

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Josefína Kuchařová

**Efektivita tréninku sociální kognice
u dospělých s projevy ADHD**

**The effectiveness of social cognitive training
in adults with ADHD symptoms**

Praha, 2021

Vedoucí práce: Mgr. Petra Šustová

Poděkování

Zde bych chtěla poděkovat především vedoucí své práce Mgr. Petře Šustové za angažované, laskavé a velmi nápomocné vedení.

Dále děkuji všem svým blízkým a kolegyním/kolegům z Katedry psychologie za podporu při psaní.

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 15. 7. 2021



.....
Josefina Kuchařová

Abstrakt

Tato práce se zabývá tématem sociální kognice a možností jejího tréninku u dospělých s projevy ADHD. Jsou představena specifika ADHD v dospělosti a konkrétní projevy ADHD v souvislosti s psychosociálním fungováním a emocemi. Dále navazuje téma sociální kognice ve vztahu k ADHD a jsou popsány specifické domény sociální kognice, v nichž se u osob s touto diagnózou projevují deficity. Dále práce představuje možnosti tréninku sociální kognice a existující tréninkové programy, včetně souvisejících psychosociálních intervencí, a popisuje současný stav poznání v oblasti tréninku sociální kognice u osob s ADHD. Výzkumná část práce pak obsahuje návrh programu na trénink sociální kognice pro dospělé s projevy ADHD, včetně návrhu ověřování jeho efektivity.

Klíčová slova

ADHD; ADHD v dospělosti; sociální kognice; trénink sociální kognice; SCIT; Teorie mysli; zpracování emocí; sociální percepce; atribuce

Abstract

This thesis deals with the topic of social cognition and the possibilities of its training in adults with ADHD symptoms. The specifics of ADHD in adulthood are presented, along with the concrete manifestations of ADHD in relation to psychosocial functioning and emotions. The thesis follows with the topic of social cognition in ADHD and describes the specific domains of social cognition in which people with ADHD show deficits. Then the possibilities of social cognition training are presented along with existing training programs, including related psychosocial interventions, and the current state of knowledge around social cognition training in people with ADHD is described. The empirical part of the thesis contains the proposal of a social cognition training program for adults with ADHD symptoms, including the proposal for confirming its effectiveness.

Keywords

ADHD; adult ADHD; social cognition; social cognition training; SCIT; Theory of mind; emotion processing; social perception; attribution

Obsah

Úvod.....	6
Literárně přehledová část	8
1. ADHD	8
1.1 Vymezení diagnózy	8
1.2 ADHD u dospělých	10
1.3 Diagnóza ADHD v dospělosti	13
1.4 Emoční a sociální aspekty ADHD.....	16
2. Sociální kognice	20
2.1 Vymezení sociální kognice.....	20
2.2 Domény sociální kognice	20
2.2.1 Zpracovávání emocí	20
2.2.2 Teorie mysli (Mentalizace)	21
2.2.2 Sociální percepce.....	22
2.2.4 Atribuce.....	22
2.3 Sociální kognice u ADHD.....	23
2.4 Programy pro trénink sociální kognice.....	24
Návrh výzkumného projektu.....	27
3. Návrh projektu ověřování efektivity tréninku sociální kognice u dospělých s projevy ADHD	27
3.1 Vymezení problému a cíle výzkumu	27
1.1.1 Formulace hypotéz	28
3.2 Design výzkumného projektu.....	29
1.2.1 Popis výzkumného souboru	29
1.2.3 Průběh výzkumu a způsob získávání respondentů.....	30
3.3 Design navrhovaného tréninkového programu.....	31
3.3.1 Představení metodiky SCIT	31
3.3.2 Moduly SCIT.....	32
3.3.3. Adaptace modulů SCIT pro pacienty s ADHD v dospělosti.....	33
3.4 Výzkumné metody.....	34
3.4.1 Dotazník kvality života (WHOQOL).....	34
3.4.2 Global assesment of functioning scale (GAF)	35
3.4.3 Penn Emotion Recognition Task (ER-40).....	36
3.4.4 Hinting task	37

3.4.5 Wechslerova inteligenční škála pro dospělé (WAIS III)	37
3.5 Způsob zpracování dat.....	38
3.6 Etické aspekty výzkumu.....	39
3.7 Diskuse	40
Závěr.....	41
Seznam použité literatury.....	43
Seznam zkratk	54
Přílohy	55

Úvod

Ačkoli ADHD je neurovývojový syndrom, který, jak nesčetné výzkumy dokazují, v nějaké podobě provází osoby s touto diagnózou po celý život, stále je tato diagnóza i odbornou veřejností vnímána primárně jako záležitost dětského věku, výzkum i intervence se tak stále orientuje především na dětské pacienty (Buitelaar & Asherson, 2011; Kooij, 2015). Zároveň přibývá diagnóz v dospělosti, s čímž se pojí zjištění o tom, co dospělá osoba s dlouhodobě nedagnostikovaným ADHD prožívá: častější pocity frustrace, snížené sebehodnocení, či zvýšené množství negativní zpětné vazby od ostatních osob (Buitelaar & Asherson, 2011; MKN-10, 2014). Tedy přestože je tato diagnóza, dle kritérií MKN-10 „Porucha aktivity a pozornosti“ či „Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou“ (F90.0), klasifikována jako hyperkinetická porucha, případně porucha pozornosti, pojí se s ADHD také množství symptomů ovlivňujících sociální fungování a emoční prožívání osob s touto diagnózou. Z výzkumů mimo jiné vyplývají i deficity v oblasti sociální kognice, především některých jejích doménách (Uekermann et al., 2010; Bolat et al., 2017). Těmto deficitům se ale dosud věnovalo pouze malé množství studií, a ještě omezenější jsou dostupná data týkající se možnosti intervence (Uekermann et al., 2010).

Bakalářská práce se tedy bude věnovat ADHD v dospělosti a sociální kognici jakožto jednomu z méně zkoumaných aspektů této diagnózy, následně možnostem tréninku sociální kognice. Cílem práce je zhodnocení efektivity vybraného programu pro trénink sociální kognice u dospělých s projevy ADHD. Práce je rozdělena na dvě samostatné části, literárně přehledovou část a část představující návrh výzkumu.

V literárně přehledové části práce je nejprve vymezena diagnóza ADHD a projevy ADHD u dospělé populace. Taktéž se tato část práce věnuje poznatkům týkajícím se skupiny dospělých, kterým byla ADHD diagnostikována až v dospělém věku. Práce se následně zabývá specifiky sociálního fungování a emočního prožívání osob s ADHD.

Dále je v práci vymezena sociální kognice jako taková a její jednotlivé domény: zpracovávání emocí, Teorie mysli (mentalizace), sociální percepce a atribuce. Poté je popsán deficit v konkrétních doménách sociální kognice u dospělých s projevy ADHD. Je také podán přehled existujících programů pro trénink sociální kognice, a popsán současný stav poznání ve vztahu k tréninku sociální kognice u osob s ADHD.

Následuje výzkumná část práce, která představuje návrh programu na trénování sociální kognice u dospělých s ADHD a ověření jeho efektivity.

V práci je citováno podle normy APA (American Psychological Association, 2010).

Literárně přehledová část

1. ADHD

1.1 Vymezení diagnózy

ADHD je chronická, primárně geneticky podmíněná neurovývojová porucha, jejíž základní symptomy, kterými jsou nepozornost, hyperaktivita a impulzivita, se mění v různých životních obdobích (Theiner, 2012). Podíl genetických faktorů na vzniku ADHD se v současnosti uvádí až 60 %, v kombinaci s vlivy prostředí (Žáčková, Jucovičová, 2017). ADHD typicky začíná v dětství a častěji pokračuje i do dospívání a dospělosti, každé z těchto období má svá specifika z hlediska diagnostiky i terapie (Theiner, 2012). Neurovývojové poruchy obecně jsou výsledkem atypického vývoje centrální nervové soustavy, u ADHD jde specificky o abnormality v oblastech prefrontálního kortexu, které jsou spojeny s neurotransmitterovou dysfunkcí dopaminergních a noradrenergických drah (Mioviský, 2018). Tyto abnormality mají za následek změny v exekutivních funkcích, kognici, motorice a percepci, a v neposlední řadě emočním prožívání a projevech (Mioviský, 2018). Nejtypičtějším pozorovatelným projevem takových změn jsou například potíže s regulací pozornosti, sebeovládáním či plánováním, zhoršená především krátkodobá a pracovní paměť, zkrácené vnímání času, chaotičnost či roztržitost (Mioviský, 2018; Žáčková, Jucovičová, 2017). V důsledku zmínovaných faktorů bývají osoby s ADHD v různé míře limitovány ve studiu, pracovním procesu, a v oblasti sociální adaptace (Mioviský, 2018; Žáčková, Jucovičová, 2017).

Zkratka ADHD označuje anglický termín *attention deficit hyperactivity disorder*, který v češtině typicky najdeme pod překlady „Porucha aktivity a pozornosti“, „Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou“, či „Syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou“. V MKN-10 je ADHD (F90.0) řazena mezi „Hyperkinetické poruchy“ v rámci „Poruch chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání“ (MKN-10, 2014). Odbornou i laickou veřejností je ale běžněji přijímán termín ADHD v souladu s koncepcí Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5) z roku 2013 (Ptáček, Ptáčková, 2018; Stárková, 2016).

Americký model ADHD se svým vymezením diagnózy částečně liší. Zatímco MKN-10 popisuje především hyperkinetický syndrom – nadměrnou aktivitu a obtíže s regulací chování

v dětství, DSM-5 již ADHD definuje jako celoživotní problém, což více odpovídá reálnému klinickému obrazu poruchy (Stárková, 2016). Z Americké koncepce ADHD také vychází v současnosti užívané dělení ADHD na tři subtypy na základě převažujících příznaků: *převážně nepozorný typ* (*/typ s převažující poruchou pozornosti*), *převážně hyperaktivně impulzivní typ* (*/typ s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou*) a *kombinovaný typ* (Masopust et al., 2014; Žáčková & Jucovičová, 2017). Toto označení subtypů vychází z dříve užívaného rozdělení na ADD – porucha pozornosti bez hyperaktivity (*převážně nepozorný* subtyp) a ADHD (*převážně hyperaktivně-impulzivní* subtyp). Subtyp *převážně nepozorný* je zároveň tím, který nejčastěji přetrvává do dospělého věku (Masopust et al., 2014).

Typ ADHD s převažující poruchou pozornosti například Žáčková a Jucovičová (2017) charakterizují „*výpadky pozornosti takového rázu, že jedinci s ADHD působí jako duchem nepřítomní, okamžitě také reagují na podněty, které upoutají jejich pozornost, někdy zcela nevýběrově. Typické jsou potíže s pamětí, často zapomínají na denní povinnosti, které mají plnit, jsou roztržití.*“ (Žáčková & Jucovičová, 2017, s. 16). Také tento typ charakterizuje netrpělivost, vyhýbání se úkolům, které vyžadují trvalejší mentální úsilí, či jsou tyto úkoly odkládány, jak nejdéle je možné (prokrastinace), snížená schopnost až neschopnost organizace, včetně vlastní práce a typických denních povinností (Žáčková & Jucovičová, 2017; Cahová, 2010). Jedinci mají problém adekvátně plánovat a odhadovat čas, systematicky řešit či dokončovat úkoly, typická je i chaotičnost, zapomínání a ztrácení věcí (Žáčková & Jucovičová, 2017; Cahová, 2010). Patří sem i obtíže spojené s exekutivními funkcemi zmiňované v následující kapitole.

Pro typ ADHD s převažující impulzivitou a motorickou hyperaktivitou je typický tzv. *psychomotorický neklid*, tj. přetrvávající motorická aktivita a pocity vnitřního neklidu, přičemž první zmiňované je typicky dominantnější u dětí, druhé u dospělých (Žáčková & Jucovičová, 2017). Děti a dospělí převážně hyperaktivně-impulzivního typu typicky nudí dlouhé, stereotypní a příliš klidné činnosti, cítí potřebu střídat aktivity a jednají rychle a impulzivně (Žáčková & Jucovičová, 2017; Reimann-Höhn, 2018). Charakteristická je i mnohomluvnost, přerušování, skákání do řeči, časté dotazy; pro tyto jedince je velmi náročné čekat, dlouho sedět, stát ve frontě (tamtéž).

U kombinovaného typu jsou pak přítomné sdružené příznaky obou výše zmiňovaných typů. Příznaky by podle DSM-5 měly být přítomny ve vícero různých prostředí (rodina, škola,

pracovní prostředí) a měly by se projevit nejpozději do 12 let věku. O Nutnosti tohoto kritéria se ale v poslední době diskutuje, jak je zmiňováno níže.

V dětském věku je evidována 3–5× častější (odhalená) diagnóza ADHD u chlapců než u dívek, v dospělém věku se již tento poměr významně neliší (Masopust et al, 2014). Pravděpodobnou příčinou tohoto nepoměru je ovšem také odlišná manifestace ADHD u chlapců a dívek, respektive mužů a žen, tato problematika bude v práci zmiňována později. Diagnóza ADHD bývá nejčastěji pojímána optikou svých symptomů u dětí, a v důsledku toho například projevů dětí s ADHD ve školním prostředí, kde bývá také největší množství případů odhaleno. Vzhledem k zaměření práce se ale dále budeme věnovat především projevům ADHD v dospělosti, popřípadě celoživotnímu vývoji této poruchy.

1.2 ADHD u dospělých

Nyní se dostáváme k vymezení specifík ADHD v dospělosti. Mnozí, včetně zástupců odborné veřejnosti, diagnózu ADHD spojují pouze s dětstvím a jejími projevy v tomto období, ačkoli taková domněnka není podpořena daty, ani klinickou zkušeností. ADHD bývá také stereotypně spojována především se svými hyperaktivně-impulzivními projevy, zejména fyzickou hyperaktivitou, což jsou zároveň ty z projevů, které do dospělého věku přetrvávají nejméně často (Masopust et al., 2014). To může být důvod, proč příznaky ADHD v dospělosti často nejsou rozpoznávané a nedostává se jim adekvátní pozornosti.

Zároveň u dospělých pacientů bývají příznaky méně patrné i tím, že někteří z nich si během života pro své obtíže vyvinuli funkční kompenzační mechanismy, především, pokud se jim dostalo včasné a adekvátní odborné intervence (Theiner, 2012). Pokud jsou však tito lidé diagnostikováni až v dospělém věku, může být z tohoto důvodu obtížnější u nich příznaky rozpoznat, ačkoli je kompenzace obtíží spojených s ADHD stojí značné úsilí (tamtéž).

Ačkoli tedy příznaky ADHD u některých dospělých opravdu ustupují, u jiných obtíže přetrvávají, pouze se typicky mění v čase a projevují se v jiné podobě. A jak klinická zkušenost ukazuje, mnozí dospělí mohou komplikace spojené s ADHD vnímat dokonce jako náročnější, než jak je vnímali v dětství, například vzhledem k vyšším nárokům dospělého života na schopnost autoregulace, plánování, práci s vlastní motivací, svědomitost, či sociální dovednosti (Theiner, 2012).

Ohledně prevalence ADHD přetrvávající z dětství do dospělosti se autoři zcela neshodují, nejčastěji však bývá uváděno, že přetrvává do dospělosti přibližně 40–50 % případů. Podle Masopusta et al.: „*Příznaky spojené s nepozorností ustupují méně často (40 %) než projevy hyperaktivity (70 %) a impulzivity (70 %). Ústup symptomů s věkem není úplně lineární.*“ (Masopust et al., 2014, s. 113). Goodman (2009) a Cahová et al. (2010) pak shodně uvádí, že onemocnění přetrvává do dospělého věku ve 40–50 % případů, a že se celková prevalence v dospělosti pohybuje mezi 4–5 % populace. Například Paclt (2007) udává stejné množství případů přetrvávající do dospělosti, zmiňuje ale celkovou prevalenci onemocnění okolo 1,5-2 % u dospělých a 6-7 % u dětí.

Co se týče klinického obrazu ADHD v dospělosti, stále by měly být přítomné typické jádrové příznaky *hyperaktivita, nepozornost, a impulzivita*, je pouze nutné u dospělých počítat s jejich odlišnou manifestací.

Hyperaktivita u dospělých nemusí být tolik patrná vnějšimu pozorovateli, jako je typické u hyperaktivních dětí, může se více projevovat systematickým prožíváním vnitřního neklidu či výrazně rozbíhavým myšlením, případně jako subjektivní potřeba neustále provádět nějakou činnost (Masopust et al., 2014). Co se týče motorických projevů hyperaktivity, na rozdíl od například vyskakování a pobíhání u dětí jde zde spíše o poposedávání, stereotypní pohyby (klepání nohou, cvakání propiskou, pohrávání si s vlasy, oblečením, drbání se, časté sahání si na obličej) (Žáčková & Jucovičová, 2017). Vnitřní neklid se často projevuje zvýšenou činností, pracovitostí, jsou zde častější sklony k workoholismu (tamtéž).

Impulzivita v dospívání a dospělosti může vést k nerozváženému a nezodpovědnému chování, nedostatku plánování, často se uvádí také vysoké riziko abusu návykových látek. Typicky se v sociálním kontextu objevuje zvýšená podrážděnost a agresivita (Masopust et al., 2014). Cahová (2010) uvádí, že u dospělých s ADHD je impulzivita typicky dominujícím příznakem a nejčastější příčinou psychosociálních potíží, zároveň je zásadní příčinou vzniku řady osobnostních rysů.

Klíčové projevy *nepozornosti* jsou z jádrových příznaků nejpodobnější projevům z dětství: roztržitost, špatné nakládání s časem a obtíže s realistickým plánováním úkolů (Masopust et al., 2014), potíže s pamětí, prokrastinace, ztrácení věcí (Cahová, 2010). Právě tyto příznaky ale mohou být oproti dětskému věku, kdy jsou na dítě v těchto oblastech kladeny nižší nároky, pro dospělé problematičtější.

Z dalších obtíží, které nepatří mezi jádrové příznaky, ale jsou u ADHD v dospělosti neopomenutelné, můžeme uvést také *emoční impulzivitu a narušenou emoční seberegulaci*. Příznaky spojené s těmito obtížemi, jako jsou snadná rozrušitelnost nebo zvýšená emoční labilita, jsou u dospělých s ADHD přítomny stejně často jako nepozornost a častěji, než hyperaktivita a impulzivita (Matte et al., 2012). Na tyto příznaky se práce blíže zaměří v kapitole *Emoční a sociální aspekty ADHD*.

Mezi další diskutované obtíže patří tzv. *exekutivní dysfunkce*. Barkley (1997) jako hlavní problematické oblasti exekutivní dysfunkce u ADHD uvádí pracovní paměť; autoregulaci, a to především regulaci vlastních afektů a vzruchů a práce s motivací; schopnost internalizace řeči; a schopnost zpětného vybavení a realistické reflexe vlastního chování. Dostupná data (např. Barkley 1997; Willcutt et al., 2005; Frazier et al. 2004) se konzistentně shodují, že existuje vztah mezi ADHD a inhibicí chování souvisejícího s exekutivními funkcemi, specifika tohoto vztahu a širší neurobiologických deficitů si ale vyžaduje další zkoumání (Matte et al., 2012).

Masopust et al. (2014) blíže popisují klinický obraz ADHD v dospělosti například „neusazeností“ i po 30. roce věku, či nedosahováním vlastního potenciálu a socioekonomické úrovně odpovídající předpokladům. Za příčiny považují sníženou schopnost udržení pozornosti při rozhovoru a tedy naslouchání, podrážděnost, prokrastinaci (odkládání úkolů), sníženou schopnost sebeorganizace a tendenci k impulzivním, iracionálním rozhodnutím. Zmiňována jsou i častější poranění či dopravní nehody, nedostatečná péče o vlastní zdraví, tendence k závislostem či rizikovému sexuálnímu chování, a posunutý denní režim při chronických potížích se spánkem (Masopust et al., 2014). Často skloňované jsou u pacientů s ADHD především zde zmiňované spánkové obtíže, nejčastěji se hovoří o rozdílech v cirkadiánním rytmu, který je u ADHD charakteristický pozdějším usínáním a probouzením (např. Hvolby, 2015; Wajszilber et al., 2018). Dále se uvádí například zvýšená kriminalita u dospělých s ADHD (Young et al., 2014), častější obtíže s dokončením vzdělání a celkový výkon neodpovídající kognitivním schopnostem (Kessler et al., 2009), či nižší sebehodnocení, častější stud a pocity osamělosti (Masopust et al., 2014). Žáčková a Jucovičová (2017) dále zmiňují například tendenci věnovat se více činnostem současně na úkor kvality, neudržení zájmů, prosazování vlastních postupů na úkor ověřených, či nadměrné trápení se budoucností, a přitom ignorování reálných rizik.

Je zde ještě na místě dodat, že vícero autorů věnujících se práci s ADHD zdůrazňuje důležitost pozitivního přístupu k této diagnóze jako celku, jelikož se jedná o chronický problém

provázející pacienty v různé míře po celý život, a v důsledku negativních reakcí okolí mívají osoby s ADHD snížené sebevědomí (Reimann-Höhn, 2018; Žáčková & Jucovičová, 2017). V souvislosti ADHD jsou uváděna i mnohá pozitiva, jako jsou například schopnost věnovat se několika činnostem naráz, vyšší rychlost a pohotovost, zvýšená angažovanost do některých činností, spontánnost a hravost, vstřícnost a chápavost k okolí, citlivost a vnímavost, komunikativnost a pohotovost v řeči, autenticita, schopnost vyvozovat originální závěry, kreativita a bohatě rozvinutá fantazie, originalita a nápaditost, přátelskost a společenskost, otevřenost, kvalitní dlouhodobá paměť a další (Žáčková & Jucovičová, 2017; Reimann-Höhn, 2018). Dospělí (i děti) s ADHD bývají také velmi zvědaví a angažovaní, snadno se pro něco nadchnou, často jsou velmi zapálení do činností a témat, která je zajímají, generují množství nových nápadů a originálních řešení. Problémy s filtrováním podnětů mají za následky i to, že dospělým s ADHD typicky „nic neunikne“ a jsou velmi všímaví ke svému okolí (Reimann-Höhn, 2018). Opačnou stranou problémů v sociální oblasti (např. v důsledku impulzivity) může být například láska k přírodě a zvířatům, silně rozvinutý smysl pro spravedlnost a pomoc ostatním, a naopak silně rozvinutá schopnost navazovat nové kontakty a ocenit existující vztahy (Reimann-Höhn, 2018).

1.3 Diagnóza ADHD v dospělosti

V rámci této podkapitoly si práce dává za cíl zaměřit se na problematiku dospělých s ADHD, kteří jsou diagnostikováni či se dostanou ke vhodné intervenci až v dospělém věku. Vzhledem k výše zmíněnému pohledu laické i odborné veřejnosti na ADHD a nízké informovanosti si dospělí, především ti, u kterých převažují projevy *nepozorného typu*, často své obtíže s touto diagnózou vůbec nespojí. Podle Jensen et al. (2001) dospělí s projevy ADHD nejčastěji odbornou pomoc vyhledávají na základě dalších psychiatrických obtíží a ADHD je jim diagnostikována až později. Těchto případů ovšem není málo, jelikož komorbidita ADHD v dospělosti s dalšími poruchami se odhaduje na až 70 % (Jensen et al., 2001). Nejčastěji jsou uváděny úzkostné poruchy, poruchy nálad, poruchy chování, specifické poruchy učení či závislosti (Ptáček, Ptáčková, 2018; Jensen et al., 2001). Podle Ashersona et al. (2014) zároveň dospělí s ADHD patří mezi skupiny pacientů s vysokým rizikem nesprávné diagnostiky a léčby, projevy ADHD jsou nejčastěji zaměňovány za projevy úzkostných poruch, deprese, cyklothymie, případně nejrůznějších poruch osobnosti. Masopust et al. (2014) zároveň

upozorňují na nenávaznost zdravotní péče mezi jednotlivými obdobími, kdy není vyvíjen zájem o optimalizaci fungování dětských a adolescentních pacientů v dospělosti.

Dalším problémem může být fakt, že diagnostická kritéria ADHD jsou primárně zamýšlena pro dětské pacienty, typické pojetí diagnostického procesu se tak zaměřuje na příznaky ADHD, jak se projevují v dětství. U dospělých se pak diagnostická kritéria používají v modifikované podobě (Matte et al., 2012; Masopust et al., 2014; Kieling et al., 2010), s přihlédnutím k odlišnostem v projevech jádrových příznaků (viz výše). Evaluovány jsou u dospělých oproti dětem i případné projevy emoční dysregulace (Theiner., 2012).

Dále může být problematické kritérium minimálního věku přítomnosti příznaků, se kterým se typicky u dospělých s ADHD pracuje (dle DSM dříve 7 let, v současnosti DSM-V uvádí 12 let) – zpětné potvrzení či vyvrácení projevů může být náročné nebo nespolehlivé, přičemž také vyvstává otázka práce s dospělými, kteří takové kritérium nesplňují, ale přesto jejich symptomatika zcela odpovídá ADHD. Některé zdroje již v současnosti uvádí, že není toto kritérium ve skutečnosti validní a že určitý podíl dospělých, kteří se bez pochyby potýkají s ADHD v dospělosti, toto kritérium nesplňuje (Kieling et al. 2010; Matte et al., 2012; Applegate et al., 1997).

Diagnostická kritéria ADHD jako taková budou v plném znění uvedena v příloze práce, ráda bych se zde ovšem alespoň stručně zaměřila na zásady a doporučení spojené s diagnostikou ADHD v dospělosti.

Mimo anamnestické údaje v podobě klinického hodnocení aktuální symptomatologie a dosavadního vývoje lze klinický obraz doplnit některými sebesuzovacími škálami určenými pro posouzení ADHD v dospělosti (Cahová et al., 2010). Mezi nejvhodnějšími bývá uváděna například Wender Utah Rating Scale (WURS, překlad do české literatury Paclt (2007)) nebo modifikovaná škála Connersové (Conners Adults ADHD Rating Scale) (Ptáček & Ptáčková, 2018; Žáčková & Jucovičová, 2017; Miovský et al., 2018). Dále je možné využít některé neuropsychologické testy, které se zaměřují na hodnocení dílčí pozornosti či jiných dílčích funkcí, jako je pracovní paměť, popřípadě specifické exekutivní funkce (Ptáček & Ptáčková, 2018). Tyto metody mohou odhalit, zda je obraz kognitivních funkcí typický pro ADHD v dospělosti, tj. zda jsou přítomné specifické deficity, ale nemají možnost jednoznačného potvrzení či vyvrácení diagnózy (Ptáček & Ptáčková, 2018; Žáčková & Jucovičová, 2017).

Efektivní diagnostika ADHD v dospělosti tak dle Ptáčka a Ptáčkové (2018) stále zůstává výzvou pro nadcházející období.

Mohr et al. (2013) přidávají pro diagnostiku ADHD v dospělosti další následující doporučení: 1) zvažovat diagnózu ADHD u dospělých, i pokud nebyla již v dětském věku diagnostikována ani zvažována; zásadnější je existence a přetrvávání symptomů a jimi způsobených omezení, než odhalená diagnóza v dětství 2) přihlížet k velmi časté psychiatrické komorbiditě a faktu, že symptomy ADHD se překrývají s mnoha dalšími poruchami, přičemž zároveň 3) další prokázané duševní obtíže a ADHD se vzájemně nevylučují (neplatí pouze pro psychotická onemocnění) 4) diagnóza by měla vycházet především ze sebehodnocení pacienta s následným zhodnocením symptomů psychiatrem dle diagnostických kritérií DSM či MKN, ideální je doplnění dalších informací ze strany pacientova okolí 5) diagnóza závisí na dlouhodobém výskytu jádrových příznaků ADHD (hyperaktivita, impulzivita, nepozornost) a funkčního omezení jedince v souvislosti s těmito příznaky 6) je na místě hodnotit příznaky v dětském věku i v současnosti, podmínkou je dopad na fungování v alespoň dvou oblastech (pracovní činnost, studium, rodina, sociální vztahy...) (Mohr et al., 2013).

Ptáček a Ptáčková (2018) ve shodě s dalšími autory uvádějí, že ADHD v dospělosti je velkou výzvou pro současnou psychiatrii a psychologii, kdy je nutné vyvíjet nové diagnostické i léčebné postupy zaměřené na tuto cílovou skupinu. Upozorňují také na specifickou situaci dospělých, kteří jsou diagnostikováni a léčeni až v dospělém věku – tím, že ADHD byla historicky dlouho považována pouze za dětskou diagnózu, v současnosti počet těchto dospělých rapidně narůstá. Autoři kladou důraz na to, že u těchto dospělých je třeba se zaměřit nejen na pomoc s úlevou od primárních symptomů (typicky pomocí farmakoterapie), ale také je třeba intenzivní práce na získání nových efektivních návyků v osobní i pracovní oblasti, což může být u dospělých obtížnější (Ptáček & Ptáčková, 2018). Mezi dospělými s ADHD je četný výskyt těch, kteří nebyli diagnostikováni v dětství také proto, že výskyt symptomů jako takových v dospělé populaci je úzce závislý na jejich záchytu a vhodné intervenci v dětství (tamtéž). Osoby s ADHD diagnostikované v dospělosti s sebou nesou také psychické následky toho, že se jim v dosavadním životě pro jejich odlišnosti nedostalo vysvětlení a pochopení okolí (Hamed et al, 2015). Pokud narazili například na problémy v sociální oblasti zmiňované v následující kapitole, oni a lidé v jejich okolí je nepřičítali diagnóze, o které nevěděli, ale například tomu, že „jsou nějakí divní“, nebo „je s nimi něco špatné“ (Halleröd et al., 2015.). Tito lidé tak často mají křehčí sebevědomí, pokřivené vnímání vlastní hodnoty či nižší resilienci, může zde být

také větší sklon k maladaptivním copingovým mechanismům (Miovský et al., 2018; Hamed et al., 2015; Halleröd et al., 2015). Je tedy vhodná terapeutická práce i v této oblasti.

Jak už bylo výše naznačeno, mezi v pozdějším věku diagnostikovanými jedinci najdeme vyšší množství těch, u kterých převažují pro okolí méně patrné příznaky nepozorného typu. I studie se v minulosti zabývaly převážně motorickou hyperaktivitou, což má vliv i na to, že je u ADHD zaznamenáno vyšší zastoupení mužů, pro které je typičtější právě motorická hyperaktivita, než žen (Ptáček, Ptáčková 2018). Hyperaktivita u žen se pak projevuje častěji verbálně, například nadměrným sdílením, případně je typičtější zvýšeně impulzivní jednání (tamtéž). Ptáček a Ptáčková (2018) tak ve shodě s mnohými dalšími autory (např. Holthe & Langvik, 2017; Caye et al, 2016) tvrdí, že prevalence ADHD u mužů a žen se statisticky významně neliší, pouze je vyšší podíl žen mezi pacienty, u nichž je diagnóza ADHD odhalena až v dospělém věku, či není odhalena vůbec. To zároveň znamená, že žen se častěji týkají i výše zmiňované souvislosti diagnózy získané v dospělosti (Caye et al, 2016; Holthe & Langvik, 2017.), včetně například zvýšeného rizika sebepoškozování a sebevražedných pokusů (Hinshaw et al., 2012).

Léčba navazující na diagnostiku se u ADHD v dospělosti i v dětství zaměřuje směrem farmakologického přístupu, behaviorálního/psychosociálního přístupu, či jejich kombinace (Ptáček & Ptáčková, 2018; Mrug et al., 2001).

1.4 Emoční a sociální aspekty ADHD

Jak už bylo zmíněno výše, přestože obtíže v sociální a emoční oblasti nejsou přímo jádrovými příznaky ADHD, nepochybně se s touto diagnózou pojí v dětství i v dospělosti a jsou součástí diagnostických kritérií pro ADHD.

V první řadě problémy v práci s emocemi u ADHD souvisí s autoregulací a chronickým pocitem zahlcení, kdy je náročnější emoce, které mají u těchto osob vyšší intenzitu, udržet pod kontrolou (Žáčková & Jucovičová, 2017). Pro děti i dospělé s ADHD je zásadní najít zdravý způsob, jak intenzivní emoce ventilovat a přijmout (tamtéž). Žáčková a Jucovičová (2017) doporučují emoce především co nejlépe mapovat, pojmenovávat a uvědomovat si jejich tělesný doprovod, což může pomoci uzemnění a zmírnění afektu. Je zde důležité aktivně hledat kompenzační mechanismy nepříjemných emočních reakcí, což může být u ADHD především

verbální a fyzická agrese, popř. autoagrese (Žáčková & Jucovičová, 2017). Lidé s ADHD také uvádějí, že v důsledku pocitu zahlcení emocemi je pro ně náročnější se od těchto emocí odpoutat a věnovat se místo vlastních emocí neodkladným povinnostem; oproti normální populaci na emocích celkově více ulpívají (Ptáček & Ptáčková, 2018). Intenzivněji také vnímají pocity a potřeby ostatních i celosvětové problémy a cítí za ně vyšší zodpovědnost (Reimann-Höhn, 2018).

Jednou ze specifických emočních obtíží, která bývá v souvislosti s ADHD v současnosti skloňována, je intenzivní reakce na kritiku a odmítnutí, zahraniční literatura hovoří o tzv. „*rejection sensitive dysphoria*“ (dysforie v reakci na odmítnutí, dále „RSD“). Podle Bedrossian (2021) tyto emoční obtíže zažívá 99 % dospělých a adolescentů s ADHD, třetina z nich je dokonce považuje za nejnáročnější aspekt svého ADHD. Jedná se o intenzivní pocity odmítnutí, popichování a kritiky ze strany důležitých osob v životě jedince, jež nejsou vždy založeny na realitě (Bedrossian, 2021). To může mít za následek právě intenzivní „výbuchy“ vzteku, smutku, či dalších emocí v reakci na odmítnutí a kritiku, které může okolí jedince vnímat jako neadekvátní (tamtéž). RSD souvisí i s častými pocity studu či selhání, sníženým sebevědomím, sociální úzkostí i vztahovými problémy, které osoby s ADHD zažívají (Koyuncu et al., 2016). Některé zdroje RSD považují za možný potenciální důsledek života s ADHD v „neurotypické“ společnosti, kdy se osoby s ADHD častěji v dětství setkávají s kritikou než jejich vrstevníci, především v případě zmiňované pozdní diagnózy, která obtíže „vysvětluje“ (Beaton et al., 2020; Koyuncu et al., 2016). To má za následek i velmi častou komorbiditu ADHD se sociální fobií a celkovým prožíváním úzkosti v sociálních situacích (Steer, 2021; Koyuncu et al., 2016). Bedrossian (2021) RSD u ADHD dokonce spojuje se zvýšenou tendencí k sebepoškozování. Tento koncept a v zásadě emoční aspekt ADHD všeobecně je něco, co pacienti s ADHD dlouhodobě vypovídají (Bedrossian, 2021; Beaton 2020), pozornost odborné veřejnosti si ale toto téma získává až v posledních letech, mnohé odborné zdroje o RSD pocházejí z posledních dvou let. Safren et al (2004) tvrdí, že negativní sebepojetí u ADHD pramení z častějšího prožitku selhání těmito osobami, což je zapříčiněno absencí efektivních copingových mechanismů. Osvojení těchto mechanismů dle autorů výrazně komplikují některé symptomy ADHD, jako roztržitost, impulzivita, problémy s organizací či s dokončováním činností.

I co se týče sociálního kontextu ADHD je důležité pracovat s tím, že lidé s ADHD se oproti svým vrstevníkům od dětství setkávají se zvýšenou mírou kritiky (např. Musser et al., 2016; Beaton et al., 2020; Koyuncu et al., 2016). Hallowell a Ratey ve své publikaci (2008) popisují dopady ADHD na rodinný život, kdy typicky dochází k výraznějšmu množství

interpersonálních konfliktů na základě obtíží dětí, adolescentů i dospělých s ADHD s plněním povinností, dodržování plánů, emoční citlivostí a impulzivitou. Zároveň navzdory silnému genetickému základu ADHD existuje řada studií vypovídajících o existenci vztahu mezi nadměrnou kritikou ze strany rodičů a přetrvání symptomů ADHD do dospělosti (Musser et al., 2016). Osoby s ADHD se během dětství a dospělosti obvykle periodicky setkávají s nepochopením a negativním očekáváním u rodiny i vrstevníků, což má přímý dopad na jejich sebehodnocení (Hallowell & Ratey, 2008; Žáčková & Jucovičová, 2017). Může být pro ně snadnější navazovat nové sociální vztahy vzhledem k jejich výmluvnosti, energičnosti a otevřenosti, ale často uvádějí, že je pro ně náročnější tyto vztahy dlouhodobě udržovat a vyhýbat se v nich nekonstruktivním konfliktům (Hallowell & Ratey, 2008; Reimann-Höhn, 2018; Žáčková & Jucovičová, 2017). To se dá přičítat výše zmíněným faktorům, které mohou být pro okolí nepříjemné nebo nepochopitelné, ale právě i emoční intenzitě, kdy bývá pro osoby s ADHD snadnější si velmi rychle vytvořit k jiným osobám intenzivní citovou vazbu, než tomu je u jejich vrstevníků (Reimann-Höhn, 2018). Tato emoční angažovanost ve vztazích se dá ovšem vnímat i jako benefit vztahů s osobami s ADHD (tamtéž). Nijmeijer et al. (2008) jako související faktor problémů osob s ADHD v kolektivu (specificky se zde hovoří o odmítnutí vrstevníky a častějších konfliktech) uvádí i obtíže v oblasti sociální percepce a potíže s detekcí sociálních signálů.

Podle Reimann-Höhna (2018) mají děti s ADHD *„ještě před začátkem školní docházky pocit izolace a považují se za odlišné. Když začnou chodit do školy, problémy se vystupňují, protože se od nich požadují výkony... (...) ...Chtějí naplnit očekávání svých rodičů a zažívají jeden neúspěch za druhým. Ve škole jsou považováni za potížisty, kteří vždy reagují vyhroceně.“* (s. 68). Z těchto pocitů často vyplývá osamělost a vyšší riziko nedostatečných sociálních vazeb, popřípadě sociální izolace (Žáčková & Jucovičová, 2017). Reimann-Höhn (2018) upozorňuje i na častý jev opožděné puberty, věkově nepřiměřené chování, či zaměňování reality s fantazií, případně na to, že především dospívající a mladí dospělí s ADHD mohou zůstávat v nezdravých vztazích, aby se vyhnuli osamělosti.

Žáčková a Jucovičová (2017) pro prevenci problémů v přátelských a partnerských vztazích doporučují například upozornit na svá specifika, naučit okolí vnímat varovné signály nastávajícího afektu a vhodně na ně reagovat, a vypěstovat si mechanismy na průběžné odbourávání nadměrného stresu, který často vztahy lidí s ADHD negativně zatěžuje. Žádoucí je podle autorek také práce na oddalování bezprostředních emočních reakcí či častější vyžadování zpětné vazby od okolí. Ze strany okolí je pak optimální jasné stanovení hranic a

důslednost v jejich dodržování v kombinaci se vstřícným, chápavým a přijímajícím přístupem
(Žáčková & Jucovičová, 2017)

2. Sociální kognice

2.1 Vymezení sociální kognice

Klíčovým determinantem optimálního fungování v sociálních vztazích je úroveň sociální kognice. Sociální kognice je pojem zahrnující veškeré mentální operace, které probíhají při sociální interakci, včetně procesů vnímání, percepce a rozhodování o reakcích na chování druhých. (Fernández-sotos et al., 2019). Má zásadní vliv na vývoj jedince a předpokládá se její významný dopad na kvalitu života, což vysvětluje stále rostoucí zájem o nejrůznější programy zaměřené na sociálně-kognitivní intervenci (tamtéž). Zároveň se jedná o oblast, kde byly zaznamenány deficity u mnoha psychiatrických a neurologických poruch, výzkum v této oblasti je v současnosti nejvíce rozvinutý například u psychotických onemocnění ze schizofrenního okruhu nebo poruch autistického spektra, a začíná si získávat pozornost i u ADHD (např. Horan, 2019; Green et al., 2008). Green et al. (2005) definují sociální kognici jako vzájemný vztah mezi kognicí a sociálním chováním, tedy jak lidé přemýšlí o ostatních lidech. Podle Newmana (2004) je pojem sociální kognice v literatuře používán i širěji pro označení výzkumné oblasti kognitivní sociální psychologie či sociální psychologie kognice, případně pro jakékoli sociálně psychologické mechanismy.

Jelikož pojetí sociální kognice se v literatuře liší a zahrnuje široké, nepříliš specifické spektrum oblastí, ve výzkumu sociální kognice se typicky setkáváme spíše se zkoumáním specifických domén sociální kognice než této oblasti všeobecně. Hranice mezi těmito doménami nejsou ostré a jejich vymezení zcela jednotné, zároveň některé domény a subdomény se navzájem překrývají, což může přispívat ke zmatení v terminologii v oblasti sociální kognice (Green et al., 2005; Green et al., 2004). V následujících kapitolách se práce zaměří na nejčastěji uváděné domény sociální kognice například v kontextu dopadu dané oblasti na psychosociální fungování, především budou zdůrazněny ty domény, které jsou nejvíce relevantní v kontextu diagnózy ADHD.

2.2 Domény sociální kognice

2.2.1 *Zpracovávání emocí*

Doména *zpracovávání emocí* se vztahuje k vnímání emocí a práci s nimi. Specifické schopnosti, které zpracovávání emocí předpokládá, jsou stále v procesu identifikace (Green et al., 2005). Green et al. (2005) jako vlivný model zpracovávání emocí uvádí Saloveyovo pojetí emoční inteligence, které definuje emoční inteligenci jako soubor dovedností kombinující emoce s kognicí. Dle tohoto modelu má zpracovávání emocí čtyři subdomény: rozpoznávání emocí, facilitaci emocí, chápání emocí, a zvládání emocí (Salovey et al., 2001 in Green et al., 2005). *Rozpoznávání emocí* zahrnuje rozpoznávání emocí vyjádřených v obličeji či na fotografii. *Facilitace emocí* se pak zabývá tím, jak dobře dokáží respondenti vyhodnotit užitečnost různých emocí a vhodnost těchto emocí jakožto emočního doprovodu specifických kognitivních úkolů či chování. *Chápání emocí* znamená respondentovo porozumění emocím a změnám mezi nimi, včetně smíšených emocí. *Zvládání emocí* sleduje regulaci emocí u sebe a ve vztahu k ostatním (Green et al., 2005). Rozlišení mezi těmito subdoménami se může u některých autorů lišit, *rozpoznávání emocí* je vnímáno jako součást domény *zpracovávání emocí*, ale bývá někdy zmiňováno i v souvislosti s doménou *teorie mysli* (Green et al., 2005).

2.2.2 Teorie mysli (Mentalizace)

Teorie mysli, také nazývaná *mentalizace*, dále případně i *ToM (Theory of mind)* zahrnuje schopnost správně usuzovat na záměry, přesvědčení, a všeobecně kognitivní procesy ostatních osob (Tsfaye & Gruber, 2017). Předpokládá uvědomění, že ostatní mají vlastní mentální stavy, motivaci, informace a postoje, které se mohou lišit od těch našich, toto uvědomění nám umožňuje adekvátně vysvětlovat, ovlivňovat, a předvídat chování ostatních (Korkmaz, 2011). Doména *Teorie mysli* je typicky to, co vnímáme jako obecnou sociální inteligenci (Baron-Cohen et al., 2001).

Původně byly metody v této oblasti primárně vyvíjeny pro porovnání normálního a abnormálního vývoje u dětí, především se zaměřením na poruchy autistického spektra (Green et al., 2005). Tyto metody byly později adaptovány a následně vyvíjeny nové vhodnější pro dospělou populaci, především pro potřeby práce s dospělými pacienty s diagnózou schizofrenie a dalších psychotických onemocnění (tamtéž).

2.2.2 Sociální percepce

Sociální percepce typicky popisuje schopnost posuzovat sociální role, společenské konvence a pravidla (Green et al., 2005). Green et al (2005) i u této domény upozorňují na podobnosti se subdoménou *rozpoznávání emocí*, používaný způsob usuzování se ale podle autorů liší. Rozpoznávání emocí typicky pracuje s úkoly založené na rozpoznávání emocí z výrazu obličeje nebo tónu hlasu, zatímco sociální percepce pracuje například s rozpoznáváním kontextu ze sociálních signálů. Oproti *mentalizaci* zase naopak úkoly zaměřené na sociální percepci pracují s rozpoznáváním faktorů jako je úroveň blízkosti vztahu mezi účastníky sociální situace, věrohodnost projevu apod., zatímco *mentalizace* se zaměřuje na rozpoznávání kognitivních procesů druhých (Tsfaye & Gruber, 2017). Dá se tedy říci, že *sociální percepce* může označovat také percepci sociálních vztahů mezi ostatní lidi, kromě percepce sociálních signálů vysílaných jednou osobou (Green et al., 2005).

Tato doména může také zahrnovat subdoménu *sociálních schémat* (také nazývána *sociální povědomí*), která se zabývá vnímáním a povědomím o sociálních rolích, nepsaných zvyklostech, a komunikačních záměrech. *Sociální percepce* a *sociální schémata* spolu úzce souvisí, protože znalost sociálních norem je pro správnou identifikaci sociálních náznaků často nápomocná ne-li nutná (Green et al., 2005).

2.2.4 Atribuce

Poslední z domén uváděných v kontextu diagnózy ADHD je *atribuce*, která bývá u některých autorů také zařazována jako součást *sociální percepce*. Atribuce vyjadřuje způsob, kterým si respondent vysvětluje příčinu a význam pozitivních a negativních jevů (Green et al., 2005).

Typicky se zde pracuje s rozlišením na *vnitřní (interní)* a *vnější (externí)* atribuci, respektive *vnější „osobní“* (příčiny přisuzované ostatním lidem), *vnější „situační“* (příčiny přisuzované situačním faktorům), *vnitřní „osobní“* (příčiny připisované vlastní osobě) (Green et al., 2005). Tendence k vnitřní atribuci může právě být pro osoby s ADHD oproti normální populaci typičtější, lze zde najít tendence vysvětlovat negativní důsledky jako známky nesympatií vůči vlastní osobě nebo interpersonálního konfliktu a podceňování situačních faktorů. Bentall et al. (2001) toto označují jako „*personalizační bias*“.

Roberts et al. (2015) uvádějí v sociálně kognitivní oblasti dva typy dysfunkcí: *deficity* a *biasy*. (Kognitivní) *deficit* je definován jako nedostatek v určité dovednosti, zatímco *bias* představuje abnormalitu ve využívání dovednosti, která jinak není deficitní. Typickou reprezentací *biasů* mohou být právě atribuční chyby, kdy je například negativní sociální situace nesprávně atribuována *osobně* (buď jakožto negativní záměr druhé osoby, nebo jako nedostatek vlastní osoby) v moment, kdy by správná atribuce byla *situační*. Dle autorů je tak optimální, aby intervence pro trénink sociální kognice pracovaly s oběma kategoriemi.

2.3 Sociální kognice u ADHD

Jak už bylo výše naznačeno, existuje vícero výzkumů, které potvrdily u osob s ADHD deficity v několika sociálně kognitivních doménách, přestože platí, že největší množství dat o sociální kognici u pacientů s touto diagnózou se stále vztahuje především k dětské populaci.

Největší množství dostupných dat se vztahuje k doméně *Teorie mysli*. Že s ADHD se pojí deficity v této doméně uvádí například Bora & Pantelis (2016), Tesfaye & Gruber (2017), Ilzarbe et al. (2020) a další, například Tatar & Cansiz (2020), Perroud et al (2017), Ibáñez et al. (2014), Nilsen et al. (2012) pak uvádějí tyto deficity specificky u dospělých.

Tesfaye & Gruber (2017) oslabení v *Teorii mysli* přímo spojují s bariérami v efektivní socializaci osob s ADHD v rámci vrstevnických skupin. Tito autoři ve shodě s dalšími (např. Mary et al, 2016) zároveň hovoří o souvislosti optimálního fungování *Teorie mysli* a exekutivních funkcí, které jak je uvedeno výše, bývají u osob s ADHD oslabeny. Bálint et al. (2015) zmiňují v rámci *Teorie mysli* ve spojitosti s ADHD specificky deficit v oblasti *kognitivní flexibility*. Jedná se o oblast umožňující připustit si odlišné úhly pohledu na tutéž situaci, a tedy chápat možnou odlišnost perspektivy druhých od té naší.

Deficity v *Teorii mysli* ukazuje i metaanalýza sociální kognice u ADHD Bora & Pantelis (2016), která uvádí u ADHD signifikantní deficity právě v této doméně a také v *Rozpoznávání emocí*. Specificky uvádějí autoři jakožto nejrobustnější deficity v rozpoznávání emocí z obličeje, především u emocí vzteku a strachu. To potvrzuje vedle řady dalších autorů také metanalýza Rodrigo-Ruiz et al. (2017), upozorňující u osob s ADHD na signifikantní deficity v rozpoznávání téměř všech evaluovaných negativních emocí, mimo zmiňované také nechuť a opovržení. Niklewski et al. (2017), Kis et al. (2017) i Runions et al. (2017) v rámci domény

Zpracovávání emocí pak pojednávají o signifikantních rozdílech v (emocionální) *empatii* a *Afektivní (emoční) prosodii*, kterou můžeme popsat jako afektivní vnímání jazyka – schopnost usuzovat na emoce druhých z jejich verbálních projevů a způsobu využití jazyka. Kis et al., (2017) deficity v emocionální empatii taktéž spojuje se vztekem a příbuznými emocemi.

Z výzkumu Andrade et al. (2011) vyplývají rozdíly i v doméně *Sociální percepce* a v *Atribuci* u dětí s ADHD. Autoři došli k závěru, že děti s ADHD odlišně vnímají pozitivní a negativní sociální zážitky. Děti s ADHD oproti kontrolní skupině přisuzovaly svým vrstevníkům více negativních a méně pozitivních úmyslů, oproti kontrolní skupině byly také méně přesné v odhalování náznaků v sociálním kontextu, a to pozitivních, negativních, i neutrálních. To potvrzuje i metaanalýza Miranda et al. (2017). Zhang et al. (2020) dále u jedinců s ADHD upozorňují na tzv. emoční bias, kdy je pozornost přednostně zaměřována na stimuly s (intenzivnějším) emočním nábojem.

2.4 Programy pro trénink sociální kognice

V oblasti sociální kognice je vyvíjena řada intervencí, kdy některé jsou zaměřeny obecněji, zatímco jiné se zaměřují na specifické sociálně kognitivní domény. Specificky na doménu *Rozpoznávání emocí* se zaměřují například *Emotion Training* (Silver et al, 2004) nebo *Training of affect recognition (TAR)* (Wolwer & Frommann, 2011). Z intervencí v oblasti *Sociální percepce* pak lze uvést například *Social cognition enhancement training (SCET)* (Choi & Kwan (2006), z programů zaměřených na doménu *Teorie mysli* například *ToM Intervention (ToMI)* (Roncone et al., 2004).

Jiné intervence spojují sociální kognici s dalšími oblastmi. *Integrated psychological therapy (ICT)* (integrativní psychoterapie) a *Cognitive enhancement therapy (CET)* například mimo trénink sociální kognice zahrnují také kognitivní remediaci (rehabilitace zaměřená na neuropsychologické deficity) a postupují od základních kognitivních schopností k sociální kognici (Roberts et al., 2015).

S metakognicí (znalosti o vlastním myšlení a o myšlení ostatních) pak trénink sociální kognice spojuje *Metacognitive training (MCT)* (Moritz & Woodward, 2007). Ten se na rozdíl od většiny výše zmiňovaných (Roberts et al., 2015) věnuje i oblasti kognitivních biasů. Jelikož byl stejně jako výše uvedené původně vyvinut pro účastníky se schizofrenií, cílí na kognitivní

biasy pro tuto diagnózu typické, jako je dělání unáhlených závěrů či bias vůči diskonfirmačním důkazům. Oba typy biasů lze potenciálně vztáhnout i k ADHD (Zhang et al., 2020; Andrade et al., 2011; Miranda et al., 2017). Program *SCIT* využívaný ve výzkumné části této práce je svým zaměřením podobný, ale mimo zmiňované biasy se zaměřuje také na sociálně kognitivní deficity v doménách *teorie mysli* a *rozpoznávání emocí*, které, jak vyplývá z předchozí kapitoly, patří mezi domény nejvíce deficitní u diagnózy ADHD (Roberts et al., 2015).

Co se týče tréninku sociální kognice specificky u osob s ADHD, dosavadní zkušenosti jsou zatím velmi omezené. Pro tuto cílovou skupinu existuje řada psychosociálních intervencí zaměřených na rozvoj sociálních dovedností, zmínit lze například *Social skills training (SST)* Storebø et al. (2019) pro děti s ADHD. Dále bývá využívána například kognitivně-behaviorální terapie, dialektická behaviorální terapie, rodinná terapie, interpersonální psychoterapie, mindfulness, psychodynamická psychoterapie, arteterapie, klasický kognitivní trénink a další (Correll et al., 2021). Tato studie zároveň potvrdila účinnost tréninku sociálních dovedností na zlepšení psychosociálního fungování u dětí a adolescentů s ADHD (Correll et al., 2021).

Dosud bylo realizováno pouze několik málo intervencí specificky zaměřených na sociální kognici u osob s ADHD, patří k nim například *Theory of Mind Training* realizovaný se skupinou 80 dětí na *Allameh Tabatabai University* v Iráku (Rasuli & Chubdari, 2015). Ověřování efektivity tohoto tréninkového programu ukázalo signifikantní zlepšení v oblasti *Teorie mysli* oproti kontrolní skupině. Další trénink realizovaný v Korei, *Emotional management training (EMT)*, se opět u dětí zaměřoval na *Rozpoznávání emocí*, *Zvládání emocí* a jejich vyjadřování. Tento trénink se ukázal jako efektivnější nejen oproti kontrolní skupině, ale i v porovnání s klasickým tréninkem sociálních dovedností (*SST*) (Zhang et al., 2020).

Také u některých obecněji zaměřených kognitivně tréninkových programů je brána v potaz sociální kognice, příkladem může být například program *LearningRx*, původně zaměřený na obtíže se čtením u dětí s ADHD, ale pokrývající rozličné aspekty kognice, včetně některých sociálně kognitivních aspektů (Moore & Ledbetter, 2019). U dospělé populace s ADHD bohužel nejsou žádná dostupná data o případných realizovaných a ověřovaných intervencích v oblasti sociální kognice.

Dle Dillera a Goldsteina (2006) se psychosociální intervence cílené na osoby s ADHD dosud nejen že orientovaly téměř výhradně na dětskou populaci, ale významně převažovaly intervence zaměřené na modifikaci chování ve vztahu k okolí oproti zaměření na subjektivní

vnímání obtížemi samotnými účastníky intervence. Jak je uvedeno v některých dalších kapitolách práce (1.2, 1.4, 3.3), osoby s ADHD se již tak setkávají se zvýšenou mírou kritiky od ostatních a mají snížené sebevědomí, kdy snaha jejich chování a vnímání „napravit“, aby bylo v souladu se sociálními normami, může tyto pocity ještě prohloubit. Intervence zaměřené na subjektivní zkušenost na tyto faktory naopak působí příznivě, navíc lépe pracují s vnitřní motivací účastníků, což je u osob s ADHD pro úspěšnou intervenci klíčové (Barkley, 1997, více viz kapitola 3.3.3). Proto byla taková intervence zvolena i pro výzkumný projekt práce.

Vzhledem k přesvědčivému množství dat ukazujících na relevanci tématu sociální kognice pro osoby s ADHD, ale nedostatečným zkušenostem v oblasti tréninku sociální kognice oproti jiným diagnózám se zjevnými sociálně kognitivními deficity (například psychotickým onemocněním či poruchám autistického spektra), bude ve výzkumné části práce navržen program vhodný pro trénink sociální kognice u dospělých s ADHD, včetně ověření jeho efektivity. Navrhovaná intervence se zaměřuje na dospělé, u kterých je problém nedostatkem vhodných intervencí nejmarkantnější.

Návrh výzkumného projektu

3. Návrh projektu ověřování efektivity tréninku sociální kognice u dospělých s projevy ADHD

Navrhovaný výzkumný projekt bude zaměřen na ověřování efektivity specifického programu pro trénink sociální kognice u dospělých osob s projevy ADHD. Úvod do zkoumané problematiky představuje literárně-přehledová část práce, především pak kapitoly *Sociální kognice u ADHD*, *ADHD u dospělých* a *Diagnóza ADHD v dospělosti*.

Program pro trénink sociální kognice u osob s ADHD zatím v českém prostředí neexistuje, a i v zahraničí jsou dostupné údaje pouze o programech pracujících se sociální kognicí u dětí (Zhang et al., 2020; Rasuli & Chubdari, 2013). Výzkumný projekt se tedy inspirovat existujícími programy a bude navržen vlastní program zaměřený na trénink sociální kognice u dospělých s projevy ADHD. Bude se jednat o adaptaci v českém prostředí již v současnosti realizovaného programu *Social Cognition and Interaction Training (SCIT)* (Roberts et al., 2015) pro dospělou populaci s ADHD. Program byl již v českém prostředí realizován u pacientů s jinými diagnózami, především s psychotickým onemocněním ze schizofrenního okruhu (F2x.x). Adaptovaný program se specificky zaměřuje na domény sociální kognice, které jsou u ADHD ovlivněny.

3.1 Vymezení problému a cíle výzkumu

Cílem zamýšleného výzkumného projektu bude vytvoření vlastního programu pro trénink sociální kognice u dospělých s projevy ADHD a návrh ověřování jeho efektivity. Bude ověřována efektivita programu jak na zlepšení ve vybraných doménách sociální kognice, tak i na kvalitu života a psychosociální fungování.

Navrhovaný výzkumný projekt si také dává za cíl přispět k řešení problému nedostatečné dostupnosti vhodných intervencí pro dospělé osoby s ADHD a nedostatečné pozornosti

věnované obtížím skupiny dospělých pacientů s ADHD v rámci psychiatrické péče obecně. Na základě ověřování efektivity by měl vzniknout kvalitní program přispívající ke zlepšení kvality života a optimalizaci psychosociálního fungování dospělých osob s projevy ADHD.

Pro měření vybraných domén sociální kognice budou využity metody *Penn Emotion Recognition Task (ER-40)* (Kohler et al., 2003) pro měření domény Rozpoznávání emocí a *Hinting task* (Corcoran et al., 1995) pro měření domény Teorie mysli (mentalizace). Metody byly vybrány dle evaluační studie SCOPE zjišťující psychometrické vlastnosti jednotlivých metod pro měření specifických domén sociální kognice (Pinkham, Harvey & Penn, 2018). Tyto specifické metody již byly zároveň přeloženy do češtiny a jsou v současnosti experimentálně využívány u české populace. Pro zkoumání případných rozdílů v oblasti psychosociálního fungování a vnímané kvality života bude využit dotazník *GAF – global assessment of functioning scale* (Rapoport & Ismond, 1996) a dotazník *WHOQOL – dotazník kvality života* (Dragomirecká & Bartoňová, 2006).

1.1.1 Formulace hypotéz

Formulované hypotézy vychází z předpokladu, že zvýšení skóre v dotazníku *Penn Emotion Recognition Task (ER-40)* či *Hinting task* vypovídá o zlepšení dané domény sociální kognice u respondenta. Stejně tak u vyššího skóre v *GAF – global assessment of functioning scale* a *WHOQOL – dotazník kvality života* předpokládáme reálné zlepšení v oblasti psychosociálního fungování a vnímané kvalitě života.

Bude hledána odpověď na výzkumnou otázku: „***Nakolik bude ověřovaný program efektivní ve zlepšování vybraných dimenzí sociální kognice, psychosociálního fungování a vnímané kvality života u dospělých s projevy ADHD?***“

Na základě výzkumné otázky byly formulovány následující hypotézy:

H1: Po absolvování daného programu na trénování sociální kognice bude skóre respondentů v *Penn Emotion Recognition Task (ER-40)*, *Hinting task*, *Global assessment of functioning scale* a *Dotazníku kvality života* statisticky významně vyšší než před absolvováním programu.

H2: Zvýšení skóre v použitých diagnostických nástrojích bude u respondentů přetrvávat i po roce od absolvování programu.

H3: U respondentů, kteří absolvovali reálnou intervenci, bude zlepšení ve sledovaných oblastech statisticky významně vyšší než u respondentů, kteří absolvovali placebo intervenci.

3.2 Design výzkumného projektu

Bude zvolena kvantitativní metodologie výzkumu, kdy bude pomocí vybraných metod na sledování sociální kognice zjišťována úroveň sociální kognice před a po absolvování daného programu a následně s odstupem 1 rok po absolvování programu. Skupina účastníků intervence bude porovnána s kontrolní skupinou, která absolvuje placebo intervenci. Taktéž budou stejným způsobem zjišťovány i případné rozdíly v oblasti psychosociálního fungování a vnímané kvality života.

1.2.1 Popis výzkumného souboru

Zkoumanou populací budou dospělí od 18 let s diagnózou ADHD stanovenou psychiatrem, tedy „Porucha aktivity a pozornosti“ či „Nedostatek pozornosti s hyperaktivitou“ (F90.0) podle kritérií MKN-10. Tito dospělí, bez ohledu na to, zda byli diagnostikováni v dětství či v dospělosti, by měli zároveň u sebe sami vnímat přetrvávající obtíže spojené s diagnózou ADHD, a být v době začátku výzkumu v péči psychiatra. Kontraindikací účasti bude abusus alkoholu a návykových látek a taktéž některá jiná psychiatrická nebo neurologická onemocnění. Kontraindikace se nebude týkat úzkostných a afektivních poruch a poruch učení, z důvodu vysoké komorbidity s diagnózou ADHD (Brown, 2000). Z důvodu této možné komorbidity budou zároveň účastníkům programu administrovány některé subtesty metody *WAIS-III* (*Wechslerova inteligenční škála pro dospělé*), aby byla kontrolována možná intervenující proměnná kognitivních schopností účastníků. Konkrétně se bude jednat o subtesty *Podobnosti*, *Informace* a *Matrice*. Zároveň by během účasti na studii nemělo u účastníků docházet ke změnám v případném využívání dalších intervencí v souvislosti s ADHD, to se týká především užívání medikace. Účastníci budou rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny pomocí stratifikovaného náhodného výběru na základě několika kritérií: věku, pohlaví, úrovně vzdělání a výsledku subtestů *WAIS-III*, zároveň bude kritériem i zda respondent získal diagnózu ADHD v dětství či v dospělosti. V každé ze skupin předpokládáme přibližně 20 účastníků, celkem tedy přibližně 40 účastníků.

1.2.3 Průběh výzkumu a způsob získávání respondentů

Za účelem získání respondentů budou oslovovány psychiatrické ambulance ohledně možnosti spolupráce. Tyto ambulance po navázání spolupráce mohou nabízet účast na výzkumu a s ním spojeném tréninkovém programu svým pacientům a pomoci s distribucí informačních materiálů o realizovaném programu. Po navázání spolupráce s dostatečným množstvím psychiatrických ambulancí budou v období cca dvou měsíců až dvou týdnů před začátkem programu osloveni potenciální účastníci. Osloveny budou také některé České organizace sdružující pacienty s nejrůznějšími psychiatrickými diagnózami (DIALOGOS, z.s.; Spolek KOLUMBUS; Sdružení TULIPAN, z.s.; Sympatheia, z.s.; VIDA, z.s.; Bona, o.p.s.; Fokus Praha, z.ú. a další), dále bude nabídka účasti na výzkumu a tréninkovém programu distribuována ve Facebookových skupinách sdružující dospělé s diagnózou ADHD.

Respondenti, kteří projeví zájem se ověřovaného programu spojeného s výzkumem účastnit, budou nejprve pozváni ke vstupnímu pohovoru, kde budou adekvátně informováni o účelu a průběhu výzkumu a bude od nich vyžádán informovaný souhlas. Dále budou s potenciálními účastníky diskutovány kontraindikace a vhodnost jejich účasti na výzkumu. Součástí vstupního pohovoru bude i strukturovaný rozhovor s psychologem zaměřený na subjektivní vnímání příznaků ADHD přetrvávajících do dospělosti.

V případě, že se účast respondenta na výzkumu ukáže jako vhodná, bude po tomto setkání následovat další, kdy proběhne samotná administrace výše uvedených dotazníkových metod. U respondentů s diagnózou ADHD je důležité, aby samotné testování nebylo příliš rozsáhlé, a tedy náročné na pozornost, specifické zvolené metody jsou ale časově nenáročné a testování by nemělo trvat více než 1 hodinu. V případě, že by testování bylo rozděleno do více termínů, by se také mohla snížit motivace respondentů k účasti na už tak rozsáhlém výzkumu. Zároveň ale budou mít respondenti po testování k dispozici cenná data pro svou další léčbu, a především by mohla být motivující možnost zdarma se účastnit tréninkového programu samotného – tyto faktory by mohly být pro respondenty motivující.

Poté, co budou získána data ze vstupního testování a budou účastníci rozděleni do experimentální a kontrolní skupiny, proběhne účast na samotném programu, v rozsahu celkem 20 hodin během 20 týdnů. Setkání samotná budou hodinová a budou probíhat pouze 1x týdně,

aby účast na výzkumu a tréninkovém programu nebyla příliš limitována dalšími aktivitami respondentů.

Po absolvování programu proběhne opětovná administrace zvolených testových metod, tentokrát s výjimkou zvolených subtestů metody *WAIS-III*, které budou administrovány pouze jednou před účastí na programu. První opětovná administrace ostatních testových metod (*Penn Emotion Recognition Task*, *Hinting task*, *Global assessment of functioning scale* a *Dotazníku kvality života*) proběhne bezprostředně po účasti na programu, druhá opětovná administrace pak s ročním odstupem po samotné účasti na programu. Bude tak možné ověřit hypotézu, že efektivita tréninkového programu je přetrvávající.

Následně budou zpracována data ze všech tří sběrů dat. Všechny použité dotazníky budou vyhodnoceny dle příslušných manuálů, poté budou testovány stanovené hypotézy.

3.3 Design navrhovaného tréninkového programu

3.3.1 Představení metodiky SCIT

Realizovaná intervence bude adaptací původní metodiky tréninkového programu *Social Cognition and Interaction Training (SCIT)* pro dospělou populaci s ADHD.

SCIT je skupinová psychoterapeutická intervence vyvinutá původně pro potřeby skupiny dospělých s psychotickými příznaky, kteří mají zároveň obtíže se sociálním fungováním. Taktéž se ale ověřila u mnoha dalších skupin pacientů, například u dospělých s bipolární poruchou, schizotypální poruchou, poruchami autistického spektra, ale i smíšených skupin dospělých se zhoršeným psychosociálním fungováním (Roberts et al., 2015). Vzhledem k charakteru psychosociálních obtíží u uvedených skupin a u pacientů s ADHD předpokládáme, že by signifikantní část původní metodiky *SCIT* mohla být přenositelná na dospělé pacienty s touto diagnózou. Metodika je navržena za účelem zlepšení psychosociálního fungování účastníků skrz zlepšování jejich sociální kognice (Roberts et al., 2015).

Tato metodika, respektive její adaptovaná verze, byla zvolena z několika důvodů: Důležitým argumentem je předchozí zkušenost s její realizací v českém prostředí, jakožto jediného tréninku sociální kognice v ČR, o kterém jsou dostupná data. Mimo to je výhodou oproti některým jiným intervencím nízká frekvence setkávání a intenzita, což dělá program

praktickým a nízkoprahovým, není příliš obtížné účast na něm zakomponovat do běžného každodenního života účastníků (Roberts et al., 2015). Zároveň program se spíše než na specifické chování účastníků (a jeho (ne)přístupnost pro okolí) soustředí se na subjektivní vnímání vlastních sociálních obtíží účastníkem, což působí příznivě na motivaci účastníků (tamtéž), a je příhodné pro dospělé s ADHD, kde je žádoucí podpoření sebedůvěry (Safren et al., 2004). Vzhledem k velmi omezenému množství zkušeností s tréninkem sociální kognice specificky u dospělých s ADHD je přínosem této metodiky také zkušenost s její realizací u heterogenních skupin pacientů, oproti některým jiným metodikám s užším zaměřením.

Autoři *SCIT* uvádějí, že program je zaměřený na nápravu obou výše uvedených typů sociálně kognitivní dysfunkce – *deficitů* (inspirace v neurokognitivní remediaci) i *biasů* (inspirace v kognitivní psychoterapii). Program tak má účastníkům pomoci co nejlépe shromažďovat a analyzovat data v rámci sociálních situací a docházet tím k co nejpřesnějším úsudkům, a zároveň si být vědomi biasů, které tyto úsudky ovlivňují (Roberts et al., 2015). Konkrétní postupy a jednotlivé moduly tréninkového programu budou blíže popsány v následující subkapitole.

3.3.2 Moduly SCIT

Dle původní metodiky programu *Social Cognition and Interaction Training (SCIT)* (Roberts et al., 2015) bude realizovaná intervence rozdělena do tří tematických modulů, celkové trvání programu bude 20 týdnů ve frekvenci setkávání 1 hodina 1x týdně.

Původní program obsahuje celkem tři moduly: *Úvod a emoce* (7 setkání), *Chápání situací* (7 setkání) a *Reflexe* (4 setkání).

První modul *Úvod a emoce* se nejprve věnuje seznamovacím aktivitám a uvedení účastníků do programu, který je čeká. Účastníci jsou informováni, že se naučí například vyhýbat se unáhleným závěrům, lépe porozumět vlastním i cizím emocím v sociálních situacích, získávat spolehlivé informace o sociálních situacích a posoudit, kdy takových informací nemáme dostatek, a navzájem si pomoci zakomponovat nově naučené do vlastních životů. V této fázi si účastníci také stanovují cíle, kterých by chtěli v sociálních situacích po absolvování programu dosáhnout (Roberts et al., 2015). Dále se účastníci v rámci tohoto modulu učí o vztahu sociálních situací a emocí, definici a pojetí emocí, emocionální empatii a odhadování emocí

druhých, a práci s pocity podezřavosti a nedůvěry. Tento modul pracuje i s konceptem *interní* a *externí* atribuce popsaným v subkapitole 2.2.4 *Atribuce*.

Druhý modul *Chápání situací* pracuje s kognitivní tendencí dělat unáhlené závěry ohledně záměrů, emocí, nebo mentálních stavů ostatních (Roberts et al., 2015). Specificky se pracuje se třemi dysfunkčními atribučními styly: 1) přisuzování negativních nebo ambivalentních sociálních událostí negativním záměrům druhých 2) přisuzování těchto událostí problémům druhých s vlastní osobou, a 3) vyhýbání se či distancování se od náročných sociálních situací. Pro osoby s ADHD je typický především 2. a 3. z těchto atribučních stylů (Bentall et al., 2001), můžeme zde předpokládat podobné zkušenosti a obtíže jako u osob s depresivními (typický 2. atribuční styl) a úzkostnými (typický 3. atribuční styl) symptomy, u kterých již intervence ve své původní podobě byla realizována (Roberts et al., 2015). Účastníci se během druhého modulu učí pracovat s vlastními atribučními chybami, osvojit si flexibilní a adaptabilní pojetí sociálních situací., vyhýbat se unáhleným závěrům, a shromažďovat spolehlivé informace o sociálních situacích (tamtéž).

V rámci třetího modulu *Reflexe* účastníci zkoušejí aplikovat dosavadní získané znalosti a dovednosti v kontextu vlastního života. Pracuje se zde s modelovými situacemi s využitím doprovodných materiálů, které jsou součástí metodiky *SCIT*, především je zde ale věnován prostor práci s reálnými obtížemi v sociálním životě účastníků, se kterými sami přicházejí, formou strukturované diskuse (Roberts et al., 2015).

3.3.3. Adaptace modulů SCIT pro pacienty s ADHD v dospělosti

Realizaci prvního modulu *Úvod a emoce* považujeme u pacientů s ADHD v dospělosti za smysluplnou téměř v původní podobě, protože jak je uvedeno v předchozích kapitolách, i v této cílové skupině jsou významným problémem obtíže s prací s emocemi u sebe a druhých, porozuměním emocím, a regulací vlastních emocí v sociálních situacích. Úvodní setkání tohoto modulu navíc pracují s motivací účastníků samotných pro účast na programu. Méně vhodné by mohlo být pouze poslední 7. setkání tohoto modulu zaměřené na podezřavost, která není u cílové skupiny osob s ADHD tolik relevantní. Zde bychom upravili zaměření setkání na práci s pocity odmítnutí vrstevníky (výše zmíněný koncept *RSD*), který je pro práci s emocemi u osob s ADHD klíčový a zároveň se úzce vztahuje k sociální kognici. Dala by se využít značná část

původního návrhu aktivit na toto setkání, které se zaměřují na práci se specifickou emocií, tato emoce by pouze byla odlišná.

Jak je naznačeno v předchozí subkapitole, možnost adaptace modulu pro dospělé s ADHD předpokládáme i u druhého modulu *Chápání situací*. Zaměřuje se na některé atribuční chyby a biasy spojované s ADHD, i tendenci docházet k unáhleným závěrům, která u osob s ADHD provází jeden z jádrových příznaků – *impulzivitu*. Jedním z cílů druhého modulu, který považujeme za důležitý při práci s dospělými s ADHD je, aby klient přijal, že ne vždy je v mnohoznačných sociálních situacích možné situaci chápat a spolehlivě rozklíčovat pohnutky, které stojí za chováním druhých osob. To může být nápomocné právě pro konkrétní atribuční chyby spojované s ADHD, především tendenci vnímat ambivalentní situaci jako negativní a připisovat tuto negativitu problémům s vlastní osobou.

I třetí modul metodiky *SCIT, Reflexe*, je u této cílové skupiny vhodný. Za velký benefit této metodiky pro dospělé s ADHD považujeme její důraz na vnitřní motivaci účastníků a aplikaci veškerých získaných poznatků přímo na život účastníka, jelikož specificky u této skupiny je práce s motivací velmi důležitá a aktivity, pro které motivace není dostatečná, se můžou osobám s ADHD vzhledem k narušení exekutivních funkcí jevit jako extrémně náročné až nemožné (Barkley, 1997). Metodika *SCIT* zaměřená na subjektivní prožívání účastníka spíše než na to, jak účastník reálně působí na okolí, se tak zdá být velmi vhodná.

3.4 Výzkumné metody

V rámci sběru dat bude použito 4-5 dílčích dotazníků (5 v případě prvních dvou měření, 4 v případě následujících dvou měření). Administrace proběhne individuálně formou tužka a papír ve standardizovaném prostředí pod dohledem výzkumníků. Dotazníky budou administrovány ve stejném, předem určeném pořadí: 1. *Dotazník kvality života*, 2. *Global assessment of functioning scale*, 3. *Penn Emotion Recognition Task* a 4. *Hinting task*. V případě prvního testování budou navíc na konec testování zařazeny vybrané subtesty *Wechslerovy inteligenční škály pro dospělé*.

Demografická data, specificky věk, pohlaví a úroveň vzdělání, budou získána již předem v rámci vstupního rozhovoru.

3.4.1 *Dotazník kvality života (WHOQOL)*

Pro měření subjektivně vnímané kvality života bude využit *Dotazník kvality života (WHOQOL)*, konkrétně jeho zkrácená verze *WHOQOL-BREF*. Tento nástroj byl oproti své rozsáhlejší plné verzi *WHOQOL-100* zvolen proto, že dotazník *WHOQOL-100* byl pro účely výzkumu vyhodnocen jako příliš rozsáhlý. Nezkrácená verze *WHOQOL-100* obsahuje 100 položek a její vyplňování by mohlo v kontextu už tak rozsáhlého dalšího testování činit některým respondentům s ADHD značné obtíže.

Zároveň u tohoto dotazníku již byla provedena validizační studie pro českou populaci a byl již využíván pro měření kvality života i u osob s rozličnými psychiatrickými diagnózami (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). Autorka práce u nástroje *WHOQOL-BREF* vyhodnotila, že dostatečně pokrývá jednotlivé domény kvality života, ale zároveň by nemělo jeho vyplnění být pro respondenty s ADHD, kteří mohou mít výraznější obtíže se soustředěním či další duševní obtíže, příliš zatěžující. Byl tak zvolen i v porovnání s podobnými nástroji (*SQUALA*, Dragomirecká et al., 2006, či *Schwartzova škála hodnocení terapie: SOS-10*, Dragomirecká et al., 2004) od stejných autorek jako nejvhodnější.

V rámci dotazníku *WHOQOL-BREF* je kvalita života měřena skóry ve čtyřech doménách. Jedná se o domény: *fyzické zdraví* (tato doména zahrnuje fyzickou kondici, příznaky fyzických onemocnění a možnosti regenerace); *prožívání*, které zahrnuje psychologický wellbeing, včetně nálady, vztahu k sobě, či kognitivních funkcí; *sociální vztahy*, kam patří například partnerství, přátelství a další blízké mezilidské vztahy, a také kvalita širšího sociálního prostředí; a *prostředí*, což je doména, která popisuje životní podmínky: nakolik je prostředí podnětné, bezpečné a celkově kvalitní, případně uspokojivost finanční situace respondenta (Dragomirecká & Bartoňová, 2006). V rozsáhlejší verzi dotazníku *WHOQOL-100* jsou navíc zařazeny domény *fyzická nezávislost* a *duchovní oblast/spiritualita*, které jsou v kratší čtyřdoménové verzi zahrnuty do domén *fyzické zdraví* (doména *fyzická nezávislost*) a *prožívání* (doména *spiritualita*) (tamtéž). V kontextu této práce a výzkumu lze považovat za klíčové především domény *prožívání* a *sociální vztahy*.

Verzi *WHOQOL-BREF* tvoří celkem 26 položek, které zastupují 24 různých aspektů života („facetů“), z plné verze dotazníku byly zachovány všechny faceti *WHOQOL-100*. 24 z 26 položek tedy zastupuje faceti a dvě položky představují samostatné hodnocení kvality života a zdravotního stavu respondenta jako celku.

3.4.2 Global assesment of functioning scale (GAF)

Global assesment of functioning je mezinárodně využívaná metoda pro posouzení psychosociálního fungování, respektive posouzení míry závažnosti psychiatrického onemocnění skrz kritérium jeho dopadu na každodenní život (Pedersen et. Al, 2018).

Je součástí DSM IV, v DSM V byla nahrazena nástrojem WHODAS (WHO Disability Assessment Schedule). Škála GAF je ale dosud hojně využívána pro svou stručnost, ve prospěch snížení časové náročnosti testovacího procesu a jeho nároků na pozornost respondentů byla tak v tomto případě vyhodnocena jako vhodnější. Zároveň metoda je v rámci výzkumu zařazena především za účelem sebeuposouzení jednotlivých respondentů před a po absolvování programu.

Škála posuzuje celkovou úroveň fungování ve třech oblastech: sociální vztahy, především s rodinou a vrstevníky; výkon ve studijní a pracovní oblasti; a využití volného času (Rapoport & Ismond, 1996). Na hypotetickém kontinuu zdraví-nemoc je respondent ohodnocen mezi 1 a 100 body, kdy 1-10 bodů označuje respondenta vyžadujícího nepřetržitý dohled (např. z důvodu sebedestruktivního chování, silně narušeného vnímání reality, nesamostatnosti v oblasti hygieny apod.), 91-100 bodů označuje naprostou absenci symptomů, tedy až nadstandardně prosperujícího respondenta (Rapoport & Ismond, 1996).

3.4.3 Penn Emotion Recognition Task (ER-40)

Pro měření sociálně-kognitivní domény *rozpoznávání emocí* bude využita metoda *Penn Emotion Recognition Task (ER-40)* (Kohler et al., 2003; Kohler et al., 2004). Tato specifická metoda byla zvolena na základě výsledků evaluační studie SCOPE, která zjišťuje psychometrické vlastnosti metod pro měření specifických domén sociální kognice (Pinkham, Harvey & Penn, 2018). Evaluační studie sice pracuje s využitím těchto metod pro dospělou populaci se schizofrenií, nejsou ale k dispozici podobné studie specificky se zaměřením na osoby s ADHD, jelikož výzkum a intervence v oblasti sociální kognice je u této diagnózy stále v počátcích. Metody jsou ovšem běžně využívány u různých dalších skupin, včetně zdravých kontrol (Pinkham, Harvey & Penn, 2018).

Metoda *ER-40* patřila v rámci studie mezi metody vykazující neoptimálnější psychometrické vlastnosti. Oproti konkurenční metodě pro měření rozpoznávání emocí *Bell Lysaker Emotion Recognition Task (BLERT)*, která se v rámci evaluační studie také ukázala jako kvalitní, byla *ER-40* zvolena jakožto modernější metoda, která již byla zároveň přeložena do češtiny a je experimentálně používána pro českou populaci.

V rámci metody *ER-40* respondenti posuzují 40 barevných fotografií, na nichž jsou vyobrazeny obličeje vyjadřující jednu ze 4 ze základních emocí (štěstí, smutek, vztek, strach) nebo s neurálním výrazem. Úkolem respondentů je pro každý obličej správně posoudit vyjadřovanou emoci. Respondenti poté zároveň posuzují, jak moc se cítí být jistí každou jednotlivou odpovědí (Pinkham, Harvey & Penn, 2018).

3.4.4 Hinting task

Stejným způsobem jako *ER-40* byla zvolena i metoda *Hinting task* (Corcoran et al., 1995), ta v rámci evaluační studie SCOPE byla jedinou metodou na měření sociálně-kognitivní domény *mentalizace*, která vykazovala optimální psychometrické vlastnosti a byla doporučena pro další využití (Pinkham, Harvey & Penn, 2018).

Metoda *Hinting task* se zaměřuje na schopnost respondenta odhalit skutečný záměr sdělení v rámci nepřímé řeči. Respondentům je nahlas přečteno 10 příběhů, které zachycují interakci mezi dvěma lidmi.

V každém z příběhů jedna z osob něco naznačuje, tedy říká nepřímo, a úkolem respondentů je poté vysvětlit, co tím skutečně chtěla říct. Pokud je první odpověď respondenta nepřesná, je mu přečtena další část příběhu obsahující další nápovědu. V případě správné odpovědi po nápovědě je odpověď hodnocena jako částečně správná. Každý z respondentů může v *Hinting task* získat mezi 0 a 20 body, přičemž vyšší skóre znamená lepší schopnost mentalizace (Pinkham, Harvey & Penn, 2018).

3.4.5 Wechslerova inteligenční škála pro dospělé (WAIS III)

WAIS III je v současnosti využívaná verze *Wechslerovy inteligenční škály pro dospělé*, která byla vydána v roce 2010. Mimo to, že se jedná o jednu z v současnosti nejpoužívanějších metod pro měření inteligence v českém prostředí, se *WAIS III* pro účely tohoto výzkumu jeví jako vhodná metoda i z toho důvodu, že výsledky této metody umožňují usuzovat nejen na celkovou úroveň inteligence respondenta, ale lze posoudit i úroveň dílčích kognitivních funkcí odděleně (Wechsler, 2010). To v rámci tohoto výzkumu umožňuje administrovat respondentům pouze jednotlivé subtesty *WAIS III*. Je tak možné získat údaje o respondentech, které by pomohly kontrolovat možnou intervenující proměnnou v podobě specifických poruch učení a jiných kognitivních obtíží nevyplývajících přímo z diagnózy ADHD, zároveň ale administrace pouze

některých subtestů významně nezvýší časovou náročnost vstupního testování respondentů. I zde je brána v potaz náročnost testovacího procesu na respondenty s diagnózou ADHD.

Test *WAIS III* se skládá celkem ze čtrnácti subtestů, z toho 7 tzv. *verbálních* subtestů a 7 *performačních* subtestů. Jsou to: *Slovník, Podobnosti, Počty, Opakování čísel, Informace, Porozumění, Řazení písmen a čísel* (verbální subtesty); *Doplňování obrázků, Symboly – kódování, Kostky, Matrice, Řazení obrázků, Hledání symbolů, Skládání objektů* (performační subtesty) (Wechsler, 2010). Konkrétní subtesty, které budou v rámci testovací části výzkumu administrovány, budou subtesty *Podobnosti, Informace* a *Matrice*.

Subtest *Informace* byl zvolen za účelem odhadu obecné úrovně inteligence pro ověření, zda jsou kognitivní schopnosti účastníka dostatečné pro účast na výzkumu. *Matrice* je subtest performační, který pracuje s vizuální abstrakcí dále potřebnou pro práci účastníků s metodou *ER-40*. Subtest *Podobnosti* byl zvolen za účelem ověření schopnosti verbální abstrakce, kterou využívá zvolená metoda *Hinting task*.

3.5 Způsob zpracování dat

Nejprve dojde k vyhodnocení dotazníků podle testových manuálů a bude získán hrubý skór ze všech testových metod. V případě metod *Penn Emotion Recognition Task (ER-40)*, *Hinting task*, *GAF (Global assessment of functioning scale)* a *WHOQOL (Dotazník kvality života)* bude proveden test pomocí Mixed ANOVA pro výsledky prvního, druhého a třetího měření. Test Mixed ANOVA v porovnání s Repeated measures ANOVA umožňuje porovnat nejen skóry ze všech měření, ale i případné rozdíly mezi experimentální a kontrolní skupinou (Laerd statistics, online). Bude tak ověřeno, jestli došlo ke statisticky významnému zvýšení skóre v jednotlivých dotaznících po absolvování intervence, a zda a nakolik toto zvýšení přetrvává i po roce od absolvování programu. Zároveň dojde k porovnání všech tří měření u absolventů reálné intervence s respondenty, kteří absolvovali placebo intervenci.

Co se týče výsledku subtestů *Wechslerovy inteligenční škály pro dospělé*, tyto subtesty budou vyhodnoceny dle manuálu a následně budou jedním z kritérií stratifikovaného výběru, aby byli případní respondenti s kognitivními deficity rovnoměrně rozděleni mezi kontrolní a experimentální skupinu a tato proměnná neovlivnila měření. Dále bude provedena regresní analýza ke zjištění vztahu mezi výsledky *WAIS III* (proměnná *y*) a případným zvýšením skóru v ostatních testových metodách po absolvování intervence (proměnná *x*).

Následně bude provedena také Pearsonova korelační analýza ke zjištění korelace mezi jednotlivými testovými metodami, aby bylo možné ověřit, zda zlepšení ve specifických doménách sociální kognice (testy *Hinting task* a *ER-40*) skutečně indikuje optimálnější psychosociální fungování (škála *GAF*) a vyšší kvalitu života (test *WHOQOL*).

3.6 Etické aspekty výzkumu

V případě navrhovaného výzkumu není nutné zaslepení respondentů, respondenti tak mohou být předem informováni o účelu výzkumu, jeho průběhu, a použitých metodách. Respondenti zároveň podepíší informovaný souhlas a bude jim zdůrazněno, že mohou kdykoli od účasti na výzkumu odstoupit. Respondenti budou také předem informováni o zásadách nakládání s osobními údaji.

Jediným klíčovým aspektem výzkumu, kde je zaslepení respondentů nutné, je existence experimentální a kontrolní skupiny a fakt, že respondenti v kontrolní skupině podstoupí placebo intervenci. Tento fakt je zároveň zásadním etickým aspektem výzkumu sám o sobě, jelikož možnost účasti na tréninkovém programu bude pravděpodobně klíčová pro motivaci respondentů k účasti na výzkumu, zároveň část respondentů potýkajících se s obtížemi spojenými s ADHD tak neobdrží intervenci, která může přispět ke zlepšení jejich kvality života a psychosociálního fungování. Respondentům, kteří byli stratifikovaným náhodným výběrem zařazeni do kontrolní skupiny, by tedy měla po skončení tréninkového programu být nabídnuta vhodná navazující intervence.

Respondenti, kteří budou ohledně možné účasti na výzkumu osloveni přímo svým psychiatrem, by se zároveň mohli cítit do účasti nuceni. Bude tak kladen důraz na to, aby respondenti na základě informací od psychiatra i od výzkumníků vnímali svou účast jako zcela dobrovolnou. Zároveň i z tohoto důvodu budou respondenti informováni s minimálně dvoutýdenním předstihem před začátkem realizace výzkumu, budou mít tak prostor svou účast na výzkumu pečlivě zvážit.

Respondenti budou mít v návaznosti na všechny fáze testování možnost kontaktovat spolupracujícího psychologa, pokud by došlo k jejich emoční rozladě během výzkumu nebo po jeho ukončení. Tento etický aspekt navrhovaného výzkumu by však zároveň měl být ošetřen v rámci ověřované intervence samotné. I tak ale považujeme tuto možnost za důležitou, i vzhledem k tomu, že by respondentům s ADHD mohla působit diskomfort samotná práce s testovými metodami zaměřenými na ty oblasti života, které pro ně mohou být problematické,

případně mohou mít respondenti s ADHD negativní předchozí zkušenosti s psychologickým testováním jako takovým, především co se týče výkonových testů (jako jsou zde používané *Hinting task*, *ER-40* a *WAIS III*).

Data budou sbírána anonymně, respondenti budou vystupovat pod číselným kódem, pod kterým budou jejich data zpracovávána. S daty bude nakládáno v souladu se zásadami etiky psychologického výzkumu.

3.7 Diskuse

Předkládaný výzkumný projekt představuje návrh vůbec prvního dostupného programu pro trénink sociální kognice u dospělých osob s projevy ADHD, včetně ověřování jeho efektivity. Program je adaptací metodiky *Social Cognition and Interaction Training (SCIT)* (Roberts et al., 2015), která byla v českém prostředí již realizována pro cílovou skupinu dospělých s psychotickým onemocněním ze schizofrenního okruhu.

Obdobné programy cílené na dětskou populaci s projevy ADHD (Rasuli & Chubdari, 2015; Zhang et al., 2020; více viz kapitola 2.4 *Programy pro trénink sociální kognice*) se ukázaly jako efektivní pro zlepšení ve specifických doménách sociální kognice (*Teorie mysli* a *Rozpoznávání emocí*), u kterých bude zlepšení ověřováno i v této studii. Původní metodika *SCIT* je rovněž využívána u mnohých skupin dospělých, kde se obtíže v oblasti sociální kognice podobají těm u osob s ADHD (Roberts et al., 2010; Roberts et al., 2015).

Úskalím by mohla být náročnost projektu, především nutnost dlouhodobé spolupráce účastníků a účasti na třetím sběru dat rok po ukončení programu. Věříme ovšem, že možnost zdarma absolvovat intervenci zlepšující psychosociální fungování a zvyšující kvalitu života by mohla být pro potenciální účastníky dostatečně motivující.

Specifickým přínosem výzkumu by mohlo být vytvoření prvního evidence-based programu pro trénink sociální kognice u dospělých s projevy ADHD včetně ověření jeho efektivity. Program by byl do budoucna k dispozici pro další účastníky a zároveň by tak přispěl k řešení problematiky nízkého množství dostupných intervencí pro dospělé osoby s projevy ADHD v České republice. Výsledky navrhovaného výzkumu by také mohly poskytnout cenná data o deficitech v oblasti sociální kognice u dospělých s ADHD, a bylo by možné je využít pro budoucí vývoj dalších vhodných intervencí zaměřených na tuto cílovou skupinu.

Závěr

V práci byla představena problematika ADHD v dospělosti, specifika projevů poruchy u dospělé populace, včetně problematiky pozdní diagnózy ADHD v dospělosti a možných následků této pozdní diagnózy. Dostupné zdroje se jasně shodují na tom, že dospělých se projevy ADHD dotýkají výrazně více, než by odpovídalo veřejnému mínění i na poli odborné veřejnosti, a že je významnou výzvou do budoucna pro současnou psychiatrii a psychologii adekvátně adaptovat a vyvíjet nové diagnostické i léčebné postupy zaměřené na tuto cílovou skupinu (Ptáček & Ptáčková, 2018). Je také zásadní zvyšovat informovanost odborníků o projevech ADHD v dospělém věku (tamtéž).

Oproti dětem jsou také u dospělých s ADHD více sledovány projevy emoční dysregulace, které patrně vycházejí nejen z diagnózy samotné, ale i z negativních reakcí okolí osob s ADHD na odlišnosti v jejich chování, a častější sociální izolace a obtíží v kolektivu (Theiner., 2012; Matte et al., 2012). V současnosti jsou zkoumány specifické projevy této emoční dysregulace a s ní souvisejících sociálních obtíží, v posledních letech zkoumaným jevem je například tzv. „*rejection sensitive dysphoria*“ (dysforie v reakci na odmítnutí) (Bedrossian, 2021).

Právě emoční a sociální aspekty diagnózy ADHD, jejich možné příčiny a možnosti intervence, si získávají stále více pozornosti. Další možné souvislosti můžeme nalézt v tématu sociální kognice, kde se výzkum původně rozvíjený především u psychotických onemocnění a poruch autistického spektra ukázal být relevantní i pro cílovou skupinu osob s projevy ADHD (Tesfaye & Gruber, 2017; Ilzarbe et al., 2020; Tatar & Cansiz, 2020; Perroud et al, 2017 a další).

Práce se tak dále zabývá sociální kognicí, po vymezení této oblasti jsou přiblíženy některé specifické domény sociální kognice (zpracovávání emocí, Teorie mysli, sociální percepce, atribuce) a jejich relevance pro diagnózu ADHD. Specifické deficity a biasy jsou u osob s touto diagnózou nejvíce popsány u domén *Teorie mysli* a *rozpoznávání emocí*.

Výzkumná část pak přichází s návrhem tréninkového programu, kdy je ověřována jeho efektivita na zlepšení právě v těchto dvou doménách, taktéž jsou zjišťována případná zlepšení v oblasti psychosociálního fungování a kvality života. Navrhovaný program je adaptací již

existujícího programu pro dospělou populaci s projevy ADHD, jednalo by se o vůbec první program na trénink sociální kognice pro tuto cílovou skupinu. Výzkum může přispět k poznání v málo zkoumaném tématu sociální kognice u ADHD, a také k řešení problému nedostatku vhodných psychosociálních intervencí pro osoby s projevy této diagnózy v dospělosti.

Seznam použité literatury

American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn, Text Revision) (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association, Washington, DC.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-5); American Psychiatric Pub.

Andrade, B. F., Waschbusch, D. A., Doucet, A., King, S., MacKinnon, M., McGrath, P. J., Stewart, S. H., & Corkum, P. (2012). Social information processing of positive and negative hypothetical events in children with ADHD and conduct problems and controls. *Journal of attention disorders*, 16(6), 491–504. <https://doi.org/10.1177/1087054711401346>

Applegate, B., Lahey, B. B., Hart, E. L., Biederman, J., Hynd, G. W., Barkley, R. A., Ollendick, T., Frick, P. J., Greenhill, L., McBurnett, K., Newcorn, J. H., Kerdyk, L., Garfinkel, B., Waldman, I., & Shaffer, D. (1997). Validity of the age-of-onset criterion for ADHD: A report from the DSM-IV field trials. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(9), 1211–1221. <https://doi.org/10.1097/00004583-199709000-00013>

Bagwell, C. L., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., & Hoza, B. (2001). Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1285–1292. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00008>

Bálint, S., Bitter, I., & Czobor, P. (2015). A kognitív rugalmasság neurobiológiai korrelátumainak vizsgálata ADHD-ban Irodalmi áttekintés [Neurobiological correlates of cognitive flexibility in ADHD – A systematic review of the literature]. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsaság tudományos folyoirata*, 30(4), 363–371.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2009). Deficient Emotional Self-Regulation in Adults with Attention-Deficit/ Hiperactivity Disorder (ADHD): The Relative Contributions of Emotional

Impulsiveness and ADHD Symptoms to Adaptive Impairments in Major Life Activities. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 4(1), 5-28.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the mind in the eyes" Test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241–251. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00715>

Beaton, D. M., Sirois, F., & Milne, E. (2020). Self-compassion and perceived criticism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Mindfulness*, 11(11), 2506–2518. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01464-w>

Bedrossian, L. (2021), Understand and address complexities of rejection sensitive dysphoria in students with ADHD. *Disability Compliance for Higher Education*, 26: 4-4. <https://doi.org/10.1002/dhe.31047>

Bentall, R. P., Corcoran, R., Howard, R., Blackwood, N., Kinderman, P. (2001). Persecutory delusions: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 21(8):1143-1192. [https://www.doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00106-4](https://www.doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00106-4)

Bolat, N., Eyüboğlu, D., Eyüboğlu, M., Sargin, E., & Eliaçık, K. (2017). Emotion recognition and theory of mind deficits in children with attention deficit hyperactivity disorder [Online]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(3), 250-256. <https://doi.org/10.5455/apd.237695>

Bora, E., & Pantelis, C. (2016). Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. *Psychological Medicine*, 46(4), 699-716. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002573>

Brown T.E., ed. (2000). *Attention-Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents, and Adults* (pp. 537–569). Washington, DC: American Psychiatric Press: 537–69.

Buitelaar, J., Kan, C., & Asherson, P. (2011). ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment. Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511780752

Cahová, P., Pejčochová, J., Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen, 11 (6). (dostupné z <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2010/06/04.pdf>).

Caye A., Rocha T. B., Anselmi L., Murray J., Menezes A. M., Barros F. C., Gonçalves H., Wehrmeister F., Jensen C. M., Steinhausen H. C., Swanson J. M., Kieling C., Rohde L. A. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Trajectories From Childhood to Young Adulthood: Evidence From a Birth Cohort Supporting a Late-Onset Syndrome. *JAMA Psychiatry*, ;73(7):705-712. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0383. PMID: 27192050.

Corcoran, R., Mercer, G., & Frith, C. D. (1995). Schizophrenia, symptomatology and social influence: Investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 17(1), 5–13. [https://doi.org/10.1016/0920-9964\(95\)00024-G](https://doi.org/10.1016/0920-9964(95)00024-G)

Correll, C. U., Cortese, S., Croatto, G., Monaco, F., Krinitski, D., Arrondo, G., Ostinelli, E. G., Zangani, C., Fornaro, M., Estradé, A., Fusar-Poli, P., Carvalho, A. F., & Solmi, M. (2021). Efficacy and acceptability of pharmacological, psychosocial, and brain stimulation interventions in children and adolescents with mental disorders: an umbrella review. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 20(2), 244–275. <https://doi.org/10.1002/wps.20881>

Diller, L., & Goldstein, S. (2006). Science, Ethics, and the Psychosocial Treatment of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 9(4), 571–574. <https://doi.org/10.1177/1087054705286052>

Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World health organization quality of life assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum Praha.

Fernández-sotos, P., Torio, I., Fernández-caballero, A., Navarro, E., González, P., Dompablo, M., & Rodríguez-jimenez, R. (2019). Social cognition remediation interventions: A systematic mapping review [Online]. *Plos One*, 14(6), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0218720>

Frazier, T. W., Demaree, H. A., & Youngstrom, E. A. (2004). Meta-Analysis of Intellectual and Neuropsychological Test Performance in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuropsychology*, 18(3), 543–555. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.18.3.543>

Goodman, D. W. Recognizing ADHD in adults with comorbid mood disorders: implications for identification and management. *Postgrad Med* 2009; 121(5): 20–30. <https://doi.org/10.3810/pgm.2009.09.2049>

Green, M. F., & Nuechterlein, K. H. (2004). The MATRICS initiative: Developing a consensus cognitive battery for clinical trials [Editorial]. *Schizophrenia Research*, 72(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.006>

Green, M. F., Olivier, B., Crawley, J. N., Penn, D. L., & Silverstein, S. (2005). Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. *Schizophrenia bulletin*, 31(4), 882–887. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi049>

Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., Kring, A. M., Park, S., Silverstein, S. M., & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1211–1220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>

Hallowell, E. M., & Ratey, J. J. (2007). *Poruchy pozornosti v dětství i dospělosti: [poruchy pozornosti a hyperaktivita, rozpoznání, řešení, prevence]*. Návrat domů.

Hamed, A. M., Kauer, A. J., & Stevens, H. E. (2015). Why the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Matters. *Frontiers in psychiatry*, 6, 168. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2015.00168>

Hansson Halleröd, S.L., Anckarsäter, H., Råstam, M. *et al.* (2015.) Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study. *BMC Psychiatry* 15, 31. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0410-4>

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>

Holthe, M. E. G., & Langvik, E. (2017). The Strives, Struggles, and Successes of Women Diagnosed With ADHD as Adults. *SAGE open*, 7(1), 1-12.
Open. <https://doi.org/10.1177/2158244017701799>

Horan, W. P., & Green, M. F. (2019). Treatment of social cognition in schizophrenia: Current status and future directions [Online]. *Schizophrenia Research*, 203, 3-11.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.07.013>

Hvolby A. (2015). Associations of sleep disturbance with ADHD: implications for treatment. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 7(1), 1–18.
<https://doi.org/10.1007/s12402-014-0151-0>

Choi, K. H., & Kwon, J. H. (2006). Social cognition enhancement training for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Community mental health journal*, 42(2), 177–187.
<https://doi.org/10.1007/s10597-005-9023-6>

Ibáñez, A., Aguado, J., Baez, S., Huepe, D., Lopez, V., Ortega, R., Sigman, M., Mikulan, E. et al. (2014) From neural signatures of emotional modulation to social cognition: individual differences in healthy volunteers and psychiatric participants, *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9 (7), 939–950, <https://doi.org/10.1093/scan/nst067>

Ilzarbe, D., Lukito, S., Moessnang, C., O'Daly, O., Lythgoe, D., Murphy, C., Ashwood, K., Stoencheva, V., Rubia, K., & Simonoff, E. (2020). Neural Correlates of Theory of Mind in Autism Spectrum Disorder, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, and the Comorbid Condition. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.544482>

Kieling C., Kieling R. R., Rohde L. A., Frick P. J., Moffitt T., Nigg J. T., Tannock R., Castellanos F. X. (2010). The Age at Onset of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The American Journal of Psychiatry* 167(1), 14–16.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09060796>

Kis, B., Guberina, N., Kraemer, M., Niklewski, F., Dziobek, I., Wiltfang, J., & Abdel-Hamid, M. (2017). Perception of emotional prosody in adults with attention deficit hyperactivity

disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(6), 506–514.

<https://doi.org/10.1111/acps.12719>

Kohler, C. G., Turner, T. H., Bilker, W. B., Brensinger, C. M., Siegel, S. J., Kaner, S. J., Gur, R. E., & Gur, R. C. (2003). Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: Intensity Effects and Error Pattern. *The American Journal of Psychiatry*, 160(10), 1768–1774.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.10.1768>

Kohler, C., Turner, T., Gur, R., & Gur, R. (2004). Recognition of Facial Emotions in Neuropsychiatric Disorders. *CNS Spectrums*, 9(4), 267-274.

doi:10.1017/S1092852900009202

Kooij, J. (2015). “ADHD: A Neurodevelopmental Disorder”. *European Psychiatry*, 30(S1), 1-1. doi:10.1016/S0924-9338(15)30036-5

Korkmaz, B. (2011). Theory of Mind and Neurodevelopmental Disorders of Childhood.

Pediatric Research, 69, 101–108. <https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e318212c177>

Koyuncu, A., Alkın, T. & Tükel, R. (2018), Development of social anxiety disorder secondary to attention deficit/hyperactivity disorder (the developmental hypothesis). *Early Intervention in Psychiatry*, 12: 269-272. <https://doi.org/10.1111/eip.12372>

Malá, E. (2005). ADHD – hyperkinetické poruchy. *Zdravotnické noviny*. Praha: A 11 s. (dostupné z http://predys.szm.sk/zdrav_noviny.htm)

Mary, A., Slama, H., Mousty, P., Massat, I., Capiou, T., Drabs, V., & Peigneux, P. (2016). Executive and attentional contributions to Theory of Mind deficit in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Child neuropsychology: a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, 22(3), 345–365.

<https://doi.org/10.1080/09297049.2015.1012491>

Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., Přikryl, R. (2014). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 15 (3). (dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/03/05.pdf>).

Matte, B., Rohde, L. A., Grevet, E. H. (2012). ADHD in adults: a concept in evolution. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 4(2), 53-62.

<https://doi.org/10.1007/s12402-012-0077-3>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10 (4. vydání, 2014). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Retrieved from: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-4-2014.pdf.

Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii: specifika ADHD u dospělých: ADHD v kontextu drogové závislosti: epidemiologie, diagnostika, léčba*. Grada.

Miranda, A., Berenguer, C., Roselló, B., Baixauli, I., Colomer, C. (2017). Social Cognition in Children with High-Functioning Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Associations with Executive Functions. *Frontiers in Psychology*, 8, 1035. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01035>

Mohr, P., Anders, M., Přikryl, R., Masopust, J., Praško, J., Hoschl, C. (2013). Konsensus ČNPS o diagnostice a léčbě ADHD v dospělosti. *Psychiatrie*, 17(4), 189–202.

Moritz, S., Woodward, T.S. (2007) Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention, *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 619-625 doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed

Mrug, S., Hoza, B., & Gerdes, A. C. (2001). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: peer relationships and peer-oriented interventions. *New directions for child and adolescent development*, (91), 51–77. <https://doi.org/10.1002/cd.5>

Musser, E. D., Karalunas, S. L., Dieckmann, N., Peris, T. S., & Nigg, J. T. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder developmental trajectories related to parental expressed emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(2), 182–195.

<https://doi.org/10.1037/abn0000097>

Newman, L. S. (2001). What is "social cognition"? Four basic approaches and their implications for schizophrenia research. In P. W. Corrigan & D. L. Penn (Eds.), *Social*

cognition and schizophrenia (pp. 41–72). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/10407-001>

Nijmeijer, J.S., Minderaa, R.B., Buitelaar, J.K., Mulligan, A., Hartman, C.A., & Hoekstra, P.J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and social dysfunctioning. *Clinical Psychology Review*, 28 (4), 692-708. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.003>.

Niklewski, F., Abdel-Hamid, M., Ntoulias, G., Guberina, N., Kraemer, M., Dziobek, I., Wiltfang, J., Kis, B. (2017). Theory of mind deficits in adults with ADHD. *Pharmacopsychiatry*. 50. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1606433>

Nilsen, E. S., Mewhort Buist, T. A., Gillis, R., & Fugelsang, J. (2013). Communicative Perspective-Taking Performance of Adults With ADHD Symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 17(7), 589–597. <https://doi.org/10.1177/1087054711428947>

Paclt, I. a kol. (2007). *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*. Praha: Grada.

Pedersen, G., Urnes, Ø, Hummelen, B., Wilberg, T., & Kvarstein, E. (2018). Revised manual for the Global Assessment of Functioning scale. *European Psychiatry*, 51, 16-19.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.028>

Perroud, N., Badoud, D., Weibel, S., Nicasro, R., Hasler, R., Küng, A. L., Luyten, P., Fonagy, P., Dayer, A., Aubry, J. M., Prada, P., & Debbané, M. (2017). Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder: Comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 256, 334–341.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.06.087>

Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD variabilita v dětství a dospělosti*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Rapoport, J. L., Ismond, D. R., & Rapoport, J. L. (1996). *DSM-IV training guide for diagnosis of childhood disorders*. Brunner – Routledge.

Rasuli M, Chubdari A (2015) Effectiveness of Theory of Mind Training in Social Cognition in Children with Attention Deficit Hyperactive Disorder. *Int J Sch Cog Psychol* 2: 156.
doi:10.4172/2469-9837.1000156

Reimann-Höhn, U. (2018). *ADHD a ADD v dospívání: dozrávání a překonávání krizí*. Portál.

Roberts, D., Penn, D., & Combs, D. (2015). *Social Cognition and Interaction Training (SCIT): Group Psychotherapy for Schizophrenia and Other Psychotic Disorders, Clinician Guide*. New York, NY: Oxford University Press.

Rodrigo-Ruiz, D., Perez-Gonzalez, J. C., & Cejudo, J. (2017). Dificultades de reconocimiento emocional facial como deficit primario en niños con trastorno por deficit de atencion/hiperactividad: revision sistematica [Emotional facial recognition difficulties as primary deficit in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review]. *Revista de neurologia*, 65(4), 145–152.

Ronccone, R., Mazza, M., Frangou, I., DeRisio, A., Ussorio, D., Tozzini, C., & Casacchia, M. (2004) Rehabilitation of theory of mind deficit in schizophrenia: a pilot study of metacognitive strategies in group treatment. *Neuropsychological Rehabilitation*, 14(4), 421-435, DOI: [10.1080/09602010343000291](https://doi.org/10.1080/09602010343000291)

Runions, K., Rao, P., Wong, J., & Zepf, F. D. (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the encoding of emotional information. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 135(6), 503–505. <https://doi.org/10.1111/acps.12744>

Safren, S. A., Perlman, C. A., Sprich, S., Otto, M. W. (2005). *Mastering Your Adult ADHD: A Cognitive-Behavioral Treatment Program* (2nd edition). Oxford University Press.

Silver, H., Goodman, C., Knoll, G., & Isakov, V. (2004). Brief emotion training improves recognition of facial emotions in chronic schizophrenia. A pilot study. *Psychiatry research*, 128(2), 147–154. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.06.002>

Stárková, L. (2016). ADHD ve světle současné psychiatrie a klinické praxe. *Pediatric pro praxi*. Olomouc: Solen, 17 (1). (dostupné z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/01/04.pdf>)

Steer, J. (2021). *Understanding ADHD in Girls and Women*. Jessica Kingsley Pub.

Storebø, O. J., Elmoose Andersen, M., Skoog, M., Joost Hansen, S., Simonsen, E., Pedersen, N., Tendal, B., Callesen, H. E., Faltinsen, E., & Glud, C. (2019). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD008223. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008223.pub3>

- Tatar, Z. B., & Cansız, A. (2020). Executive function deficits contribute to poor theory of mind abilities in adults with ADHD. *Applied neuropsychology. Adult*, 1–8. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/23279095.2020.1736074>
- Tesfaye, R., & Gruber, R. (2017). The Association between Sleep and Theory of Mind in School Aged Children with ADHD. *Medical sciences (Basel, Switzerland)*, 5(3), 18. <https://doi.org/10.3390/medsci5030018>
- Theiner, P. (2012). ADHD od dětství do dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen 13 (4). (dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/04/02.pdf>).
- Uekermann, J., Kraemer M., Abdel-Hamid, M., Schimmelmann, B.G., Hebebrand, J., Daum, I., Wiltfang, J., & Kis, B. (2010). Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) [Online]. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34 (5), 734-743. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.10.009>.
- Wajszilber, D., Santiseban, J. A., & Gruber, R. (2018). Sleep disorders in patients with ADHD: impact and management challenges. *Nature and science of sleep*, 10, 453–480. <https://doi.org/10.2147/NSS.S163074>
- Wechsler, D. (1999). Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence. The Psychological Corporation: Harcourt Brace & Company.
- Willcutt E. G., Doyle A. E., Nigg J. T., Faraone S.V., Pennington B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/ hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological Psychiatry: A Journal of Psychiatric Neuroscience and Therapeutics*, 57(11), 1336–1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Wolwer, W. & Frommann, N. (2011). Social-Cognitive Remediation in Schizophrenia: Generalization of Effects of the Training of Affect Recognition (TAR). *Schizophrenia Bulletin*, 37 (2), S63–S70. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr071>
- Zhang, M., Vallabhajosyula, R., Fung, D. (2020) Emotional Bias Modification for Individuals With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Protocol for a Co-Design Study. *JMIR Res Protoc*, 9(12), doi: [10.2196/24078](https://doi.org/10.2196/24078)

Žáčková, H., & Jucovičová, D. (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: záporny i klady ADHD v dospělosti*. Grada.

Seznam zkratk

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
APA	American Psychological Association
ER-40	Penn Emotion Recognition Task
GAF	Global assesment of functioning scale
RSD	Rejection sensitive dysphoria
SCIT	Social Cognition and Interaction Training
ToM	Theory of Mind / Teorie Mysli
WAIS III	Wechslerova inteligenční škála pro dospělé
WHOQOL	Dotazník kvality života

Přílohy

Příloha 1: Global Assessment of Functioning Scale (GAF)
(Rapoport & Ismond, 1996).

TABLE 5.3
Axis V. Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Use intermediate codes when appropriate, for example, 45, 68, 72.
Consider psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health–illness. Do not include impairment in functioning due to physical (or environmental) limitations.

Code	Assessment
100–91	Superior functioning in a wide range of activities; life's problems never seem to get out of hand; is sought out by others because of his or her many positive qualities. No symptoms.
90–81	Absent or minimal symptoms (e.g., mild anxiety before an exam); good functioning in all areas; interested and involved in a wide range of activities; socially effective; generally satisfied with life; no more than everyday problems or concerns (e.g., an occasional argument with family members).
80–71	If symptoms are present, they are transient and expectable reactions to psychosocial stressors (e.g., difficulty concentrating after family argument); no more than slight impairment in social, occupational, or school functioning (e.g., temporarily falling behind in schoolwork).
70–61	Some mild symptoms (e.g., depressed mood and mild insomnia) OR some difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., occasional truancy, theft within the household), but generally functioning pretty well; has some meaningful interpersonal relationships.

TABLE 5.3 (continued)

Code	Assessment
60–51	Moderate symptoms (e.g., flat affect and circumstantial speech, occasional panic attacks) OR moderate difficulty in social, occupational, or school functioning (e.g., few friends, conflicts with peers or co-workers).
50–41	Serious symptoms (e.g., suicidal ideation, severe obsessional rituals, frequent shoplifting) OR any serious impairment in social, occupational, or school functioning (e.g., no friends, unable to keep a job).
40–31	Some impairment in reality testing or communication (e.g., speech is at times illogical, obscure, or irrelevant) OR major impairment in several areas, such as work or school, family relations, judgment, thinking, or mood (e.g., depressed adult avoids friends, neglects family, and is unable to work; child frequently beats up younger children, is defiant at home, and is failing at school).
30–21	Behavior is considerably influenced by delusions or hallucinations OR serious impairment in communication or judgment (e.g., sometimes incoherent, acts grossly inappropriately, suicidal preoccupation) OR inability to function in almost all areas (e.g., stays in bed all day; no job, home, or friends).
20–11	Some danger of hurting self or others (e.g., suicide attempts without clear expectation of death; frequently violent; manic excitement) OR occasionally fails to maintain minimal personal hygiene (e.g., smears feces) OR gross impairment in communication (e.g., largely incoherent or mute).
10–1	Persistent danger of severely hurting self or others (e.g., recurrent violence) OR persistent inability to maintain minimal personal hygiene OR serious suicidal act with clear expectation of death.
0	Inadequate information.

The GAF Scale is a revision of the GAS (Endicott et al., 1976) and the CGAS (Shaffer et al., 1983). These scales are revisions of the earlier Global Scale of Health-Sickness rating scale (Luborsky, 1962).

Příloha 2: Dotazník kvality života (WHOQOL) (Dragomirecká & Bartoňová, 2006)

WHOQOL

**KVALITA ŽIVOTA
DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE**

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

TABLE 10.2

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnostic Criteria

A. Either (1) or (2):

- (1) Six (or more) of the following symptoms of **inattention** have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

Inattention

- (a) often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, work, or activities
 - (b) often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities
 - (c) often does not seem to listen when spoken to directly
 - (d) often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (not due to oppositional behavior or failure to understand instructions)
 - (e) often has difficulties organizing tasks and activities
 - (f) often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (such as schoolwork or homework)
 - (g) often loses things necessary for tasks or activities (e.g., toys, school assignments, pencils, books, or tools)
 - (h) often easily distracted by extraneous stimuli
 - (i) often forgetful in daily activities
- (2) Six (or more) of the following symptoms of **hyperactivity-impulsivity** have persisted for at least 6 months to a degree that is maladaptive and inconsistent with developmental level:

Hyperactivity

- (a) often fidgets with hands or feet or squirms in seat

TABLE 10.2 (continued)

- (b) often leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected
- (c) often runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate (in adolescents or adults, may be limited to subjective feelings of restlessness)
- (d) often has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly
- (e) often "on the go" or often acts as if "driven by a motor"
- (f) often talks excessively

Impulsivity

- (g) often blurts out answers before questions have been completed
 - (h) often has difficulty awaiting turn
 - (i) often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations or games)
- B. Some hyperactive-impulsive or inattentive symptoms that caused impairment were present before age 7 years.
 - C. Some impairment from the symptoms is present in two or more settings (e.g., at school [or work] and at home).
 - D. There must be clear evidence of clinically significant impairment in social, academic, or occupational functioning.
 - E. The symptoms do not occur exclusively during the course of a Pervasive Developmental Disorder, Schizophrenia, or other Psychotic Disorder and are not better accounted for by another mental disorder (e.g., Mood Disorder, Anxiety Disorder, Dissociative Disorder, or a Personality Disorder).

Note: For individuals (especially adolescents and adults) who currently have symptoms that no longer meet full criteria, "In Partial Remission" should be specified.