHD v dospělosti věnují již dlouho, jako jsou profesor Mohr, doktorka Štěpánková nebo doktor Theiner). Vzdělávání odborné veřejnosti však bude muset ještě nějakou dobu pokračovat, než budeme moci říct, že je naše péče na stejné úrovni jako v zahraničí.

Limity výzkumu a možná návaznost na praxi

Výsledky této práce jsou omezeny možnostmi rozsahu, resp. počtu respondentů, zejména v oblasti pacientů s diagnózou ADHD. Těchto respondentů bylo dostatečné množství v kontextu kvalitativní práce a jedná se o cenná data, ale je třeba mít na paměti, že (jak i tato dostupná data poukazují) se dle všeho jedná o natolik nehomogenní problematiku, kdy pomalu každý respondent nabízí jiný úhel pohledu a odlišnou zkušenost. Můžeme tak činit závěry o tom, že diagnostika ADHD v dospělém věku v České republice neprobíhá jednotně, což je samo o sobě jistě problematické, ale činit více závěrů o všech konkrétních problematických místech je nad limity této práce. Tato práce však za problematická místa určitě označuje přílišné spoléhání na psychologické výkonnostní testy, nedostupnost odborníků na dané téma nebo označení komorbidit jako konečného stavu (respondent již nějaké diagnózy má, proč bychom měli zjišťovat, zda má další). Bylo by tak vhodné se této problematice dále věnovat, především se pokusit vzdělávat odbornou veřejnost tak, aby diagnostika ADHD v dospělosti v České republice probíhala jednotněji a především v souladu s nejnovějšími poznatky vědy.

Limitem je samozřejmě také zkušenost, že obě skupiny respondentů tvoří lidé, kteří sami byli ochotní se výzkumu zúčastnit a není možné vědět, jak tato zkušenost interaguje se zjištěnými skutečnostmi.

8 ZÁVĚR

Cílem výzkumu bylo zmapovat stav diagnostiky ADHD v dospělosti v České republice. Toto téma se ukázalo být velmi komplikovaným, když přijde na mapování skutečné současné situace z výpovědí pacientů, kteří diagnózu ADHD obdrželi v dospělém věku. To se ukázalo být velice nevyrovnaným. Dá se říci, že to, jak bude diagnostika ADHD probíhat, velmi závisí na tom, ke komu se pro ni člověk dostaví. V případě debaty s odborníky, pro které je ADHD v dospělosti téma, kterým se profesně zabývají, nacházíme poměrně jednotnou představu o tom, jaký by byl ideální stav, dokonce můžeme vyvozovat závěry o tom, proč tomu tak je a nacházet zajímavé souvislosti. Z rozkolu mezi oběma skupinami však můžeme především říci, že tato debata jaksí předchází zbytek psychiatrické a psychologické obce v České republice. Nedá se říci, že by vlastně obě skupiny skutečně přinášely dva různé pohledy na stejnou problematiku, spíše jde o dvě téměř odlišné části stejné problematiky, které se bohužel sotva dotýkají, a to je teorie dobré praxe a její skutečná podoba v celorepublikovém měřítku.

9 SOUHRN

Tato práce se tematicky zabývá problematikou diagnostiky ADHD u dospělé populace, a to jak z hlediska pohledu a diagnostickému přístupu odborníků, tak z hlediska patientského úhlu pohledu. Obsahuje celkem 9 kapitol a člení se na teoretickou a výzkumnou část.

Teoretická část se zaměřuje na popis onemocnění ADHD z hlediska definice, epidemiologie, prevalence v populaci, vývoje chápání diagnózy u dospělých, popis obrazu ADHD v dospělosti, současně se vyskytující komorbidity a dostupné medikace. Druhá část teoretické části práce pak pojednává o způsobu diagnostiky ADHD v dospělosti, s důrazem na diagnostická kritéria a doporučené postupy v diagnostice, tj. screening, klinický rozhovor, strukturovaný diagnostický rozhovor, klinické inventáře a dostupné neuropsychologické testy.

Samotná výzkumná část diplomové práce nejprve jasně definuje výzkumný problém a cíl výzkumu a kladené výzkumné otázky, pak popisuje aplikovanou metodiku výzkumu, výzkumný soubor, metodiku získávání dat s ohledem na etické hledisko a způsob analýzy dat.

Druhou sekcí výzkumné části jsou výsledky samotného výzkumu, kde se jedná o kvalitativní vyhodnocení rozhovorů s respondenty a popis jejich diagnostiky ADHD. Ve druhé části se pak pojednává o terapeutickém přístupu odborníků na ADHD z hlediska charakterizace ADHD a její diagnostiky.

V závěru celé práce se pak soustředím na popsání obecných jevů vyplývajících z diagnostiky ADHD v Čechách a její specifika, tedy zejména rozkošem mezi teorií dobré praxe (které je sem však již pomalu zanášena) a její skutečná podoba v celorepublikovém měřítku.

LITERATURA

- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*, *73*(7), 713. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0465>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1968). *DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). <https://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). <https://aditpsiquiatriaypsicologia.es/images/CLASIFICACION%20DE%20ENFERMEDADES/DSM-III.pdf>
- American Psychiatric Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).
- Arellano-Virto, P. T., Seubert-Ravelo, A. N., Prieto-Corona, B., Witt-González, A., & Yáñez-Téllez, G. (2021). Association between psychiatric symptoms and executive function in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychology & Neuroscience*, *14*(4), 438–453. <https://doi.org/10.1037/pne0000271>
- Ashinoff, B. K., & Abu-Akel, A. (2021). Hyperfocus: The forgotten frontier of attention. *Psychological Research*, *85*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1007/s00426-019-01245-8>
- Baader, A., Kiani, B., Brunkhorst-Kanaan, N., Kittel-Schneider, S., Reif, A., & Grimm, O. (2020). A Within-Sample Comparison of Two Innovative Neuropsychological Tests for Assessing ADHD. *Brain Sciences*, *11*(1), 36. <https://doi.org/10.3390/brainsci11010036>

- Bangma, D. F., Koerts, J., Fuermaier, A. B. M., Mette, C., Zimmermann, M., Toussaint, A. K., Tucha, L., & Tucha, O. (2019). Financial decision-making in adults with ADHD. *Neuropsychology, 33*(8), 1065–1077. <https://doi.org/10.1037/neu0000571>
- Barkley, R. A. (Ed.). (2018). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (Fourth edition. Paperback edition). The Guilford Press.
- Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The Unique Contribution of Emotional Impulsiveness to Impairment in Major Life Activities in Hyperactive Children as Adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49*(5), 503–513. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.019>
- Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders, 16*(8), 623–630. <https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
- Ben-Naim, S., Marom, I., Krashin, M., Gifter, B., & Arad, K. (2017). Life With a Partner with ADHD: The Moderating Role of Intimacy. *Journal of Child and Family Studies, 26*(5), 1365–1373. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0653-9>
- Brožek, L. (2019). Pozornost. In *Klinická neuropsychologie v praxi*. Karolinum.
- Buică, A., Irimie-Ana, A., Ionescu, M., Rad, F., & Dobrescu, I. (2019). Clinical aspects of differential diagnosis in adult ADHD patients. *Psihiatru.Ro, 2*(57), 13. <https://doi.org/10.26416/Psih.57.2.2019.2440>
- Carlew, A., & Zartman, A. (2016). DSM Nosology Changes in Neuropsychological Diagnoses through the Years: A Look at ADHD and Mild Neurocognitive Disorder. *Behavioral Sciences, 7*(4), 1. <https://doi.org/10.3390/bs7010001>

- Clements, S. D. (1966). *Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification phase one of a three-phase project: (518482009-001)* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e518482009-001>
- Conners, K. (2000). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – Historical Development and Overview. *Journal of Attention Disorders*, 3(4), 173–191. <https://doi.org/10.1177/108705470000300401>
- Ditrich, I., Philipsen, A., & Matthies, S. (2021). Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited – a review-update on common grounds and subtle distinctions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00162-w>
- Dobson-Patterson, R., O’Gorman, J. G., Chan, R. C. K., & Shum, D. H. K. (2016). ADHD subtypes and neuropsychological performance in an adult sample. *Research in Developmental Disabilities*, 55, 55–63. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.03.013>
- Douglas, V. I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 4(4), 259–282. <https://doi.org/10.1037/h0082313>
- Drtílková, I., & Fiala, A. (2016). Rozdílné dimenze subtypů ADHD. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112(3), p127-132.
- Drtílková, I., Šerý, O., Balaščíková, B., Theiner, P., Uhrová, A., & Žáčková, M. (2007). *Hyperkinetická porucha: ADHD* (1. vyd). Galén.
- Fabio, R. A., Rizzotto, C., Department of Cognitive Science, University of Messina, Messina, Italy, Colombo, B., & Neuroscience Lab, Champlain College, Burlington, United States of America. (2020). The analysis of the independence hypothesis: Working and procedural memory in young adults with Attention Deficit and Hyperactivity Disorder.

- Cognition, Brain, Behavior. An Interdisciplinary Journal*, 24(3), 255–270.
<https://doi.org/10.24193/cbb.2020.24.14>
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2005). What Is the Prevalence of Adult ADHD? Results of a Population Screen of 966 Adults. *Journal of Attention Disorders*, 9(2), 384–391.
<https://doi.org/10.1177/1087054705281478>
- Fuermaier, A. B. M., Tucha, L., Evans, B. L., Koerts, J., de Waard, D., Brookhuis, K., Aschenbrenner, S., Thome, J., Lange, K. W., & Tucha, O. (2017). Driving and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Neural Transmission*, 124(S1), 55–67.
<https://doi.org/10.1007/s00702-015-1465-6>
- Groen, Y., Priegnitz, U., Fuermaier, A. B. M., Tucha, L., Tucha, O., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., & Garcia Pimenta, M. (2020). Testing the relation between ADHD and hyperfocus experiences. *Research in Developmental Disabilities*, 107, 103789.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103789>
- Groß, V., Lücke, C., Graf, E., Lam, A. P., Matthies, S., Borel, P., Sobanski, E., Rösler, M., Retz, W., Jacob, C., Colla, M., Huss, M., Jans, T., Kis, B., Abdel-Hamid, M., Tebartz van Elst, L., Philipsen, A., & for the Comparison of Methylphenidate and Psychotherapy in Adult ADHD Study (COMPAS) Consortium. (2019). Effectiveness of Psychotherapy in Adult ADHD: What Do Patients Think? Results of the COMPAS Study. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 1047–1058. <https://doi.org/10.1177/1087054717720718>
- Grotewiel, M. M., Crenshaw, M. E., Dorsey, A., & Street, E. (2022). Experiences of hyperfocus and flow in college students with and without Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02539-0>
- Guo, N., Fuermaier, A. B. M., Koerts, J., Mueller, B. W., Diers, K., Mroß, A., Mette, C., Tucha, L., & Tucha, O. (2021). Neuropsychological functioning of individuals at clinical

- evaluation of adult ADHD. *Journal of Neural Transmission*, 128(7), 877–891.
<https://doi.org/10.1007/s00702-020-02281-0>
- Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., & Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, 232, 41–47. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007>
- Hong, M., Kooij, J. S., Kim, B., Joung, Y.-S., Yoo, H. K., Kim, E.-J., Lee, S. I., Bhang, S.-Y., Lee, S. Y., Han, D. H., Lee, Y. S., & Bahn, G. H. (2020). Validity of the Korean Version of DIVA-5: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adult ADHD. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 16, 2371–2376.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S262995>
- Hrnčiarová, J. (2021). Závislost u dospělých s poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD). *Psychiatrie pro praxi*, 22(1), 17–24.
- Hupfeld, K. E., Abagis, T. R., & Shah, P. (2019). Living “in the zone”: Hyperfocus in adult ADHD. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 11(2), 191–208.
<https://doi.org/10.1007/s12402-018-0272-y>
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results From the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716–723. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Kim, J. W., Kim, B.-N., Kim, J. I., Lee, Y. S., Min, K. J., Kim, H.-J., & Lee, J. (2015). Social Network Analysis Reveals the Negative Effects of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms on Friend-Based Student Networks. *PLOS ONE*, 10(11), e0142782. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142782>

- Kiraz, S., Sertcelik, S., & Erdogan Taycan, S. (2020). The Relationship Between Alexithymia and Impulsiveness in Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder. *Turkish Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.5080/u23775>
- Koemans, R. G., van Vroenhoven, S., Karreman, A., & Bekker, M. H. J. (2015). Attachment and Autonomy Problems in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *19*(5), 435–446. <https://doi.org/10.1177/1087054712453170>
- Kooij, J. J. S. (2013). *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment* (Third edition). Springer.
- Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjemps Philipsen, A., Pehlivanidis, A., ... Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, *56*(1), 14–34. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001>
- Koukolík, F. (2014). *Možek a jeho duše* (4., rozš. a přeprac. vyd). Galén.
- Kovářová, E. (2015). *Vliv anestezie na exekutivní funkce a vybrané kognitivní funkce* [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. <https://theses.cz/id/zgkupo/>
- Lenzi, F., Cortese, S., Harris, J., & Masi, G. (2018). Pharmacotherapy of emotional dysregulation in adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *84*, 359–367. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.08.010>
- Li, H., Zhao, Q., Huang, F., Cao, Q., Qian, Q., Johnstone, S. J., Wang, Y., Wang, C., & Sun, L. (2019). Increased Beta Activity Links to Impaired Emotional Control in ADHD Adults With High IQ. *Journal of Attention Disorders*, *23*(7), 754–764. <https://doi.org/10.1177/1087054717739120>

- Matthies, S., Philipsen, A., Lackner, H. K., Sadohara, C., & Svaldi, J. (2014). Regulation of sadness via acceptance or suppression in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, 220(1–2), 461–467. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.017>
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249–267. <https://doi.org/10.1002/jhbs.20103>
- McMillan, R. L., Kaufman, S. B., & Singer, J. L. (2013). Ode to positive constructive daydreaming. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00626>
- Mette, C. (2023). Time Perception in Adult ADHD: Findings from a Decade—A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3098. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043098>
- Michaëlsson, M., Yuan, S., Melhus, H., Baron, J. A., Byberg, L., Larsson, S. C., & Michaëlsson, K. (2022). The impact and causal directions for the associations between diagnosis of ADHD, socioeconomic status, and intelligence by use of a bi-directional two-sample Mendelian randomization design. *BMC Medicine*, 20(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12916-022-02314-3>
- Miovský, M., Čáblková, L., Chládková, N., Kalina, K., Košťáková, M., Křížová, I., Kulhánek, A., Mohr, P., Richterová, L., Rubášová, E., Šefránek, M., & Šťastná, L. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: Dospělí pacienti a klienti v adiktologii* (Vydání 1). Grada.
- Mohammadi, M.-R., Zarafshan, H., Khaleghi, A., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Mostafavi, S.-A., Ahmadi, A., Alavi, S.-S., Shakiba, A., & Salmanian, M. (2021). Prevalence of ADHD and Its Comorbidities in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders*, 25(8), 1058–1067. <https://doi.org/10.1177/1087054719886372>

- Mowlem, F. D., Skirrow, C., Reid, P., Maltezos, S., Nijjar, S. K., Merwood, A., Barker, E., Cooper, R., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2019). Validation of the Mind Excessively Wandering Scale and the Relationship of Mind Wandering to Impairment in Adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(6), 624–634. <https://doi.org/10.1177/1087054716651927>
- Murray, A. L., Wong, S.-C., Obsuth, I., Rhodes, S., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2021). An ecological momentary assessment study of the role of emotional dysregulation in co-occurring ADHD and internalising symptoms in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 281, 708–713. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.086>
- Nejedlý, M. (2023, únor 6). Historie ADHD: Vývoj diagnostické kategorie. *Akrasia*. <https://www.akrasia.cz/wiki/historie-adhd/>
- Obereignerů, R. (2019). Exekutivní funkce. In *Klinická neurologie v praxi*. Karolinum.
- Ozel-Kizil, E. T., Kokurcan, A., Aksoy, U. M., Kanat, B. B., Sakarya, D., Bastug, G., Colak, B., Altunoz, U., Kirici, S., Demirbas, H., & Oncu, B. (2016). Hyperfocusing as a dimension of adult attention deficit hyperactivity disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.09.016>
- Paclt, I. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování* (Vyd. 1). Grada.
- Pettersson, R., Söderström, S., & Nilsson, K. W. (2018). Diagnosing ADHD in Adults: An Examination of the Discriminative Validity of Neuropsychological Tests and Diagnostic Assessment Instruments. *Journal of Attention Disorders*, 22(11), 1019–1031. <https://doi.org/10.1177/1087054715618788>
- Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2019). *ADHD -- variabilita v dětství a dospělosti*. Charles University in Prague, Karolinum Press : Charles University in Prague, Karolinum Press.
- Ptáček, R., Ptáčková, H., & Braten, E. (2020). K HISTORII DIAGNOSTICKÉ KATEGORIE ADHD. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 116(4), 190–196.

- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (První české vydání). Hogrefe - Testcentrum.
- Ramos, C., Villacís, N., Estévez, S., Álava, M. B., Albán, C., & Caranqui, B. (2017). Análisis de correlación entre el test d2 y la escala ADHD RS IV. *INNOVA Research Journal*, 2(3), 99–109.
- Ramsay, J. R. (2018). Psychological Assessment of Adults with ADHD. In *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (Fourth edition). The Guilford Press.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., West, S. A., & Soni, P. (2005). Emotional Dysregulation in Adult ADHD and Response to Atomoxetine. *Biological Psychiatry*, 58(2), 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.040>
- Reimherr, F. W., Williams, E. D., Strong, R. E., Mestas, R., Soni, P., & Marchant, B. K. (2007). A Double-Blind, Placebo-Controlled, Crossover Study of Osmotic Release Oral System Methylphenidate in Adults With ADHD With Assessment of Oppositional and Emotional Dimensions of the Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(01), 93–101. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0113>
- Rietzler, S., & Grolimund, F. (2018). *Jak se úspěšně učit s ADHD*. noxi.
- Richard-Lepouriel, H., Etain, B., Hasler, R., Bellivier, F., Gard, S., Kahn, J.-P., Prada, P., Nicastro, R., Ardu, S., Dayer, A., Leboyer, M., Aubry, J.-M., Perroud, N., & Henry, C. (2016). Similarities between emotional dysregulation in adults suffering from ADHD and bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 198, 230–236. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.047>
- Robin, A. L., & Payson, E. (2002). The Impact of ADHD on Marriage. *The ADHD Report*, 10(3), 9–14. <https://doi.org/10.1521/adhd.10.3.9.20553>

- Romo, L., Julien Sweerts, S., Ordonneau, P., Blot, E., & Gicquel, L. (2021). Road accidents in young adults with ADHD: Which factors can explain the occurrence of injuries in drivers with ADHD and how to prevent it? *Applied Neuropsychology: Adult*, 28(3), 372–377. <https://doi.org/10.1080/23279095.2019.1640697>
- Sadek, J. (2017). *Clinician's Guide to Adult ADHD Comorbidities*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-39794-8>
- Seli, P., Smallwood, J., Cheyne, J. A., & Smilek, D. (2015). On the relation of mind wandering and ADHD symptomatology. *Psychonomic Bulletin & Review*, 22(3), 629–636. <https://doi.org/10.3758/s13423-014-0793-0>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 276–293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Shushakova, A., Ohrmann, P., & Pedersen, A. (2018). Exploring deficient emotion regulation in adult ADHD: Electrophysiological evidence. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(4), 359–371. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0826-6>
- Simmons, J. A., & Antshel, K. M. (2021). Bullying and Depression in Youth with ADHD: A Systematic Review. *Child & Youth Care Forum*, 50(3), 379–414. <https://doi.org/10.1007/s10566-020-09586-x>
- Sklepníková, J. (2022). *Symptomy ADHD u dospělých: Pohled ze tří stran* [Dizertační práce, Masarykova univerzita, Filozofická fakulta]. <https://theses.cz/id/hdurkr/>
- Soler-Gutiérrez, A.-M., Pérez-González, J.-C., & Mayas, J. (2023). Evidence of emotion dysregulation as a core symptom of adult ADHD: A systematic review. *PLOS ONE*, 18(1), e0280131. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280131>
- Stevanovic, D., Wentz, E., Nasic, S., & Knez, R. (2022). ASD with ADHD vs. ASD and ADHD alone: A study of the QbTest performance and single-dose methylphenidate responding

- in children and adolescents. *BMC Psychiatry*, 22(1), 282.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-03878-3>
- Surman, C. B. H., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(3), 273–281. <https://doi.org/10.1007/s12402-012-0100-8>
- Surman, C. B. H., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller, C. A., Petty, C. R., & Faraone, S. V. (2011). Deficient Emotional Self-Regulation and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Family Risk Analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 617–623. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10081172>
- Šťastná, L. (2021). Diagnostický rozhovor k posuzování možného výskytu ADHD u dospělých, DIVA-5. *Adiktologie v preventivní a léčebné praxi*, 1/2021.
<https://doi.org/10.35198/APLP/2021-001-0003>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2017). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Váňa, O. (2020). *Denní snění u jedinců se schizofrenií* [Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. https://theses.cz/id/wvqxp/Diplomova_prace_Ondrej_Vana_2020.pdf
- Vňuková, M., Ptáček, R., Děchtěrenko, F., Weissenberger, S., Ptáčková, H., Braaten, E., Raboch, J., Anders, M., Klicperová-Baker, M., & Goetz, M. (2021). Prevalence of ADHD Symptomatology in Adult Population in the Czech Republic—A National Study. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1657–1664.
<https://doi.org/10.1177/1087054720934042>
- von Wirth, E., Mandler, J., Breuer, D., & Döpfner, M. (2021). The Accuracy of Retrospective Recall of Childhood ADHD: Results from a Longitudinal Study. *Journal of*

- Psychopathology and Behavioral Assessment*, 43(2), 413–426.
<https://doi.org/10.1007/s10862-020-09852-1>
- Wender, P. H. (1998). ATTENTION-DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN ADULTS. *Psychiatric Clinics of North America*, 21(4), 761–774. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70039-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70039-3)
- World Health Organization. (1977). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *ICD-10 Version: 2019*.
<https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F90-F98>
- Wymbs, B. T., Canu, W. H., Sacchetti, G. M., & Ranson, L. M. (2021). Adult ADHD and romantic relationships: What we know and what we can do to help. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(3), 664–681. <https://doi.org/10.1111/jmft.12475>
- Yallop, L., Brownell, M., Chateau, D., Walker, J., Warren, M., Bailis, D., & LeBow, M. (2015). Lifetime Prevalence of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Young Adults: Examining Variations in the Socioeconomic Gradient. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(10), 432–440. <https://doi.org/10.1177/070674371506001004>
- Zamani, L., Shahrivar, Z., Alaghband-Rad, J., Sharifi, V., Davoodi, E., Ansari, S., Emari, F., Wynchank, D., Kooij, J. J. S., & Asherson, P. (2021). Reliability, Criterion and Concurrent Validity of the Farsi Translation of DIVA-5: A Semi-Structured Diagnostic Interview for Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1666–1675.
<https://doi.org/10.1177/1087054720930816>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

- 1. Abstrakt česky a anglický**
- 2. Ukázka přepsaného rozhovoru - Respondent-Pacient**
- 3. Ukázka přepsaného rozhovoru - Respondent-Odborník**

Příloha č. 1: ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Diagnostika ADHD v dospělosti

Autor práce: Bc. Karolína Štípská

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

Počet stran a znaků: 124 224

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 90

Abstrakt: Tato práce se zabývá problematikou diagnostiky ADHD u dospělé populace v České republice, a to jak z hlediska pohledu a diagnostického přístupu odborníků, tak z hlediska patientského úhlu pohledu. Cílem práce bylo zjistit jak se lidé s ADHD dostávají k její diagnostice v dospělém věku a jak samotná diagnostika v dospělosti probíhá v České republice s ohledem na dobu trvání než pacient získá diagnózu, obsah klinického rozhovoru, použité metody, uvažování o komorbiditách, diferenciální diagnostiku a sdělování závěrů diagnostiky pacientovi/klientovi. Na toto téma je pohlíženo jak očima pacientů, tak očima odborníků, kteří se na diagnostiku ADHD v České republice specializují. V závěru pak zhodnocují, jestli zjištěné poznatky o diagnostice ADHD v dospělosti odpovídají doporučeným postupům dle zahraniční literatury a v čem se český metodologický přístup liší od toho zahraničního.

Klíčová slova: ADHD, Dospělost, Diagnostika, ADHD v dospělosti

Příloha č. 2: Abstract of diploma thesis

Title: Diagnosis of adult ADHD

Author: Bc. Karolína Štípská

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

Number of pages and characters: 124 224

Number of appendices: 3

Number of references: 90

Abstract:

This thesis focuses on the issue of ADHD diagnosis in the adult population in the Czech Republic, both from the point of view of the experts and their diagnostic approach, and from the patient's point of view. The aim of the study was to investigate how people with ADHD get to its diagnosis in adulthood and how the diagnosis itself in adulthood takes place in the Czech Republic with regard to the duration before the patient receives the diagnosis, the content of the clinical interview, the methods used, the consideration of comorbidities, differential diagnosis and the communication of the diagnostic findings to the patient/client. This topic is viewed both through the eyes of patients and through the eyes of professionals who specialize in diagnosing ADHD in the Czech Republic. In conclusion, I evaluate whether the findings on the diagnosis of ADHD in adulthood correspond to the recommended procedures according to the foreign literature and how the Czech methodological approach differs from the foreign one.

Keywords: ADHD, Adulthood, Diagnosis, Adult ADHD

Příloha č. 3: Ukázka přepsaného rozhovoru - Respondent-Pacient

(Rozhovor VL16KL)

(V - výzkumník, R - respondent-pacient)

V: Dobrý, můžeš, povídej.

R: Já se stydím

V: Ježiš ne, já ti to dám takhle

R: Ne dobrý. To je v pořádku, nech to. První podezření teda bylo v té první třídě, měla jsem 20 poznámek. Je drzá, ale drzá tím naším stylem, ne drzá jako opravdu drzý děti. No a že si prej vocucávám prsty... jenže já si trhám prsty rukama... To neměli odvahu napsat v té první třídě. Takže tady ty poznámky. Měla jsem třídní důtku v první třídě a poslaná teda na tu psychiatrii. Teda se k tomu postavili, tak jsem řekla jo. Že byla zanedbaná výchova, že to s nima nemá nic společného, a že má být mám důsledná. Ale tý mladý holce neřekli, já, nikdo ji neved a nikdo jí nepomáhal. Že tím to skončilo. Další jako podezření nebo utvrzení, znova připomenutí, bylo okolo těch 14ti let, kdy bylo to vyšetření na endokrinologii, a byly ty vysoký hormony, kde se tomu zase začalo věnovat a zjistilo se, že to furt jako přetrvává a tak. Ale to už s tím tak nějak člověk pracoval. V té době jenom, že se mi učilo hůře, jsem byla průměrná, ale nebylo žádný drama. Vždycky v psychologický poradně, když se dělaly testy, jestli je člověk typ na střední školu nebo ne, tak tam po tom testu řekli, že jsem prostě průměrná a že se na tu zdravotku nedostanu a pokud ano, tak tam budu nešťastná. Já se dostala a samozřejmě jsem nešťastná byla, ale bylo to pro mě důležitý. Já tam vydržela a překonala jsem to. A další věc je, že i proč jsem tam zůstala, bylo i to, protože ten soubor těch mých problémů je takovej, že já manuálně zručná nejsem. Takže jako představa, čím se teda jiným vyučit, vždyť všechno jinýho by mi šlo ještě o hodně míň. Jediný, pro co já mám nějaký nadání, v čem já se orientuji, protože se tomu celý dětství věnovala, bylo v podstatě to zdravotnictví, protože ty kurzy první pomoci, ten mladej zdravotník. Celý život jsem k tomu směřovala, takže jsem to zkusila a dostala se. Ano, byla nešťastná, ale moje endokrinoložka tehdejší právě shodou těch okolností, když tam byla chvíli ta špatná léčba, která to zhoršila, teda objevila a potvrdilo se, tady ta nemoc a rezistence tkáně na tyroidální hormony, která pak později, až nedávno už teďko s dcerkou byla potvrzena geneticky a prej je to ještě jinak, než čekali. Takže jsme byli v tu chvíli takhle vyšetřený a potvrzený první na světě. Což není vůbec jako dobrý, protože nikam do škatulek nezapadá, nikdo nikomu nevěří míru problémů. Takže to je vo tom, jak to bylo. Takže pak jsem dostala zhruba 16, 17 prostě ve třetím ročníku na zdrávce jsem se dostala k Ritallinu na psychiatrii. Znamky ze čtyřek pětěk, hrození propadnutí, vyhazovu ze školy, byly známky o dva stupně lepší, takže dvojky, jedničky a to co já jsem věnovala energii učení, tak najednou mělo konečně ten efekt... když bych to měla dřív že jo.

V: Oni ti ho dali jakoby na základě tý štítný?

R: Jo jako na základě tý štítný to donutilo tu doktorku to řešit a už řekla ten směr, že by mi to mohlo pomoc. A pomohlo to výrazně. Ale přišlo to pozdě. A horší věc byla ještě, což je důležitý, tam teda jako diagnóza byla znova potvrzená, znova figurovala. Jenže v dospělosti už to najednou nikdo nevěřil, že by to mohlo přetrvávat. Já jsem si ani nemyslela, že bych mohla chtít Ritallin, když mám ukončenou střední školu, jakože nemám nárok. Jo, jenže oni ale mi to jako nechtěli psát. V dospělosti se to nepsalo. Tudíž já byla jako výraznou část dospělýho života

bez medikace. Problémy byly markantní v práci, ale fakt, mě jako vyhazovali, přitom tady snaha vždycky byla. Opakovaný vyhazovy, já se pak bála, že už se ve fyzioterapii nechytím, že jo. Nakonec se povedlo, našla jsem se někde. Dokonce jsem i v té práci dokázala opravdu jako vymezit a říct ty problémy, jaký jsou, že když třeba já začnu mluvit nepřiměřeně, začnu jako, že to působí jako útočení. Křičím třeba, že se za to omlouvám, ale že třeba v tu chvíli to nedokážu zkorigovat. Je to potřeba prostředek, abych já se v té situaci zorientovala. Proším o to, aby to ta druhá strana jako se pokusila tolerovat, nebrala to jako osobní útok, že se snažím dojít ty věci. Ředitelka to zvládla, perfektní. Všichni jako vědí, co ode mě očekávat. Mám tam prostě nějaký jméno, vnímám se jako vážená osoba ale přitom osoba, který se nebojí, že jsme si prostě všichni rovni, jsme prostě kamarádi. Perfektní. Takže se mi povedlo si teď jako udělat zázemí, ale jako opakovaně v životě to tak nebylo a opakovaně jsem selhávala. Jo, blbý je, že to léčba nebyla. Pak jako ještě voko 24 se to fakt jako vygradovalo i shodou jinejch okolností, ale já jsem pak jako donutila tu svojí doktorku, tehdejší psychiatricku, že jsem to tak jako chtěla, tak mi dočasně Ritallin napsala. Jenomže...

V: To ti bylo zhruba kolik?

R: Zhruba 24. Jenomže v osmnácti to skončilo, že jo, 20 a 24. Jenomže ona mě naprogramovala tak, že prostě u těch dospěláků, to už nefunguje a že to zhoršuje krátkodobou paměť. Já jsem ten efekt tak už necejtila, a byla jsem naprogramovaná, takže jsem teda pak to přestala brát. A myslela jsem si, že pro mě prostě už pomoc není. Nikdo, že by prostě nějaký nějak jako psychologové, že by věděli, jak jako koučovat takovýhle člověka, že bych já nějak prosila o tu pomoc. Já byla v tom psychiatrické centru tady v Praze, to je dneska Národní centrum podpory..

V: Jo Národní ústav?

R: A teprve to bylo psychiatrické centrum. A tam prostě mě měli za nevyzrálou osobnost a tak to tehda uzavřeli. Mně to v podstatě řekni na rovinu, jo, prostě vy jste ... že se vyhýbám práci, že chci jít na důchod. Vůbec nepochopili, o co mi jde. Vůbec nepochopili, kde je ten problém. O co jde. Celý život jde o to, že já chci dělat náročnou práci, kde ale můžu lidem ublížit. A už od střední školy mám prostě pocity, jako záchvaty v období, že jsem musela někoho zabít. Vždyť ono pravděpodobně ne, ale byly tam prostě chyby. A je fakt, že já jsem třeba chybu udělala. Člověk pak jako zkolaboval a já nevím, nakolik to třeba mohlo někomu vážný stavu vyloženě život zkrátit. Nebo prostě takhle jsem si třeba jako vědomá chyby, kterou jsem z velké části právě zavinila já. Jsem řekla svůj názor, když u nás teď v domově seniorů zemřel klient. Jo ale je to prostě systematická chyba. Opravdu to není chyba moje, jenom moje. Ale ano, podílím se na něm. No takže jak byl ve stavu, tak jsem myslela prostě, že umírá a že jako je pro něj menší zlo ho tam nechat. Ale já jsem to rozhodnout neměla. On se dostal do nemocnice pozdě a nakonec ještě umřel, ale byla malá šance, že by z toho dostali. Je pravda, že malá jo, ale z toho mám já teď prostě ty výčitky a tohle mě doprovází celý život. To jak chybuju, všimla sis ty, jak jsem ti zapomněla objednat čaj, takovýhle drobnosti. Když je těch drobností hodně, mezi ně se propašuje velký problém. Konkrétně tady u toho pána se mi povedlo tu zprávu o tom, že jsem u ní byla, c jakém stavu jsem ho našla, napsat k jinému pánovi, že to u něj nebylo. Oni to neviděli. Já jim to sice ústně říkala, ale jak to tam systematicky nefunguje, snažíme se to teď nastavit líp, bojujeme všichni, tak se to prostě nepovedlo. No, takže to je to největší problém. Takhle jestli ses ptala, jak se na to přišlo, takže to bylo tady. Byla jsem bez léčby, pak

teda až s dcerkou, když jsem tady si našla psychiatra v Praze, tak jsme se opravdu vrátily teda k tomu a potřebovaly a jsme teda to i zkusili tu Stratteru a to by se...

V: A řekneš mi teda alespoň zhruba at' vím timelajmu?

R: Zhruba ten věk by mohl bejt třeba pětatřicet. Odhadem jo. Tak se zkusil ten Atomoxetin. Ze začátku to vypadalo, že mě alespoň na tý emoční úrovni pomáhá, že nemám ty výkyvy, jo. Nejsem tak zlá, že bych se třeba tolik sekla, ale že by to pomohlo výrazně na soustředění to jako jsem si jako nevyšimla. Ale pak se ten efekt ztratil a zbyl jenom ten efekt, že se potom dobře hubne, protože člověku je lehce nevolno a nemá chuť k jídlu. Takže to je ten efekt pro mě je Strattera a Atomoxetin. No pak jsme se teda dopracovali k tomu, že zkusíme Concertu, jsem ho přemluvila, ta samozřejmě funguje. Ne jako tak jako dokonale, protože tam nasedají ty úzkosti a všechno, ale prostě funguje.

V: Mě by zajímalo možná trošku, ty říkáš jako přemluvit, mohla bys mě trošku víc popsat jako ty...

R: No protože celej život mám pocit, že to musím dokazovat ty problémy. Mě to ty lidi jako nevěří, tudíž ani nechtěj napsat ty léky, protože samozřejmě Concerta, Ritalin čili Metylfenydát je lék až druhý volby a bere se jako lék nebezpečný. Hrozí na něj trochu závislost. I když to jsou malý dávky, tak se to prostě nevolí hned. Tak já než prostě přes ten systém vysvětlím tomu systému, že já se znám nejlíp, bohužel, prostě že to opravdu potřebuju, tak to prostě trvalo a mám z toho takový trauma, že mám prostě strach, že každou chvíli nám to prostě dospělákům seberou a já zas budu bez léčby anebo s tím lékařem už jsme prostě ze sebe tak unavený, jako já k němu ani nemám důvěru a tak jsem tam jenom kvůli tomu, že mi ty léky píše, ale jinak už se nikam nesměřujeme. Já se prostě bojím, že o ty léky přijdu. A ještě teda tam souvisí, protože furt narážím celej život narážím, že mi to jako nevěří. Že teď se to zlepšuje, že už začínáme jako společnost brát, že ano, že teda to ADHD přetrvává, může to mít velký problémy, takže jako se o tom začíná mluvit, a už konečně se sobě navzájem věnujeme. Takže jsem vděčná za tuto práci a spoustě lidí, který se tady tomu věnují a líbí se mi to tvoje, že ty se zabýváš těma dospělejma a jejich diagnostice jak probíhá, protože to stojí za prd. No a ... takže tohlencto. Takže jsi se ptala tady...

V: Takže oni ti jako nevěřili ani tu diagnózu?

R: Spíš míru těch problémů. Poslední návštěva lékaře, když ti popíšu, bude mluvit za vše. My jsme se učili já si napíšu ten datum, já myslím opravdu pomalu, takže vezmu si ten telefon, já si to říkám nahlas. Tam si otevřu ten kalendář, teď to píšu a říkám a von na mě: [pozn. jméno respondenta], ale nedělejte ze sebe zase jako, neřek dementa, ale já říkám jako jo, ale já to ale opravdu přece takhle dělat můžu. Musím. Protože když se na to nebudu takhle extrémně soustředit, tak extrémně úmyslně nezpomalím, tak ty chyby tam opravdu budou. Objektivně tam budou. On mi vnucuje jako základní diagnózu OCD, obsedantně kompulzivní poruchu, jenomže ale to je objektivní. Když to kontrolovat nebudu, já když se nezastavím, nezpomalím ty svý zápisy, nebudu dělat víc pomaleji než ostatní lidi, tak tam ty chyby budou. Jsou tam. Já mám poruchy zrakového vnímání, jsem schopná přečíst něco jiného, než tam je. Je to teda i slyšet třeba obráceně. Jo, se mi povedlo párkrát v životě slyšet přesný opak toho, než někdo řekl. Že to do toho mozku došlo obráceně.

V: Já mám taky teda spíš, jako s očima dobrý, ale se sluchem hrozný.

R: Já mám ještě horší ten zrakovej. Takže tak. Takže v tom je to blbý a že furt pocit dokazovat. No a já během toho tady u toho posledního lékaře, kdy už jsem teda viděla a i si na tý psychoterapii, která byla intenzivní, ten stacionář, než jsem si našla novou práci v Praze, ujasnila, že to ale opravdu na ten invalidní důchod je. Sama jsem se ohodnotila vyloženě na poloviční, z padesáti procent, že opravdu celý život na hraně, abych já dělala taky zodpovědnou práci apod. Ale na druhou stranu je to hrozná škoda, protože se na to hodim a mám určitou kvalifikaci. Takže to je pak jako je to prostě takhle. Takhle je stejná míra proti a stejná míra pro, která to dorovná. No takže. Takhle a začala jsem si... Tam jsem si rozhodla, že jde o ten důchod. Doktor mě v tom podpořil, ale já, než jsem získala odvalu projít tím martýriem, že to poprvý zamítnou a tak, to trvalo další roky. Taky jsem na to nespěchala. Nešlo o peníze, šlo o ten společenský status toho důchodce, který mi dává pocit bezpečí toho, že ano [pozn. jméno respondenta], ty máš nějaký problémy a těm musíš přizpůsobit ten život. Nemáš si to vyčítat, nebere se to jako to. Ale ano, ty máš opravdu ten handicap. Taky jsem si začala říkat, že jsem postižená. Opravdu, cítím se na to. Nechci se na to vymlouvat, ale musím s tím počítat.

V: Musí s tím člověk pracovat a neignorovat to.

R: Takže pak jsme teda zažádali, ale když jsme zažádali, teda skutečně jako po letech, to mohlo bejt, já nevím, skoro před čtyřicítkou, já už prostě to to jako zase jako dál. Několik let po, ve třiceti sedmi jsem si ujasnila, že ten důchod potřebuju. Ve třiceti sedmi, tudíž, a to tě zajímá, se mi povedlo jako přesně neposední.cz a tak dostat, že dělali jako... začali se věnovat na Karláku na psychiatrickém oddělení právě dospělákům ADHD a začali je nějakým způsobem vyšetřovat a dělali tam 10 setkání psychoterapie. No tak to psychoterapie nebyla, to bylo takové informativní, spíš to mělo ráz poradenství. Takže mě tam z toho bylo spíš do pláče, protože takovýhle poradce tam jsou... Tohle to bych mohla vést, že jo. Žiju svůj život v tom ADHD, zdravotnické vzdělání plus co jsem ještě neřekla tak se zájmem o, protože jsem se jako dítě rozhodovala sestřička, fyzioterapeut, psycholožka... Pak bylo jasné, že vejšku nezvládnu, tak holt psycholožka nebudu, ta sestřička možná. A už jsem se hlásila na tu zdrávku, tak jsem si řekla, že třeba potom půjdu na rehalibitáka, třeba potom prostě... Jo a to vyšlo. Sestřičku jsem dělat nemohla, protože jsem právě byla tak vystresovaná, že něco znesterilním, že udělám chybu. Právě úplně se mi klepaly ruce a pak bylo vidět, že to nejde. A proto jsem šla n toho fyzioterapeuta, že jako to i jako učitelé, že prostě tam budu mít určitéj čas na to klienta, že mě nebude honit, že to nebude deset věcí najednou nebo alespoň míň.

V: Takže tys vlastně v rámci tohoto jejich programu podstoupila i nějakou diagnostiku?

R: Určitě. A tebe zajímá, co ta diagnostika... způsob to?

V: Hmhm.

R: To bylo to. V podstatě bohužel jako byly nastaveny hlavně na opakovaných dotaznících, který měli potvrdit, jak to vypadalo v dětství, jak to vypadá teď a tady. Byly tam dobrý otázky, to ano, že jako to ukázalo, ale nebylo to nic, kde by jako se našla objektivní míra. Žádný, jako třeba vyšetření krve, stěry, kde by se to jako mohlo jako dobře ukázat. To byla jedna jediná věc. Někaký počítačový program, který jako nazývám počítačovou hrou. Ty možná budeš tušit potom, co to je. Takže tam běželo číslo, střídaly se nějaký dvě čísla a už nevím jaký, jo, a bylo to jako i sluchově, že to říkali. Jo a já měla ťukat, když slyším to číslo. A nevšimat si toho, co tam je namalovaný. Anebo obráceně. Jo, těch chyb tam bylo dost, jenže pak se ještě stalo to, že

ona odešla a najednou se to jako zastavilo. Ale neřeklo to, že to skončilo. A pak to zase začalo běžet a já už teď nevěděla, tak mám tu znova klikat nebo ne? Tak já tam chvíli seděla jako dement, co mám dělat. Když jsem chvíli neklikala, ne aniž bych tam nebyla schopná to rozeznat, ale že jsem nevěděla, co mám dělat. Ale myslela jsem si, že ... (není rozumět- 15:43) taky patří k nám, ale třeba jsem pochopila zadání nebo něco, tak jsem si řekla holt sedím no, protože jsem to nějak uvážila no, chvíli to trvalo a pak jsem začala pokračovat. Takže to bylo jediný, co mohlo být v uvozovkách objektivní, ale spíš kdyby tam byla, že jo.

V: Tak jestli tam třeba naseděla tak nějak blízko, jak to jako vidíš?

R: Ne ta byla úplně pryč. Ale tak jsem to i brala, že to bylo jako na základě toho i to, co se to dá na začátku ale jak to člověk zvládne celý, ale že odešla.

V: A když říkáš dotazníky, takže to ti dali jakoby papír nebo.. ?

R: Ano spoustu papírů, což opravdu jako bylo za seriózní, opravdu psychologický vyšetření, ale jenom formou dotazníku, kde se obraceli na ty dětský a jakou mírou. A tam teda tam napsali, ale jak oni to prostě vždycky píšou, že pravděpodobně to je v souvislosti s tou rezistencí na ty opioidy. Ale očekávali to u dcerky, ještě než ty příznaky se objevily, už nás hnali k psychologovi. Já jsem říkala ale to teď není potřeba. Zatím to zvládáme, zatím vím jakým stylem na ní pracovat. Jako ve škole byl jako problém, zda se sem dostali hned, ale stejně prostě je nedostupný... Jako cílená, kvalitní dlouhodobá péče o dítě je prostě nedostupná. Ale jako bojujeme sami a stojí to za prd. Ale co jsem to chtěla říct, kde jsme skončili. Takže to je tak. Tam jsem dostala tady tu zprávu, ten doktor mi ji ztratil. Já jsem ji někde měla taky, ale nemůžu najít, takže prostě a ani si jí nepřečetl. On prostě tady tímto pohrdá, mám dojem.

V: Jo, takže ty máš co?

R: Takže další léta, teda pak jsme zažádali o to, teda další jako pár let, to nebylo moc, jsme zažádali o invalidní důchod. Ale on to napsal laxně, že jo, ledabyly, takže mi to hned neuznali. No a já jsem donutila ho, prostě jsem tam brečela, byla protivná a všechno aby mě poslal na podrobný vyšetření kognitivních funkcí. Tak mě poslal k jiný psychologce na vyšetření kognitivních funkcí a tam bylo opravdu, kde to zkoumala z více hledisek i zrakové vnímání, krátkodobou paměť, různě jako prostě takový ty jak jdou ty obrázky po sobě, jako všimati si drobných rozdílů a tam se to všude ukázalo. A jakmile šlo vo čísla, tak... Já jsem říkala jako jo, kdybych si ten příklad mohla napsat, jak nad tím přemýšlím, nespěchalo se, tak asi jak tomu dobrým výsledku se doberu. Ale takhle, když si to prostě říkáme, takhle už je to dávno. Když na mě kdysi zkoušel někdo 100 mínus 7 mínus 7 mínus 7, tak to bylo těžký, dneska už to umím nazpaměť, ale dělalo mi to problémy. Jo, než prostě člověk jako... já ti to jako dopočítám, ale déle než je očekávatelný. A když bych měla dělat s penězma nebo jsem si dělala brigádu, právě abych si dokázala, že to trochu jde, šlo, třeba v čajovně, jsem dělala čajmenku. Ale položky jenom 50, 55, 60. Takovýhle jasný čísla. A já si radši přesto na to začala brát kalkulačku, protože naskočila ta úzkost a v tý úzkosti to nešlo. Přitom takhle primitivní čísla to rozhodně umím.

V: Jasně, no, Ale když člověk něco, tak už čeká, že bude dělat ty chyby, tak je to prostě zvyšuje, i ty úzkosti.

R: Anebo jsem taky chvilku v práci, což bych si dneska sotva dokázala představit dvě práce, protože dneska zvládnou stěží těch šest hodin. Anebo teda tam jsem zakousla dýl, protože když to prostě potřebuju mít udělaný.

V: Šest hodin, takže ti teda jako uznali ten důchod?

R: Nakonec ano na odvolání na základě vyšetření kognitivních funkcí. A budou je chtít znova, ale zase je to hrozně zraňující. Systém očekává, že se to zlepší, že jako je to postavený na úzkosti, na těch úzkostně depresivních stavech. ADHD pro ně není primární diagnóza.

V: Není. Ale ani hlavně ti, ani když máš amputovanou nohou, tak oni stějn chtějí to vyšetření každý rok, teda ne jako každý rok, ale že ti jako nenarostla. To jsem jenom jako chtěla říct, at' víš, že prostě...

R: Ale strašně mě to stresuje. Zás mám ten pocit, že mi to nevěří, že mě berou jako simulant. Já třeba díky tomu svému vzdělání jako a všeobecně jsem schopná to posoudit, jak to je a co všechno a fakt si za sebou stát. A konečně o tom mluvit jako sofistikovaně, ne chaoticky.

Já jsem třeba jako dlouho v té rané dospělosti nebyla schopna pochopit hyperaktivitu. Já přece nejsem hyperaktivní a přece nejsem zrychlená, protože nejsem efektivně zrychlená.

V: Chápu.

R: Teď tu zrychlenost rozumím, jako příklad zrychlenosti je to s tím autobusem. Jiný vnímání času než lidi okolo. Já nastoupím do nejbližšího autobusu, kde si myslím, že už ten čas dávno byl a je to stoprocentně přece. Ale takhle to přece být nemůže. Já jsem se jenom otočila, uběhla jedna, dvě vteřiny a on přijel.

V: Takže vlastně teďka tady na tom takhle seš...

R: Takže poslední diagnostika je necelý tři roky zpátky. Nebo diagnostika, ono to jako potvrzený je, a ne že ne, ale jako zase další, jako abych se mohla bránit systému, je to jenom na to, abych opravdu ten důchod dostala, to vyšetření kognitivních funkcí, kde to vidět bylo. Psycholožka taky doporučila jako jenom 4 hodiny. Jo, jako pracovat. No a na základě toho my teda teprve a na základě teda toho, že mě během toho vyhodili jako zase z práce, ale to bylo spíš kvůli COVIDU, ale taky jsem měla určitý ty typický chyby pro nás, přehlednutí nějakých okolností, tak, jakože se změnila situace, že jsem skutečně byla na neschopence, tak tady to vyšetření kognitivních funkcí je přesvědčilo, že mi ten důchod teďko daj. Ale zas mi ho za chvilku budou chtít sebrat a nebo tak něco. Takže já zase si domlouvám, aby se automaticky dělalo vyšetření kognitivních funkcí, kde jako to vidět bude a přitom bude vidět, jak vidíš mě tady, jak tady nadšeně mluvím a takhle. Takže budu i nadšeně dělat tady to. Takže protistrana nebude mít dojem, že bych něco úmyslně zhoršovala, že bych si na něco hrála, že se budu snažit být co nejlepší a bude mě to bavit.

V: Jenom teda at' mám jistotu, že je to teda vzhledem k svému věku, můžu si poznamenat?

R: 37.

V: 37.

R: Neee, 44.

V: Já jsem si říkala.

R: Já nevím proč. Prosím tě víš, proč mě to napadlo? Protože 37 byl ten zlomový věk, kdy jsem si ujasnila to, že ten důchod fakt jako že to je ta cesta, za kterou jdu, jenom na ní nebyla odvaha.

V: Jo a dobře. Takže teďka vlastně jakoby funguje s psychiatrem, kterej teda jako sice píše ten lék, ale jako docela neochotně...

R: Né lék mi píše asi už ochotně, to už pochopil a je rád, když mu říkám, že to neberu úplně pravidelně. A medikace na potlačení toho všeho začíná, že se naopak dodávají hormony štítné žlázy těm mým vysokým dávkám. Jo, pak teda beru tu Concertu, ale zároveň, protože prostě tak psycho traumata, a i se vyvinula porucha osobnosti, tak mám antidepresiva na účinnou látku Escitalopram, na 10 miligramů. A ještě teda protože ty poruchy spánku by byly pak už jako markantní, takže když si to nějak rozhodím, naštěstí to vypadá, že to není potřeba brát pravidelně. I když to vypadá jako lék, který je potřeba pravidelně, beru Quetiapin. To se teda používá tak jako hlubší zklidnění a berou to ale psychotici. Ale u mě to je s tou filozofií právě na to hlubší zklidnění a ono to opravdu automaticky řekne, že jdu spát taková jako zvláštní nervozita po těle, jako neklid, že tě budou bolet ruce, nohy. Takovej ten pocit jako syndrom těch neklidných nohou, ale jakmile teda člověk uzná, že jde spát, lehne si, tak spí. Spánek je kvalitní, akorát je horší to buzení, protože člověk potřebuje od toho léku to... ale není to tak, že i kdybych si vzala tu Concertu, tak bych byla celý den tím ovlivněná, to ne. Je to jenom na tom vstávání. Jo, je to prostě vo tom, že já do tý práce přijdu neučesaná, nevyčištěný zuby, ale tou cestou se teprve probudím, ale mám ty léky ideálně, když si je nezapomenu vzít. Tohle všechno, tu hygienu a to ty rituály udělám v práci, sním sladkou sušenku a napiju se, takže dostanu do sebe jako tekutiny a pak teprve funguju. Takže jako ten začátek no... A dělám od devíti. Od devíti do půl čtvrtý. Jenomže realita je taková, že přestože mám dělat takhle krátce, tak abych měla pocit, že jsem udělala poctivě to, co si myslím, že by za ten čas měla udělat a tak, tak prostě odcházím klidně v půl patý. Tady to jako naplňuje mě to ale není to v pořádku. jako to mám tak, že momentálně upřednostňuju práci před rodinou. To je jako realita.

V: No, no já se kouknu, jestli jsem nezapomněla na nějakou otázku...

R: Takže já díky tomu, že jsem věděla, kde hledat a naštěstí teda už to je, že jo. Jsou na sociálních sítích máme skupiny a tam jsme se potkali. A ty nepozorní cz. Takové, že prostě je jde dohledat na internetu a dostat se k nějakým terapeutům. I když teda teď už to je k lékařům a psychiatrům je horší potom k COVIDU, protože všechno je přetížený, ale dneska, když člověk k tomu bude mít nějaký jako vlastní intelekt k tomu dokázat to vyhledat, tak si pomoc najde. Před pár lety to nešlo vůbec a byl jako opravdu odpor, jako toho, že to nikdo nevěřil, že je to špatně. Jo, prostě nebo špatný přístup, že přitom já vlastně nepotřebuju tolik jako psychoterapii, protože já v tom jsem v obraze. To se dělá KBT, ale to já jako všechno mám za sebou. Jenomže ne vždycky funguje si něco napsat, že to člověk vždycky neotevře, je potřeba se s tím smířit. Ale ono dělat to co nejlíp, ty věci musí být opakovaný, stejný postup, aby těch bylo co nejmíň. Ale taky si je tam na druhou stranu dovolit a právě vycvičit to v okolí, aby s tím počítalo. To se mi naštěstí povedlo bez toho, aniž bych se teď shodila, aniž bych se nějak ponížila, aniž bych jako snížila důvěru ve mě. Teď naštěstí po těch letech to vypadá, že to je dobrý. Spíš tam má problém ten systém toho a toho zařízení. Ale dělám teda rehabilitaci v domově seniorů, kde to je přesně tak. Pomalu, klidně, nikdo mě nehoní, akorát těch lidí je tam moc a ale já jako pocitově jedna, že. Ale nikdo nevyčítá, že dělám jenom ten určitý okruh lidí, protože je jasný, že to nejde všechno stihnout. Dokážu se prosadit. Poslední dobou jsem začala komunikovat víc, když tam

nejsou ty jako z chaosu ty vytočení, tón řeči dokážu korigovat, když jsem třeba zrychlená, tak jako dneska, ale je to alespoň v příjemnějším tónem, že. Ale jsou chvíle, kdy tohleto já nezvládnou. Stačí, aby byla nějaká hormonální výkyv, který ale já předem nepoznám, protože to není ani nijak závislý třeba, že by to bylo před měsíčkama. Někdy před měsíčkama si toho nevšímnu a někdy jsem totálně rozhozená, opravdu nepoužitelná, doma je terorizovaná rodina a v práci totální selhání. Ale někdy ne.

Příloha č. 4: Ukázka přepsaného rozhovoru - Respondent-Odborník (MUDr. Pavel Theiner, PhD)

(V - vyzkumník, O - odborník)

V: Jak vy vlastně vůbec vnímáte tu diagnózu toho ADHD? Jakože jasně máme nějakou definici jo, vdala jsem se a tak, ale co jako podle vás je v takovém tom středu? Ten jako hlavní problém? Vlastně v tom v tom ADHD?

O: U dospělých u dospělých, jo. U dospělých, tak tam si co nejvíc jsem vždycky vnímal. Byla taková horší funkčnost v každodenním životě, to bylo asi to, co většinu lidí přivádělo. A, co byl ten důvod vlastně nějaký hledání diagnózy, takže narušení takové každodenní funkčnosti.

V: Vy teda se ještě zeptám asi na ten kontext, ať ho tam můžu uvést. Vy se v současnosti ještě pořád nějak setkáváte s těmi ADHD lidmi? Vy jste říkal, že když jste se s tím zabýval hodně a že teď už tolik ne v tom mailu.

O: Jo jo tím já že jsem dětský psychiatr, tak vlastně v době, protože v té dětské psychiatrii ta diagnóza ADHD byla jakoby dlouhodobě diagnostikovaná a léčená, řešená a známá. No a pak vlastně začala doba, kdy se vlastně to povědomí začalo dostávat mezi psychiatry a odborníky pro dospělé a začaly chodit pacienti I U nás, dospělí, že byli někde v Anglii, že si něco přečetli a že si myslí, že mají tuhle Diagnózu, takže jsem stál někde na tom začátku, kdy se vlastně šířila, jakoby ta ta znalost O ADHD V dospělosti. A V té době, samozřejmě, abych nemluvil úplně teoreticky, tak jsem několik pacientů dospělých v ambulanci měl. Teď se věnujeme spíše emočně nestabilní poruše osobnosti a ale to je zase diagnóza, která často S ADHD je komorbidní, takže teď hodně spíš v téhle stejné populaci klinické se setkávám s tou problematikou ADHD U dospělých a vlastně no jo.

V: Děkuju děkuju, když vlastně jste s tím nějak pracoval a třeba právě i já nevím zjišťoval si informace, a tak je pro vás nějak zásadní pracovat s tím, že vlastně když se koukneme na jako DSM, diagnostický statistický manuál a tu MKN, takže vlastně to úplně jako neštymuje dohromady. Je to nějaký třeba problém v rámci fungování v tom systému, kdy že jo, zdravotní pojišťovny jedou na tý MKN, ale ADHD je vlastně jakoby z DSM a tak?

O: Ne to nebyl nikdy problém. My jsme vždycky používali ten koncept, který je V DSM A jakoby kódovali jsme ho tím naším kódem, který máme V MKN. Ale to není žádný problém, protože to poznání se posunula a nová MKNA 11 má tu stejnou, ten stejný koncept, takže tohle byl problém.

V: Přejde vám, že je v Česku, kdybyste měl vlastně zhodnotit jakoby přístupnost informací O ADHD v dospělosti v Česku, přijde vám, že máme dost zdrojů, ale lidi je nečtou nebo lidi je i dost čtou a dost se o tom ví, nebo oboje je špatně, nebo nebo jak byste to tak zhodnotil? Přejde vám, že máme vlastně, že jsme na tom dobře, co se jako zdrojů a informací týče v Česku?

O: Nevím, jaký je to úplně v poslední době a myslím si, že těch zdrojů hlavně v češtině a pro úplně běžnou populaci dost není. Takže moji pacienti obvykle byli lidé, kteří byli schopní si to najít, ty materiály, v angličtině z nějakých zahraničních zdrojů, takže to bylo to byl jejich zdroj informací v té době moc jako českých věcí nebylo, takže nevím přesně teď, ale řekl bych, že že dostatek informací není. V té běžně dostupné podobě, nemyslím tím teď Informací určených pro odbornou veřejnost, ale spíš pro takovou tu laickou.

V: Jo, že ty vám chybí a ty odborné byste řekl, že už je to trošku lepší, teda že že tam už třeba něco.

O: Určitě určitě, tam se to jakoby velmi posunulo a tam si myslím, že ta povědomost je. No možná to tam někde probereme.

V: Jo, takže to byl nějaký pro mě trošku úvod, abych věděla, jak vy vlastně pracujete s tou diagnózou A teď by mě zajímala opravdu už v té jakoby diagnostice, byť i chápu, že už ji třeba v současnosti tolik jako neprovádíte, ale kdyby měl teďka třeba přijít někdo k vám do ordinace a přece jenom jste z nějakého důvodu ještě vzal tak, jak by to podle vás mělo probíhat? Co byste chtěla s takovým člověkem vlastně dělat? Co by tam mělo zaznít, nemělo třeba zaznít a podobně.

O: V rámci toho psychiatrického vyšetření a stanovení diagnózy tak já používám. Používal jsem vždycky vlastně nějaký aplikovaný kritéria z té z té klasifikace DSM, oni samotní osobě se s nima taky jako těžko pracuje, ale existuje spousta nástrojů, který který je dokáže nějak aplikovat, to znamená. Existují sebeposuzovací nástroje, které obvykle, když ten člověk má chvíli čekat v čekárně, tak využiju s tím, že když vím, že jde s tím, a většinou vím, tak dostane nějaký sebeposuzovací nástroj. Pak vlastně probíhá anamnéza s běžným klinickým vyšetřením, to znamená, se screeningem všech možných psychiatrických stavů. A, pak vlastně se zaměřuji potom na vlastně konkrétní, teda vyšetření na to na to ADHD, já jsem používal hodně. Dotazník, který se jmenuje díva, který je holandský původně a měl překlad do mnoha jazyků. Do češtiny už má teď, ale když jsem hodně já pracoval, tak ještě neměla, takže to jsem si překládal sám a ten jsem vlastně procházel s těmi pacienty. Nedával jsem jim ho domů, ale procházel jsem ho vždycky, protože tam se mě líbily ty aplikace těch kritérií na ten každodenní život dospělých lidí. Takže takhle. většinou jsem zpočátku jsme nějak i používali psychologický vyšetření, ale to se neukázalo jako nějak přínosné, takže to jsem pak už nepotřeboval, další vyšetření vlastně taky ne.

V: Takže nějaký teda v základě toho většinou stála, teda nějaká sebeposuzovací škála, třeba i něco, potom vlastně anamnéza a včetně takového toho, jestli tam není náběh na něco, teda vlastně jiného psychiatrického, nějaká psychóza asi nebo něco takového.

O: Často to byly spíš úzkostné poruchy, No úzkostné poruchy hodně.

V: Jo, já jsem myslela jako na vyloučení jakoby jo jo jo, jasně, takže prostě jakoby obecné, obecnější jakoby anamnéza. A potom teda většinou ta díva nebo něco na ten způsob.

O: Nebo jinej, jo, kterej aplikuje ty kritéria do normální života.

V: A vlastně to psychologický vyšetření nepřinášelo nic navíc jste říkal, a když ještě jste to zkoušeli, tak co tam vlastně probíhalo? Jakože oni dělali to samý co vy, a proto to nemělo přínos nebo.

O: Ne ne, ne, ne, ne, ne dělali jiný testy, ale my jsme s tím vždycky měli jako trápení, protože jsme dělali spoustu i výzkumných projektů ADHD A sestavit nějakou psychologickou nebo baterii psychologických testů, která by dobře zachytila tu poruchu pozornosti, která vlastně u ADHD.

Který je ale definováno jako klinicky a příznaky běžného života, nikoli nějakým deficitem

reálný pozornosti. Tak to bylo vždycky takový těžký jako jo, ale většinou dělali d2 ten škrtací test dělali nějaký ten trail making test A no a něco takovýho, ale většinou to jsou testy, který jsou dlouhý, náročný a vlastně vlastně to byla zbytečná práce toho psychologa, protože novou informaci nepřinesl.

V: Jo, že ten psycholog dělal vyšetření an tu pozornost a vlastně vlastně jste si nepomohli a ani jemu jasně chápu. A jak třeba pracujete, když nebo pracoval jste, když tam je nějaký podezření na nějaký právě komorbiditu? Vy jste třeba mě teď hodně zaujal, Jste vlastně zmínil, že teď se zabýváte trošku tou emočně nestabilní poruchou v kombinaci s tím ADHD, protože někdy slyším třeba od nějakých lidí, že by se to jako mělo vylučovat, byť jako tohle se právě jako úplně nepodporuje zahraniční, ale v Česku. Je takovej názor, že kdo má hraniční poruchu, třeba tak už nemůže dostat jako ADHD. Takže jak třeba vy pracujete s těma komorbiditami, když tam takhle jsou?

O: Záleží z jakého úhlu pohledu se na to člověk dívá, že by primárně léčil ADHD, tak vlastně jo, tak ty komorbidity. Potom se budou léčit jinak, nebo u někoho jiného. Takže pokud bych byl jenom odborník na ADHD a tady bych člověku doporučoval nějaké psychotherapeutické vedení s těmi dalšími věcmi, z toho druhého pohledu. Když ale my se věnujeme hlavně teď hraničním pacientům nebo pacientům s emoční dysregulací. Tak ta ADHD je tam častá v té v té teorii vlastně vývoje je to je to docela logický, že jo, ADHD má stejnou impulzivitu a tak jenom jenom vlastně ty faktory toho prostředí nemusely být tak nepříznivé. Takže u lidí s čistými ADHD tam se nemusí vyvinout taková ta nízká sebehodnota, nejistota v identitě a tyhle věci, nicméně přesto, a to je popsáno, že u dospělých s ADHD je nejčastější komorbiditou právě hraniční porucha osobnosti, takže to asi nějak dává smysl. Takže teď v tom, když pracujeme v programu ?ADE?, těmi s těmi lidmi hraničními v terapii komplexní, kterou máme, tak pokud je tam výrazná problematika té poruchy pozornosti, která brání vlastně dobře absorbovat tu psychoterapii, tak tam potom zase doporučujeme medikaci na ADHD.

V: A obecně jaký vlastně máte názor na jakoby možnosti medikace v Česku? I třeba jestli vám přijde, že Prostě že to je super, nebo jakoby nebo spíš máte takový jako ne že se snažíte nejdřív vyzkoušet jiný věci a pak až tohle nebo třeba i se nám přijde, že není dostatek jakoby možnosti vlastně v Česku.

O: Jo já si myslím, že s tou medikací to je dobrý u nás, jo, že je dostupná, my jsme se i jakoby nikdy nebáli a myslím si, že pro ADHD A zvlášť u dospělých je ta vlajková loď a stejně tak ale u dětí je dobrý základ té léčbě, narozdíl od všech snad ostatních jiných duševních poruch je dobrý začít farmakoterapii a když zabere, což je většinou, tak netřeba dělat další věci, protože ti dospělí lidé mají málo času někam chodit. Samozřejmě že uspořádat si život, a tak ty léky úplně samy nedokážou, ale dokážou k tomu dát nějakou kapacitu. A když pak člověk má možnost chodit na terapii, tak je to dobrý, ale pro mě to bylo většinou na bázi nějaký poučení, vysvětlení a nalezení problémů v životě v kontextu toho ADHD vysvětlení jejich a potom teda potom medikace.

V: A, měl jste někdy, zvlášť když jste vlastně byl hodně v těch počátcích? Měl jste někdy problém, nebo ne možná problém, ale že byste jako nenarazil na to, že by vám kolegové říkali, že se jako zabýváte něčím, co neexistuje, nebo prostě, že to je blbost, nebo prostě, když by vás od toho nějak jako zrazovali, nebo jak, jak byl ten postoj takhle, třeba když jste někomu řekl, že teďka děláte vlastně do ADHD v dospělosti, který prostě i do dneška úplně ne všichni, tak jako přijímají.

O: Ne, u nás to nebyl problém nikdy na klinice, ale obecně, protože jsem vedl mnoho seminářů na tohle téma, tak samozřejmě, když někdo přijde na seminář, tak už se o tom chce něco dozvědět, takže je to vytríděná populace jakoby těch odborníků. Ale občas někdo říkal jako, že prostě a spíš mi přišlo, že ne, že by to popírali, že to neexistuje, ale že měli obavu, že to nedokážou diagnostikovat, že na to nejsou vycvičení, že na to nejsou zvyklí, že na to nemají klinické oko a to to spíš jakoby bránilo v tom, než že by popírali samotný fakt, že že taková diagnóza u dospělých existuje, takže s tím jsem se setkal spíš s takovými obavami.

V: Vlastně, že vlastně je to tak nové, že to vlastně úplně nebylo třeba na škole u nich, že nebo něco. No mě by ještě zajímalo, dostala jsem jednu zajímavou otázku o pana doktora Šmotka, což je teda klinický psycholog a je podle vás, když jste třeba někde na hraně a nejste si jistý, jestli ten člověk vlastně teda se přiklání k tomu, že spíš by měl tu diagnózu, nebo spíš neměl: Je podle vás větší riziko nedat tomu, jakoby nedat, upřít vlastně jakoby tu diagnózu někomu, kdo ví, ale jako měl, když si nejste jistý a nebo ji radši dát AV nejhörším ji přiřadíte někomu, kdo ji ve skutečnosti nemá, co je jakoby za vás horší nebo větší riziko jakoby, takhle.

O: Tak ono je to takový individuální jo, myslím si, že když ten člověk nemá žádné jiné problémy a má celý život problematickejší a je někde na hranici diagnostických kritérií, tak je lepší tu diagnózu dát než nedat, ale pokud jsou tam ještě další problémy, které by se měly řešit primárně právě třeba úzkostné poruchy, tak jsem se víc klonil k tomu, že je potřeba intenzivněji pracovat s tou jinou poruchou, jo, což nejčastěji fakt pak byly různé úzkostné poruchy, které tím, jak člověk přemýšlí v dané situaci, jak se má chovat jako ostatní hodnotí tak vlastně jakoby zatěžovalo tu pozornost a že je třeba nesoustředěný. A tak v tomhle případě jsem se víc sklonil k léčbě těchto věcí jako primárně. Nikdy si můžou samozřejmě i kombinovat, ale jinak u lidí, kteří nemají žádné jiné problémy, si myslím, že je lepší tu diagnózu dát, respektive nemají žádné jiné jasné diagnózy, ale mají celý život plný problémů.

V: Za mě je to asi jo, ještě jsem se nezeptala, jestli jste nějak pracoval s tím, že se občas reportují různé jako vlastně rozdíl v tom klinickém obrazu muži a ženy, tak jestli třeba je to něco, co taky pozorujete, nebo vůbec vám to přijde, že to tak není, nebo.

O: Jo a já jsem měl kupodivu nějak tak vyrovnaný ty počty, takže ty dívky nebo mladé ženy a muži, ale ten rozdíl tam nějaký je, ale jako upřímně bych řekl, že je daný spíš zase nějakými jako stereotypy ve společnosti. Jo že že, že ty mladé ženy měly víc problémů, měly horší vztahy. Ale právě proto, že od žen se čeká, že budou organizovat domácnost, organizovat čas, nakupovat, řídit tady tyhle věci. A když měly samozřejmě ADHD, tak jim došlo mnohem, mnohem hůře, že jo, že budou vlastně uklízet, protože žena nemůže být bordelářka, zatímco muž ano, takže bych řekl, že v tomhle měli víc ty ženy v praktickém životě jako více problémů a horší vztahovou situaci a můžu to tak, jako nebylo to úplně optimální, ale nebylo to tolik, takže v tom jsem viděl v těch příznacích ne, jak u dětí se popisuje, že chlapci jsou víc hyperaktivní a dívky víc nepozorné. A tak to tak jsem neviděl. Jo, že to bylo velmi u těch dospělých. Jsem tenhle rozdíl takhle v klinice nezachytil, že jo, že by primárně muži byli hyperaktivní, protože i ta hyperaktivita v dospělosti je taková, víc víc internalizovaná, takže není tolik vidět a ty ty vlastně ty potíže ty ty lidi bez ohledu na pohlaví dost mu dávali stejný. No, ale ten vzorek je malý.

V: to mě možná přijde zajímavé, že by vlastně primárně děláte s těmi i dětmi, jestli jsem to, že takže A U těch dětí to pozorujete, že by to tak odpovídalo tyhle, protože já to znám z literatury, takže že to pozorujete, že ti chlapci skutečně jsou jako víc hyperaktivní v tom dětství?

O: Ano, ano jo jo ale zase jo tak chlapečků máme výrazně víc, vůbec to neodpovídá tomu poměru, který se odhaduje z populačních studií. To znamená, že chlapci asi jsou fakt víc hyperaktivní jak taky dívky, když se dostanu do psychiatrické péče. Často se dostávají právě s tím, že jsou hyperaktivní, takže je jich výrazně míň, protože ty nepozorné typy se málo dostanou do té Péče nezachytí, aby ji vyhledávali, no, když měl chlapec ADHD, tak jsme se ptali i na to, jestli má nějaké sestry a jak fungují ve škole a tak, jo, takže kdy se zachytilo, že jsou klidné. Všechno ale mají špatný známky přes to, že jako vlastně by měly být inteligentní dostatečně.

V: Že to tam jako v tom dětství trošku vnímáte, ale spíš asi tím, co se zachytí. A vlastně v té dospělosti máte dojem, že se tak jako stírá, že už tam nejsou tak velké jako rozdily? Jo, super, tak.

O: Musím ale říct, že vlastně v té dospělosti přijdou lidé, kteří sami chtějí, jsou motivovaní, mají nějaké problémy a takže můžete úplně jiná jiná populace.

V: No chápu chápu chápu, ale i tak je pro mě zajímavý to slyšet. Vlastně od někoho, kdo fakt s těma lidma pracuje, když je to spíš tak jako z knížek, že jo? Nebo to tak jo, tak to je za mě. Asi všechno, takže se zeptám, jestli ještě vám přijde, že je něco, na co jsem se nezeptala, nebo něco, co jako nezaznělo.

O: Jo to je dobrý, že? Jestli jsem vám odpověděl na na to, co vy potřebujete.

V: Jo jo já moc děkuji.

O: Nemáte zač. Tak jo, tak mě pak dejte vědět, někdy až zpracujete práci, jak je, k čemu jste došla a jak to vypadá.