

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Julie Mikulcová

ADHD u dívek

ADHD in Girls

Poděkování

Chtěla bych poděkovat své vedoucí bakalářské práce PhDr. Evě Šírové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady při zpracování této práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 11.4.2020

.....

Julie Mikulcová

Abstrakt

Tato práce se zabývá rozdíly v projevech ADHD u dívek a chlapců a problémy spojenými s ADHD jako je problematická interakce s vrstevníky, užívání návykových látek nebo problémy se sebehodnocením a exekutivními funkcemi. Práce se také věnuje komorbiditám s ADHD u dívek (např. deprese, úzkostné poruchy nebo poruchy příjmu potravy).

Cílem výzkumného projektu je získat vhled do projevů dívek s ADHD ve školní prostředí, tak jak je vnímají učitelé, kteří mají s těmito dívkami zkušenost. Tento vhled může potencionálně sloužit jako přehled projevů ADHD u dívek ve školní třídě. Tento přehled by poté mohl sloužit ostatním pedagogům, aby věděli o projevech ADHD u dívek, které se liší od projevů ADHD u chlapců. Povědomí o těchto rozdílech by mohlo pomoci v dřívější pomoci a podpoře dívek s ADHD.

Klíčová slova

ADHD, ADHD u dívek, hyperaktivita, rozdíly v pohlaví, komorbidity

Abstract

This work deals with differences in ADHD manifestation in girls and boys and problems associated with ADHD such as problematic interaction with peers, substance use or problems with self-perception and executive functions. The work also deals with comorbidities with ADHD in girls (eg. depression, anxiety disorders or eating disorders).

The aim of the research project is to gain insight into the manifestation of ADHD in girls in school environment, as perceived by teacher who have experience with these girls. This insight can potentially serve as an overview of ADHD manifestation in girls in school environment. This overview could then be used by other teachers to be aware of ADHD manifestations in girls which differ from ADHD manifestations in boys. Awareness of these differences could help in earlier help and support of girls with ADHD.

Keywords

ADHD, ADHD in Girls, Hyperactivity, Gender Differences, Comorbidities

Obsah

Úvod	6
Literárně přehledová část.....	7
1 ADHD a jeho typy.....	7
1.1 Subtypy ADHD.....	8
1.2 Problematika ADHD u dívek.....	8
1.3 Diagnostika dívek s ADHD	9
1.3.1 Rozdíl v diagnostice a léčbě chlapců a dívek s ADHD.....	10
1.3.2 Zdroje hodnocení ADHD	13
2 Rozdíly v projevech ADHD u dívek a chlapců	16
2.1 Rozdíl v komorbiditách	16
2.2 Rozdíl v interakci s vrstevníky	18
2.3 Rozdíl v projevech ADHD	18
2.4 Rozdíly v exekutivních funkcích	20
3 ADHD u dívek a s tím spojené problémy	22
3.1 Problémy v interakci s vrstevníky	22
3.2 Problémy s užíváním drog, alkoholu a kouření	23
3.3 Problémy v sebehodnocení	24
3.4 Problémy v exekutivních funkcích	26
4 Komorbidity u dívek s ADHD	28
4.1 Deprese	28
4.2 Úzkostné poruchy	29
4.3 Poruchy příjmu potravy	30
4.4 Poruchy chování a opoziční vzdorovité chování	32
Návrh výzkumného projektu	34
5 Výzkumný problém a výzkumné otázky	34
6 Design výzkumného projektu.....	35

6.1	Typ výzkumu	35
6.2	Metody získávání dat	36
6.3	Metody zpracování a analýzy dat	36
6.4	Etika výzkumu	37
7	Výzkumný soubor	38
8	Diskuse	39
	Závěr	41
	Seznam použité literatury	43
	Seznam grafů	51
	Seznam tabulek	52
	Seznam zkratk	53
	Příloha 1	I

Úvod

Cílem této práce je zmapovat rozdíly v ADHD u dívek a chlapců a popsat specifické problémy a komorbidity, se kterými se potýkají dívky s ADHD. Výzkum a odborná veřejnost se začala ADHD u dívek zabývat až v posledních dvaceti letech, do té doby byl výzkum věnující se této problematice spíše ojedinělý. Momentálně je velké množství studií, které se věnují jak rozdílům mezi chlapci a dívkami s ADHD, tak rozdílům mezi dívkami bez ADHD a s ADHD. Mezi jednotlivými studiemi jsou ale značné neshody a nepanuje jasná shoda o typických projevech dívek s ADHD. V českém prostředí není dostatečný počet studií, které by se tomuto tématu věnovaly. Pokud se tomu nějaké práce věnují, jde o přehledové studie.

Cílem výzkumného projektu je získat vhled do projevů dívek s ADHD ve školní třídě, tak jak je vnímají učitelé, kteří mají s těmito dívkami zkušenost. Tento vhled může potencionálně sloužit jako přehled projevů ADHD u dívek ve školní třídě pro ostatní pedagogy, kteří s těmito dívkami nemají zkušenost. Pokud budou pedagogové obeznámeni s projevy dívek s ADHD, zvyšuje se šance, že dívkám bude poskytnuta pomoc a podpora.

V první kapitole popisují hlavní symptomy ADHD a jednotlivé subtypy, protože hrají důležitou roli v otázce komorbidit, jiných problémů spojených s ADHD a dopadů na pozdější život dívek. V této kapitole také specifikují problematiku ADHD u dívek a dospělých žen. Důležitou částí této kapitoly je část věnující se diagnostice u dívek a odlišnému vnímání projevů ADHD u rodičů a učitelů.

Druhá kapitola je věnována rozdílům v ADHD u chlapců a dívek. V této kapitole jsem se zaměřila na rozdíly v komorbiditách, v interakci s vrstevníky, projevech ADHD a kognitivních a exekutivních funkcích. Ve třetí kapitole jsem se zaměřila na problémy spojené s ADHD. Tato kapitola pojednává o problémech, které nejsou komorbiditami. Hlavními tématy je rizikových sex, kouření a užívání drog, problémy v interakci s vrstevníky a dospělými a problémy v sebehodnocení. Čtvrtá kapitola pojednává o možných komorbiditách spojených s ADHD u dívek. Patří sem poruchy příjmu potravy, deprese, úzkostné poruchy, poruchy učení, poruchy chování a opoziční vzdorovité chování.

Valná většina literatury je zahraniční, jelikož toto téma není dostatečně probíráno v České republice. Zároveň jsem se snažila vybrat novější studie, aby výsledky byly aktuální. V práci je citováno podle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1 ADHD a jeho typy

Hyperkinetická porucha dle MKN-10 (2019) a ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*) dle DSM-5 (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015) je vývojová porucha nervové soustavy, která bývá diagnostikována v časném dětství a v mnoha případech přetrvává až do puberty a dospělosti. Vznik ADHD je pravděpodobně multifaktoriální, podílí se na něm jak genetická predispozice, tak působení vnějšího prostředí. Tato porucha se zároveň řadí k jedné z nejčastějších poruch u dětské populace, s výskytem 5-6 %. Zároveň bývá doprovázena dalšími poruchami, tedy komorbiditami (Příhodová, 2011). Vzhledem k tomu, že jde o vývojovou poruchu nervového systému, její klinický obraz se s věkem mění, protože dochází k neustálým změnám v mozku (Cáhová, Pejčochová, & Ošlejšková, 2010).

DSM-5 (Raboch et al., 2015) definuje ADHD jako skupinu poruch, které se začínají projevat v prvních pěti letech života a jsou specifické nedostatečnou schopností vytrvat v činnostech, tendenci přebíhat od jedné činnosti k druhé, dezorganizací a špatně ovladatelnou a přílišnou aktivitou. Děti s ADHD bývají impulzivní, z čehož plynou možné úrazy. Také se často dostávají do konfliktů, především s dospělými a pedagogy, kvůli porušování pravidel, které není cílené, ale spíše bezmyšlenkovité. Vztahy s vrstevníky často nebývají vřelé, dochází k izolaci a odmítání ze strany vrstevníků a spolužáků (Raboch et al., 2015). Malá (2008) uvádí, že prevalence ADHD v celé populaci je 3-9 %. U dětí školního věku je to 5-7 %, ale je možné, že je toto číslo vyšší.

Dále je důležité podotknout, že existují rozdíly v kritériích pro diagnostiku této poruchy dle MKN-10 (2019) a DSM-5 (Raboch et al., 2015). DSM-5 používá pojem ADHD, kdežto MKN-10 využívá pojem hyperkinetická porucha. MKN-10 dělí hyperkinetickou poruchu na poruchy aktivity a pozornosti a hyperkinetickou poruchu chování. DSM-5 rozlišuje 3 subtypy ADHD (Malá, 2008).

Výrazným rozdílem v těchto dvou pojetí je, že DSM-5 (Raboch et al., 2015) nezahrnuje hyperkinetickou poruchu chování a poruchu chování vnímá jako komorbidní. Dle MKN 10 (2019), které využíváme v České republice, jde tedy o jakési spojení ADHD s komorbidní poruchou chování v jedno. Aby mohla být stanovena tato diagnóza, je třeba aby se během roku objevily 3 nebo více symptomů jako je například agrese k lidem, destrukce majetku,

nepoctivost, krádeže nebo násilné porušování pravidel. Jeden ze symptomu musí být zároveň přítomný v posledních 6 měsících. V praxi jsou ale diagnostikovány i děti, které toto nesplňují (Malá, 2008).

1.1 Subtypy ADHD

Rozlišujeme tři základní podtypy ADHD dle DSM-5 (Raboch et al., 2015) .

- Hyperaktivně-impulzivní podtyp (ADHD-H)
- Převážně nepozorný podtyp (ADHD-I)
- Kombinovaný subtyp (ADHD-C), který zahrnuje jak hyperaktivitu, tak nepozornost

Co se týče zastoupení podtypů u jednotlivých pohlaví, u dívek převažuje ADHD-I a u chlapců ADHD-C. U kombinovaného subtypu se častěji objevují poruchy opozičního vzdoru, poruchy chování a bipolární afektivní porucha. U podtypů ADHD, které jsou spojeny s poruchou pozornosti (nepozorný a kombinovaný subtyp) se častěji vyskytují komorbidity s depresí a specifickými poruchami učení. U hyperaktivně-impulzivního podtypu a kombinovaného podtypu dochází častěji k externalizovaným poruchám (poruchy chování, poruchy opozičního vzdoru) (Willcut et al., 2012).

Dle výzkumu Wilens a kol. (2009) 62 % dospělých s diagnózou ADHD trpí kombinovaným podtypem, 31 % převážně nepozorným podtypem a 7 % hyperaktivně-impulzivním subtypem. Dospělí s kombinovaným subtypem mají více psychiatrických komorbidit než dospělí s převážně nepozorným podtypem.

1.2 Problematika ADHD u dívek

Problematice ADHD u dívek se odborná veřejnost začala věnovat až začátkem 21. století. Do té doby se výzkum i diagnostika zaměřovala hlavně na chlapce, jelikož počet diagnostikovaných chlapců k diagnostikovaným dívkám je 3 až 6:1 (Barkley, 2006; Gaub & Carlson, 1997). Tento nepoměr vedl k domněnkám, že ADHD se týká především chlapců, proto nebyly tvořeny diagnostické metody, které by měly normu pro dívky a chlapce zvlášť. Až v posledních letech dochází k výzkumům, které poukazují na to, že nepoměr dívek a chlapců s ADHD nemusí být tak markantní a že je třeba rozlišovat projevy ADHD vzhledem k jednotlivým pohlavím.

Kvůli nedostatečné informovanosti veřejnosti i odborníků se mnoho dívek trápí, aniž by věděly, že jejich prožívání a problémy mohou mít příčinu právě v této poruše. Domnívám se, že znát svou diagnózu nebo diagnózu svého dítěte je velmi důležité, protože jinak nemůže být dítěti poskytnuta potřebná pomoc. Zároveň se stanovením diagnózy přichází větší trpělivost a pochopení ze strany učitelů a vrstevníků, kteří jinak tyto dívky hodnotí jako nesoustředěné a bez chuti se učit, a dávají to za vinu dívkám samotným. Myslím si, že toto zjištění, může přinést dívkám větší smíření s tím, kdo jsou a přijmout své chování a prožívání.

Jak uvádí Quinn (2005), ženy, kterým bylo ADHD diagnostikováno až v pozdějším věku, často pociťují stud, když se dívají zpětně na své dětství. Mnohdy se snaží plnit požadavky, které se vztahují k roli ženy (pečlivost, dochvilnost, organizovanost, snaživost), které ony nejsou schopny plnit. Určitá část žen se s věkem naučí pracovat a působit „normálně“, ale popisují to jako proces, který vyžadoval mnoho snahy a odhodlání. ADHD není jen otázkou dětství a dospívání. Přestože může dojít k potlačení nebo zlepšení symptomů, ADHD ovlivňuje jedince po celý jeho život. V případě, že je ADHD diagnostikováno v brzkém věku a je jedinci poskytnuta adekvátní pomoc, nemusí být pro něj symptomy ADHD natolik ovlivňující.

Co se týče dospělých žen s ADHD, výzkum Babinski a kol. (2011) zjistil, že ženy zažívají a pociťují více problémů v dospívání a dospělosti než dívky bez ADHD. Mezi tyto problémy spadají konflikty s matkami, méně romantických vztahů a více depresivních symptomů než dívky bez ADHD. Naopak nebyl nalezen signifikantní rozdíl mezi skupinami v oblasti výkonu v práci a užívání návykových látek.

1.3 Diagnostika dívek s ADHD

ADHD spadá do kategorie spektrálních poruch. Spektrum projevů ADHD je relativně široké a u každého se projevuje v trochu jiné modifikaci. Proto je obtížně diagnostikovatelné. Zároveň ADHD mohou doprovázet komorbidity, které mohou pravou příčinu, tedy ADHD, zakrýt a dítě je léčeno například s depresí, kdy nedochází ke zlepšení, protože není léčena samotná porucha. Toto platí jak u dívek, tak chlapců, ale u dívek je třeba tomuto věnovat velkou pozornost. Jak uvádím v následujících kapitolách, problémy u dívek jsou častěji internalizované a pro okolí hůře zjištělné. Pokud tedy pracujeme s dívkami, které trpí depresí či úzkostmi, měli bychom mít vždy na paměti možnost diagnózy ADHD. Dívky,

kteřé užívaly medikaci určenou na ADHD, třikrát častěji než chlapci uváděly, že před touto medikací braly antidepresiva na léčbu deprese (Quinn & Wigal, 2004).

Diagnostika ADHD zahrnuje klinický rozhovor s rodiči a dítětem, záznam pozorování dítěte a zhodnocení školního výkonu (od MŠ po současnost). Následuje testová část. Podle Paclta a kol. (2007) v České republice nejčastěji využíváme WISC-III a testy pozornosti (např. *Burdonův test*, *Test koncentrace pozornosti*, *Test cesty*). V zahraničí je často využíván *Continuous Performance Task* (CPT). Dále využíváme škály či dotazníky jak pro dítě, tak pro učitele a rodiče. V České republice není obvyklá práce se standardizovanými dotazníky. Často se využívá *dotazník Connersové – verze pro rodiče a učitele*. V zahraničí bývá využívána *ADHD Rating Scale IV – Home Version* nebo *School Version* či *Child Attention Profile* (Paclt & kolektiv, 2007).

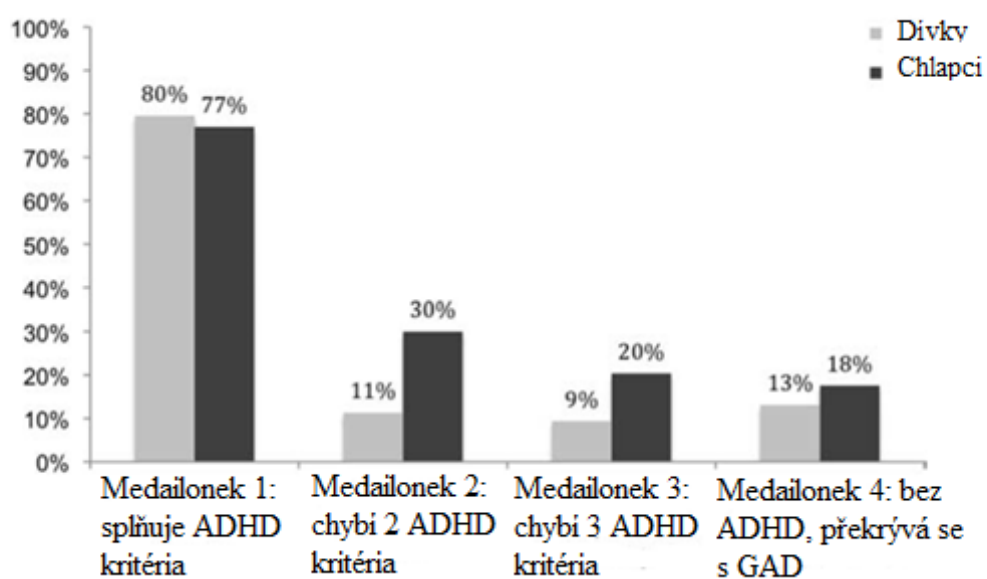
1.3.1 Rozdíl v diagnostice a léčbě chlapců a dívek s ADHD

V klinické vzorku je poměr dívek a chlapců uváděn od 5:1 až po 9:1 (Gaub & Carlson, 1997), kdežto v populačním vzorku je poměr dívek a chlapců s ADHD 3:1 (Barkley, 2006). Metaanalýza Gauba a Carlsona (1997) odhalila, že dívky z klinického vzorku mají stejně závažné problémy jako chlapci a ve stejné míře trpí externalizovanými problémy, kdežto dívky z populačního vzorku mají méně závažné problémy než chlapci s ADHD. Pravděpodobně dochází k tomu, že k léčbě jsou posílány jen dívky se závažnějšími problémy. Dívky, jejichž symptomy jsou spíše mírnější, k odborníkovi posílány nejsou. Zároveň upozorňují, že nelze závěry zjištěné na klinickém vzorku aplikovat na populační vzorek.

Další možnou příčinou, která vede k tak velkému nepoměru diagnostikovaných chlapců a dívek, je odlišné chování dívek a chlapců ve školním prostředí (Derks, Hudziak, & Boomsma, 2007). Autoři tohoto výzkumu zjistili, že pokud má matka hodnotit rušivé chování, agrese a problémy s pozorností, je závažnost problémů pro chlapce i dívky stejná. Pokud má stejné problémy hodnotit učitel, dochází k rozdílům v hodnocení dívek a chlapců. Chlapci v hodnocení učitelů vycházejí s větším množstvím a závažností problémů než dívky. Pokud se pak rodič rozhodne ADHD svého dítěte řešit a chce mu poskytnout například léčbu nebo poradenství, dochází k tomu, že v případě rodičů chlapců dojde k podpoření jejich domněnek, ale v případě dívek nikoliv, protože hodnocení učitele a rodiče je odlišné. Co se týče vysvětlení tohoto rozdílu v hodnocení, je možné, že dívky mají lepší schopnost adaptace na školní prostředí než chlapci.

Studie Mowlem a kol. (2019) pracovala se vzorkem 19 804 dvojčat (54 % chlapců), z něhož mělo 3,28 % dětí (n=650) stanovenou diagnózu ADHD. Z tohoto klinického vzorku (n=650) byl zjištěn poměr chlapců a dívek 2,5:1. Rodiče dětí z registru dvojčat vyplnili dotazník týkající se symptomů ADHD a 2 556 dětí odpovídalo kritériím pro ADHD. Poměr chlapců a dívek z tohoto populačního vzorku byl 1,8:1. Tento rozdíl je sice menší než ten zjištěný například Gaubem a Carlsonem (1997), ale trend je zde podobný.

Výzkum Bruchmullera, Margrafa a Schneidera (2012) zjistil, že chlapci jsou diagnostikováni s ADHD častěji než dívky. Tento výzkum využil čtyř uměle vytvořených medailonek. Medailonek 1 obsahoval všechna kritéria ADHD, tak, aby bylo možné ADHD diagnostikovat jak za použití DSM-10, tak MKN-4. Medailonek 2 neobsahoval dvě kritéria potřebné pro diagnostiku ADHD, medailonek 3 neobsahoval 3 kritéria. Medailonek 4 obsahoval symptomy podobné generalizované úzkostné poruše. Medailonky se nelišily s ohledem na pohlaví. Tyto medailonky byly rozeslány psychologům, psychiatrům a sociálním pracovníkům s potřebným vzděláním a praxí v oboru, s prosbou, aby uvedli diagnózu a vyplnili příložený dotazník. Výsledkem studie bylo, že dochází k tzv. předdiagnostikovanosti ADHD jak u chlapců, tak u dívek. Důležitým zjištěním je, že chlapci byli diagnostikováni s ADHD, v případě, že o ADHD nešlo, dvakrát častěji než dívky, přestože symptomy byly stejné. Graf číslo 1 uvádí procenta diagnostikovaných dívek a chlapců v jednotlivých skupinách.



Graf 1- Procentuální vyjádření stanovené diagnózy ADHD u 8 různých medailonek (Bruchmuller, Margraf, & Shneider, 2012)

Paradoxní je, že v případě medailonku 1, tedy všech symptomů ADHD, bylo ADHD diagnostikováno u dívek častěji než u chlapců. Tento výsledek přináší do diskuze o poměru diagnostikovaných chlapců a dívek zajímavý podnět. Jednou z možností je, že dívky nejsou poddiagnostikovány, případně jsou, ale jen mírně, ale nepoměr je tvořen chlapci, kterým je stanovena diagnóza ADHD i v případě, že jí netrpí.

Mowlem a kol. (2019) zjistili, že chlapci jsou devětkrát častěji přijímání k diagnostice a léčbě oproti dívkám. Dívkám s ADHD je méně častěji předepisována léčba než chlapcům, pokud tedy netrpí externalizovanými problémy nebo poruchou chování, tyto dva faktory zvyšují pravděpodobnost léčby u dívek. Derks, Hudziak a Boomsma (2007) zjistili podobný trend. Dle jejich výzkumu je chlapcům signifikantně častěji poskytováno poradenství a medikace než dívkám. Dvacet jedna procent chlapců s ADHD dostává medikaci oproti 6 % dívek s ADHD. Třiceti osmi procentům chlapců s ADHD je poskytnuto poradenství, v případě dívek s ADHD je to jen 8 %.

Quinn a Wigala (2004) uvádí, že 28 % dívek s ADHD uvedlo, že jim není poskytována léčba, oproti 19 % chlapců s ADHD. Šedesát čtyři procent chlapců uvedlo, že užívají léky na snížení symptomů ADHD v porovnání s 60 % dívek.

Léky na snížení symptomů ADHD jsou signifikantně častěji podávány chlapcům s ADHD než dívkám (Derks, Hudziak, & Boomsma, 2007; Angold, Erknali, Egger, & Costello, 2000). Důvodem může být závažnost symptomů, které jsou s ADHD spojeny, jelikož ne všechny projevy ADHD vyžadují léčbu pomocí léků. Léčba stimulanty je častější u chlapců než u dívek. Většina dětí s ADHD, u kterých symptomy neodpovídaly všem kritériím ADHD dle DSM-III-R, nebylo léčeno pomocí stimulantů. Léčba pomocí stimulantů signifikantně závisela na závažnosti symptomů, které uváděli rodiče a učitelé. Tato léčba byla také častější u dětí, jejichž symptomy zároveň odpovídaly opoziční vzdorovité poruše (Angold, Erknali, Egger, & Costello, 2000).

Byla zjištěna prediktivní asociace mezi hyperaktivitou a poruchami chování, tedy externalizovanými problémy. Tyto projevy signifikantně zvyšovaly šanci, že bude dívkám poskytnuta péče odborníka (Mowlem et al., 2019). Toto zjištění odpovídá hypotézám, že dívkám je poskytnutá odborná pomoc jen v případě, že projevují externalizované problémy, což vysvětluje nepoměr mezi klinickým a populačním vzorkem. Rovněž hypotézu podporuje fakt, že dívky v klinickém vzorku mají závažnější symptomy než dívky v populačním vzorku (Gaub & Carlson, 1997).

Pokud je ADHD správně diagnostikováno, symptomy a problémy s ním spojené jsou relativně lehce zmírnitelné (Quinn, 2005). Mezi možnosti terapie ADHD spadá medikace, psychoterapie, podpůrné skupiny, upravení životního stylu nebo pomoc a podpora z okolí v oblasti organizace (například příprava do školy, organizace školní práce). Obecně by léčba dívek měla být zvolena tak, aby odpovídala symptomům, typu ADHD a komorbiditám, spíše než pohlaví. Pro efektivní léčbu je klíčové, co nejvčasnější stanovení diagnózy, která zamezuje dalšímu rozvoji symptomů a komorbidit.

1.3.2 Zdroje hodnocení ADHD

V případě diagnostiky dětí s ADHD je využíváno hodnocení získané od rodičů a učitelů. Toto může být problematické z mnoha důvodů. Jak je známo, tak ADHD je z části dědičné, proto hodnocení rodiče může být zkresleno tím, že trpí stejnou poruchou. V případech, kdy hodnocení chování dítěte ve škole posuzuje rodič, toto hodnocení nekoreluje s hodnocením získaným od učitele. Rodiče také mají tendenci uvádět větší množství behaviorálních problémů, než tomu ve skutečnosti je (Sayal & Taylor, 2005).

Quinn a Wigala (2004) provedly studii, ve které se ptaly široké veřejnosti (n = 1 797), rodičů dětí s ADHD (n = 541), učitelů (n = 550) a dětí ve věku od 12 do 17 let s ADHD (n = 346) na to, jak vnímají ADHD. Větší polovina veřejnosti (58 %) a většina učitelů (82 %) si myslí, že je ADHD častější u chlapců než u dívek. Veřejnost a učitelé se domnívají, že chlapci mají více problémů s chováním než dívky, ale myslí si, že dívky mají méně pozorovatelných problémů než chlapci.

Hodnocení získané od učitele by se mohlo jevit jako ideální volbou pro získání informací o chování dítěte. Učitel interaguje s dítětem po delší dobu, dokáže srovnat jeho chování a projev s ostatními dětmi ve škole a vidí dítě v prostředí a při aktivitách, které vyžadují soustředění, pozornost a sezení v lavici, a to vše může dělat dětem s ADHD problém. Zároveň hodnocení učitele a asistenta většinou vysoce koreluje. Přesto bylo zjištěno několik zkreslení, které ovlivňují hodnocení učitelů. Stejně jako tomu je u rodičů, i učitelé mají tendenci uvádět vyšší počet problémů, než uvádějí proškolení pozorovatelé (Loughran, 2003)

Čtyři z desíti učitelů o sobě prohlašují, že mají problém rozeznat symptomy ADHD u dívek. Šedesát tři procent rodičů se domnívá, že učitel hraje velmi důležitou roli v poskytnutí pomoci dětem s ADHD. Většina učitelů (85 %) a 57 % veřejnosti a 54 % rodičů si myslí, že u dívek je větší riziko, že zůstanou nediodagnostikované (Quinn & Wigala, 2004).

Role učitele je jeden z faktorů, který má vliv na dítě s ADHD. V přehledové studii Sherman, Rasmussen a Baydala (2007) zjistili, že na studenty s ADHD mají vliv gesta využívaná učitelem, názor učitele na specifickou léčbu má vliv na typ intervence, který je použit ve třídě. Učitelé, kteří jsou trpěliví, mají povědomí o možných intervenčních technikách a jsou schopni spolupracovat v interdisciplinárním týmu a mají pozitivní přístup ke studentům s ADHD, mají pozitivní vliv na studentův akademický úspěch.

Literatura naznačuje, že hodnocení získané od rodičů a učitelů má nízkou nebo střední shodu (Collet, Ohan, & Myers, 2003). Murray a kol. (2007) uvádí nízkou korelaci mezi hodnocením rodiče a učitele, jak u nepozorného subtypu ($r = .24$), tak u impulzivního subtypu ($r = .26$). Učitelé jen mírně souhlasili s rodiči s přítomností a nepřítomností symptomů. Rodiče souhlasili s přítomností symptomů, které učitel udával jako vyšší, ale ojediněle souhlasili s učitelem, pokud učitel uváděl absenci symptomů. Shoda se může lišit vzhledem k použitým metodám a dotazníkům. V čem se hodnocení shoduje, je to, že rodiče i učitelé uvádějí, že chlapci mají více problémového chování než dívky (Newcorn et al., 2001).

Narad a kol. (2015) uvádí rozptyl korelací, zjištěný z šesti studií, mezi .09-.43. Některé studie uvádí, že se shoda v hodnocení učitelů a rodičů liší, pokud se hodnotí hyperaktivita a nepozornost. Například Sibley a kol. (2012) uvádí, že je vyšší shoda při hodnocení nepozornosti, ale například Sollie a kol. (2013) uvádí, že shoda je vyšší při hodnocení hyperaktivity. Narad a kol. (2015) uvádí, že odlišné hodnocení ADHD symptomů může mít několik příčin. Například může jít o odlišné prostředí, tedy ne příliš strukturované prostředí domova a vysoce strukturované prostředí školy, čas, který tráví rodič a učitel s dítětem nebo může být odlišné hodnocení způsobené jinou představou o chování, které odpovídá věku daného dítěte.

Narad a kol. (2015) provedli výzkum na vzorku 6659 dětí ve věku od 4 do 17 let a pomocí konfirmační faktorové analýzy zjistili, že existuje dvoufaktorový model symptomů ADHD, hyperaktivita (HI) a nepozornost (IA). Dále zjistili, že přestože korelace mezi hodnocením učitele a rodiče je slabá až střední, oba zdroje poskytují důležitou a jedinečnou informaci o ADHD symptomech. Otázkou tedy je, který ze zdrojů hodnocení je spolehlivější. Power a kol. (1998) uvádějí, že hodnocení od obou zdrojů mělo vysokou prediktivní hodnotu. Učitelé byli lepší v predikování jednotlivých subtypů ADHD. Stejně jako tomu bylo v minulých studiích, shoda byla nízká až střední. Tato studie také naznačuje,

že nejlepší způsob jako hodnotit ADHD u dětí je kombinací hodnocení učitelů a rodičů, protože oba zdroje přináší užitečné informace týkající se symptomatologie. Otázkou je, zda existuje subjektivní zkreslení, které ovlivňuje hodnocení jak rodičů, tak učitelů.

2 Rozdíly v projevech ADHD u dívek a chlapců

Zastoupení jednotlivých podtypů se u chlapců a dívek liší. U chlapců se častěji vyskytuje kombinovaný podtyp. U dívek se dvakrát častěji, než u chlapců vyskytuje nepozorný podtyp (Biederman, Faraone, Monuteaux, & Bober, 2004). V tabulce číslo 1 je možné vidět přehledné procentuální zastoupení jednotlivých subtypů ADHD dle pohlaví podle výzkumu Derkse, Hudziaka a Boomsma (2007). Autoři zjistili, že 49 % chlapců trpí kombinovaným subtypem, 31 % nepozorným subtypem a 20 % hyperaktivně-impulzivním subtypem. Padesát procent dívek trpí nepozorným subtypem, 33 % hyperaktivně-impulzivním subtypem a 17 % kombinovaným subtypem.

Tabulka 1 – Procentuální zastoupení jednotlivých subtypů ADHD dle pohlaví (Derks, Hudziak, & Boomsma, 2017)

Subtyp ADHD	Chlapci (%)	Dívky (%)
Kombinovaný subtyp	49	17
Nepozorný subtyp	31	50
Hyperaktivně-impulzivní subtyp	20	33

2.1 Rozdíl v komorbiditách

Podle Gershona (2002) vykazují dívky méně externalizovaných poruch než chlapci. Mezi externalizované poruchy patří například porucha opozičního vzvoru (např. vznětlivá nálada, pomstychtivost), porušování norem a pravidel (např. lhaní, podvádění, krádeže) a agresivní chování (rvačky, vyhrožování, odmítání poslušnosti ve škole). Toto zjištění také podpořila metaanalýza Gnanavela, Sharma, Kaushala a Hussaina (2019). Dívky naopak častěji trpí internalizovanými poruchami chování, mezi které patří deprese, úzkostné poruchy nebo psychosomatické problémy (Gershon, 2002). Obě tyto studie jsou metaanalýzami. Problémem zde je fakt, že ani jedna ze studií nebere v potaz rozdíly v klinickém a populačním vzorku a není tedy jasné, zda studie, u kterých metaanalýzu prováděly, pracují s klinickým nebo populačním vzorkem.

Podle studie Levy, Hay, Bennett a McStephen (2005) nebyly nalezeny rozdíly ve výskytu komorbidit externalizovaných poruch, ale byl nalezen signifikantní rozdíl ve výskytu internalizovaných poruch, vzhledem k jednotlivým subtypům. Generalizovaná

úzkostná porucha se vyskytuje častěji u kombinovaného subtypu a separační úzkostná porucha se vyskytuje častěji u nepozorného subtypu. Separační úzkostná porucha se vyskytuje častěji u dívek, které trpí nepozorným subtypem než u chlapců. Stejně tomu je s generalizovanou úzkostnou poruchou, kterou trpí častěji dívky s kombinovaným subtypem než chlapci s kombinovaným subtypem. Tyto zjištění jsou v souladu s výzkumem Gabel, Schmitz a Fulker (1996). Studie se také věnovala problémům se čtením, které se vyskytují stejně často jak u dívek, tak u chlapců, ale vyskytují se častěji u nepozorného a kombinovaného subtypu. Limitací této studie je zdroj informací o problémech dětí. K získání těchto informací byl použit dotazník, který vyplňovali jen rodiče, může tedy dojít ke zkreslení.

Dle studie Skogli, Teicher, Andersen, Hovik, a Oie (2013) bylo nalezeno málo rozdílů v projevech a komorbiditách ADHD v rámci pohlaví. Jediný aspekt, ve kterém se dívky signifikantně lišily od chlapců, byla fyziologická úzkost. Dále zaznamenali častější projevy internalizovaných symptomů u dívek než u chlapců a častější externalizované symptomy u chlapců než u dívek, ale nebyl zjištěn signifikantní rozdíl. Tato studie pracovala s klinickým vzorkem.

Malá (2008) uvádí, že u dívek s ADHD se objevuje více komorbidních poruch jako je deprese nebo úzkost. Podle ní je výskyt deprese 3,6krát vyšší u dívek s ADHD než u zdravých dívek. Dívkám s ADHD jsou častěji diagnostikovány poruchy příjmu potravy a poruchy chování. Biederman a kol. (1994) udávají, že v dospělosti třetina žen s ADHD trpí depresí a 70,6 % se v minulosti potýkalo s depresí, úzkostnými poruchami, agorafóbií, sociální fóbií nebo užívaly alkohol či drogy. Toto zjištění poukazuje na to, jak důležité je diagnostikovat ADHD u dívek co nejdříve, protože existují protektivní faktory, které mohou zabránit, aby docházelo ke zhoršování symptomů nebo výskytu a závažnosti dalších komorbidních poruch, jako je deprese či úzkosti.

Malá (2008) také dodává, že dívky s ADHD mají více emocionálních problémů s rodiči, jsou více šikanovány a méně šikanují než chlapci s ADHD. U dívek s ADHD také zaznamenává rozvinutější prosociálních chování než u chlapců s ADHD. Zdravotní problémy a komorbidní poruchy se dle Malé vyskytují v podobné míře u chlapců i dívek.

V otázce externalizovaných a internalizovaných poruch vidím metodologický nedostatek v tom, že mnoho studií nerozlišuje populační vzorek od klinického. Není jasné, zda dívky s ADHD trpí externalizovanými poruchami v menší míře než chlapci, ale několik

studií se shoduje na tom, že dívky s ADHD trpí internalizovanými poruchami signifikantně častěji než chlapci s ADHD (Gershon, 2002; Levy, Hay, Bennett & McStephen, 2005; Skogli, Teicher, Andersen, Hovik, & Oie, 2013).

2.2 Rozdíl v interakci s vrstevníky

Hinshaw (2002) sledoval dívky od dětství do puberty a zjistili, že u nich dochází častěji k sociálním konfliktům a nižší kvalitě přátelství. Je zde velký rozdíl v sociálních konfliktech u dívek a chlapců. U chlapců dochází nejčastěji ke konfliktům, které se projevují bitím, tlačáním a agresivním chováním, kdežto u dívek dochází k tzv. vztahové agresivitě, která se projevuje pomlouváním, zákazem účasti na společných aktivitách nebo vyčlenění z kolektivu.

Fungování v kolektivu vrstevníků je obecně těžší pro děti s ADHD, bez ohledu na jejich pohlaví. Hoza a kol. (2005) zjistili, že 52 % dětí s ADHD je ve školním kolektivu odmítnutých svými spolužáky. Děti s ADHD jsou méně preferovány ostatními a mají méně kamarádů než jejich vrstevníci. Oproti tomu, deset až patnáct procent dětí, které netrpí ADHD, jsou odmítnuty vrstevníky. Dle výpovědí rodičů dětí s ADHD, jejich děti zažívají problémy s vrstevníky 3x častěji než zdravé děti (Strine et al., 2006). Tato zjištění jsou v souladu s výpověďmi samotných dětí. Ek, Westerlund, Holmberg a Fernell (2008) zjistili, že dívky mají nižší sebehodnocení v oblasti fungování vztahů s vrstevníky a rodiči než chlapci.

Většina výzkumů, které se zabývají problematikou vztahů s vrstevníky, srovnávají dívky a chlapce s ADHD mezi sebou. Domnívám se, že výzkum by se měl zaměřovat spíše na porovnávání dívek s ADHD a zdravých dívek. Fungování dívčích vztahů je obecně jiné než vztahy mezi chlapci. Dívky mají těsnější a intimnější vztahy než chlapci a pro dívky bývá náročnější se dostat do již vytvořených skupin. Této problematice se věnuji více ve 3. kapitole.

2.3 Rozdíl v projevech ADHD

Dívky s ADHD bývají více verbálně impulzivní, rychleji konverzují a rychleji dělají školní práci, snáze se začnou nudit a mají problém čekat. Dívky s ADHD jsou také náladovější, agresivnější a tvrdohlavější než jejich vrstevníci (Grskovic, & Zentall, 2010).

Ohan a Johnston (2005) uvádí, že dívky s ADHD projevují hyperaktivitu způsobem, který je špatně rozpoznatelný ze strany učitelů jako ADHD. Tento fakt může přispívat

k tomu, že učitelé hodnotí projevy dívek s ADHD jako méně závažné než u chlapců, i přestože rodiče hodnotí projevy obou pohlaví jako stejně závažné.

Greenblatt (1994) předložil před učitele kazuistiky dívek s ADHD, kde byly popsány klasické ADHD symptomy. Jen v 27 % případů učitelé identifikovali tyto dívky jako hyperaktivní. Pokud byly stejné syndromy představeny na chlapcích, učitelé identifikovali ADHD v 72 % případů. Učitelé stejné množství symptomů u dívek hodnotí jako méně rušivé a lépe zvládnutelné. Tento závěr je podpořen zjištěním Milich, Hartung, Martin a Haigler (1994), kteří zjistili, že dívky na rozdíl od chlapců, potlačují impulzivní chování, pokud jsou za něj potrestány. Je tedy možné, že starší dívky se učí potlačovat viditelné projevy ADHD v určitých sociálních kontextech, aby se vyhnuly odmítnutí kolektivu nebo nesouhlasu ze strany autority. Toto podporuje výzkum deHaase a Younga (1984), kteří zjistili, že hyperaktivní projevy u dívek jsou nejvýraznější v předškolním věku. Po nástupu do školy, tedy mezi šestým a desátým rokem, dochází k jeho postupnému zmírnění nebo úplnému vymizení. Důležitým poznatkem tohoto výzkumu je, že záleží na prostředí. K potlačování nežádoucího chování dochází častěji ve školním prostředí, proto může být problematické diagnostikovat ADHD u dívek, pokud je posuzováno jen z pohledu pedagoga. Je třeba získat informace ze širšího sociálního prostředí, abychom mohli snáze a přesněji identifikovat ADHD. Zároveň je tedy nesmírně důležité, aby si učitelé všímali i malých projevů, které jsou typické pro dívky s ADHD a nebrali je na lehkou váhu.

Dívky, které trpí nepozorným subtypem, nemusí být na základní škole vůbec rozpoznány. Dívky nemusí vykazovat problémy s učením a jejich akademický výkon může být velmi dobrý, pokud mají podporu ze strany rodičů. Problém často nastává na střední škole, tedy v pubertě, kdy požadavky na výkon ve škole jsou mnohem větší než na základní škole (Quinn, 2005). Nemůžeme se tedy spoléhat na akademický úspěch, jako ukazatel diagnostiky u dívek s ADHD.

Stein a kol. (1995) pomocí Wender Utah Rating Scale (WURS), což je nástroj měřící ADHD symptomy u dětí pomocí sebehodnocení, zjistili, že problémy, které uváděli chlapci jako nejvýraznější, byly problémy s chováním, učením a pozorností, špatnou tolerancí stresu a špatné sociální schopnosti. Naopak dívky nejčastěji uváděly dysforii, impulzivnost, problémy s učením, pozorností a organizací a nepopularitu. Nepozornost a impulzivita byly společnými faktory jak pro dívky, tak pro chlapce.

Adolescentní dívky mívají více problémů s pozorností a organizací, než adolescentní chlapci (Faraone, Biederman, Weber & Russell, 1998), ale protože k sobě nepřitahují pozornost, jsou často přehlédnuty. Podle studie Rucklidge a Tannocka (2001) mají dívky s ADHD častěji problémy s úzkostí, distresem, depresí a Locus of Control než chlapci s ADHD. Chlapci s ADHD mají častěji problém s rychlostí zpracování informací. Tyto informace byly získány od dívek a chlapců s ADHD. Zároveň ale byly potvrzeny rodiči i učiteli.

Nejčastějšími projevy dívek s ADHD je zapomnětlivost, dezorganizace, nízké sebevědomí a úzkost. Toto jsou všechno faktory, které jsou velmi nenápadné a neprojevují se tolik navenek, jako chování chlapců s ADHD. Chlapci, kteří trpí ADHD často ruší, dvakrát tak často trpí poruchou opozičního vzduchu nebo porucha chování, které je dělají velmi výraznými mezi spolužáky. Hyperaktivita chlapců se projevuje především v neschopnosti vydržet v klidu, potřebě být neustále v pohybu. Hyperaktivita u dívek se projevuje spíše rychlým mluvením nebo rychlou emoční reaktivitou než nadměrnou potřebou pohybu (Quinn, 2005).

Quinn a Wigala (2004) ve svém průzkumu zjistili, že veřejnost i učitelé vnímají chlapce jako rušivější ve školní třídě, s více behaviorálními problémy než dívky. Naopak učitelé i veřejnost vnímají, že dívky s ADHD mají více problémů se školním výkonem, více problémů s vyhotovením práce, mají více problémů ve vytváření sociálních vazeb, mají častěji depresivní pocity a jsou více nepozorné ve školní třídě.

2.4 Rozdíly v exekutivních funkcích

Studie Hassona a Fine (2012) se zaměřila na impulzivnost a nepozornost. Pomocí metaanalýzy zjistila, že chlapci jsou signifikantně impulzivnější než dívky, ale nebyl nalezen signifikantní rozdíl v nepozornosti. Analýza napříč pohlavím zjistila, že je větší rozdíl v impulzivnosti a nepozornosti mezi chlapci s ADHD a chlapeckou kontrolní skupinou, než mezi dívkami s ADHD a dívčí kontrolní skupinou.

V porovnání s dívkami s ADHD jsou na tom chlapci s ADHD signifikantně hůře v testech exekutivních funkcí. U chlapců s ADHD byl podobný trend v IQ testech, testech čtení a aritmetiky jako u dívek s ADHD. Dívky se tedy od chlapců liší tím, že nemají tak velké potíže s exekutivními funkcemi (Seidman et al., 1995). Biedermana a kol. (2002) uvádí, že dívky s ADHD mají méně problémů s učením než chlapci s ADHD.

Chlapci i dívky s ADHD vykazují podobný deficit v oblasti přípravy odpovědi a pracovní paměti, ale vykazují jiné vzorce dysfunkcí zahrnující inhibici reakce a plánování. Dívky s ADHD vykazovaly častěji problémy se synkinezí, což je mimovolný pohyb, který je příčinně závislý na jiném pohybu (např. pohyb rukou při chůzi) než chlapci s ADHD. Kdežto chlapci s ADHD měli častější problém s vědomou inhibicí reakce než dívky s ADHD. Dívky s ADHD, ne chlapci, také vykazovaly větší problémy s plánování (O'Brien, Dowell, Mostofsky, Denckla, & Mahone, 2010). Toto zjištění zdůrazňuje důležitost zkoumat chlapce a dívky s ADHD zvlášť, ale také dohromady, v případě exekutivních funkcí. Závěry získané ze studií, které byly provedeny jen na chlapcích, nelze aplikovat na celou populaci ADHD.

3 ADHD u dívek a s tím spojené problémy

V této kapitole se věnuji problémům, které doprovází dívky s ADHD. Nejde o komorbidity (tedy přidružené poruchy), ale o běžné záležitosti v každodenním životě dívek, jako je interakce s vrstevníky, rodiči, užívání návykových látek a nízké sebehodnocení.

3.1 Problémy v interakci s vrstevníky

Blachman a Hinshaw (2002) sledovali dívky s ADHD (n=140) a bez ADHD (n=88) ve věku od 6 do 12 let na pětítýdenním táboře. Autoři zjistili, že na konci tábora si kamarádku nenašlo 32 % dívek s ADHD, oproti 17 % zdravých dívek. Padesát dva procent zdravých dívek mělo na konci tábora více než jednu kamarádku, v porovnání s 29 % dívek s ADHD. Rozdíl v jednotlivých subtypech se projevil ve stabilitě přátelství. Padesát jedna procent dívek s ADHD neměly na konci tábora žádné stabilní přátelství oproti 24 % u kontrolní skupiny. Dívky s nepozorným typem byly někde mezi kombinovaným typem a kontrolní skupinou, nelišily se tedy signifikantně ani od jedné skupiny. Naopak dívky s nepozorným subtypem měly signifikantně větší problém udržet si přátelství s více kamarádkami než zdravé dívky. Kombinovaný typ se zde signifikantně nelišil ani od jedné skupiny. Výsledkem této studie je, že dívky s ADHD-C mají problém vztahy navazovat, kdežto dívky s ADHD-I mají problém udržovat vztahy s více kamarády. Co se týče kvality přátelství, obě skupiny dívek s ADHD měly ve svých vztazích více negativních aspektů (např. pomlouvání, agrese, konflikty) než kontrolní skupina. S těmito výsledky dále pracoval Cardoos a Hinshaw (2011), kteří zjistili, že pokud dívky (s ADHD i bez ADHD) měly alespoň jednoho kamaráda, sloužilo to jako protektivní faktor, který snižoval riziko šikany a ostatní dívky je měly radši než ty, které žádné kamarády neměly. Výsledky tohoto výzkumu jsou zobrazeny v tabulce číslo 2.

Tabulka 2 – Vzorce přátelství na konci tábora (Blachman & Hinshaw, 2002)

	Dívky	
	S ADHD (%)	Bez ADHD (%)
Žádná kamarádka na konci	32	17
Více než jedna kamarádka na konci	29	52
Žádné stabilní přátelství	51	24

V několika studiích (Blachman & Hinshaw, 2002; Elkins, Malone, Keyes, Iacono, & McGue, 2011; Thurber, Heller, & Hinshaw, 2002) bylo zjištěno, že dívky s ADHD jsou signifikantně méně oblíbené než dívky bez ADHD a mají nižší status u vrstevníků. Blachman a Hinshaw (2002) zjistili, že dívky s nižším verbálním IQ byly méně oblíbené. Mikami a Lorenzi (2011) poukazují na to, že negativní reakce vrstevníků je u dívek s ADHD predikována problémovým chováním, jako například porušování pravidel, konflikty a neuposlechnutí příkazů. Jen jedna z použitých studií nenašla signifikantní vztah mezi ADHD a negativními vztahy s vrstevníky. Autoři této studie využili učitele jako hodnotitele vztahů dívek s ADHD s vrstevníky. Tato studie zahrnovala dívky s nepozorným subtypem, hyperaktivním subtypem a kontrolní skupinu. Nebyly zde přítomny dívky s kombinovaným subtypem, které v předchozích studiích měly největší potíže navazovat přátelství (Lee & Hinshaw, 2006).

Přátelství může sloužit jako protektivní faktor v životě dívek s ADHD. Pokud nemají dívky dostatek kamarádů nebo jsou odmítány kolektivem, vede to k vyššímu výskytu agresivního chování, deprese, úzkosti, poruchám příjmu potravy, užívání návykových látek a menšímu úspěchu ve škole (Mikami & Hinshaw, 2003). Později Mikami a Hinshaw (2006) přišli na to, že mezi nejvýznamnější protektivní faktory dívek patří zvýšení sebevědomí v akademických schopnostech, což vede ke snížení internalizovaných i externalizovaných symptomů, nižší riziko užívání návykových látek v dospívání a vede k větším úspěchům ve škole. Na tuto studii navazuje studie Grskovice a Zentalla (2010), kteří zjistili, že dalším prosociální faktorem, který uvádějí jak dívky, tak rodiče, je aktivní interakce s přáteli, organizace aktivit a zapojení do aktivit ve školním prostředí. Tento prosociální faktor je spojen s vyšší sebedůvěrou u dívek s ADHD.

3.2 Problémy s užíváním drog, alkoholu a kouření

V případě dívek i chlapců je užívání drog spojováno s ADHD, ale vzhledem k tomu, že ADHD je ve 30-50 % případů doprovázeno poruchami chování, není tak jasné, zda příčinou užívání drog je ADHD nebo poruchy chování. Na tuto problematiku se zaměřil výzkum Malone, Eck, Flory a Lamis (2010). Autoři brali v potaz poruchu chování jako jednu z proměnných a vytvořili třístupňový model ADHD. Do prvního stupně zařadili probandy, kteří neměli žádné nebo minimální symptomy po dobu adolescence, druhý stupeň vykazoval konvexní tvar růstu symptomů ADHD (nejprve nárůst, poté pokles symptomů) během adolescence. Poslední skupina vykazovala konkávní tvar růstu symptomů (nejprve pokles, poté mírný nárůst symptomů). Výsledky naznačují, že u skupiny s konkávním tvarem byl

začátek užívání drog dříve než v ostatních skupinách. Autoři dále podpořili hypotézu, že ADHD bez poruchy chování má vliv na užívání drog.

Výzkum Owense, Zalecki, Gillette a Hinshaw (2017) nenašel žádný vliv ADHD na užívání drog a alkoholu. Naopak jejich výsledky ukazují, že dívky bez ADHD užívají alkohol a drogy častěji než dívky s ADHD. Tento závěr je podpořen výzkumem Babinski a kol. (2011), který nezjistil rozdíl mezi užíváním drog u dívek s ADHD a bez ADHD. Metaanalýza (Lee, Humphreys, Glass, Liu, & Flory, 2011) zjistila, že děti s ADHD signifikantně častěji užívaly nikotin a jiné látky (marihuana, kokain), ale ne alkohol. Tato metaanalýza pracovala s výzkumy, které nebraly v potaz poruchy chování jako proměnnou. Zároveň zjistili, že pohlaví, věk a rasa tento výsledek nezměnily. Tato studie ale také vybrala několik studií, které se zabývaly poruchami chování a ADHD. Autoři došli k závěru, že komorbidní poruchy chování komplikují závěry o vlivu ADHD na užívání drog a jiných látek.

Výzkum Rucklidge a Tannock (2001) nezjistil signifikantní rozdíl v užívání drog mezi dívkami s ADHD a bez ADHD a dívkami s ADHD (n=24) a chlapci s ADHD (n=35). Nicméně studie Biedermana a kol. (2002) zjistila, že ADHD je signifikantně menším prediktorem pro užívání návykových látek pro chlapce (n=140) než pro dívky (n=140). Je zde třeba brát v potaz velikost vzorku, která je u výzkumu Biedermana a kol. (2002) výrazně vyšší. V obou studiích není jasné, zda brali v potaz poruchu chování jako možnou proměnnou.

Výsledky jednotlivých studií se značně liší. Důvod neshody pravděpodobně tkví v tom, že některé studie neberou v potaz poruchu chování jako možnou proměnnou, která ovlivňuje výsledky. Přestože studie Malone, Eck, Flory a Lamis (2010) naznačuje, že ADHD samo o sobě zvyšuje riziko užívání návykových látek a alkoholu, není jisté kolik procent probandů ve výzkumech, které nenašli souvislost mezi ADHD a užíváním látek (Babinski et al., 2011; Owense, Zalecki, Gillette, & Hinshaw, 2017), trpělo zároveň poruchou chování.

3.3 Problémy v sebehodnocení

Obecně se děti s ADHD setkávají častěji s odmítnutím, negativními vztahy s vrstevníky, akademickými neúspěchy a problémy v interakci s rodiči než děti bez ADHD. Přesto studie naznačují, že děti s ADHD podléhají v sebehodnocení zkreslení, a hodnotí se lépe, než je hodnotí jejich okolí. Tento fenomén se nazývá „Positive Illusory Bias“ (PIB) (Owens, Goldfine, Evangelista, Hoza, & Kaiser, 2007). V této problematice nepanuje jasná

shoda, některé studie naznačují, že u dětí s ADHD je sebehodnocení nižší nebo nezaznamenávají žádný rozdíl mezi dětmi s ADHD a bez této poruchy.

Problematickým může být zdroj hodnocení, se kterým se porovnává hodnocení dětí s ADHD a bez ADHD. Velkém množství studií využívá jako zdroj hodnocení učitele a rodiče, obě tyto skupiny mohou mít zkreslený pohled na dítě trpící ADHD, protože děti s ADHD bývají ve třídě rušivý element, doma mohou být těžce zvladatelné a obě tyto skupiny mohou do hodnocení promítat svou zkušenost, která nemusí odpovídat výkonu dítěte. Dle Hoza a kol. (2002) děti s ADHD a symptomy poruchy chování a opozičního vzoru vykazují vyšší úroveň přeceňování než děti s ADHD bez těchto symptomů, což mě přivádí na myšlenku, že tento výsledek může být zkreslen právě kvůli hodnocení rodičů a učitelů, které je ovlivněno zkušeností s těmito dětmi, které bývají často „problémové“.

Tato hypotéza je z části podpořena výzkumem Swanson, Owens a Hinshaw (2012), kteří zjistili, že u dívek dochází k PIB jen v případě, že je jejich hodnocení srovnáno s hodnocením dospělých. Pokud bylo jejich hodnocení například v oblasti akademické úspěšnosti porovnáno s výsledky ve škole, nedocházelo k výraznému zkreslení. Dalším příkladem je sebehodnocení v oblasti vztahů s vrstevníky, které pokud bylo porovnáno s hodnocení vrstevníků, nebylo natolik odlišné.

Jedna z mála studií, která bere v potaz možnost tohoto zkreslení je studie Ohana a Johnstona (2011). Autoři porovnali dívky s ADHD ve věku 9-12 let s kontrolní skupinou dívek bez ADHD. Sebehodnocení dívek porovnali s hodnocením rodičů, učitelů a tzv. blind raters. Dívky s ADHD se hodnotily signifikantně pozitivněji než dívky bez ADHD. Sebepřeceňování bylo výraznější u dívek s ADHD, které měli více symptomů poruchy opozičního vzoru a méně depresivních symptomů. Přeceňování u dívek s ADHD je spjato se sociální desirabilitou, což nasvědčuje tomu, že dívky se chtějí prezentovat v pozitivní světle. Zdroj hodnocení nebyl signifikantní proměnnou. Tudíž tato studie nenásvědčuje tomu, že dochází ke zkreslení na straně učitelů a rodičů.

Nejčastějším vysvětlením pozitivního zkreslení, je, že jej dítě využívá jako protektivní tendenci (Diener & Milich, 1997). Toto tvrzení podporuje Hoza a kol. (2002; 2004), který zjistil, že PIB se vyskytuje u dětí s ADHD nejčastěji v oblastech, ve kterých mají největší potíže. Studie zjistila že pokud chlapec s ADHD obdrží pozitivní zpětnou vazbu, která potvrdí jeho zvýšené sebehodnocení, dojde k následnému snížení sebehodnocení v dané

oblasti (Diener & Milich, 1997; Ohan & Johnston, 2002). Tyto výzkumy byly provedeny pouze na chlapcích, tudíž by bylo dobré prozkoumat tuto hypotézu u dívek.

Jak už jsem zmínila, v této oblasti nepanuje jasná shoda, ale výzkumy naznačují, že ADHD má vliv na sebehodnocení, ale je otázkou, zda negativní nebo pozitivní. Nesoulad může být také způsoben nejednotnými výzkumnými postupy a různými zdroji kontrolního hodnocení.

3.4 Problémy v exekutivních funkcích

Studie Seidmana, Biedermana, Faraone a Webera (1997) zjistila, že dívky s ADHD mají signifikantně nižší průměrné IQ než dívky bez ADHD ($106 < 112,1$). Dívky s ADHD skórovaly signifikantně hůře než kontrolní skupina dívek bez ADHD u subtestu Index Pracovní paměti ($99,9 < 113$), která je složena z opakování čísel, hledání symbolů a počtů, které se nachází ve WISC-R. Dívky měly také signifikantně více problémů s testem čtení a aritmetiky než dívky bez ADHD.

Výskyt poruch učení byl signifikantně větší u dívek s ADHD (21 %) než u kontrolní skupiny dívek bez ADHD (3 %). Přestože dívky měly horší výsledky v testech, které měřily exekutivní funkce (např. Stroopův test, Rey-Osterriethova figura, Wisconsinický test třídění karet), rozdíl nebyl signifikantní (Seidmana, Biedermana, Faraone & Webera, 1997).

Exekutivní funkce jsou zodpovědné za plánování, organizaci, rozhodování a pracovní paměť. Toto jsou oblasti, se kterými mají jedinci s ADHD problém. Zároveň to jsou schopnosti, které má na svědomí prefrontální kůra kortexu a její spojení s jinými částmi mozku (Tranel, Anderson, & Benton, 1994). Existuje několik teorií, které se snaží vysvětlit příčinu dysfunkce exekutivních funkcí u jedinců s ADHD. Nicméně zatím neexistuje jednotná teorie, která by tuto příčinu vysvětlovala. Millera a Hinshawa (2010) zjistili, že naměřená úroveň exekutivních funkcí v dětství predikují akademický úspěch a sociální fungování v celém vzorku, tedy u dívek s ADHD i bez ADHD. Exekutivní funkce naměřené v dětství také predikují celkové fungování dívek s ADHD. Měřené exekutivní funkce nezahrnovaly IQ. Tyto výsledky naznačují, že je třeba věnovat pozornost exekutivním funkcím už v dětství, jelikož mají velký potenciál odhalit závažnost ADHD v dospělosti a dospívání a dívkám je tak možno poskytnout dřívější pomoc.

Biederman a kol. (2007) zjistili, že dysfunkce exekutivních funkcí u dívek s ADHD je signifikantně větší než u dívek bez ADHD. Dalším zjištěním bylo, že závažnost této

dysfunkce přetrvává s věkem a nelepší se. Toto je další důvod, proč věnovat exekutivním funkcím u dívek s ADHD velkou pozornost a poskytnout jim co nejdříve intervenci. Toto zjištění bylo podpořeno stejným závěrem studie Hinshawa, Carte, Fan, Jassy a Owense (2007).

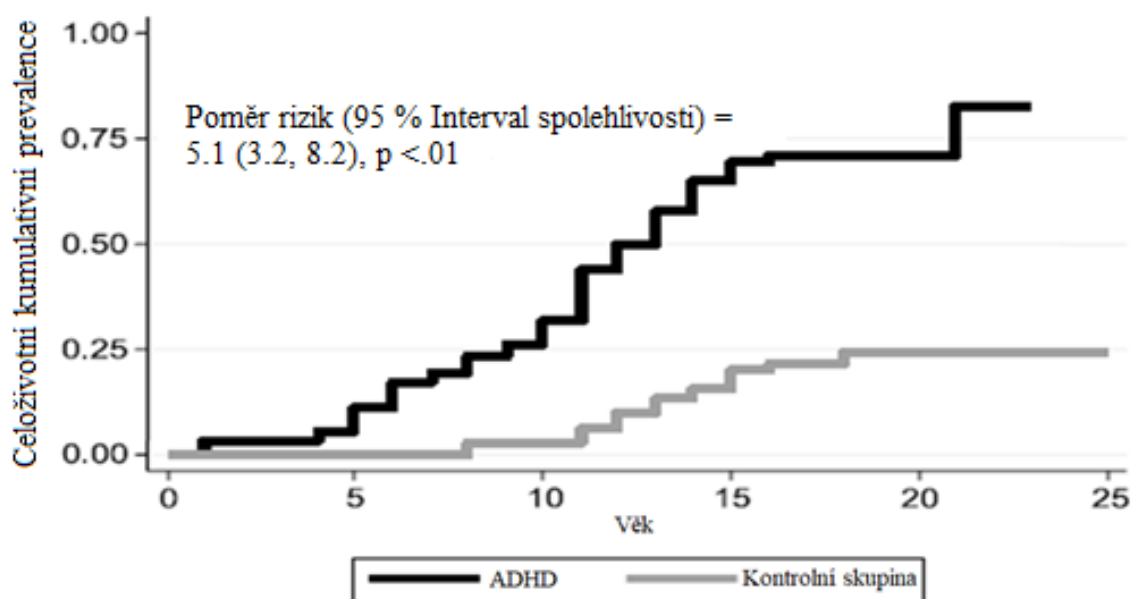
4 Komorbidity u dívek s ADHD

V této kapitole se budu věnovat komorbiditám. Komorbidity jsou sekundární onemocnění, které doprovází primární onemocnění. Jsou tedy závislé na léčbě primárního onemocnění. Pokud se léčí jen komorbidita, nemusí být léčba úspěšná. U dívek s ADHD se stává velmi často, že je léčena právě komorbidita a nedochází ke zlepšení jejich stavu.

4.1 Deprese

Literatura se shoduje, že existuje překrytí mezi ADHD a depresí. Dvacet až třicet procent případů ADHD je doprovázeno depresí (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991). Metaanalýza se vzorkem 1 997 dívek zjistila, že u dívek s ADHD je 4,2krát větší deprese než u dívek bez ADHD (Tung et al., 2016). Jak už bylo zmiňováno, v mnoha případech dochází k tomu, že dívky jsou léčeny pro depresi, ne pro ADHD, přičemž hlavní příčinou problémů je právě ADHD. Deprese spolu s úzkostí je nejčastější komorbiditou doprovázející ADHD u dívek, proto je třeba věnovat této problematice velkou pozornost, protože deprese v těchto případech může vést až k sebevraždě.

Studie Biedermana a kol. (2008) sledovala dívky po dobu pěti let do adolescence. V počátečních měřeních trpěly dívky s ADHD ve 40,7 % případů depresí s vážnými nebo středními symptomy. V kontrolní skupině (dívky bez ADHD) depresí trpělo 9 % dívek. Během následujících let se u 30 dívek s ADHD a 13 dívek bez ADHD objevily symptomy deprese. Dívek s ADHD, které trpěly depresí na začátku i na konci studie, bylo 80 (ze 123) a v kontrolní skupině 23 dívek (ze 112). Dívky s ADHD mají 65 % riziko deprese oproti 21 % u kontrolní skupiny. Po upravení a odstranění dívek s dalšími komorbiditami (např. s bipolární poruchou, úzkostnou poruchou) jsou dívky s ADHD v 2,5krát větším riziku deprese než dívky bez ADHD. Rozdíl v kumulativní prevalenci deprese u dívek s ADHD a u dívek bez ADHD můžeme vidět v grafu č. 2. na následující straně. Deprese u dívek s ADHD se projevila signifikantně dříve než u kontrolní skupiny ($9,7 \pm 4,1$ let versus $12,6 \pm 2,6$ let). Deprese u dívek s ADHD měla delší trvání a byla závažnější než u kontrolní skupiny. Dívky s ADHD vyžadovaly delší a náročnější léčbu a byly častěji hospitalizovány. Sebevražedné myšlenky se u dívek s ADHD vyskytovaly v 68 % případů versus 43 % u kontrolní skupiny.



Graf 2 - Kumulativní celková prevalence deprese u dívek s ADHD a bez ADHD (Biederman et al., 2008)

Studie Hinshaw a kol. (2012) zjistila, že dívky s ADHD vykazují vyšší riziko sebevražedných pokusů a sebepoškozování než kontrolní skupina bez ADHD s velikostí efektu od středního po velký. Dívky s kombinovaným subtypem ADHD vykazovaly vyšší počet sebevražedných pokusů a sebepoškozování než nepozorný subtyp ADHD.

Šestnáct procent dívek s ADHD mělo v současnosti sebevražedné myšlenky, 50 % dívek je mělo v minulosti. Čtyři procenta ($n=1$) se momentálně sebepoškozují, 25 % se sebepoškozovalo v minulosti. U dívek s ADHD docházelo k sebevražedným myšlenkám i sebepoškozování signifikantně častěji než u dívek bez ADHD. U chlapců docházelo k současným sebevražedným myšlenkám jen v pěti procentech, v minulosti mělo sebevražedné myšlenky 25,7 % chlapců, 5,7 % ($n=1$) chlapců se v té době sebepoškozovalo, v minulosti k tomu docházelo u 11,4 % (Rucklidge & Tannock, 2001).

4.2 Úzkostné poruchy

Mezi nejčastější úzkostné poruchy uváděné ve spojitosti s ADHD jsou generalizovaná úzkostná porucha a separační úzkostná porucha. Generalizovaná úzkostná porucha (F41.1), jak vyplývá z názvu, je generalizovaná a přetrvávající úzkost, která je typická tím, že není vztažená na žádné zvláštní okolnosti. Bývá doprovázena pocitem nervozity, třesem, napětím, nebo pocením (MKN-10, 2019). V dětství se vyskytuje u dětí v 3,5 % (Malá, 2011). Separační úzkostná porucha (F63.0) má základ ve strachu z odloučení, který se projevuje

v časném dětství a jehož závažnost je statisticky neobvyklá a narušuje sociální fungování (MKN-10, 2019). Výskyt separační úzkostné poruchy je 3,5 % (Malá, 2011).

Schatz a Rostain (2006) v přehledové studii zjistili, že výskyt úzkostné poruchy jako komorbiditidy ADHD se blíží 25 %. Studie, kterými se zabývali, naznačují, že úzkost u ADHD částečně inhibuje impulzivitu a zhoršuje deficit pracovní paměti. Dívky s ADHD trpí úzkostí a fyziologickými symptomy úzkosti signifikantněji více než kontrolní skupina dívek bez ADHD a chlapci s ADHD (Rucklidge & Tannock, 2001).

Výzkum Levy, Hay, Bennett a McStephen (2005) podpořil hypotézu, že úzkostné poruchy jsou častější u dívek s ADHD než u chlapců s ADHD. Bylo zjištěno, že generalizovaná úzkostná porucha (GAD) je spojena s kombinovaným subtypem a separační úzkostná porucha je signifikantně častěji u nepozorného subtypu.

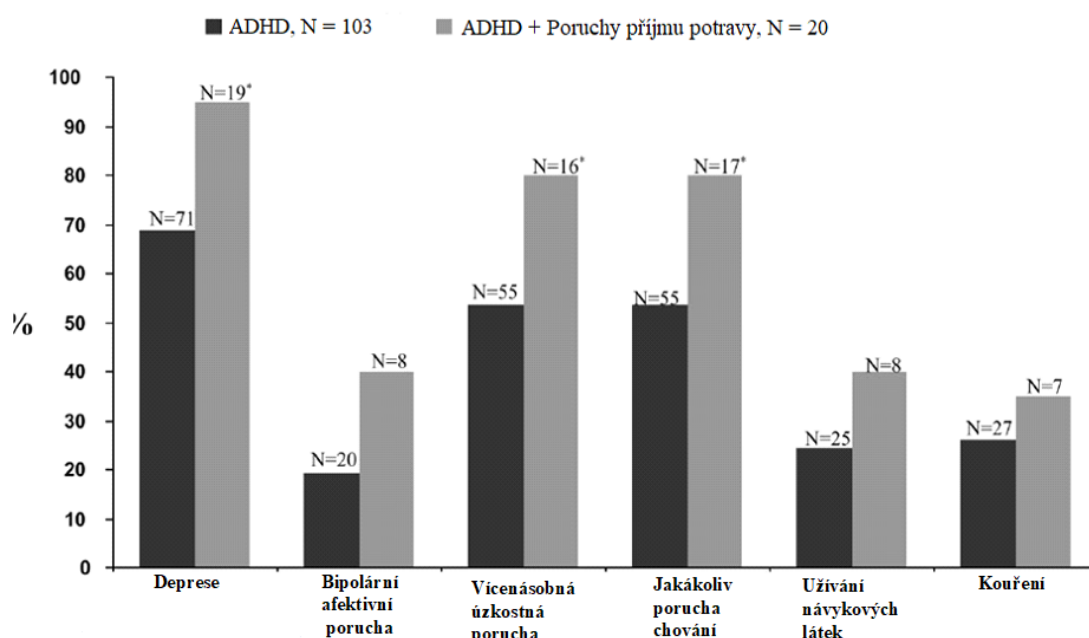
Becker, Kneeskern a Tamm (2019) zjistili na vzorku 93 dětí s ADHD (66% chlapci, věk 8-12 let), že sociální úzkost byla spojena s nižším sociálním přijetím, kterou uvedli rodiče u obou pohlaví. Signifikantní rozdíl mezi pohlavími byl nalezen v případě sociálního přijetí, které bylo uvedeno samotnými dětmi a učiteli. Dále bylo zjištěno, že sociální úzkost je spojena s nižším přijetím ze strany vrstevníků u dívek, u chlapců byl tento efekt malý.

Metaanalýza Tung a kol. (2016) zjistila, že dívky s ADHD mají 3,2krát větší šanci trpět úzkostnou poruchou než dívky bez ADHD. Metaanalýza pracovala s 11 studiemi, které se týkaly úzkosti u dívek s ADHD. Čtrnáct procent dívek bez ADHD splňovaly kritéria pro úzkostnou poruchu oproti 37,7 % dívek s ADHD. Metaanalýza neodhalila publikační bias (k zjištění byl využit Beggsův test).

4.3 Poruchy příjmu potravy

Bulimie je v populaci zastoupena v 1 % případů. Jedním z faktorů, které mají vliv na výskyt bulimie je impulzivnost. Impulzivnost, jakožto jeden z hlavních symptomů ADHD nasvědčuje tomu, že existuje korelace mezi ADHD a bulimií. Surmana, Randalla a Biedermana (2006) jako první poukázali na tuto možnou spojitost. V této studii se zaměřili na tři velké studie věnující se ADHD. Ve studiích, které byly provedeny na dětské populaci, kde bylo jen 20 % dětí starších 15 let byly jen dva případy bulimie, které se vyskytovaly u dívek s ADHD. Nárůst případů byl zaznamenán ve studiích, které pracovaly s dospělou populací. Zde byl výskyt bulimie u žen s ADHD ve 12 % případů versus 3 % u kontrolní skupiny, druhá studie měla podobné zastoupení, 11 % versus 1 %.

Na tento výzkum navazuje studie Biedermana a kol. (2007) která provedla longitudinální výzkum dívek s ADHD a poruchou příjmu potravy (dále PPP). Na začátku této studie 16 % dívek s ADHD uvedlo, že trpí nebo trpělo poruchou příjmu potravy (50 % bulimie, 30 % anorexie a 20 % obě nemoci) s prvními projevy v průměru ve 12 letech. Oproti tomu v kontrolní skupině dívek bez ADHD byla PPP zastoupeny jen v pěti procentech (častěji byla uváděna anorexie) s průměrným věkem 14 let. Dívky s ADHD trpěly PPP 3,6krát častěji než dívky bez ADHD. Dívky s ADHD a PPP signifikantně častěji trpí dalšími komorbiditami (např. deprese, úzkosti a poruchy chování) než dívky trpící jen ADHD. Dívky, které trpí ADHD i PPP měly signifikantně dříve menarche (11,4 let) než kontrolní skupina dívek bez ADHD (12,8 let). Dalším zjištěním této studie bylo, že u dívek, které trpěly ADHD a zároveň PPP byl častější výskyt deprese, úzkostných poruch a disruptivní poruchou chování (viz. graf číslo 3).



Graf 3 - Výskyt komorbidit u skupiny dívek s ADHD a ADHD s PPP (Biederman et al., 2007)

Studie Kaisari, Dourish a Higgs (2017) provedla systematickou rešerši 75 studií, které se zabývají vztahem mezi ADHD a PPP. Výsledek této rešerše naznačuje, že existuje vztah mezi ADHD a PPP, ale nelze tento vztah označit za silný, jelikož většina literatury byla střední kvality. Osm z jedenácti studií zjistilo pozitivní vztah mezi ADHD a PPP, 17 z 21 studií zjistilo pozitivní vztah mezi ADHD a mentální bulimií, jen 9 z 19 studií zjistilo pozitivní vztah mezi ADHD a mentální anorexií a 20 z 27 studií mezi ADHD a binge eating disorder a záchvatovitým přejídáním. Co se týče bulimie, bylo zjištěno, že impulzivní symptomy ADHD mají pozitivní vztah mentální bulimii.

Nazar a kol. (2008) také provedli rešerši literatury týkající se ADHD a PPP. Autoři pracovali se 14 články, které rozdělili do tří skupin: výzkum ADHD u pacientů s PPP, výzkum PPP u pacientů s ADHD a pacientů s diagnózou ADHD a PPP. Výsledkem této studie, je že prevalence PPP je větší u pacientů s ADHD než u kontrolní skupiny. Šlo především o mentální bulimii, která se u pacientek s ADHD vyskytovala v rozmezí 1 až 12 % (kontrolní skupina 0 až 2 %). Autoři této studie upozorňují na to, že nelze dělat předčasné závěry a je třeba se tomuto tématu dále věnovat, jelikož studie využívají rozdílné metody a velikost výzkumných souborů.

Výzkum Ziobrowski, Brewerton a Duncan (2018) se zaměřil na vliv komorbidit na vztah mezi ADHD a PPP. Výsledkem je, že až na mentální bulimii, všechny ostatní poruchy příjmu potravy jsou spojeny s komorbiditou, která ADHD doprovází, tudíž dle tohoto výzkumu neexistuje přímý vztah mezi ADHD a mentální anorexií a záchvatovitým přejídáním (BED - binge eating disorder). Jen u mentální bulimie zůstal signifikantní vztah s ADHD.

4.4 Poruchy chování a opoziční vzdorovité chování

Porucha chování (F91) je dle MKN-10 (2019) charakteristická opakovaným a přetrvávajícím agresivním a asociálním chováním. Trvá déle než šest měsíců a je závažnější než běžné dětské zlobení příslušné danému věku. Může se projevovat v častých konfliktech s vrstevníky (agresivita, praní, týrání), krutost k lidem a zvířatům, krádeže, lhaní, útoky z domova nebo silné výbuchy vzteku. Opoziční vzdorovité chování (F91.3) je dle MKN-10 (2019) typické pro mladší děti, bývá charakterizováno vzdorováním autoritě, neposlušností nebo rozkladným chováním. Na rozdíl od poruchy chování, opoziční vzdorovité chování neobsahuje disociální chování a extrémnější agresivitu. Dívky s ADHD mají 5,6krát větší šanci trpět spolu s ADHD opozičním vzdorovitým chováním a 9,4krát větší šanci trpět poruchou chování než dívky bez ADHD (Tung et al., 2016).

V dospívání má porucha chování u žen negativní dopady na jejich život. Tyto dopady zahrnují předčasné těhotenství, sexuálně přenosné nemoci, střídání sexuálních partnerů nebo závislost na alkoholu a marihuaně (Bardone et al, 1998).

Studie Disney, Elkins, Mcguae a Iacono (1999) podpořila hypotézu, že porucha chování má vliv na vyšší užívání návykových látek. Tato studie ale nenašla signifikantní rozdíl ve vlivu poruchy chování na užívání návykových látek vzhledem k pohlaví. Výsledky ale

naznačují, že dívky s ADHD a poruchou chování jsou ve vyšším riziku než chlapci s ADHD a poruchou chování, ale tento závěr nebyl signifikantní.

Dívky s ADHD a poruchou chování jsou častěji přijímány v dospělosti do péče psychiatra než dívky s ADHD bez poruchy chování. Toto riziko bylo vyšší u dívek s ADHD a poruchou chování než u chlapců s ADHD a poruchou chování. Deset dívek s ADHD z 25 mělo poruchu chování, 60 % těchto dívek bylo v dospělosti v péči psychiatra. Samozřejmě limitací této studie je pouze klinický vzorek a zároveň jeho velikost (Dalsgaard, Mortensen, Frydenberg, & Thomsen, 2002).

Návrh výzkumného projektu

5 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Cílem výzkumného projektu je získat vhled do projevů dívek s ADHD ve školní třídě, tak jak je vnímají učitelé, kteří mají s těmito dívkami zkušenost. Tento vhled může potencionálně sloužit jako přehled projevů ADHD u dívek ve školní třídě. Tento seznam by poté mohl sloužit ostatním pedagogům, aby věděli o rozdílných projevech ADHD u dívek a chlapců. Pokud pedagogové budou vědět o těchto odlišnostech, zvyšuje se šance, že upozorní rodiče nebo školního psychologa na žákyně, které vykazují odpovídající projevy a tak jim bude poskytnuta dřívější pomoc.

Tento výzkumný projekt je zaměřen na pedagogy, jakožto osoby, se kterými dítě tráví velkou část dne a který má možnost pozorovat dítě například při řešení úloh, v situacích, které vyžadují soustředění a pozornost a v kontaktu s vrstevníky. Toto jsou oblasti, ve kterých se ADHD projevuje nejčastěji. Dále vnímám jako důležité soustředit se na pedagogy, protože jak jsem zmiňovala v literárně-přehledové části, u pedagogů dochází k podhodnocování symptomů ADHD u dívek, proto je dle mého názoru důležité, soustředit se na tuto oblast a pomocí znalostí a informací, které mají kolegové, kteří se s dívkami s ADHD setkali, šířit základní přehled projevů těchto dívek dále. Jak uvádím v literárně přehledové části, 4 z 10 učitelů o sobě tvrdí, že mají potíže rozeznat symptomy ADHD u dívek (Quinn & Wigala, 2004).

Zároveň většina výzkumů zaměřující se na symptomatiku dívek s ADHD pochází ze Spojených států amerických. V České republice je to relativně nové téma, které nebylo dostatečně prozkoumáno. Tento výzkum bude tedy přínosný z hlediska porozumění projevů dívek s ADHD v České republice.

Výzkumné otázky, které si tento výzkum pokládá, jsou následující:

- Jak se dívky s ADHD projevují ve školní třídě?
- Jak se chování dívek s ADHD liší od chování chlapců s ADHD?
- S jakými dalšími problémy se dívky s ADHD potýkají?

6 Design výzkumného projektu

6.1 Typ výzkumu

V tomto výzkumném projektu využívám kvalitativní metodu, konkrétně polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor umožňuje věnovat se konkrétnímu tématu a zajistí, aby respondenti odpovídali na stejné otázky, ale zároveň nabízí možnost prostudovat konkrétní zkušenost pedagogů a získat hlubší vhled do projevů dívek s ADHD ve školní třídě. Tato metoda není běžná ve výzkumech, které jsou uvedeny v literárně přehledové části. Většina těchto výzkumů využívá kvantitativních metod, konkrétně dotazníků. Vzhledem k tomu, že nepanuje jasná shoda o objektivitě hodnocení dívek s ADHD učiteli, ráda bych pomocí polostrukturovaného rozhovoru odhalila způsob uvažování a hodnocení učitelů při posuzování ADHD u dívek. Domnívám se, že v rozhovoru se může projevit více osobních domněnek vztahujících se k chování dívek s ADHD a v případě nejasností je možné tento postoj identifikovat.

Oblasti a témata, o kterých bude veden rozhovor částečně kopírují strukturu literárně přehledové části této práce. Přesné znění otázek, které budou pokládány učitelům, jsou přiloženy v Příloze I. Oblasti a témata jsou následující:

- Projevy vztahující se přímo k diagnóze ADHD
 - *nepozornost*
 - *hyperaktivita*
- Rozdíly v projevech ADHD u dívek a chlapců
 - *interakce s vrstevníky*
 - *projevy ADHD*
 - *školní výkon*
- Problémy spojené s ADHD
 - *drogy, alkohol, kouření*
 - *sebehodnocení*
- Komorbidity s ADHD
 - *deprese*
 - *úzkostné poruchy*
 - *poruchy příjmu potravy*
 - *poruchy chování, opoziční vzdorovité chování*

- *poruchy učení*
- Subjektivní vnímání dívek s ADHD

6.2 Metody získávání dat

Data budou sbírána na základních školách, kde bude vyvěšena nabídka účasti na tomto výzkumu. Motivací bude odměna ve formě poukázky do knihkupectví v hodnotě 200 Kč a zároveň bude apelováno na možný přínos tohoto výzkumu, tedy pomoc dívkám s ADHD.

Rozhovor s respondenty bude realizován ve školní třídě nebo kabinetě daného pedagoga. Rozhovor bude se souhlasu respondenta nahráván na diktafon a následně přepsán k další analýze dat. Délka rozhovoru je odhadnuta přibližně na jednu hodinu. Během rozhovoru budou kladeny otázky, které jsou uvedeny v Příloze I.

Délka výzkumu je odhadnuta na 3 měsíce. Časově náročný je aspekt přepisování rozhovoru a následná analýza dat. Výzkum není finančně náročný, je třeba zajistit poukázky do knihkupectví. K vedení rozhovorů a následnému přepisu je zapotřebí minimálně jeden člověk.

6.3 Metody zpracování a analýzy dat

Nahrané rozhovory budou přepsány do digitální podoby. Vzhledem k tomu, že jde o kvalitativní metodu, zvolila jsem tematickou analýzu dat. Jak uvádí Braun a Clarke (2006) tematická analýza dat je velmi rozšířenou kvalitativní metodou, která ale není dostatečně vymezená. Ačkoliv jsem chtěla použít českou literaturu týkající se tematické analýzy dat, nenašla jsem žádnou, která by se jí podrobněji věnovala. Proto se opírám především o článek Braun a Clarke (2006), kde se autorky pokusily vymezit tuto metodu a popsat jednotlivé kroky, které vedou ke kvalitní analýze získaných dat.

Tematická analýza poskytuje relativně flexibilní práci s daty. Většina nevýhod této metody spočívá v nepřesném pojetí a volné interpretaci výsledků autorem analýzy. Jednou z nevýhod může být fakt, že tato metoda má omezenou interpretativní sílu, jde především o deskripci dat (Braun & Clarke, 2006). Deskripce dat a nalezení témat, která se vyskytují u dívek s ADHD ve školním prostředí jsou ale cílem mé práce, proto je tato metoda adekvátní volbou.

Prvním krokem tematické analýzy je podle Braun a Clarke (2006) seznámení výzkumníka s daty. Tento krok je z části uskutečněn v rámci rozhovoru s respondentem, pokud je autorem analýzy zároveň ten, kdo vede rozhovor. Toto je zároveň zahrnuto v rámci

transkripce dat, kdy výzkumník pozorně poslouchá nahrávky. Nejde jen o pasivní čtení a poslech, je třeba, aby výzkumník aktivně hledal témata a vzorce. Autorky doporučují dělat si v této fázi poznámky, které budou později sloužit jako nápady pro kódy.

Druhým krokem je produkce kódů, které slouží k zachycení základních dat. Jde o syrová data, která se vztahují k fenoménu, který ověřujeme. Možným zachycením těchto kódů je přidáním poznámek k textu nebo zvýraznění určitých vzorců. Cílem je získat co největší počet kódů (Braun & Clarke, 2006).

Třetí krok zahrnuje hledání témat. Jde o zařazování kódů do skupin a tvoření témat nebo podtémat. Zde se doporučuje využití tabulek či myšlenkových map k přehlednému zobrazení a zařazení jednotlivých kódů do témat. Čtvrtým krokem je zhodnocení vytvořených témat. Během této fáze se výzkumník zaměřuje na to, zda jednotlivá témata mají dostatek kódů nebo zda nelze některá témata sloučit do jednoho. Dále je důležité zvážit všechny témata v celkovém kontextu všech dat. Pátým krokem je definování jednotlivých témat a jejich pojmenování. Poslední krok zahrnuje finální analýzu a závěrečnou zprávu (Braun & Clarke, 2006).

6.4 Etika výzkumu

Rozhovory s pedagogy budou anonymizovány. Pravá jména a název základní školy bude změněn za fiktivní jména a názvy, tak aby nebylo možné zjistit identitu dítěte. Zároveň budou anonymizovány a změněny jména učitelů, se kterými bude rozhovor veden.

7 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se bude skládat z 20 učitelů běžných základních škol, kteří mají nebo měli ve své třídě alespoň jednu žákyni s ADHD a vyučovali ji minimálně jeden školní rok. Tato podmínka zajišťuje, že učitelé měli možnost tuto dívku poznat a jsou schopni popsat její projevy. Další podmínkou je, aby měli ve své třídě alespoň jednoho žáka (chlapce) s ADHD po dobu jednoho roku. Tuto podmínku jsem zařadila, jelikož se dotazuji na srovnání chování chlapců a dívek s ADHD a je pro to nezbytné, aby měl pedagog zkušenost s oběma pohlavími a mohl je srovnat. Poslední podmínkou je, aby od doby, kdy měl pedagog tyto dívky ve své třídě, uplynuly maximálně 3 roky, aby si byl schopen pedagog vybavit dítě ještě s relativní jasností. Věk výzkumného souboru není věkově omezen, protože se obávám, že nebude jednoduché najít pedagogy se zkušeností s dívkami s ADHD.

Zkoumanou populací jsou dívky se stanovenou diagnózou ADHD, o které učitel věděl během doby, kdy dívku vyučoval. Věk dívek s ADHD jsem omezila od 8 do 15 let. Toto rozmezí je relativně široké, jelikož se obávám, že bude problematické sehnat pedagogy, kteří mají s těmito dívkami zkušenost.

8 Diskuse

Literárně přehledová část pokrývá relativně velké množství témat, které se k ADHD u dívek vztahují. Tato práce slouží jako přehled aktuálních i minulých studií zaměřujících se na problematiku ADHD u dívek. Literatura poukazuje na vyšší výskyt internalizovaných poruch u dívek s ADHD než u chlapců s ADHD. Chlapci jsou zároveň častěji léčeni s ADHD než dívky. Dívky s ADHD jsou ve vyšším riziku deprese, úzkostných poruch, mentální bulimie než dívky bez ADHD. Dívky s ADHD mají méně kamarádů a jsou méně populární. V ostatních oblastech nepanuje jasná shoda. V České republice je to relativně nové téma, proto je většina literatury zahraniční. Dle mého názoru je třeba věnovat tomuto tématu pozornost v rámci dalších výzkumů. Toto téma je vzhledem k probíhající inkluzi ve školách velice aktuální a je nutné ho více zkoumat.

Přestože jsem byla limitována maximálním počtem stran, domnívám se, že se mi povedlo představit a nastínit problematiku ADHD u dívek tak, aby čtenář získal jasnou představu o tom, jaké jsou hlavní témata, kterým je třeba se věnovat a zároveň získal přehled o výzkumech realizovaných na toto téma.

Témata, která budou v rámci navrhovaného výzkumu rozebírána s pedagogy, kteří vyučovali dívku s ADHD, se opírají o zjištění uvedená v literárně přehledové části, která tak slouží jako teoretický podklad pro formulaci otázek. V databázích jsem nenašla žádný výzkum, který by se blížil mému návrhu výzkumu, proto ani nebude možné získané výsledky tohoto navrhovaného výzkumu dále srovnávat. Toto vidím jako hlavní limitaci této práce.

Možné problémy, které se mohou vyskytnout při rozhovoru s učiteli, je vliv času, který způsobí, že učitel nebude schopen odpovědět na mnou položenou otázkou nebo budou odpovědi zkresleny. Vliv času jsem se snažila minimalizovat stanovením maximální doby (3 roky), která uplynula od toho, kdy měl učitel dívku ve své třídě. Dalším problémem může být vliv výzkumníka na analýzu dat. Také je třeba podotknout, že se jedná o nestandardizované otázky.

V neposlední řadě je třeba počítat s tím, že hodnocení učitele může být zkreslené řadou proměnných. Jak jsem již zmínila, hodnocení rodičů a učitelů se liší. Je tedy možné, že dochází ke zkreslení, ale není jasné, zda na straně učitele nebo rodiče. Také je třeba brát v potaz, že dívky se mohou projevovat ve školním prostředí jinak než v prostředí domácím.

Mé doporučení pro další výzkumy je zjištění projevů a symptomů ADHD u dívek a rozdílů v ADHD u dívek a chlapců v České republice pomocí kvantitativních metod. Tento návrh slouží jako základní zmapování, jelikož v České republice není dostatek studií, které by se tomuto problému věnovaly. Jako další bych doporučila zaměřit se na rozdíl externalizovaných a internalizovaných poruch u dívek a chlapců s ADHD vzhledem k populačnímu a klinickému vzorku.

Závěr

Rozdíl v poměru ADHD u chlapců a dívek je relativně velký. Bruchmuller, Margraf a Schneider (2012) naznačují, že tento nepoměr je tvořen chlapci, kteří jsou předdiagnostikováni. Tento nepoměr tedy nemusí být způsoben poddiagnostikováním dívek s ADHD, jak literatura mnohdy uvádí. Obecně se literatura shoduje, že chlapcům je léčba poskytována signifikantně častěji než dívkám (Mowlem et al., 2019; Derks, Hudziak, Boomsma, 2007; Quinn & Wigala, 2004). Studie Mowlema a kol. (2019) zjistila prediktivní asociaci mezi externalizovanými poruchami a poskytnutím léčby. Toto zjištění vysvětluje, proč mnoho studií nezjistilo signifikantní rozdíl v externalizovaných poruchách u klinického vzorku dívek s ADHD (Gaub & Carlson, 1997; Levy, Hay, Bennett, & McStephen, 2005).

Co se týče hodnocení symptomů ADHD učiteli a rodiči, studie poukazují na nízkou korelaci mezi těmito zdroji hodnocení (Coller, Ohan, & Mayers, 2003; Murray et al., 2007). Nicméně Power a kol. (1998) zjistil, že kombinace hodnocení učitelů a rodičů má vysokou prediktivní hodnotu při diagnostice ADHD u dívek i chlapců.

Nepanuje shoda v otázce, zda jsou externalizované poruchy častější u chlapců nebo dívek s ADHD. Dle mého názoru je tato neshoda z části způsobena metodologickými nedostatky, jelikož mnohé metaanalýzy nerozlišují, zda pracují s populačním či klinickým vzorkem. V otázce internalizovaných poruch, naopak panuje shoda v tom, že dívky trpí internalizovanými poruchami signifikantně častěji než chlapci s ADHD (Levy, Hay, Bennett & McStephen, 2005; Skogli, Teicher, Andersen, Hovik, & Oie, 2013).

Hinshaw (2002) upozorňuje na rozdíly v interakci s vrstevníky. Pro chlapce je typická fyzická agrese, kdežto pro dívky je typická tzv. vztahová agrese. Proto se domnívám, že je v této oblasti potřeba porovnávat dívky s ADHD s dívkami bez ADHD, jelikož se obecně interakce dívek a chlapců významně liší. Blachman a Hinshaw (2002) poukazuje na to, že dívky s ADHD mají signifikantně větší problém navázat a udržet si přátelství než dívky bez ADHD. Literatura se shoduje, že dívky jsou signifikantně méně oblíbené než dívky bez ADHD (Blachman & Hinshaw, 2002; Elkins, Malone, Keyes, Iacono, & McGue, 2011; Thurber, Heller, & Hinshaw, 2002). Dle Mikamiho a Hinshawa (2003) je přátelství zároveň protektivním faktorem v ostatních oblastech života dívek s ADHD, proto je nutné tomuto problému věnovat pozornost.

Dle Hasson a Fine (2012) jsou chlapci s ADHD signifikantně impulzivnější než dívky s ADHD, ale v případě nepozornosti nebyl nalezen signifikantní rozdíl. Dívky

vykazují častější problémy se synkezií, plánováním, učením, pozorností a organizací než chlapci s ADHD (Biederman et al., 2002; O'Brien, Dowell, Mostofsky, Denckla, & Mahone, 2010; Quinn, 2005; Rucklidge & Tannock, 2001; Stein et al., 1995).

V případě sebehodnocení dívek s ADHD nepanuje jasná shoda, ale výzkumy naznačují, že ADHD má vliv na sebehodnocení dívek s ADHD. Otázkou je, zda ADHD způsobuje přeceňování svých schopností (Ohan & Johnston, 2010) nebo zda tento nepoměr vzniká porovnáváním sebehodnocení dětí s ADHD s hodnocením dospělých, kteří dítě vnímají více negativně než tomu tak doopravdy je (Swanson, Owens, & Hinshaw, 2012).

Dívky s ADHD mají signifikantně nižší IQ (106 < 112,1) a častější poruchy učení než dívky bez ADHD (Seidmana, Biedermana, Faraone & Webera, 1997). Miller a Hinshaw (2010) zjistili, že úroveň exekutivních funkcí dokáže predikovat akademický úspěch a sociální fungování. Biederman a kol. (2007) zjistili, že úroveň exekutivních funkcí dívek s ADHD je signifikantně nižší než u dívek bez ADHD.

Výzkumy naznačují, že dívky s ADHD jsou v signifikantně větším riziku diagnózy deprese, než dívky bez ADHD (Biederman, Newcorn, & Sprich, 1991; Tung et al., 2016; Biedermana et al., 2008). Stejně zjištění je i v případě úzkostných poruch (Tung et al. 2016; Rucklidge & Tannock, 2001). Studie (Kaisari, Dourish a Higgs, 2007; Nazar et al., 2008; Ziobrowski, Brewerton, & Duncan, 2018) naznačují, že existuje vztah mezi ADHD a mentální bulimií, v případě ostatních PPP se výsledky liší.

Vzhledem k tomu, že ADHD u dívek je v České republice neprozkoumané téma, návrh výzkumu by přispěl ke zmapování projevů ADHD u dívek v českém školním prostředí. Výsledky by mohly sloužit jako seznam hlavních projevů ADHD u dívek, který by sloužil pedagogům. Pokud se zvýší povědomí o rozdílných projevech ADHD u dívek, zvyšuje se šance, že dívkám bude poskytnuta dřívější pomoc.

Seznam použité literatury

Angold, A., Erkanli, A., Egger, H. L., & Costello, E. J. (2000). Stimulant Treatment for Children: A Community Perspective. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(8), 975-984. <https://doi.org/10.1097/00004583-200008000-00009>

APA (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Babinski, D. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Yu, J., et al. (2011). Late Adolescent and Young Adult Outcomes of Girls Diagnosed with ADHD in Childhood: An Exploratory Investigation. *Journal Of Attention Disorders*, 15(3), 204-214. <https://doi.org/10.1177/1087054710361586>

Bardone, A. M., Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Stanton, W. R., & Silva, P. A. (1998). Adult physical health outcomes of adolescent girls with conduct disorder, depression, and anxiety. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 37(6), 594-601. <https://doi.org/10.1097/00004583-199806000-00009>

Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (4. ed.). In (4. ed.). New York: Guilford Publications.

Becker, S. P., Kneeskern, E. E., & Tamm, L. (2019). Social anxiety is associated with poorer peer functioning for girls but not boys with ADHD. *Psychiatry Research*, 281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112524>

Biederman, J., Ball, S. W., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T. J., McCreary, M., et al. (2008). New Insights Into the Comorbidity Between ADHD and Major Depression in Adolescent and Young Adult Females. *Journal Of The American Academy Of Child, 47(4)*, 426-434. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816429d3>

Biederman, J., Ball, S.W., Monuteaux, M.C., Surman, C.B., Johnson, J.L., & Zeitlin, S. (2007). Are Girls with ADHD at Risk for Eating Disorders? Results from a Controlled, Five-Year Prospective Study. *Journal Of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(4), 302-307. <https://doi.org/10.1097/dbp.0b013e3180327917>

Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., & Bober, M. (2004). Gender effects on Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in adults, revisited. *A Journal Of Psychiatric Neuroscience And Therapeutics*, 55(7), 692-700. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2003.12.003>

Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Mick, E., & Lapey, K. A. (1994). Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 53(1), 13-29. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(94\)90092-2](https://doi.org/10.1016/0165-1781(94)90092-2)

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., et al. (2002). Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal Of Psychiatry*, 159, 36-42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>

- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *The American Journal Of Psychiatry*, *148*(5), 564-577. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.5.564>
- Biederman, J., Petty, C. R., Doyle, A. E., Spencer, T., Henderson, C. S., Marion, B., et al. (2007). Stability of Executive Function Deficits in Girls with ADHD: A Prospective Longitudinal Followup Study into Adolescence. *Developmental Neuropsychology*, *33*(1), 44-61. <https://doi.org/10.1080/87565640701729755>
- Blachman, D. R., & Hinshaw, S. P. (2002). Patterns of Friendship Among Girls with and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, *30*(6), 625-640. <https://doi.org/10.1023/a:1020815814973>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research In Psychology*, *3*(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruchmuller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal Of Clinical Psychology*, *80*(1), 128-138. <https://doi.org/10.1037/a0026582>
- Cáhová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie Pro Praxi*, *11*(6), 373-377. <http://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/04.pdf>
- Cardoos, S. L., & Hinshaw, S. P. (2011). Friendship as Protection from Peer Victimization for Girls with and without ADHD [Online]. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, *39*(7), 1035-1045. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9517-3>
- Collett, B. R., Ohan, J. L., & Myers, K. M. (2003). Ten-year review of rating scales. V: scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(9), 1015-1037. <https://doi.org/10.1097/01.CHI.0000070245.24125.B6>
- Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2002). Conduct problems, gender and adult psychiatric outcome of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal Of Psychiatry*, *181*, 416-421. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.5.416>
- deHaas, P., & Young, R. (1984). Attentional styles of hyperactive and normal girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *12*, 531-546.
- Derks, E. M., Hudziak, J. J., & Boomsma, D. I. (2007). Why more boys than girls with ADHD receive treatment: a study of Dutch twins. *Twin Research And Human Genetics*, *10*(5), 765-770. <https://doi.org/10.1375/twin.10.5.765>
- Diener, M. B., & Milich, R. (1997). Effects of positive feedback on the social interactions of boys with attention deficit hyperactivity disorder: a test of the self-protective hypothesis. *Journal of Clinical Child Psychology*, *26*(3), 256-265.
- Disney, E. R., Elkins, I. J., McGue, M., & Iacono, W. G. (1999). Effects of ADHD, Conduct Disorder, and Gender on Substance Use and Abuse in Adolescence. *The*

American Journal Of Psychiatry, 156(10), 1515-1521.
<https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1515>

Ek, U., Westerlund, J., Holmberg, K., & Fernell, E. (2008). Self-esteem in children with attention and/or learning deficits: the importance of gender. *Acta Paediatrica*, 97(8), 1125-1130.

Elkins, I. J., Malone, S., Keyes, M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2011). The Impact of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Preadolescent Adjustment May Be Greater for Girls than for Boys. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology*, 40(4), 532-545.

Faraone S. V., Biederman J., Weber W., & Russell R. L. (1998). Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(2), 185-193.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199802000-00011>

Gabel, S., Schmitz, S. & Fulker, D.W. (1996). Comorbidity in hyperactive children: Issues related to selection bias, gender, severity and internalizing symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*, 27, 15-28. <https://doi.org/10.1177/108705479700200215>

Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal Of Attention Disorders*, 5(3), 143-154. <https://doi.org/10.1177/108705470200500302>

Gnanavel, S., Sharma, P., Kaushal, P., & Hussain, S. (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World Journal Of Clinical Cases*, 7(17), 2420-2426. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>

Greenblatt, A. P. (1994). Gender and Ethnicity Bias in the Assessment of Attention Deficit Disorder. *Children & Schools*, 16(2), 89-95. <https://doi.org/10.1093/cs/16.2.89>

Groenewald, C., Emond, A., & Sayal, K. (2009). Recognition and Referral of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Case Vignette Study. *Child: Care, Health And Development*, 35(6), 767-772. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00984.x>

Grskovic, J. A., & Zentall, S. S. (2010). Understanding ADHD in Girls: Identification and Social Characteristics. *International Journal Of Special Education*, 25(1), 171-184.
<https://eric.ed.gov/?id=EJ890576>

Hasson, R., & Fine, J. G. (2012). Gender Differences Among Children With ADHD on Continuous Performance Tests: A Meta-Analytic Review. *Journal Of Attention Disorders*, 16(3), 1-9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1087054711427398>

Hinshaw, S. P. (2002). Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: I. Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1086-1098.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1086>

- Hinshaw, S. P., Carte, E. T., Fan, C., Jassy, J. S., & Owens, E. B. (2007). Neuropsychological functioning of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder followed prospectively into adolescence: Evidence for continuing deficits? *Neuropsychology*, *21*(2), 263-273. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0894-4105.21.2.263>
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Zalecki, C., Huggins, S. P., Montenegro-Nevado, A. J., Schrodek, E., & Swanson, E. N. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(6), 1041–1051. <https://doi.org/10.1037/a0029451>
- Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., et al. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*(3), 382–391.
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold, J. A., et al. (2005). What Aspects of Peer Relationships are Impaired in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, *73*(3), 411-423.
- Hoza, B., Pelham, W. E., Dobbs, J., Owens, J. S., & Pillow, D. R. (2002). Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(2), 268–278.
- Kaisari, P., Dourish, C. T., & Higgs, S. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and disordered eating behaviour: A systematic review and a framework for future research. *Clinical Psychology Review*, *53*, 109-121. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.002>
- Lee, S. S., & Hinshaw, S. P. (2006). Predictors of Adolescent Functioning in Girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): The Role of Childhood ADHD, Conduct Problems, and Peer Status. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology*, *35*(3), 356-368.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Liu, R., Glass, K., & Flory, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 328-341. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.006>
- Levy, F., Hay, D. A., Bennett, K. S., & McStephen, M. (2005). Gender Differences in ADHD Subtype Comorbidity. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(4), 368-376.
- Loughran, S. B. (2003). Agreement and Stability of Teacher Rating Scales for Assessing ADHD in Preschoolers. *Early Childhood Education Journal*, *30*, 247-253. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023391708850>
- Malá, E. (2008). ADHD-symptomy a pohlaví. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, *104*(4), 172-179. http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2008_4_172_179.pdf

- Malá, E. (2011). Úzkostné poruchy v dětství. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 107(2), 99-105. <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=700>
- Malone, P. S., Eck, K. V., Flory, K., & Lamis, D. A. (2010). A Mixture-Model Approach to Linking ADHD to Adolescent Onset of Illicit Drug Use. *Developmental Psychology*, 46(6), 1543-1555.
- Mikami, A. Y., & Hinshaw, S. P. (2006). Resilient Adolescent Adjustment Among Girls: Buffers of Childhood Peer Rejection and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 34(6), 825-839. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9062-7>
- Mikami, A. Y., & Lorenzi, J. (2011). Gender and Conduct Problems Predict Peer Functioning Among Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal Of Clinical Child And Adolescent Psychology*, 40(5), 777-786. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.597089>
- Mikami, A. Y., & Hinshaw, S. P. (2003). Buffers of Peer Rejection Among Girls with and Without ADHD: The Role of Popularity with Adults and Goal-Directed Solitary Play. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 31(4), 381-397. <https://doi.org/10.1023/a:1023839517978>
- Milich, R., Hartung, C. M., Martin, C. A., & Haigler, E. D. (1994). Disinhibition and Underlying Processes in Adolescents with Disruptive Behavior Disorders. *Disruptive Behavior Disorders In Childhood*, 109-138. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1501-6_5
- Miller, M., & Hinshaw, S. P. (2010). Does Childhood Executive Function Predict Adolescent Functional Outcomes in Girls with ADHD? *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 38(3), 315-326. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9369-2>
- MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize.* (2019) (5. ed.). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-tabelarni-cast-20200101.pdf>
- Moldavsky, M., Groenewald, C., Owen, V., & Sayal, K. (2013). Teachers' recognition of children with ADHD: role of subtype and gender. *Child And Adolescent Mental Health*, 18(1), 18-23. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00653.x>
- Mowlem, F., Rosenqvist, M., Martin, J., Lichtenstein, P., Asherson, P., & Larsson, H. (2019). Sex differences in predicting ADHD clinical diagnosis and pharmacological treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(4), 481-489. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1211-3>
- Murray, D. W., Kollins, S. H., Hardy, K. K., Abikoff, H. B., Swanson, J. M., Cunningham, C., et al. (2007). Parent versus teacher-ratings of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in the preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATs). *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 17(5), 605-620. <https://doi.org/10.1089/cap.2007.0060>
- Narad, M. E., Garner, A. A., Peugh, J. L., Tamm, L., Antonini, T. N., Kingery, K. M., et al. (2015). Parent-Teacher Agreement on ADHD Symptoms Across Development. *Psychological Assessment*, 27(1), 239-248. <https://doi.org/10.1037/a0037864>

- Nazar, B. P., Pinna, C. M., Coutinho, G., Segenreich, D., Duchesne, M., Appolinario, J. C., & Mattos, P. (2008). Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. *Brazilian Journal Of Psychiatry*, 30(4), 384-389. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000400014>
- Newcorn, J. H., Halperin, J. M., Jensen, P. S., Abikoff, H. B., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., et al. (2001). Symptom profiles in children with ADHD: Effects of comorbidity and gender. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 137–146. <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00008>
- O'Brien, J. W., Dowell, L. R., Mostofsky, S. H., Denckla, M. B., & Mahone, E. M. (2010). Neuropsychological Profile of Executive Function in Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Archives Of Clinical Neuropsychology*, 25(7), 656-670. <https://doi.org/10.1093/arclin/acq050>
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2002). Are the performance overestimates given by boys with ADHD self-protective? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2), 230–241.
- Ohan, J. L., & Johnston, C. (2011). Positive Illusions of Social Competence in Girls With and Without ADHD. *Journal Of Abnormal Child Psychology*, 39(4), 527-539. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9484-0>
- Ohan, J. L., & Johnston. (2005). Gender Appropriateness of Symptom Criteria for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, Oppositional-Defiant Disorder, and Conduct Disorder. *Child Psychiatry And Human Development*, 35(4), 359-381. <https://doi.org/10.1007/s10578-005-2694-y>
- Owens, E. B., Zalecki, C., Gillette, P., & Hinshaw, S. P. (2017). Girls with childhood ADHD as adults: Cross-domain outcomes by diagnostic persistence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 723–736. <https://doi.org/10.1037/ccp0000217>
- Owens, J. S., Goldfine, M. E., Evangelista, N. M., Hoza, B., & Kaiser, N. M. (2007). A Critical Review of Self-perceptions and the Positive Illusory Bias in Children with ADHD. *Clinical Child And Family Psychology Review*, 10(4), 335-351. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0027-3>
- Paclt, I., & kolektiv. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.
- Power, T. J., Doherty, B. J., Panichelli-Mindel, S. M., Karustis, J. L., Eiraldi, R. B., Anastopoulos, A. D., et al. (1998). The predictive validity of parent and teacher reports of ADHD symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20, 57–81. <https://doi.org/10.1023/A:1023035426642>
- Příhodová, I. (2011). Porucha pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD). *Česká A Slovenská Neurologie A Neurochirurgie*, 107(4), 408-418.
- Quinn, P. O. (2005). Treating adolescent girls and women with ADHD: gender-specific issues. *Journal Of Clinical Psychology*, 61(5), 579-587. <https://doi.org/10.1002/jclp.20121>

Quinn, P., & Wigala, S. (2004). Perceptions of Girls and ADHD: Results From a National Survey. *Medscape General Medicine*, 6(2).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1395774/>

Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R. (Eds.) (2015). *DSM-5 - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.

Rucklidge, & Tannock. (2001). Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(5), 530-40. <https://doi.org/10.1097/00004583-200105000-00012>

Sayal, K., & Taylor, E. (2005). Parent ratings of school behaviour in children at risk of attention deficit/hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(6), 460–465. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00487.x>

Seidman L.J., Biederman J., Faraone S.V. et al. (1995), Effects of family history and comorbidity on the neuropsychological performance of children with ADHD: preliminary findings. *Journal of American Academy of Children And Adolescent Psychiatry* 34 (8), 1015-1024. <https://doi.org/10.1097/00004583-199508000-00011>

Seidman, L. J., Biederman, J., Faraone, S. V., & Weber, W. (1997). A pilot study of neuropsychological function in girls with ADHD. *Journal Of The American Academy Of Child*, 36(3), 366-373. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00015>

Sherman, J., Rasmussen, C., & Baydala, L. (2008). The impact of teacher factors on achievement and behavioural outcomes of children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a review of the literature. *Educational Research*, 50(4), 347-360. <https://doi.org/10.1080/00131880802499803>

Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal Of Attention Disorders*, 10(2), 141-149. <https://doi.org/10.1177/1087054706286698>

Sibley, M. H., Pelham, W. E., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Garefino, A. C., et al. (2012). Diagnosing ADHD in Adolescence. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 80(1), 139-150. <https://dx.doi.org/10.1037/a0026577>

Skogli E. W., Teicher M. H., Andersen P. N., Hovik K. T, Øie M. (2013). ADHD in girls and boys—gender differences in co-existing symptoms and executive function measures. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-298>

Sollie, H., Larsson, B., & Morch, W. T. (2013). Comparison of Mother, Father, and Teacher Reports of ADHD Core Symptoms in a Sample of Child Psychiatric Outpatients. *Journal of Attention Disorders*, 17, 699–710. <http://doi.org/10.1177/1087054711436010>

Stein, M. A., Sandoval R., Szumowski E., Roizen N., Reincecke M. A., Blondis T. A., & Klein, Z. (1995). Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. *Psychopharmacology Bulletin*, 31(2), 425-433.

- Stevens, J., & Quittner, A. L. (1998). Factors influencing elementary school teachers' ratings of ADHD and ODD behaviors. *Journal Of Clinical Child Psychology*, 27(4), 406-414. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2704_4
- Strine, T. W., Lesesne, C. A., Okoro, C. A., Mcguire, L. C., Chapman, D. P., Balluz, L. S., & Mokdad, A. H. (2006). Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Preventing Chronic Disease*, 3(2), 1-10.
- Surman C. B., Randall E. T., & Biederman J. (2006). Association between attention-deficit/hyperactivity disorder and bulimia nervosa: analysis of 4 case-control studies. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 67(3), 351-354. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0303>
- Swanson, E. N., Owens, E. B., & Hinshaw, S. P. (2014). Is the Positive Illusory Bias Illusory? Examining Discrepant Self-Perceptions of Competence in Girls With ADHD. *Journal Of Child Psychiatry*, 40(6), 987-998. <https://doi.org/10.1007/s10802-012-9615-x>
- Thurber, J. R., Heller, T. L., & Hinshaw, S. P. (2002). The Social Behaviors and Peer Expectation of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comparison Girls. *Journal Of Clinical Child*, 31(4), 443-452. <https://doi.org/10.1207/153744202320802124>
- Tranel, D., Anderson, S. W., & Benton, A. (1994). Development of the concept of "executive function" and its relationship to the frontal lobes. In F. Boller & J. Grafman (Eds.), *Handbook of neuropsychology* (Vol. 9, pp. 125–148). New York: Elsevier)
- Tung, I., Li, J. J., Meza, J. I., Jezior, K. L., Kianmahd, J. S. V., Hentschel, P. G., et al. (2016). Patterns of Comorbidity Among Girls With ADHD: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 138(4). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0430>
- Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Mertelon, M. K., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD Symptoms, Subtypes, and Comorbid Disorders in Clinically Referred Adults with ADHD. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1557-1562. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04785pur>
- Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rhode, L. A., Tannock, R., et al. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal Of Abnormal Psychology*, 121(4), 991-1010. <https://doi.org/10.1037/a0027347>
- Ziobrowski, H., Brewerton, T. D., & Duncan, A. E. (2018). Associations between ADHD and eating disorders in relation to comorbid psychiatric disorders in a nationally representative sample. *Psychiatry Research*, 260, 53-59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.026>

Seznam grafů

Graf 1- Procentuální vyjádření stanovené diagnózy ADHD u 8 různých medailonků	11
Graf 2 - Kumulativní celková prevalence deprese u dívek s ADHD a bez ADHD	29
Graf 3 - Výskyt komorbidit u skupiny dívek s ADHD a ADHD s PPP	31

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Procentuální zastoupení jednotlivých subtypů ADHD dle pohlaví.....	16
Tabulka 2 – Vzorce přátelství na konci tábora	22

Seznam zkratk

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADHD-C	ADHD kombinovaný subtyp
ADHD-H	ADHD hyperaktivní subtyp
ADHD-I	ADHD nepozorný subtyp
APA	American Psychological Association
CPT	Continous Performance Test
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch 5
DSM-III-R	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch 3, revidovaná verze
GAD	Generizovaná úzkostná porucha
HI	Hyperaktivita
IA	Nepozornost
IQ	Intelligenční kvocient
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí 10
MŠ	Mateřská škola
PIB	Positive Ilusory Bias
PPP	Poruchy příjmu potravy
WISC-III	Weschlerova intelligenční škála pro děti

Příloha 1.

1. Uveďte prosím přibližný věk dívky, v době, kdy jste ji vyučoval/a.
2. Uveďte prosím, v jakém ročníku byla dívka v době, když jste ji vyučoval/a
3. Jak byste tuto dívku popsal/popsala?
4. Pozoroval/a jste u této dívky projevy hyperaktivity? Jak se hyperaktivita projevovala?
5. Na škále od 1 do 7 (1 nejméně, 7 nejvíce) jak se dívky s ADHD projevovaly hyperaktivně?
6. Pozoroval/a jste u této dívky projevy nepozornosti? Jak se nepozornost projevovala?
7. Na škále od 1 do 7 (1 nejméně, 7 nejvíce) jak se dívky s ADHD projevovaly nepozorně?
8. Prosím popište fungování dívky v kolektivu školní třídy. Můžete srovnat chování chlapce a dívky v interakci se spolužáky?
9. Potýkala se tato dívka s problémy v oblasti učení? Prosím srovnajte je s daným chlapcem.
10. Pozoroval jste u této dívky depresivní symptomy, pokud ano, specifikujte.
11. Pozoroval jste u této dívky úzkostné symptomy, pokud ano, specifikujte.
12. Pozoroval jste u této dívky symptomy poruchy příjmu potravy, pokud ano, specifikujte.
13. Pozoroval jste u této dívky poruchy chování či opoziční vzdorovitě chování, pokud ano, specifikujte.
14. Ve které z probíraných oblastí Vám přišlo, že má dívka největší problém?
15. Jaký z projevů ADHD Vám přišel nejmýraznější?
16. Věděl/a byste, že trpí dívka ADHD, pokud by to nebylo uvedeno v diagnóze?