UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

Bc. Alena Spálenská

Diferenciální diagnostika ADHD a její klíčové prvky pro odlišení od hraniční poruchy osobnosti

Differential diagnosis of ADHD and its key elements in distinguishing it from borderline personality disorder

Praha 2023.

Vedoucí práce: PhDr. Michal Šmotek, Ph.D.

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat vedoucímu práce PhDr. Michalovi Šmotkovi, Ph.D., za nadstandardní přístup, odbornost, vstřícnost, optimismus a všechny cenné rady a materiály. Dále mému dobrému příteli Tomáši Horychovi za konzultaci a implementaci datové analýzy v empirické části práce.

Prohlášení:

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

V Praze, dne 9. července 2023

Alena Spálenská

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je zmapování problematiky diferenční diagnostiky ADHD v obecné rovině a následně se zaměřením na klíčové prvky pro odlišení ADHD a hraniční poruchy osobnosti. ADHD je v dospělé populaci značně poddiagnostikovanou poruchou. Jednou z hlavních příčin je symptomatický překryv s jinými diagnózami, které jsou zároveň s ADHD často komorbidní. Problematické je také aktuální znění diagnostických kritérií, protože neobsahují všechny příznaky ADHD, a navíc nedostatečně reflektují specifické projevy poruchy u dospělých. Zatím také neexistují objektivní měřítka, na jejichž základě by se ADHD mohlo diagnostikovat. Nesprávnou diagnózou je lidem s ADHD znepřístupněna správná léčba, která by mohla zmírnit výrazná psychosociální poškození spojená s touto poruchou.

Teoretická část práce shrnuje diagnostické metody ADHD a také problematické oblasti, které správnou diagnostiku ztěžují. Práce dále uvádí souhrn diagnóz, které jsou s ADHD nejčastěji komorbidní nebo zaměňované společně s projevy, ve kterých se jednotlivé poruchy odlišují.

Hlavním zaměřením práce je diferenciální diagnostika ADHD a hraniční poruchy osobnosti. V práci jsme identifikovali klíčové symptomatické překryvy a také projevy typické jen pro jednu z poruch. V závěru teoretické části stručně otevíráme téma ADHD jako rizikového faktoru pro pozdější rozvoj HPO, a to především v souvislosti s typickými projevy nebo konsekvencemi ADHD, které prokazatelně zvyšují riziko rozvoje HPO.

V praktické části jsme použitím klasifikačního modelu na bázi umělé inteligence otestovali dvě hypotézy. První hypotézou bylo že kombinace standardizovaných škál a objektivních měřítek v podobě neuropsychologických testů bude při rozlišování ADHD a HPO přesnější než pouze standardizované škály. Tato hypotéza se potvrdila, avšak jen za podmínky, že k rozlišení nebudou použity všechny neuropsychologické testy. Zahrnutí všech testů přesnost naopak snižovalo. Došli jsme tedy k závěru, že je důležité zvážit relevanci neuropsychologických metrik, ke kterým při diferenciální diagnostice přihlížíme. Naše

výsledky jsou také v souladu s předchozími zjištěními, že pouze objektivní měřítka pro diferenciální diagnostiku ADHD nestačí.

Druhou hypotézu jsme zformulovali na základě rešerše z teoretické části o nejvýznamnějších symptomatických překryvech ADHD a HPO. Naší druhou hypotézou bylo, že těmi nejméně užitečnými subškálami dotazníku BPQ pro rozlišení ADHD a HPO budou impulzivita, sebeobraz, vztahy a afektivní nestabilita. Výsledkem bylo, že se potvrdila předpokládaná nízká důležitost subškál impulzivita, vztahy a sebeobraz. Místo afektivní nestability však klasifikační model mezi čtyři nejméně důležité subškály zařadil opuštění.

Výsledky teoretické i empirické části podporují kritický pohled na aktuální diagnostická kritéria ADHD a důležitost hlubších znalostí o variabilních projevech této poruchy u dospělých pro její správnou diagnostiku.

Klíčová slova

Porucha pozornosti s hyperaktivitou, ADHD, diferenciální diagnostika, hraniční porucha osobnosti, komorbidita

Abstract:

The aim of the bachelor thesis is to map the issues of differential diagnosis of ADHD in general, and then focusing on the key elements for differentiating ADHD and borderline personality disorder. ADHD is a significantly underdiagnosed disorder in the adult population. One of the main causes is symptomatic overlap with other disorders, which are also often comorbid with ADHD. The current wording of the diagnostic criteria is also problematic, as it does not include all the symptoms of ADHD and, moreover, does not adequately reflect the specific manifestations of the disorder in adults. There are also as yet no objective measures by which ADHD can be diagnosed. Misdiagnosis leads to people with ADHD missing proper treatment that could alleviate the significant psychosocial impairments associated with the disorder.

The theoretical part of this thesis summarizes the diagnostic methods for ADHD as well as the problem areas that make correct diagnosis difficult. The thesis also provides a summary of the diagnoses that are most often comorbid or confused with ADHD, along with the ways in which each disorder differs.

The main focus of the paper is the differential diagnosis of ADHD and borderline personality disorder. In this paper we have identified key symptomatic overlaps as well as manifestations typical of only one of the disorders. We conclude the theoretical section by briefly raising the topic of ADHD as a risk factor for later development of BPD, particularly in relation to typical manifestations or consequences of ADHD that have also been shown to increase the risk of developing BPD.

In the experimental part, we tested two hypotheses using an artificial intelligence-based classification model. The first hypothesis was that a combination of standardized scales and objective measures in the form of neuropsychological tests would be more accurate in discriminating ADHD and bpd than standardized scales alone. This hypothesis was confirmed, but only on the condition that not all neuropsychological tests were used to differentiate. On the contrary, the inclusion of all tests reduced accuracy. Thus, we concluded that it is important to consider the relevance of the neuropsychological metrics considered in the differential diagnosis. Our results are also consistent with previous findings that objective measures alone are not sufficient for the differential diagnosis of ADHD.

We formulated our second hypothesis based on a search of the theoretical section on the most important symptomatic overlaps between ADHD and BPD. Our second hypothesis was that the least useful BPQ subscales for differentiating ADHD and BPD would be impulsivity, self-image, relationships, and affective instability. As a result, the predicted low importance of the impulsivity, relationships, and self-image subscales was confirmed. However, instead of affective instability, the classification model included abandonment among the four least important subscales.

The results of the theoretical and empirical sections support a critical view of the current diagnostic criteria for ADHD and the importance of a deeper knowledge of the variable manifestations of this disorder in adults for its correct diagnosis.

Key words:

Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD, differential diagnosis, borderline personality disorder, comorbidity

Obsah

Úvod **8**
1 ADHD **9**
1.1 Příznaky nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity 9
1.2 Diagnostická kritéria ADHD 11
2 Diagnostické metody ADHD **14**
3 Problematické aspekty diagnostiky ADHD **15**
4 Komorbidity a záměnnosti ADHD **20**
4.1 Závislosti 20
4.2 Afektivní poruchy 21
4.2.1 Bipolární porucha 21
4.2.2 Depresivní poruchy 22
4.3 Úzkostné poruchy 23
4.4 Porucha autistického spektra 24
4.5 Poruchy osobnosti 26
4.6 Poruchy příjmu potravy 28
4.7 Spánkové poruchy 28
5 Hraniční porucha osobnosti **28**
6 Společné znaky ADHD a HPO **30**
6.1 Temperamentové překryvy 30
6.2 Impulzivita 31
6.3 Emoční dysregulace 31
6.4 Narušené interpersonální vztahy 34
6.5 Citlivost na odmítnutí 36
6.6 Časová slepota 37
6.7 Narušené sebepojetí 37
6.8 Pocity prázdnoty a nudy 41
6.9 Psychosociální dopady 43
6.10 Závislosti 44
7 Příznaky specifické pouze pro ADHD **44**
7.1 Hyperaktivita 44
7.2 Exekutivní dysfunkce 45
7.3 Hyperfocus 45
7.4 Senzorická dysregulace 46
8 Příznaky specifické pouze pro Hraniční poruchu osobnosti **47**
8.1 Sebepoškozování, sebevražedné chování 47
8.2 Bludy, halucinace, paranoidní ideace 47
8.3 Disociativní stavy 48
9 Shrnutí symptomatických překryvů ADHD a HPO **49**
10 ADHD jako rizikový faktor vzniku HPO **50**
11 Empirická část **51**
11.1 Výzkumné otázky 51
11.2 Vzorek 52

11.3 Metody 52
Beck Anxiety Inventory (BAI) 52
Beck Depression Inventory II (BDI_II) 53
Borderline Personality Questionnaire (BPQ) 53
Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) 53
Rey Auditory Verbal Learning Test (AVLT) 53
Verbální fluence 54
Trail Making Test (TMT) 54
Logical Memory subtest, WMS-III 54
Digit Symbol–Coding, WAIS IV (Symbols) 54
Digit Span, WAIS-IV 54
Rey–Osterrieth Complex Figure 55
Cognitive Estimation Test (CET) 55
11.4 Analýza 55
11.5 Výsledky 57
12 Diskuze 61
12.1 Srovnání důležitosti standardizovaných škál a neuropsychologických testů 61
12.2 Srovnání důležitosti skórů dotazníku Borderline Personality Questionnaire 62
12.3 Impulzivita 63
12.4 Afektivní nestabilita/emoční dysregulace 64
12.5 Sebeobraz 65
12.6 Vztahy 66
Závěr 67
Limity 69
Seznam použitých zdrojů a literatury: 71
Appendix A 84
Seznam obrázků: 84
Seznam zkratek: 84
Appendix B 84

Úvod

ADHD je hojně diskutovaná a málo pochopená porucha, která je v dospělé populaci silně poddiagnostikována, a to přestože je dobře léčitelná a má významné negativní dopady na kvalitu života. Diagnostická kritéria ADHD poruchu popisují jako neschopnost sedět v klidu na židli a dávat pozor, studie psychosociálních dopadů poruchy mezitím přinášejí zprávy o 40% prevalenci ADHD mezi vězni a zdvojnásobeném riziku předčasné smrti. Jak si tento nesoulad vysvětlit?

Cílem této práce je zmapovat problematiku diagnostiky ADHD včetně užívaných metod a problematických oblastí s důrazem na diferenciální diagnostiku ADHD a HPO.

V úvodu práce vymezíme projevy ADHD u dospělých a ty srovnáme s existujícími diagnostickými kritérii a metodami pro diagnostiku poruchy. Následně se zaměříme na problematické oblasti diagnostického procesu a na diagnózy, které jsou s ADHD vysoce komorbidní nebo zaměňované. Hlavním tématem práce jsou klíčové prvky pro odlišení ADHD a hraniční poruchy osobnosti (HPO), protože tato diagnóza patří v diferenciální diagnostice ADHD k těm nejproblematičtějším. Po shrnutí projevů HPO velkou část věnujeme zmapování symptomatických odlišnosti a překryvů mezi oběma poruchami.

V empirické části jsme na datech z klinických vyšetření lidí s ADHD, s HPO a s komorbidním ADHD + HPO srovnali důležitost jednotlivých testových metod pro určení diagnózy. V první části jsme pracovali s výsledky standardizovaných škál a neuropsychologických vyšetření. V druhé části jsme se zaměřili na důležitost jednotlivých subškál dotazníku Borderline Personality Questionnaire. V závěru práce shrnujeme zjištění z teoretické i empirické části a interpretujeme je v kontextu diagnostiky ADHD a rozlišení této poruchy od HPO.

Téma práce jsme zvolili pro objektivní nedostatky v diagnostice ADHD u dospělých. V celé práci tedy primárně pracujeme s projevy této poruchy v dospělé populaci, a to i proto, že ji následně odlišujeme od hraniční poruchy osobnosti, která se v dětství typicky nediagnostikuje. V práci se také opíráme o symptomatiku ADHD tak, jak ji definuje manuál DSM-5.

1 ADHD

Termín ADHD je zkratkou pro anglický název poruchy, jehož plné znění je Attention Deficit Hyperactivity Disorder, český název je porucha pozornosti s hyperaktivitou. V minulosti se pro tuto diagnózu používaly také názvy lehká mozková dysfunkce nebo hyperkinetická porucha. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) od označení hyperkinetická porucha ustupuje a sjednocuje ho s názvem užívaným také v pátém vydání Diagnostického a statistického manuálu (DSM-5) na ADHD.

ADHD zařazujeme mezi neurovývojové poruchy, což je skupina poruch s charakteristickým začátkem v raném vývoji a vývojovými deficity ve funkci mozku, které dotčené osoby znevýhodňují v různých oblastech jejich fungování. Typicky v osobní, sociální, akademické nebo profesní oblasti. Do neurovývojových poruch dále zařazujeme poruchu autistického spektra, poruchy učení, řeči a jazyka a mentální postižení (American Psychiatric Association, 2013).

Většinu historie bylo ADHD definováno jako dětská poruchy. V 90. letech 20. století se po dekádách výzkumů definice diagnózy postupně rozšířila a DSM–IV vydaný v roce 1994 tento posun reflektoval přidáním specifických projevů ADHD u dospělých (Lange et al., 2010). Dodnes je však ADHD dominantně spojováno s dětským obdobím a diagnostikováno nejčastěji v předškolním nebo raném školním věku, přestože asi polovině lidí příznaky zůstávají do dospělosti (Faraone et al., 2021).

Prevalence ADHD v populaci je asi 5–7 % u dětí, dospělých s poruchou je potom přibližně 3,4 %. Porucha je to vysoce dědičná s dědičností okolo 70–80 % u dětí (Kooij et al., 2019).

1.1 Příznaky nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity

Pro příznaky ADHD platí, že jsou v určité míře a rozmanitosti pozorovány v běžné populaci a o diagnóze ADHD bychom mohli přemýšlet jako o extrémní manifestaci na spektru symptomů, kdy už tyto symptomy výrazně negativně zasahují do života jedince (Weibel et al., 2020).

Symptomy ADHD se rozdělují do tří hlavních skupin – na projevy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Výskyt a závažnost těchto symptomů nejsou v klinické populaci rovnoměrně rozloženy a rozlišujeme tři hlavní prezentace: ADHD s převažující poruchou pozornosti, ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou a kombinovaný typ. Nejčastější je kombinovaný typ, ale s přibývajícím věkem příznaky hyperaktivity a impulzivity často slábnou (Weibel et al., 2020). Osobám s ADHD tato porucha ovlivňuje jejich každodenní fungování v rozmanitých oblastech života, od čehož se odvíjejí rozdíly mezi popisovanými příznaky u dětí a u dospělých. U dětí je ADHD popisováno především v kontextu školního prostředí: projevy v podobě motorického neklidu, nesoustředěnosti, netrpělivosti, těkání mezi činnostmi, zapomínání, ztrácení věcí nebo neplnění instrukcí (Miovský, 2018). U dospělých jsou projevy ADHD rozmanitější a často méně nápadné.

Příznaky nepozornosti se u dospělých projevují tím, že jim déle trvá zformulovat a vyjádřit své myšlenky, často při nich ztrácejí nit nebo se zaplétají do zbytečných detailů. Mají také problémy s udržením pozornosti u dlouhých a monotónních aktivit. Běžná je u nich přílišná míra denního snění a rozbíhavých myšlenek, které schopnost koncentrace dále komplikují. Zažívat také mohou opačný stav, hyperfocus, během kterého dokážou u stejné činnosti setrvat dlouhé hodiny ve stavu hluboké koncentrace. Tento stav ale nastává zpravidla u činností, které jedince zajímají, nebo přinášejí okamžitá uspokojení (Kooij et al., 2019). Problémy s pozorností dospělým často komplikují jejich pracovní nebo akademický výkon a vážou se k nim mnohé negativní psychosociální dopady, které blíže popisujeme v kapitole 6.9 Psychosociální dopady. Anglický název ADHD v doslovném překladu znamená „porucha nedostatku pozornosti s hyperaktivitou", místo jako nedostatek pozornosti je vhodnější ji popisovat jako neschopnost vlastní pozornost regulovat. Lidé s ADHD zažívají problémy jak s mobilizací pozornosti, tak s jejím udržováním a přesměrováním (Weibel et al., 2020).

Hyperaktivitu lidé často zažívají ve formě pocitů vnitřního neklidu, upovídanosti, vrtění se na židli v situacích, kdy se od nich očekává, že budou klidně sedět, nutkání se pohybovat, neschopnosti relaxovat a usnout nebo rychlém proudu těkajících myšlenek a nápadů (Kooij et al., 2019).

Impulzivita se může projevovat deficitem v inhibici a nelibostí k čekání, což můžeme pozorovat především v interpersonální oblasti například ve formě skákání do řeči. Časté jsou

také jiné interpersonální konflikty, nadměrné utrácení a tendence vyhledávat vzrušující aktivity (Kooij et al., 2019). Lidé s ADHD mají vyšší náchylnost k nudě, kvůli které častěji mění práci nebo partnery a také se častěji vystavují rizikovým situacím, jako jsou rychlá jízda v autě, užívání drog nebo konflikty s autoritami (Weibel et al., 2020).

1.2 Diagnostická kritéria ADHD

Na symptomy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity jsou rozdělena také diagnostická kritéria ADHD, jejichž podoba je z historického hlediska silně ovlivněna původní konceptualizací ADHD jako dětské poruchy obvykle pozorované ve školním prostředí (Bell, 2011). DSM-5 pro diagnostiku ADHD uvádí následující položky (American Psychiatric Association, 2013):

A. Šest a více (pro děti) nebo pět a více (pro jedince ≥ 17 let) z následu- jících příznaků NEPOZORNOSTI (1) a/nebo HYPERAKTIVITY a IMPULZIVITY (2), které přetrvávají po dobu ≥ 6 měsíců a mají negativní dopad na vývoj, fungování a sociální, vzdělávací nebo pracovní aktivity:

1. Nepozornost

a) Často není schopen soustředit se na detaily nebo udělá chybu z nepozornosti ve školních úlohách, v práci nebo při jiných aktivitách (např. přehlíží nebo vynechává detaily, práce je nepřesná).

b) Často má problémy udržet pozornost při úkolech nebo při hrách (např. Má obtíže zůstat soustředěný na přednášky, rozhovory nebo delší čtení).

c) Často vypadá, že neposlouchá, když je přímo osloven (např. myšlenkami je jinde i v nepřítomnosti zjevné příčiny rozptýlení).

d) Často nesleduje instrukce do konce a není schopen dokončit školní úkoly, domácí práce nebo pracovní povinnosti (např. začne plnit zadání, ale rychle ztrácí pozornost a snadno se nechá rozptýlit).

e) Často má problémy organizovat úkoly nebo aktivity (např. potíže zvládat následné úlohy; potíže udržet pořádek v materiálech a osobních věcech; dezorganizovaná práce).

f) Často se vyhýbá úkolům, nemá je rád nebo není ochoten plnit úkoly, které vyžadují trvalejší duševní úsilí (např. vyplňování formulářů, kontrola dlouhých článků).

g) Často ztrácí věci potřebné pro úkoly nebo aktivity (např. školní materiály, tužky, knihy, pomůcky).

h) Často je rozptýlen zevními stimuly.

i) Při denních činnostech je často zapomnětlivý (např. zapomíná zavolat zpět, zaplatit účty, dodržet schůzky).

2. Hyperaktivita a impulzivita

a) Často se ošívá nebo poklepává rukama nebo se vrtí na židli.

b) Často vstává ze židle v situacích, kdy se očekává, že by měl zůstat sedět.

c) Často běhá nebo šplhá v situacích, kdy je to nevhodné.

d) Často není schopen si tiše hrát nebo potichu trávit volný čas.

e) Často je v poklusu, chová se, jako by byl „poháněn motorem“.

f) Často nadměrně mluví.

g) Často vyhrkne odpověď ještě dříve, než byla dokončena otázka (např. dokončuje věty za druhé, nedokáže čekat, až na něj přijde řada).

h) Často má potíže čekat, až na něj přijde řada (např. při čekání ve frontě).

i) Často přerušuje nebo ruší druhé (např. se plete do rozhovoru, her, aktivit, může používat cizí věci bez svolení).

B. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity – impulzivity – bylo přítomno již před 12. rokem života.

C. Několik příznaků nepozornosti nebo hyperaktivity – impulzivity – je přítomno ve dvou nebo více prostředích (např. doma, ve škole, v práci, s přáteli nebo příbuznými; při jiných činnostech).

D. Existuje jasný důkaz, že příznaky narušují nebo snižují kvalitu sociálního, akademického nebo profesionálního fungování.

E. Příznaky se nevyskytují výlučně v průběhu schizofrenie nebo jiné psychotické poruchy a nelze je lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (např. poruchou nálady, úzkostnou poruchou, poruchou osobnosti, intoxikací návykovou látkou nebo abstinenčním stavem).

1.3. Příznaky nad rámec nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity

V klinické populaci lidí s ADHD běžně pozorujeme řadu deficitů v oblastech, které nespadají pod kategorie nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Jedním z nejčastějších příznaků je emoční dysregulace ve formě emoční hyperreaktivity, nedostatečné schopnosti seberegulace, nízké tolerance na frustraci, emoční lability, impulzivity a výbušnosti (Reimherr et al., 2020). Tento příznak podrobněji popisujeme v kapitole 6.3 Emoční dysregulace.

S ADHD jsou pevně spjaty také poruchy v exekutivních funkcích Nejčastěji se jedná deficity ve schopnostech organizace, plánování, prioritizace a iniciace práce, hospodaření s časem, soustředění, přesměrovávání soustředěnosti mezi úkoly, regulace bdělosti, udržování úsilí nebo schopnosti plně využívat vlastní pracovní paměť (Kooij et al., 2019). Exekutivní deficity u lidí s ADHD velmi často vedou k omezené schopnosti podílet se na cíleném, účelném a na budoucnost orientovaném chování (Švandová et al., 2021).

V souvislost s ADHD se často používá pojem „ADHD burden" neboli ADHD břemeno. Jedná se o souhrnné označení potíží, se kterými se lidé s touto poruchou potýkají v průběhu svého života. Jsou jimi typicky problémy ve škole a častější předčasné ukončení školní docházky, nedostatečný výkon v zaměstnání a časté změny práce, finanční potíže, látkové i behaviorální závislosti, problémy v romantických vztazích, zvýšená míra sebevražednosti a sebepoškozování u adolescentů, zvýšená míra kriminality, vyšší míra závažnosti a chroničnosti fyzických potíží kvůli zanedbání prevence a léčby, nezdravý životní styl nebo vyšší míra obezity. Dopady ADHD na život jsou ale variabilní a odvíjejí se od dalších zdrojů, které mají osoby s touto poruchou k dispozici. Mnoho jich své neurovývojové deficity zvládá do značné míry kompenzovat a své životy navigují bez přítomnosti nějakého zjevného vzorce funkčních obtíží (Kooij et al., 2019).

2 Diagnostické metody ADHD

Diagnostika ADHD by v ideálním případě měla být pojata komplexně, využívat informací z více zdrojů a za použití více metod. Doporučují se nestrukturované a strukturované klinické rozhovory a sebehodnotících škály, a to jak s pacientem, tak nějakou osobou z jeho blízkosti. Lidé s ADHD totiž mívají často problém své fungování věrně ohodnotit, a to obzvlášť retrospektivně. Diagnostiku je také možné doplnit objektivními měřítky, jako jsou výkonnostní testy, jejich užitečnost je však sporná (Barkley, 2018).

Strukturované diagnostické rozhovory

Pro diagnostiku ADHD u dospělých bylo vyvinuto několik strukturovaných diagnostických rozhovorů. Strukturovaný rozhovor je užitečným nástrojem pro systematické shromáždění klíčových informací o diagnostikované osobě, jako jsou přítomnost diagnostických příznaků a jejich historie, míra funkčního poškození v životě a celkový kontext života jedince. Nejčastěji používanými metodami jsou Diagnostic Interview for ADHD in adults (DIVA-5), Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) a Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale (ACDS v1.2) (Anbarasan et al., 2020).

Standardizované škály

Standardizované škály jsou užitečné pro upřesnění diagnózy a také sledování vývoje příznaků v čase. Jejich přínosem je i to, že zahrnují příznaky ADHD nad rámec diagnostických kritérií. Testované osoby v nich obvykle hodnotí míru svých symptomů na škále. Nejčastěji používanými metodami jsou Adult Attention-deficit/hyperactivity disorder self report scale (ASRS), ADHD Rating Scale 5 (ADHD-RS-5), Wender Utah Rating Scale (WURS) a Barkley Adult ADHD Rating Scale IV (BAARS-IV).

Použití objektivních měřítek

Zatím neexistují žádná genetické, biochemické nebo psychometrické testy, na jejichž základě se dá ADHD diagnostikovat. Přestože psychometrické testy mají vysokou senzitivitu i specificitu při rozlišování ADHD pacientů od zdravé kontrolní skupiny, jejich role v rozlišení ADHD pacientů od jiných psychiatrických pacientů je nekonzistentní (Rosso et al., 2023). Jako nejúčinnější se ukazuje jejich užití ve spojení s dalšími metodami klinického vyšetření (Nikolas

et al., 2019). Zároveň mohou být užitečné pro určení obecné kvality kognitivních funkcí nebo k detekci poruch učení. Je důležité mít na paměti, že mnozí lidé mohou diagnózu ADHD správně dostat a na základě jejich anamnézy a dalších ukazatelů, přestože diagnóze zdánlivě neodpovídají jejich psychometrické výsledky. Ačkoliv totiž lidé s ADHD často dosahují zhoršeného výkonu, „průměrný“ nebo nadstandardní výkon nemůže být k vyloučení této diagnózy použit (Rosso et al., 2023).

3 Problematické aspekty diagnostiky ADHD

Přestože je ADHD dlouho známou, dobře zmapovanou a léčitelnou poruchou, která představuje významnou zátěž v každodenním životě, většina lidí majících ADHD není diagnostikována ani léčena. Odhaduje se, že (správnou) diagnózu má méně než třetina dospělých s ADHD v USA, což je ve srovnání s mnoha evropskými zeměmi a s dalšími kontinenty ještě velmi optimistický poměr (Asherson et al., 2012). V České republice počet diagnostikovaných dospělých mezi lety 2010 a 2022 vzrostl padesátkrát na aktuálních necelých 8000 lidí (Košlerová, 2023), podle odhadované celosvětové prevalence 2–5 % (Kooij et al., 2019) by jich přitom mělo být 130–340 tisíc.

Důvodů pro vysoký nesoulad mezi prevalencí ADHD v dospělosti a počtem skutečně diagnostikovaných dospělých je několik. Z hlediska pacientů diagnostiku ztěžují nízké povědomí o projevech ADHD v dospělosti a také jejich časté maskovací a kompenzační strategie, kvůli kterým odborníka zřídka vyhledávají kvůli konkrétnímu podezření na ADHD. Problémy jsou také na straně odborníků, kteří často o ADHD nebyli dostatečně informováni v rámci svého studia a mohou jeho projevy připsat jiné diagnóze. S tím souvisí třetí hlavní problém diagnostiky ADHD, kterým jsou značně omezená diagnostická kritéria a z nich vycházející snadná zaměnitelnost s podobnými nebo komorbidními poruchami.

3.1 Maskování, kompenzace

ADHD značně komplikuje každodenní fungování a je běžné, že si lidé s touto diagnózou během života vytvářejí kompenzační strategie, kterými negativní dopady poruchy zmírňují, a to často aniž by si byli vědomi, že za jejich odlišnostmi stojí nějaká porucha. Dobře kompenzované ADHD však může paradoxně vyústit v problémy při jeho diagnostice. Kompenzační mechanismy mohou příznaky ADHD maskovat a zároveň s sebou přinášet

sekundární psychické problémy, které jsou potom při diagnostickém procesu více patrné než jejich ADHD příčina (Rivas-Vazquez et al., 2023).

Lidé s ADHD poruchu kompenzují v různých oblastech svého života. Vytvářejí si rigidní organizační struktury s četnými budíky a upomínkami, aby tak nahradili nedostatek struktury ve vlastní mysli. Vyhýbají se událostem, při kterých by mohly vyniknout jejich společenské nedostatky nebo nedostatek trpělivosti. Motorické projevy hyperaktivity, jako je pohupování nohou, zmírňují sportem nebo další společenskou izolací. Pracují v noci, aby se vyhnuli možným vyrušením, nebo při práci naopak vyhledávají přítomnost dalších pracujících, aby jejich sílu vůle použili k zastavení vlastní prokrastinace (Rivas-Vazquez et al., 2023).

Přestože jsou kompenzační strategie důležitou a často nutnou součástí života s ADHD, mohou si vybírat svou daň. Mnozí zvládají i s ADHD vést úspěšný kariérní život, přídavné úsilí, které pro své úspěchy vynakládají, jim ale může způsobit značnou tíseň, až opakované epizody vyhoření (Asherson et al., 2012). Hyperaktivita je u ADHD často internalizovaná a příznaky nepozornosti mohou být maskovány úzkostnými symptomy nebo kompenzovány obsesivně-kompulzivními strategiemi (Weibel et al., 2020). Někteří sebemedikují návykovými látkami nebo činnostmi a ADHD je i díky tomu rizikovým faktorem pro vznik závislostí (Miovský, 2018) viz kapitola 6.10 Závislosti. Lidé s ADHD také často zažívají obavy, napětí, podrážděnost, smutek, pocity viny a nízké sebevědomí v důsledku vlastního nedostatečného výkonu (Rivas-Vazquez et al., 2023).

Je proto časté, že dospělí s ADHD odbornou pomoc vyhledávají kvůli sekundárním psychickým obtížím, jako jsou deprese, úzkost nebo závislost, způsobeným zvýšenou náročností života s ADHD (Rivas-Vazquez et al., 2023). Díky dobré kompenzaci mohou být typická funkční poškození spojená s ADHD skryta, jedinec může mít například velmi dobrý prospěch ve škole, a diagnostický proces potom může být soustředěn na sekundární problémy, aniž by jejich pravá příčina byla odhalena (Asherson et al., 2012). V těchto případech by přitom správná diagnóza a léčba ADHD mohly vést ke zlepšení výkonnosti a fungování, jedinci zátěž ulehčit a deprese a úzkosti zmírnit, aniž by bylo nutné dávkovat další, možná zbytečnou, léčbu (Rivas-Vazquez et al., 2023).

Lidé s ADHD k odborníkovi také často zavítají v momentech, kdy se u nich funkční obtíže objeví jakoby zničehonic v období výrazné životní změny, jako je nástup na vysokou školu nebo do práce. Kompenzační metody už totiž pro úspěch v nové roli nemusejí stačit nebo jsou nedostatky zvýrazněny ztrátou dosavadní rodinné podpory (Rivas-Vazquez et al., 2023).

V tomto kontextu se nabízí otázka, co ještě považujeme za funkční poruchu, zejména v případech, kdy se její dopady na výkon jedince nejeví jako extrémní. Důležité je to například kvůli úpravám a přizpůsobením, na která mají lidé s ADHD kvůli svému handicapu nárok ve školství (Asherson et al., 2012). Vysoce funkční jedinci s ADHD mohou díky vysokému IQ dosahovat dostatečně dobrých výsledků na to, aby se jejich žádost o prodloužení časového limitu v testu zdála neoprávněná. Jejich výkon přitom může být přesto narušen ve srovnání se stejně starými jedinci se stejným IQ nebo může být jejich kvalita života snížena kvůli dodatečnému úsilí, které pro dosažení tohoto výkonu musejí vynaložit (Asherson et al., 2012).

Odborníci by si měli být vědomi toho, že kompenzační metody mohou u dospělých maskovat ADHD. To potom může zůstat skryto za sekundárními psychickými problémy způsobenými zátěží samotné poruchy nebo dodatečným úsilím vynaloženým na její zvládnutí. U psychických poruch, které mají s ADHD vysokou komorbiditu nebo symptomatický překryv, by se proto při diagnostickém procesu měla přítomnost ADHD zvážit i v případě, že jedinec nepopisuje výrazná funkční poškození. Akademické a pracovní výkony nejsou jediným měřítkem zátěže, kterou ADHD v životě jedince představuje.

3.2 Falešná pozitiva komorbidit a neznalost odborníků

Jak už je zmíněno v předchozí podkapitole, dospělí s ADHD odbornou pomoc často vyhledávají kvůli sekundárním psychickým obtížím, jako jsou deprese, úzkost nebo závislost. Ty jsou často přímo zapříčiněny náročností navigace života s ADHD (Rivas-Vazquez et al., 2023). S tímto fenoménem souvisí také vysoká míra nesprávně diagnostikovaných komorbidit a diagnostická záměna ADHD za jiné poruchy s překrývající se symptomatikou — a to především bipolární poruchy, hraniční poruchy osobnosti, depresivních poruch a poruch úzkosti (Weibel et al., 2020). Většina dospělých s ADHD tuto poruchu nemá diagnostikovanou, přestože se mnozí z nich léčí s jinými diagnózami (Kessler et al., 2006). Na vině jsou především nedostatečná odbornost klinických pracovníků v problematice ADHD,

překrývající se symptomatika s jinými poruchami a také to, že se ADHD projevuje příznaky přesahujícími diagnostická kritéria.

Studijní plány budoucích lékařů a psychologů často ADHD věnují malý prostor. Mnoho klinických pracovníků proto nemá dostatečné informace o tom, jak se ADHD projevuje u dospělých. Mohou proto diagnostiku dospělých odmítat (Asherson et al., 2012), případně u nich diagnózu ADHD vyloučit kvůli neúplným informacím, jako je nepřítomnost akademických problémů v dětství a dospívání, nebo neschopnost diagnostikovaného si okolnosti svých školních let správně vybavit (Rivas-Vazquez et al., 2023). Kliničtí pracovníci jsou často lépe obeznámeni s poruchami nálady, osobnosti a úzkosti a při jejich znacích se u pacienta mohou zaměřit na ně, přestože jsou často jen sekundárními následky života s nediagnostikovaným a neléčeným ADHD (Weibel et al., 2020). Problematické je i snížení senzitivity a specificity standardizovaných metod pro diagnostiku ADHD u psychiatrické populace (Weibel et al., 2018). Roli mohou hrát také předsudky a stigma, které ve spojitosti s ADHD stále přetrvávají. Lidé s touto poruchou jsou často stereotypizováni jako líní, neschopní, agresivní nebo nevychovaní. Negativní pohled na poruchu podporuje také vysoký stupeň kontroly, se kterým se přistupuje k lékům na ADHD (Lebowitz, 2016).

Obecně můžeme říct, že kliničtí pracovníci při diagnostice dospělých s ADHD poruchu pozornosti často přehlížejí, protože s jejím možným výskytem v dospělé populaci zatím dostatečně nepočítají. Pokud možnou přítomnost ADHD cíleně neověří, mohou jeho projevy snadno zaměnit za podobnou nebo komorbidní diagnózu.

3.3 Omezená diagnostická kritéria

K záměnnosti ADHD za jiné diagnózy přispívá i to, že běžné projevy ADHD přesahují oficiální diagnostická kritéria této poruchy. Kromě hyperaktivity a nepozornosti totiž lidé s ADHD typicky vykazují nedostatky například v exekutivních funkcích, emoční regulaci nebo interpersonální oblasti (Anbarasan et al., 2020).

Kromě nepřítomnosti mnoha symptomů v diagnostických kritériích je problematické i to, jak jsou formulovány ty existující. ADHD bylo původně konceptualizováno jako dětská porucha. Tomu odpovídaly i definované symptomy a diagnostická kritéria přizpůsobená dětskému prostředí. S posunem v definici ADHD a rozšířením této diagnózy i pro dospělou

populaci došlo k přizpůsobení stávajících diagnostických kritérií, ta však dosud nereflektují mnohá specifika projevů této poruchy v dospělosti (Ramsay & Rostain, 2006).

Místo specifických diagnostických kritérií a symptomatiky dospělých (například porušování povoleného rychlostního limitu na silnici nebo nedodržování závazků; Ramsay & Rostain, 2006) jsou odlišnosti v prezentaci poruchy u dospělých reflektovány jen v rámci dodatků u stávajících kritérií. Dobře to ilustrují následující diagnostické body (American Psychiatric Association, 2013):

> Často má problém udržet pozornost na úkoly nebo při hrách (např. má obtíže zůstat soustředěný na přednášky, rozhovory nebo delší čtení).
>
> Často má problém udržet pozornost na úkoly nebo při herních činnostech (např. má obtíže zůstat soustředěný na přednášky, rozhovory nebo delší čtení).
>
> Často běhá nebo šplhá v situacích, kdy to je nevhodné (poznámka: u adolescentů a dospělých se to může omezit na pocit neklidu).

Toto přetrvávající rámování ADHD symptomů podporuje záměnnost s poruchami, které byly od začátku konceptualizovány pro dospělé. Při práci s adolescenty a dospělými lidmi je zapotřebí diagnostické příznaky přizpůsobit jejich věku. Pravděpodobně totiž svou hyperaktivitu nebudou projevovat tím, že by v nevhodných situacích běhali a šplhali (Kooij et al., 2019).

3.4 Gender

Významným faktorem pro zachycení diagnózy ADHD až v pozdějším věku je gender. Rozložení diagnostikovaných není genderově homogenní, počet diagnóz je výrazně vyšší u mužů. Poměr diagnostikovaných žen a mužů se pohybuje mezi 1:5 a 1:9 s tím, že nejvyšší nepoměr je v dětství a v dospělosti se stírá. Epidemiologické výzkumy prevalence ADHD u dospělých uvádějí poměr blížící se 1:1 (Quinn & Madhoo, 2014).

Pro tuto nerovnoměrnost existuje několik odůvodnění. Dívky své příznaky ADHD častěji internalizují a mívají oproti klukům méně příznaků hyperaktivity a impulzivity, což jejich poruchu činí méně nápadnou například ve školním prostředí. Dívky jsou také úspěšnější ve vytváření kompenzačních strategií, kterými poruchu maskují. Méně nápadná prezentace

ADHD u dívek snižuje pravděpodobnost, že budou někým z okolí doporučeny k vyšetření na ADHD (Quinn & Madhoo, 2014).

Důležitou roli hraje také převládající stereotypní představa ADHD jako poruchy zlobivých kluků. Kvůli stereotypu je u dívek oproti klukům menší pravděpodobnost, že budou doporučeny k vyšetření, a to i v případech, kdy vykazují totožné příznaky (Quinn & Madhoo, 2014).

Obecně se dá říct, že diagnostická kritéria ADHD jsou lépe přizpůsobena projevům ADHD u mužské populace, což v kombinaci s přetrvávající stereotypní představou ADHD jako poruchy mladých kluků vede k nižší dostupnosti diagnostiky pro dívky. V dospělosti se rozdíl v počtu diagnostikovaných stírá pravděpodobně proto, že v dospělosti ženy mohou odborníka vyhledat samy (Quinn & Madhoo, 2014).

4 Komorbidity a záměnnosti ADHD

Určitým nepsaným pravidlem při diagnostice ADHD je to, že zpravidla „nechodí samo“ – tedy, že je vysoce komorbidní. Až 80 % dospělých s ADHD má alespoň jednu další komorbidní poruchu. Nejčastěji se jedná o afektivní poruchy, úzkostné poruchy, poruchy chování, poruchy osobnosti, poruchy příjmu potravy, neurovývojové poruchy a poruchy učení. Komorbidity často zachycení a diagnostiku ADHD komplikují, protože jimi příznaky poruchy pozornosti mohou být maskovány. Vlivem překrývající se symptomatiky ADHD s jinými poruchami jsou také běžné diagnostické záměny a falešná pozitiva (Katzman et al., 2017).

4.1 Závislosti

Jednou z nejčastějších komorbidit ADHD jsou závislosti. A to látkové i nelátkové. ADHD zvyšuje pravděpodobnost zneužívání návykových látek asi šestinásobně (Dalsgaard et al., 2014) a odhaduje se, že prevalence komorbidního ADHD u lidí s návykovými poruchami je asi 50 % (Wilens, 2004). Nejčastěji se jedná o závislosti na alkoholu, na druhém místě potom užívání marihuany. Silná asociace by mohla být z důvodu účinku této látky na příznaky hyperaktivity a netolerance vůči nudě. „Sebemedikace ADHD“ návykovými látkami je velmi častá také u uživatelů stimulantů (amfetaminy a kokain), protože lidem s ADHD poskytuje vnitřní klid a zvýšenou pozornost. Lidé pracující se závislými by si měli být vědomi možného výskytu ADHD u osob, u nichž je užívání substancí spojeno s kognitivním vylepšením (Weibel

et al., 2020). Dopady dlouhodobého užívání návykových látek zároveň mohou příznaky ADHD maskovat nebo naopak napodobovat (Sobanski, 2006).

Miovský (2018) téma užívání návykových látek jako sebemedikace ADHD rozvíjí myšlenkou, že se ADHD často pojí s depresí, emoční labilitou, poruchou chování, opoziční vzdorovitou poruchou aj.. V této souvislosti mohou návykové látky u mladých lidí sloužit k regulaci nálad, zvládání pociťovaného neklidu, naplňování potřeby stimulace a úlevy od sociálního tlaku či tísně související se symptomy ADHD (Miovský, 2018). Přesný vztah mezi ADHD, přidruženými problémy a komorbiditami a tendencí k závislostem není znám. Existují i důkazy o tom, že tyto přidružené komorbidní poruchy jsou pravou příčinou zvýšeného rizika pro výskyt závislostí, nikoliv samotné ADHD (Torok et al., 2012; Barkley, 2018).

Roli ve zvýšené zranitelnosti lidí ADHD k užívání drog a závislostem mohou hrát také specifické osobnostní a temperamentové předpoklady typické pro osoby s ADHD, jako jsou novelty seeking, preference okamžitých odměn, náchylnost k úzkosti, impulzivita a náchylnost k nudě. Klíčové by mohly být také poruchy dopaminergního systému, které jsou u lidí s ADHD často pozorovány (Davis et al., 2015).

4.2 Afektivní poruchy

4.2.1 Bipolární porucha

Další velmi častou komorbidní diagnózou, která má s ADHD zároveň značný překryv v symptomatice, je bipolární porucha. Charakterizují ji střídající se stavy (hypo)mánie, deprese a bezpříznakových období, které trvají několik dnů, týdnů až měsíců. Během (hypo)manických epizod mají lidé s bipolární poruchou typicky povznesenou až euforickou náladu, více energie se sníženou potřebou spánku, zvýšené sebevědomí, zrychlené myšlení, řeč a pohyby. Jsou více iritabilní, mohou ztrácet sociální zábrany a snadněji se dostávat do konfliktů. Typické jsou také zvýšená impulzivita a nepozornost. Depresivní epizody se projevují opačně, a to smutkem, sníženým množstvím energie, nezájmem o okolní svět, problémy se spánkem, pocity bezcennosti, hanby a viny, zhoršenými schopnostmi uvažování a koncentrace a suicidálními myšlenkami (American Psychiatric Association, 2013).

Manická i depresivní fáze mohou být zaměněny za některé příznaky ADHD. Symptomy manické fáze, které mimikují ADHD, jsou neposednost, upovídanost, nepozornost, impulzivita

a rychlé střídání myšlenek (Katzman et al., 2017). U depresivní fáze jsou oblastí možné záměny kognitivní nedostatky, což blíže popisujeme v kapitole 4.2.2 Depresivní poruchy.

Poruchy od sebe můžeme odlišit především epizodickou podstatou bipolární poruchy oproti kontinuálnímu vývoji symptomů u ADHD. Ačkoliv výkyvy nálad nalezneme u obou diagnóz, u bipolární poruchy jsou typicky déle trvající a výraznější. Příznaky bipolární poruchy se v životě obvykle objevují později než příznaky ADHD. (Katzman et al., 2017)

8–20 % pacientů s ADHD má komorbidní bipolární poruchu. A podobně až 20 % těch s bipolární poruchou má komorbidní ADHD (Weibel et al., 2020). Tato čísla však mohou být zkreslena symptomatickým překryvem mezi poruchami. Současný výskyt těchto diagnóz urychluje věk počátku bipolární poruchy až o 6 let. Existují také důkazy o tom, že ADHD v dětství je rizikovým faktorem pro komorbidní ADHD a bipolární poruchu v dospělosti. Znaky komorbidity mohou být rezistence bipolární poruchy na farmakoterapii, raný počátek poruchy nebo problémy ve škole v minulosti (Schiwecka et al., 2021). Kromě ranějšího počátku bipolární poruchy lidé s komorbidním ADHD vykazují horší celkový průběh nemoci s kratšími bezpříznakovými obdobími a častějším výskytem dalších psychiatrických stavů a diagnóz. (Katzman et al., 2017)

4.2.2 Depresivní poruchy

Depresivní poruchy se vyznačují dlouhotrvající a všudypřítomnou skleslou náladou, smutkem, ztrátou zájmu nebo potěšení z činností a škálou emocionálních a fyzických příznaků včetně únavy, změn v chuti k jídlu nebo hmotnosti, poruch spánku, pocitů méněcennosti nebo viny, potížemi se soustředěním a myšlenkami na sebevraždu (American Psychiatric Association, 2013).

Lidé s depresivní poruchou mohou vykazovat kognitivní nedostatky podobné těm, které jsou typické u ADHD, a to jak v aktivní depresivní epizodě, tak v období remise. Překryv byl nalezen ve srovnatelně snížené výkonnosti v úkonech testujících exekutivní funkce, jako jsou verbální fluence, plánování, selektivní pozornost, kognitivní flexibilita a pracovní paměť. A také v dalších funkcích jako jsou verbální paměť, pozornost a rychlost zpracování. (Mayer et al., 2021). Depresivní poruchy se od ADHD naopak odlišují změnami v apetitu, myšlenkami na sebevraždu a neměnným depresivním afektem (Katzman et al., 2017).

Dalším symptomatickým překryvem ADHD a depresivní poruchy mohou být pocity méněcennosti nebo viny. Lidé s ADHD během života dostávají více negativní zpětné vazby a tu si často internalizují v pocity vlastní nedostatečnosti a viny (Krueger & Kendall, 2001; Cantor, 2000).

Prevalence komorbidní deprese a ADHD se odhaduje mezi 18,6–53,3 % (Katzman et al., 2017). ADHD zvyšuje riziko rozvoje deprese především v adolescenci a rané dospělosti (Mayer et al., 2021). Existují důkazy o tom, že komorbidní ADHD je u jedinců s depresí spojeno s přídavným neurokognitivním zhoršením (Larochette et al., 2011) a sníženou kvalitou života (McIntyre et al., 2010).

V diagnostice deprese jako komorbidního problému s ADHD je důležité rozlišit, zda jsou depresivní symptomy nezávislé na ADHD, nebo jestli vznikají důsledkem sociálních, akademických, profesních a dalších obtíží pramenících z neurovývojových deficitů. V druhém z případů efektivní léčba ADHD často vede ke zmírnění deprese bez nutnosti dodatečné léčby (Rivas-Vazquez et al., 2023).

4.3 Úzkostné poruchy

Úzkostné poruchy jsou diagnostickou skupinou charakterizovanou nadměrnými a přetrvávajícími obavami, strachem nebo úzkostí. Typické jsou také fyzické symptomy, jako jsou zrychlený srdeční tep a neklid (American Psychiatric Association, 2013).

Společným příznakem ADHD a úzkostných poruch jsou potíže s udržením pozornosti a neklid. Nepozornost je u úzkostných poruch obvykle spíše sekundárním příznakem. Může být důsledkem nadměrných obav, zvýšené ostražitosti, nutkavých myšlenek nebo strachu, což nejsou obvyklé příčiny nepozornosti u ADHD. Podobný rozdíl v příčině nalezneme také u roztěkanosti (American Psychiatric Association, 2013).

Komorbidita ADHD s úzkostnými poruchami se odhaduje mezi 23–53 %. Předmětem úzkosti jsou nezřídka funkční nedostatky v každodenním životě spojené se společenskými a kognitivními nedostatky. Přítomnost úzkostné poruchy může významně změnit prezentaci, prognózu i léčbu ADHD (D'Agati et al., 2019). Například u dětí přítomnost generalizované úzkostné poruchy omezovala inhibiční dysfunkci (Menghini et al., 2018), což je možná příčinou pro obvykle pozdější diagnózu ADHD u jedinců s komorbidní úzkostnou poruchou

(Katzman et al., 2017). V dospělosti komorbidní ADHD často zhoršuje příznaky přítomné úzkostné poruchy (D'Agati et al., 2019) a zároveň úzkostná porucha může zhoršovat příznaky nepozornosti (Sobanski, 2006).

V diagnostice úzkosti jako komorbidní poruchy s ADHD je důležité rozlišit, zda jsou pocity úzkosti nezávislé na ADHD, nebo jestli vznikají důsledkem sociálních, akademických, profesních a dalších obtíží způsobených ADHD. V druhém z případů efektivní léčba ADHD často vede ke zmírnění úzkosti bez nutnosti dodatečné léčby (Rivas-Vazquez et al., 2023).

4.4 Porucha autistického spektra

58 – 85 % jedinců s poruchou autistického spektra (PAS) má zároveň symptomy kompatibilní s diagnózou ADHD (Weibel et al., 2020). Příznaky PAS jsou u dětí s ADHD zároveň častěji pozorované než v běžné populaci (Mulligan et al., 2009).

Za hlavní symptomatické překryvy ADHD a PAS jsou považovány nepozornost, deficity v sociální kognici, obecná sociální dysfunkce a obtížně zvládnutelné chování (American Psychiatric Association, 2013).

Srovnávací studie zaměřené na sociální kognici u ADHD a PAS byly v minulosti soustředěny především na dětskou populaci. Sdílené deficity v sociální kognici souvisí s ukazateli, jako jsou potíže s rozpoznání emocí a obličejů, což jsou projevy běžně spojované spíš s PAS. U ADHD je ale nalezneme také, ačkoliv často v nižší míře, méně konzistentní a predikované nepozorností (Miller et al., 2011; Ibáñez et al. 2011) nebo hyperaktivitou (Baribeau et al., 2015).

Ačkoliv většina zjištění podporuje pohled, že u PAS je míra sociální dysfunkce vyšší, existují i výsledky poukazující na vyšší poškození u ADHD. Jedna studie srovnávala emoční kognici u dětí s ADHD, dětí s komorbidním ADHD + PAS a dětí jen s PAS. Nejvyšší míru dysfunkce vykazovaly obě skupiny dětí s ADHD. Děti jen s PAS si oproti nim vedly lépe. Schopnost emoční kognice přitom nekorelovala s příznaky ADHD ani PAS – místo toho korelovala se specifickými neurokognitivními funkcemi inhibice a udržení pozornosti (Sinzig et al., 2008).

Výrazný rozdíl je ve vývoji teorie mysli. U dětí s PAS byly nalezeny výrazné deficity, zatímco u těch s ADHD nikoliv (Bora & Pantelis, 2016). Tyto a další studie nám poskytují určitou představu o rozdílech v sociální kognici mezi ADHD a PAS, obecně jsou však poznatky z této oblasti roztříštěné a pro ucelené srovnání neexistuje dostatek komparativních studií.

Sociální dysfunkce se u obou poruch typicky projevuje ve schopnosti navazovat vztahy. Pro obě poruchy je obvyklý nízký počet recipročních přátelství. U PAS se zdá zapříčiněn absencí pozitivních projevů chování (např. oční kontakt, iniciování kontaktu), u ADHD příčina tkví spíš v přítomnosti negativního chování (skákání do řeči, vyrušování) (Antshel & Russo, 2019).

Kromě sociálně podmíněných příznaků najdeme podobnosti mezi ADHD a PAS například v odlišně fungujícím systému motivace a odměny, který je pro ADHD centrálním symptomem a jehož změny nalezneme i u PAS, ačkoliv pravděpodobně v nižší míře (Antshel & Russo, 2019).

Podobně je to i s exekutivní dysfunkcí, která je opět jádrem ADHD příznaků a kterou v určité formě nalezneme i u PAS. Vážnost exekutivní dysfunkce nelze posuzovat na kontinuu, každá z poruch se vyznačuje vlastním profilem exekutivní dysfunkce, přestože se jejich symptomy překrývají. Lidé s ADHD mají například největší potíže s plánováním, řešením problémů, a inhibicí, zatímco u lidí s PAS se exekutivní dysfunkce nejsilněji projevuje kognitivní neflexibilitou, tedy neschopností rychle přepínat mezi různými perspektivami (task-switching) (Antshel & Russo, 2019).

Studie zaměřené na projevy komorbidity ADHD + PAS poukazují na její aditivní znaky. Jedinci s PAS a ADHD + PAS měli problémy s kognitivní flexibilitou a plánováním, ti ze skupiny s ADHD a ADHD + PAS zase narušenou schopnost inhibice reakce. Oproti lidem jen s PAS mají ti s komorbidním ADHD + PAS větší deficity v pracovní paměti, rozpoznávání emocí a úzkosti (Antshel & Russo, 2019).

4.5 Poruchy osobnosti

ADHD se symptomaticky překrývá s několika poruchami osobnosti, což ztěžuje jejich diagnostické rozlišení. Zároveň je s nimi i vysoce komorbidní.

DSM–5 obtížnost rozlišení ADHD od hraniční, narcistické a dalších poruch osobnosti připisuje sdíleným znakům disorganizace, společenské dotěrnosti, impulzivity, hazardního chování, a emoční a kognitivní dysregulace. Pro diferenciální diagnostiku potom zdůrazňuje důležitost odlišení těchto sdílených znaků od narcistického, závislého, agresivního nebo despotického chování (American Psychiatric Association, 2013).

Přes vysoký překryv s poruchami osobnosti bychom mezi ně však ADHD zařazovat neměli. Van Dijk a kol. (2012) ve své studii symptomatických překryvů mezi ADHD a HPO a roli temperamentových a charakterových rysů v odlišení těchto poruch nalezli rozdíl v tom, že ženy s ADHD vykazovaly významné odchylky od normy v některých temperamentových rysech, nikoliv však v těch charakterových. Ačkoliv se tedy ADHD projevuje odchylkami v osobnosti, tyto odchylky mají především temperamentový základ, a ADHD by proto nemělo být chybně konceptualizováno jako porucha osobnosti. (Van Dijk et al., 2012)

Míra komorbidity ADHD a poruch osobnosti je významná. Ačkoliv se prevalence poruch osobnosti v běžné populaci odhaduje mezi 4,4–21 %, u pacientů s ADHD byly nalezeny v 10–75 % případů. Četnost komorbidity jednotlivých poruch osobnosti není u jedinců s ADHD rovnoměrná. Výrazně nejčastějšími komorbiditami jsou hraniční porucha osobnosti a disociální porucha osobnosti (Matthies & Philipsen, 2016).

Rozlišení ADHD a HPO je věnována podstatná část této práce, v této kapitole tedy zmíním jen disociální poruchu osobnosti. Hlavními symptomatickými překryvy ADHD a disociální poruchy osobnosti jsou impulzivita, emoční dysregulace, rizikové chování, náchylnost k nudě, nezodpovědnost, sensation seeking a problémy s plánováním a motivací. ADHD se odlišuje problémy s pozorností, exekutivní dysfunkcí, upovídaností, časovou slepotou, nepozorností, nízkým sebevědomím, senzorickou dysregulací a citlivostí na odmítnutí. Disociální porucha se potom na rozdíl od ADHD vyznačuje utlumenými emocemi, častým lhaním a manipulativním chováním, fyzickými potyčkami, pocity vlastní grandiosity, hierarchickým pohledem na lidi a nedostatkem empatie (American Psychiatric Association, 2013; Storebø & Simonsen, 2016).

Konkrétní poruchy osobnosti u komorbidit korelují s prezentací ADHD. Nejvyšší prevalence narcistické a disociální poruchy osobnosti byla nalezena u prezentace s převládající

hyperaktivitou, hraniční porucha osobnosti potom u kombinované prezentace. Vodítkem k pochopení tohoto propojení subtypů ADHD se specifickými poruchami osobnosti by mohly být lišící se projevy hyperaktivity, impulzivity a nepozornosti. U dětí příznaky hyperaktivity a impulzivity souvisely s porušováním pravidel, agresivním chováním, společenskými potížemi, extraverzí a nesnášenlivostí. Nepozornost potom byla spojena s odtažitostí, depresí, introverzí a vstřícností. U dospělých navíc nepozornost pozitivně korelovala s neuroticismem a negativně se svědomitostí (Matthies & Philipsen, 2014).

Vzhledem k významné komorbiditě ADHD a poruch osobnosti se výzkum zaměřuje i na možnost kauzálního vztahu mezi těmito diagnózami. Existuje několik studií podporujících hypotézu, že ADHD zvyšuje riziko delikventního chování. Dvě prospektivní studie srovnávající vývoj dětí s ADHD oproti kontrolní skupině dětí zjistily prevalenci disociální poruchy osobnosti v rané dospělosti u ADHD skupiny mezi 18–23 %, zatímco prevalence této poruchy osobnosti u kontrolních probandů byla 2–2,5 %. Jiné studie však přinesly důkazy o tom, že riziko pozdějšího vývoje disociální poruchy osobnosti existuje jen u těch dětí s ADHD, které mají navíc i poruchu chování (Sobanski, 2006). Četnost ADHD mezi vězni se každopádně pohybuje okolo 40 % (Rösler et al., 2004).

Matthies a Philipsen (2014) hypotetizují, že rozvoj neflexibilních a dysfunkčních přesvědčení, vztahových modelů a vzorců chování na základě skutečných nebo vnímaných nedostatků a jinakostí kvůli jádrovým symptomům ADHD je intuitivně možný. Taková přesvědčení jsou známou příčinou poruch osobnosti. Jako společné příčinné základy vývoje poruchy osobnosti u jedinců s ADHD vyzdvihli impulzivitu, hyperaktivitu a novelty seeking. Zároveň jako rizikový faktor uvedli nevyhovující styl výchovy (Matthies & Philipsen, 2014).

4.6 Poruchy příjmu potravy

Několik studií našlo vztah mezi příznaky ADHD a poruchami příjmu potravy, a to především záchvatovitým přejídáním a bulimií. S bulimií se někdy během života potýká 3–9 % dospělých s ADHD (Kessler et al., 2006). Vážnost příznaků ADHD je spojena se závislostí na jídle a tento vztah je částečně mediován mírou emočního distresu. Existují také důkazy o spojení závislosti na jídle s nedostatečnou inhibicí na neurokognitivní úrovni a nadměrným příjmem jídla (Samela et al., 2021). Dalšími vodítky může být sdílená dysfunkce

dopaminových cest v mozku mezi jedinci s ADHD a obézními jedinci. Tendence k přejídání může být částečně vysvětlena také jako důsledek nepozornosti k vlastním pocitům hladu a nasycení nebo jako kompenzační mechanismus ke zmírnění pocitů frustrace z každodenních strastí spojených s ADHD (Kaisari, 2017).

4.7 Spánkové poruchy

ADHD ze své podstaty souvisí s různými formami narušení spánku. Lidé s ADHD často popisují chronické problémy s usínáním, sníženou kvalitu spánku a problém s udržováním optimální míry bdělosti a nabuzení v průběhu dne. S ADHD je také souvisí vyšší riziko syndromu neklidných nohou. Zhoršená kvalita spánku může u lidí s ADHD značně zhoršovat jejich kognitivní a behaviorální příznaky, a proto se jedná o důležitý faktor při stanovení závažnosti poruchy a léčebného plánu (Sobanski, 2006).

5 Hraniční porucha osobnosti

Hlavní oblastí zájmu této práce je diferenciální diagnostika ADHD a hraniční poruchy osobnosti. Konkrétně na HPO jsme se místo jiných diagnóz nebo poruch osobnosti zaměřili proto, že je ze všech poruch s ADHD možná tou nejprovázanější a diagnosticky nejobtížněji oddělitelnou.

ADHD a HPO sdílejí mnoho příznaků a vnitřních mechanismů, navíc se u jednotlivců často vyskytují společně, což v diagnostické praxi značně komplikuje jejich diferenciaci. Správné rozlišení těchto poruch je přitom velmi důležité, protože každá z nich reaguje na jiný léčebný postup, což vychází i z jejich odlišné konceptualizace. Zatímco ADHD je považováno za neurovývojovou poruchu, jejíž podstata tkví v abnormálním vývoji a funkci mozku (Barkley, 2018), poruchy osobnosti chápeme spíše jako specifický vzorec chování s negativními dopady na život jedince a/nebo jeho okolí (Praško, 2015).

Primárním zaměřením této práce je ADHD. Hraniční poruchu osobnosti tedy v následujících kapitolách popisujeme především v kontextu jejích diagnostických kritérií a symptomatických překryvů a odlišností oproti ADHD.

Manuál DSM-5 hraniční poruchu osobnosti definuje takto (American Psychiatric Association, 2013):

Pervazivní vzorec nestability v mezilidských vztazích, sebeobrazu, emocích a výrazné impulzivitě, který začíná v rané dospělosti a projevuje se napříč různými kontexty. Porucha musí splňovat minimálně pět z následujících kritérií:

1. Obrovská snaha vyhnout se reálnému nebo domnělému opuštění. (Poznámka: nezahrnuje suicidální nebo sebepoškozující chování obsažené v kritériu 5).
2. Vzorec nestabilních a intenzivních interpersonálních vztahů, které jsou charakteristické kolísáním mezi extrémy idealizace a devalvace.
3. Narušení identity: znatelná a přetrvávající nestálost sebeobrazu a vnímání sebe sama.
4. Impulsivita nejméně ve dvou oblastech, které mohou být sebepoškozující (např. utrácení, sex, zneužívání návykových látek, bezohledné řízení vozidel, záchvatovité přejídání). (Poznámka: nezahrnuje suicidální nebo sebepoškozující chování obsažené v kritériu 5).
5. Opakující se suicidální jednání, gesta, výhružky nebo sebepoškozující chování.
6. Emoční nestabilita způsobená značnou reaktivitou nálady (např. intenzivní dysforická epizoda, iritabilita nebo úzkost trvající většinou pár hodin a jen ojediněle více než pár dní).
7. Chronický pocit prázdnoty.
8. Neadekvátní, intenzivní vztek nebo potíže s ovládáním vzteku (např. častá náladovost, trvalá zlost, opakované fyzické konflikty).
9. V reakci na stres přechodné projevy paranoie nebo závažné disociativní symptomy.

6 Společné znaky ADHD a HPO

Klíčovým a nejčastěji popisovaným symptomatickým překryvem mezi ADHD a BPD jsou impulzivita a emoční dysregulace a také nízké sebevědomí a narušené osobní vztahy (Weiner et al., 2019). Podobnosti ale nalezneme také v temperamentu, narušeném sebepojetí, změnách ve vnímání času, náchylnosti k nudě a sklonu k závislostem.

6.1 Temperamentové překryvy

Pro ADHD i HPO jsou typické značně vychýlené hodnoty v několika temperamentových rysech. Typicky sdílejí vyšší skóry u konceptů novelty seeking a harm avoidance. Zvýšené jsou také impulzivita, agrese, risk taking a novelty seeking zároveň mají

mediační efekt mezi retrospektivně posuzovanými ADHD symptomy a aktuálními symptomy HPO (Storebø & Simonsen, 2014). Ačkoliv jsou novelty seeking a harm avoidance zvýšené u obou poruch, novelty seeking bývá vyšší u ADHD, zatímco harm avoidance u HPO (Matthies & Philipsen, 2014).

Jak už jsme zmiňovali v úvodních kapitolách práce, ADHD je možno chápat jako extrémní manifestaci příznaků, které jsou v populaci rozloženy na spektru (Weibel et al., 2020). Podobný model existuje také pro chápání vztahu osobnostních rysů a poruch osobnosti. Osobnostní rysy a poruchy osobnosti podle tohoto modelu tvoří body na kontinuu a jsou jen odlišnými manifestacemi stejného systému. Model psychické poruchy konceptualizuje jako extrémní varianty určitého temperamentu. Stejný autor navrhl také model vychýlených temperamentových prekurzorů jako faktorů zranitelnosti pro pozdější rozvoj poruchy osobnosti (Tackett, 2006), což by mohlo do určité míry vysvětlovat vysokou komorbiditu ADHD a HPO.

6.2 Impulzivita

Impulzivita je zavedeným diagnostickým kritériem u řady psychiatrických diagnóz včetně ADHD i HPO. Zároveň je také tím příznakem, ve kterém se tyto dvě poruchy nejvíce potkávají (Weiner et al., 2019). Impulzivitu můžeme obecně definovat jako míru, do níž jedinci mají tendenci jednat okamžitě a v rozmaru, aniž by předtím zvážili důsledky svého jednání. Projevuje se ve formě netrpělivosti, konání bez přemýšlení, neschopnosti udržet si práci a dlouhodobé vztahy a také chováním s cílem získat pozornost. (Zalsman & Shilton, 2016) Teoreticky do ní můžeme zahrnou chování jako je gambling, užívání návykových látek, rizikové sexuální chování, přejídání, sebepoškozování a sebevražednost. (Linhartová et al., 2019)

U ADHD je impulzivita vyšší než u nekomorbidní HPO, přestože obě diagnózy v testech impulzivity dosahují vyšších skórů než běžná populace. Nejimpulzivnější skupinou jsou potom lidé s komorbidním ADHD a HPO. (Matthies & Philipsen, 2014) Subškálou impulzivity, která mezi poruchami nejlépe rozlišuje, je motorická impulzivita. Lidé s ADHD v ní dosahují vyšších skórů (Prada et al., 2014).

Impulzivitu u obou poruch pomáhají rozlišit její příčiny. U HPO problémy s inhibicí chování souvisejí především se silnými emočními stavy a vztahovými konflikty. U ADHD je impulzivita především spojována s problémem v inhibici svých reakcí a určitým obecnějším deficitem v kognitivních procesech, exekutivních funkcích a pozornosti (Matthies & Philipsen, 2014). Poruchy se naopak potkávají v srovnatelném preferování okamžitých odměn (Linhartová, 2019). Důsledky silné impulzivity u ADHD i HPO zahrnují bezohledné řízení, promiskuitu, interpersonální problémy, agresivní chování, zneužívání návykových látek a přejídání. U HPO je oproti ADHD vyšší míra sebepoškozujícího chování (Moukhtarian et al., 2018).

6.3 Emoční dysregulace

Emoční dysregulace (ED) je komplexním konstruktem, který by se dal stručně charakterizovat jako neschopnost jedince kontrolovat nebo regulovat svou emoční odpověď. Konkrétními projevy jsou náhlé změny nálad, potíže se zvládáním stresových situací a snadná emoční popudlivost či vzrušivost. Jako součást tohoto konceptu se uvádí také inhibice emočních reakcí na události a kognitivní procesy, jako jsou reorganizace emocí, přesměrování pozornosti a kognitivní přerámování situace (Retz et al., 2012).

Potíže s regulací vlastních emocí zažívá 72–90 % dospělých s ADHD a to i při absenci komorbidit (Asherson et al., 2005). Jde o natolik častý symptom, že některé studie navrhují zavedení nové prezentace ADHD – prezentace s emoční dysregulací (Reimherr et al., 2020). ED nepatří mezi základní diagnostická kritéria ADHD pro její nedostatečnou specificitu (Kooij et al., 2019), DSM-5 ji však uvádí jako charakteristický rys podporující diagnózu (American Psychiatric Association, 2013). U ADHD se ED projevuje problémy s ovládáním nálady (pocity podrážděnosti a častými krátkodobé emoční výbuchy), hyperreaktivitou (sníženou odolností vůči běžným životním stresům, která vede k častým pocitům tísně a přetížení) emoční labilitou (krátkými a nepředvídatelnými změnami od normální nálady k depresi nebo vzrušení) (Reimherr et al., 2005).

Pro vysvětlení emoční dysregulace u ADHD existuje několik hypotéz. Z kognitivního hlediska ji můžeme chápat jako produkt narušených kognitivních schopností, které potom komplikují optimální vnímání a zpracování podnětů s emočním nábojem. ED můžeme

v příčinném i důsledkovém vztahu vypozorovat u celé řady projevů ADHD (Rüfenacht et al., 2019)..

Do souvislosti se uvádí s obecnou exekutivní dysfunkcí, s deficity v sociální kognici, se zhoršenou percepcí a zpracováním emocí, s nedostatkem empatie a se sníženou kapacitou pro mentalizaci. Obecně jsou špatné kognitivní schopnosti pro regulaci emocí spojeny s nedostatečnými metakognitivními schopnostmi: se soustředěností, schopností přehodnotit své cíle a špatným vyhodnocováním situací, což potom emoční stav zesiluje (Rüfenacht et al., 2019). Emoční nestabilitu můžeme také vidět jako příčinu i důsledek některých projevů hyperaktivity a impulzivity (Asherson et al., 2014).

ED zhoršuje vážnost ADHD příznaků i komorbidit a obecně zvyšuje funkční poškození (Retz et al., 2012). Vyšší míra příznaků ADHD je spojena s vyšší mírou emoční reaktivity a častějším užíváním maladaptivních kognitivních strategií, jako jsou ruminace, sebeobviňování, obviňování druhých a katastrofizování (Rüfenacht et al., 2019). Obecně výzkumy naznačují, že jsou lidé s ADHD horší v používání technik na zvládání svých emocí (Matthies & Philipsen, 2014).

Vzhledem k vysoké komorbiditě ADHD s jinými poruchami, a zároveň nepřítomnosti symptomů spojených s emocemi v základních diagnostických kritériiích, je v diagnostice emoční dysregulace často brána jako projev komorbidity. Emoční dysregulace se u ADHD od komorbidních nebo záměnných poruch liší tím, že jde efektivně léčit atomoxetinem a stimulanty (Reimherr et al., 2020). Zároveň ji jako projev nacházíme i u nekomorbidního ADHD. Přítomna je i u dětí, lépe definována a jednodušeji vyhodnotitelná je však u dospělých (Grossman & Avital, 2023).

U HPO je ED považována za jeden z centrálních projevů. Způsobena je asi komplexní souhrou mezi vysokou emoční citlivostí, vysokou náchylností k negativnímu afektu a jeho nepředvídatelným vývojem, deficitem ve schopnosti vhodně regulovat své negativní stavy vzhledem k nízké toleranci k distresu a tendence volit maladaptivní strategie emoční regulace (Matthies & Philipsen, 2014).

U HPO byla stejně jako u ADHD zjištěna nižší míra empatie oproti běžné populaci, což může přispívat k horší ED. Projevy ED se u obou poruch překrývají v nestabilitě, intenzitě

negativních emocí a pomalém návratu do základní emoční hladiny. Srovnávací studie však uvádějí rozporuplné výsledky. Pro obě poruchy také platí, že závažnost symptomů souvisí se závažností projevů ED. Vyšší míry příznaků ADHD i HPO korelují s častějším užíváním maladaptivních kognitivních strategií (Rüfenacht et al., 2019).

Emoční dysregulace se mezi HPO a ADHD překrývá ve svých projevech, nedosahuje však stejné intenzity. Ta je u jedinců s ADHD nižší. Při srovnání skupin lidí s nekomorbidní HPO, nekomorbidním ADHD a komorbidními HPO + ADHD nejvyšších skórů emoční reaktivity dosahují lidé s HPO nebo komorbidními HPO + ADHD. Lidé s ADHD ale vykazují vyšší emoční reaktivitu oproti normě (Rüfenacht et al., 2019). Jedinci s HPO mívají oproti těm s ADHD vyšší frekvenci a intenzitu afektivní lability a agresivních reakcí (Moukhtarian et al., 2018).

Existují důkazy o tom, že projevy ED mediují vztah mezi retrospektivně diagnostikovaným ADHD v dětství se symptomy HPO v dospělosti (Rüfenacht et al., 2019). Téma ADHD v dětství jako potenciálního rizikového faktoru pro rozvoj HPO v dospělosti je rozvedeno v kapitole 10 ADHD jako rizikový faktor rozvoje HPO.

V diagnostice je důležité mít přítomnost emoční dysregulace u ADHD na pamětí kvůli překryvu tohoto příznaku s řadou dalších diagnóz. Projevy ED u ADHD a HPO se překrývají v obecné emoční nestabilitě, vyšší intenzitě negativních emocí a v pomalejším návratu do základní emoční hladiny.

6.4 Narušené interpersonální vztahy

Dalším významným sdíleným symptomem ADHD a HPO je narušení interpersonálních vztahů. Jedná se o jedno z diagnostických kritérií HPO, mezi základními diagnostickými kritérii ADHD je nenalezneme. Zmíněny jsou jen okrajově v MKN-10, a to především v souvislosti s dětským obdobím: „Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými“ (World Health Organization, 1993).

Přes nepřítomnost v diagnostických kritériích je míra narušení vztahů u ADHD značná. Kombinace kognitivních a behaviorálních odlišností, které s sebou ADHD nese, má na společenské životy lidí s ADHD negativní dopad nejen v dětství, ale i v dospělosti. 50–70 % mladistvých s ADHD zažívá ve svých vztazích s vrstevníky problémy (Hoza, 2004). Děti s

ADHD jsou v kolektivech často neoblíbené pro své disruptivní, impulzivní, agresivní a hyperaktivní chování v kombinaci s deficity v sociální kognici, jako je například snížená citlivost na společenské náznaky. U subtypu ADHD bez hyperaktivity odmítnutí naopak souvisí s obecným pasivním přístupem k sociálním interakcím (Nijmeijer et al., 2008). Děti s ADHD jsou zároveň velmi špatné v monitorování vlastního sociálního chování a výkonu a jejich sebehodnocení se rozchází s realitou. (Hoza et al., 2000). Mladiství s ADHD často zažívají stigmatizaci, odmítnutí vrstevníky a šikanu. (Hoza, 2004) 82 % dětí s ADHD má skóre odmítnutí vrstevníky o jednu standardní odchylku nebo více nad průměrem a 60 % o dvě standardní odchylky nebo více nad průměrem (Hoza et al., 2000). Tyto zážitky jsou spojeny s negativními dlouhodobými dopady, jako jsou potíže ve studiu, psychopatologie a dále trvající společenské obtíže (Bagwell et al., 1996).

Dětstvím ale sociální problémy nekončí. Platonické i romantické vztahy dospělých s ADHD bývají nestálejší, méně spokojené a s vyšší rozvodovostí (Wymbs et al., 2021). Častější jsou partnerské hádky a impulzivní začínání nebo ukončování vztahu (Kooij & Francken, 2010). Narušené jsou také vztahy rodičů s dětmi (Wymbs et al., 2021).

Zdrojem interpersonálních problémů dospělých s ADHD je souhra různých příznaků a odlišností. Lidé s ADHD se během života mnohé své sociálně disruptivní příznaky naučí kompenzovat, příznaky jako jsou hyperaktivita a agresivita ve vyšším věku už nehrají tak významnou roli. Důležitá je naopak emoční dysregulace. Pacienti si často stěžují na příznaky, jako jsou náladovost, problém řešit stresové situace, popudlivost a frustrace, zlost nad maličkostmi a zvýšená citlivost na odmítnutí (Brod, 2012). Příčinou obtíží mohou být také logistické konflikty, například kvůli vlastní neorganizovanosti a neschopnosti chodit včas, příliš přímočarý způsob komunikace, nebo emoční vyčerpanost z maskování příznaků ve společenském kontextu (Ginapp et al., 2023). V neposlední řadě mohou vztahy komplikovat komorbidní poruchy, a to především poruchy osobnosti, které jsou u ADHD velmi časté (Matthies & Philipsen, 2016).

Zatímco v diagnostických kritériích ADHD je najdeme jen okrajově, u HPO jsou narušené interpersonální vztahy centrálním prvkem. Jsou zapříčiněny souhrou příznaků, jako jsou nepříznivé sociální zkušenosti v raném věku (například zneužívání, zanedbání, opuštění nebo nekonzistence ze strany pečovatelů nebo šikana ve vrstevnickém kolektivu), nejistá citová

vazba, emoční dysregulace, zkreslené představy o sobě samém (například nízké sebevědomí a vnitřní přesvědčení o vlastní defektnosti a nemilovatelnosti), pokřivené myšlení (štěpení, paranoia), citlivost na opuštění a impulzivita (Friedel, 2021).

Ačkoliv chaotické vztahy najdeme u obou poruch, interpersonální fungování se u ADHD a HPO liší. U HPO je míra dysfunkce vyšší (Philipsen, 2006), což souvisí například se silnější emoční dysregulací u této poruchy (Rüfenacht et al., 2019). Rozdíly dále nalezneme ve vztahové impulzivitě, ta se u ADHD v sociální oblasti projevuje v méně závažných oblastech například netrpělivostí, skákáním do řeči nebo obecným nedomýšlením konsekvencí vlastních činů (Ginapp et al., 2023). U HPO se oproti tomu impulzivita může projevovat sebedestruktivním chováním, intenzivními konflikty nebo nestálými vztahovými vzorci charakterizovanými střídavou idealizací a devalvací (Friedel, 2021).

6.5 Citlivost na odmítnutí

Důležitou interpersonální oblastí, ve které se ADHD a HPO překrývají, je citlivost na odmítnutí. Tento symptom patří mezi diagnostická kritéria HPO. Do diagnostiky ADHD zařazen není (American Psychiatric Association, 2013), ale existují důkazy o jeho vysoké prevalenci. Některé studie dokonce odhadují, že je přítomen u většiny lidí s ADHD (Bedrossian, 2021).

Tento konstrukt poprvé zavedli Feldman a Downey v roce 1994 jako „pocity intenzivní sklíčenosti po vnímaném odmítnutí v určité sociální interakci“. Lidé s citlivostí na odmítnutí „úzkostně očekávají, snadno vnímají a přehnaně reagují na odmítnutí“. V modelu Feldmana a Downeyho (1994) je citlivost na odmítnutí výsledkem nedostatečného naplnění potřeb dítěte a jejich odmítáním ze strany rodičů a/nebo pečovatelů. Takto zanedbané děti si odmítnutí internalizují, vytvoří si k němu zvýšenou citlivost a následně ho s větší pravděpodobností očekávají v interakcích s dalšími lidmi. Feldman a Downey (1994) také popsali model citlivosti odmítnutí jako smyčky sebenaplňujícího se proroctví: úzkostné očekávání odmítnutí u jedince vede k behaviorálním reakcím, které pak mohou vyvolat odmítavé zážitky, což dále posiluje citlivost na odmítnutí (Feldman & Downey, 1994).

Jednou z teorií, na kterou ve svém modelu citlivosti na odmítnutí Feldman a Downey navázali, je klasická teorie citové vazby Johna Bowlbyho (1969). Mezi nejistou citovou vazbou

a citlivostí na odmítnutí byla nalezena korelace. Vyšší míra symptomů ADHD také koreluje s vyšší mírou citlivosti na odmítnutí (Scharf et al., 2014).

Zvýšená citlivost na odmítnutí by také mohla být podpořena zkušenostmi s odmítnutím pramenícím z dětství, které jsou u dětí s ADHD velmi časté. U hraniční poruchy tuto souvislost podporuje několik studií (Foxhall et al., 2019).

Mnoho autorů zvýšenou citlivost na odmítnutí u ADHD vysvětluje také jako projev obecné emoční dysregulace. V kontextu diferenciální diagnostiky ADHD a HPO je však důležité tento projev zmínit samostatně, protože může mít podobné projevy jako příznak horečné snahy vyhnout se reálnému nebo domnělému opuštění, které najdeme v diagnostických kritériích HPO (Matthies & Philipsen, 2014).

6.6 Časová slepota

U lidí s ADHD jsou velmi časté změny v tom, jak vnímají čas. To se projevuje problémy při plánování, a to jak u stanovování si krátkodobých cílů, tak při odhadování času potřebného k dokončení nějakého úkolu. Potřebný čas často podhodnocují, což vede ke špatnému time managementu a problémy s dokončováním úkolů ve stanovený termín. Vnímání času je u osob s ADHD zřejmě ovlivněno i jejich zaujetím danou aktivitou, nezajímavé a opakující se úkoly hodnotily jako déle trvající. U lidí s ADHD s převahou impulzivity je často popisováno také „zaseknutí se v přítomnosti": to se projevuje v jejich životním stylu a komorbiditách, jako jsou látkové i nelátkové závislosti, impulzivní hraní her, používání sociálních sítí aj.. Existují také důkazy o tom, že jedincům s ADHD užívajícím medikaci má jejich vnímání času tendenci se normalizovat. Časová slepota u ADHD je každopádně teprve rozvíjející se oblastí výzkumu a pro jednoznačné závěry prozatím neexistuje dostatek studií (Švandová et al., 2021).

Změny v časové percepci zřejmě nalezneme také u HPO, a to například v souvislosti se zvýšenou impulzivitou. Jedinci se zvýšenou impulzivitou, a stejně tak lidé s HPO, mají tendenci nadhodnocovat to, kolik času uplynulo, což naznačuje na zrychlení jejich vnitřních hodin (Moreira et al., 2016).

Sníženou schopnost časové percepce typicky nalézáme také u drogově závislých, a to především u těch se zvýšenou mírou impulzivity. Impulzivita a užívání návykových látek jsou časté projevy ADHD i HPO. Společným jmenovatelem uživatelů návykových látek, osob s

ADHD a osob s HPO se zároveň zdají být změny v časové percepci, a to především ve spojitosti se zvýšenou impulzivitou (Moreira et al., 2016). To by mohlo značit vysokou propojenost jmenovaných konceptů, ale výzkum je v této oblasti zatím nedostatečný.

Ačkoliv u obou poruch nalezneme změny v časové percepci, pro jejich srovnání prozatím neexistuje dostatek literatury.

6.7 Narušené sebepojetí

Narušené pojetí je jedním z hlavním diagnostických kritérií HPO a jedním z centrálních mechanismů této poruchy. Podle DSM-5 se může projevovat náhlými a dramatickými posuny v sebepojetí charakterizovanými změnou cílů a hodnot. Náhlé změny se mohou objevit v názorech na vlastní kariéru, sexuální identitu nebo přátele (American Psychiatric Association, 2013). Další atributy narušené identity u HPO shrnuli Westen a Cohen (1993): Patří mezi ně nedostatek cílů, hodnot, ideálů a vztahů; tendence k dočasným hyperinvesticím do rolí, hodnotových systémů, pohledů na svět a vztahů, které se nakonec rozpadnou a vedou k pocitu prázdnoty a nesmyslnosti; hrubé nekonzistence v chování v čase a v různých situacích, které vedou k relativně přesnému vnímání sebe sama jako člověka bez soudržnosti; potíže s integrací více reprezentací sebe sama v daném čase; nepřítomnost koherentního životního příběhu nebo pocitu kontinuity sebe sama v čase; a nedostatek kontinuity vztahů v čase, který ponechává významné části pacientovy minulosti „uložené" u lidí, kteří již nejsou součástí života jedince, a tedy ztrátu společných vzpomínek, které pomáhají definovat sebe sama v čase (Westen & Cohen, 1993).

Wilkinson a Westen (2000) dále rozlišili čtyři faktory narušení identity, kterými jsou absorbce role (přehnaná identifikace se specifickou rolí nebo příslušností ke skupině), bolestivá nekoherence (pociťovaný distres ohledně nedostatečného pocitu vlastní kontinuity), nekonzistence (přesvědčení a akce se často zdají hrubě rozporuplné) a nedostatek závazků (neschopnost se zavázat k cílům nebo si udržet stálý žebříček hodnot). V jejich studii skóry v každém z faktorů dokázaly odlišit pacienty s HPO od pacientů s jinými poruchami osobnosti a od běžné populace. Nejsilnější symptomy narušení identity přitom měla právě HPO (Wilkinson & Westen, 2000).

Jørgensen (2006) zdůrazňuje v procesu formování identity potřebu vlastní emoční konzistence a předvídatelnosti v čase společně se stabilními blízkými vztahy. Navazuje tak na dřívější kognitivní teorie HPO (Linehan, 1993), podle kterých jsou konzistence a předvídatelnost vlastních emocí důležité, protože lidé mají tendenci svou identitu formovat na základě pozorování sama sebe a toho, jak na ně reagují ostatní. Nekonzistentní emoce a narušené blízké vztahy u HPO potom formování vlastní identity mohou ztěžovat. Následně spekuluje, že některé biologické determinanty přítomné u HPO, jako jsou emoční dysregulace nebo vysoké skóry v temperamentových dimenzích harm avoidance a novelty seeking (včetně impulzivity, nepořádnosti a náchylnosti k nudě), mohou destabilizovat citové vazby v dětství i adolescenci a také přispět k narušení formace identity (Jørgensen, 2006). Tyto koncepty podobně už dříve (2001) propojili také Koenigsberg et al. a ve svém výzkumu zároveň našli korelaci mezi několika interpersonálními a sebehodnotícími diagnostickými kritérii HPO a emoční dysregulací, impulzivitou nebo obojím (Koenigsberg et al., 2001).

U ADHD jsou projevy narušeného sebepojetí také velmi často pozorované, přestože tento symptom není v diagnostických kritériích poruchy. Jeho projevy bývají jak ve formě negativního sebeobrazu a nízkého sebevědomí (Harpin et al., 2013), tak v nekonzistentním a nekontinuálním pojetí své identity a svých plánů (Krueger & Kendall, 2001). Pro konkrétnější pochopení manifestace narušeného sebepojetí u lidí s ADHD a mechanismů, které k němu přispívají, zatím neexistuje dostatečný výzkum. Mezi ADHD a HPO však nalézáme několik překryvů mezi faktory, které jsou v rozvoji narušeného sebepojetí teoretizovány u HPO.

Jørgensenovy hypotézy o biologicky determinovaných faktorech přispívajících narušenému vývoji identity u HPO jsou zajímavé, protože se silně překrývají s biologickými determinanty, které typicky nalezneme u ADHD, viz kapitola 6.1 Temperamentové překryvy a kapitola 6.3 Emoční dysregulace. Zmiňuje také koncept „falešného self“, které u lidí s HPO může vzniknout jako obranný mechanismus ve snaze překonat sebeobraz poškozující zkušenosti, opakovaná selhání v empatii, nedostatek validace a nedostatečné naladění blízkých lidí na své potřeby. „Falešné self“ se zformuje, když se jedinec podřídí očekáváním druhých a jeho sebeobraz definují projektivní a neplatné reprezentace self internalizované interakcemi s blízkými (Jørgensen, 2006). Mechanismus podobný tomuto konceptu nalézáme i u ADHD.

Podle Cantora (2000) je pro adolescenty s ADHD náročnější zformovat si stabilní identitu nejen kvůli genetickým predispozicím této poruchy, ale také kvůli zpětné vazbě, kterou dostávají ze svého prostředí. Odkazuje na Barkleyho (1997) poznatky o tom, že děti s ADHD jsou častěji a silněji kritizovány, morálně očerňovány, trestány a společensky odmítány. Zároveň jsou běžně označovány jako bezohledné, líné, impulzivní, sobecké, demotivované, netaktní, nedospělé a nezodpovědné. Cantor (2000) dodává, že adolescenti si zpětnou vazbu svého okolí o vlastní nedostatečnosti často internalizují, což u nich vyvolává intenzivní pocity hanby. K podobným závěrům dochází také Krueger a Kendall (2001) ve své studii sebepojetí adolescentů. Ti do vlastního sebepojetí totiž integrovali mnoho stigmatizujících pohledů a negativních atributů spojovaných s ADHD a tyto negativní atributy obhajovali jako jádro svého já. Adolescenti podle nich také zdánlivě neměli konzistentní a stabilní sebepojetí a plány do budoucna. Místo toho se popisovali na základě toho, jací byli v daný moment (Krueger & Kendall, 2001). U studentů s ADHD byla také zjištěna nižší úroveň akademického self-efficacy a sebevědomí, což odráží negativní dopady akademických problémů, které jsou u jedinců s ADHD časté, na jejich sebepojetí (Shaw-Zirt et al., 2005). Deficity v self-efficacy a sebevědomí také mohou vést k problémům s vlastní identitou (Brown, 1993). Pozitivní korelace byla nalezena také mezi sebevědomím a společenskými dovednostmi. Negativní potom mezi sebevědomím a závažností symptomů (Dooling-Litfin, 1997).

Proces formování vlastní identity a udržování stabilního životního směru mohou ztěžovat také funkční narušení, se kterými se u ADHD typicky setkáváme. Problémy s dokončováním úkolů a projektů, roztržitost, impulzivita, kolísající motivace, narušená schopnost dlouhodobého plánování, zapomětlivost a další (Barkley, 2018). Roli ve střídání zájmů a životního směru mohou hrát také příznaky, jako je hyperfocus (Hupfeld et al., 2018).

Ve zkratce: ačkoliv narušené sebepojetí nepatří mezi diagnostická kritéria ADHD, může k němu dojít vlivem biologických predispozic a funkčních deficitů, která jsou pro tuto poruchu typická. Emoční dysregulace a impulzivita narušují konzistenci a předvídatelnost vlastního chování. Zároveň lidé s ADHD mívají od dětství problémy v kolektivech, a oproti svým vrstevníkům bez poruchy dostávají více negativní zpětné vazby ohledně svého chování a výkonu. Tím je narušena sociální složka tvorby identity. Funkční narušení u ADHD mohou také působit obtíže s udržováním stabilního životního směru.

Lidé s ADHD proto mohou i v dospělosti působit, jako že se stále poznávají, hledají svůj životní směr a nemají vybudovanou důvěru ve vlastní schopnosti. Některé projevy narušeného sebepojetí mohou mimikovat diagnostická kritéria HPO. Zda se jedná o normální vedlejší důsledek ADHD, nebo už znak komorbidní poruchy, je potřeba posuzovat individuálně s ohledem na rozsah problému.

Narušené sebepojetí je poutavou oblastí v překryvech ADHD a HPO. Zajímavé jsou sdílené predispozice, pro které existují důkazy o jejich efektu na narušení sebepojetí. Emoční dysregulace, narušené osobní vztahy a impulzivita přispívají nekontinuálnímu pohledu na vlastní identitu a životní směr. Narušené vztahy, negativní zkušenosti z kolektivů a negativní zpětná vazba potom přispívají k negativnímu sebepojetí. Narušené sebepojetí je zajímavým tématem pro budoucí výzkum ADHD, který by mohl pomoci objasnit vysokou komorbiditu ADHD s různými poruchami osobnosti a také to, jak v procesu rozvoje poruchy osobnosti vrozené predispozice interagují s vlivy prostředí.

6.8 Pocity prázdnoty a nudy

Konceptem propojeným s narušeným sebepojetím jsou pocity prázdnoty a nudy. Diagnostická kritéria HPO aktuálně zahrnují jen pocity prázdnoty, nikoliv nudy. Nebylo tomu tak vždy, v DSM-III byl tento diagnostický symptom definován jako „pocity prázdnoty nebo nudy", náchylnost k nudě však byla v následujícím vydání DSM odebrána, protože nebyla užitečná pro odlišení HPO od jiných poruch osobnosti (Masland et al., 2020). Aktuální verze DSM-5 náchylnost k nudě zmiňuje alespoň v rysech podporujících diagnózu: „Jedinci s hraniční poruchou osobnosti mohou být sužováni chronickými pocity prázdnoty. Mohou být náchylní k nudě, a tedy neustále vyhledávat něco, co by mohli dělat" (American Psychiatric Association, 2013).

Mezi diagnostickými kritérii ADHD pocity prázdnoty nenalezneme. Přímo popsána není ani náchylnost k nudě, mnoho diagnostických příznaků hyperaktivity a nepozornosti ji ale připomíná. Takto podobnými symptomy je například problém udržet pozornost u dlouhodobých nebo repetitivních úkolů, nedokončování práce, nelibost k úkonům vyžadujícím dlouhodobě udržované mentální úsilí, náchylnost k rozptýlení externími stimuly, potíž s

čekáním, až na mě přijde řada, nebo vrtění se na židli a opouštění svého místa v situacích, kdy se od jedince očekává, že setrvá (American Psychiatric Association, 2013).

Pro spojení náchylnosti k nudě jako samostatného konceptu a míry symptomatiky ADHD existují i empirické důkazy – byla mezi nimi nalezena pozitivní korelace. Zajímavé je, že se nízká náchylnost k nudě zároveň ukázala býti prediktivním faktorem školních výsledků, kariérního a životního plánování, vztahů s vrstevníky, akademické emoční i životní samostatnosti a zdravého životního stylu (Watt & Vodanovich, 1999).

Náchylnost k nudě se může projevovat častým střídáním práce či přátel (Friedel, 2021). Zároveň koreluje s rizikovým chováním, jako je například užívání návykových látek, gambling nebo rizikový sex (Watt & Vodanovich, 1999). Jako projev náchylnosti k nudě či prázdnotě si můžeme vyložit i chování spojené s jinými příznaky ADHD i HPO, například impulzivní nakupování (Friedel, 2021).

Náchylnost k nudě je tedy diagnózám ADHD a HPO alespoň do určité míry společná. A jak je to s pocity prázdnoty?

Pocity prázdnoty jsou široce používaným konceptem, který nemá jednu jasnou definici a jeho konkrétní projevy se mezi jednotlivci liší. Popsat je můžeme jako negativní emoční stav, který zahrnuje tělesné projevy, pocity osamělosti a odpojení od ostatních, a také hluboký pocit nenaplnění a bezúčelnosti vlastního života (D'Agostino et al., 2020). Lidé prožívající prázdnotu ji popsali jako, emoční otupělost, postrádání životního smyslu a směru, přesvědčení, že druhým nemám co nabídnout nebo na ně zapůsobit, pocity vlastní bezcennosti, pocit odříznutosti od zbytku světa a lidí v něm a pocit, jako by je od ostatních oddělovala bariéra (Herron & Sani, 2022).

Pocity prázdnoty v souvislosti s ADHD nejsou dostatečně probádanou oblastí. Můžeme spekulovat, že u lidí s ADHD nalezneme určité projevy pocitů prázdnoty, a to především v souvislosti s narušením sebepojetí (pocity nesmyslnosti a bezcílnosti vlastního života a negativním pohledem na sebe) a interpersonálních vztahů (deficity v sociální kognici, narušené vztahy). Také můžeme spekulovat, že se některé složky pocitů prázdnoty u HPO a ADHD budou lišit, a to například pocity odříznutosti od zbytku světa a lidí v něm, které bychom

očekávali jen u HPO v souvislosti s disociativními stavy. Ty blíže popisujeme v kapitole 8.3 Disociativní stavy

Pocity prázdnoty a náchylnost k nudě jsou oddělené konstrukty, které se ale v určitých oblastech překrývají, a to především v pocitu nesmyslnosti a absence směru ve vlastním životě. Rozdílem mezi těmito koncepty je to, že pocity prázdnoty jsou spojeny s narušením sebepojetí a nedostatcích ve formování vlastní identity. Náchylnost k nudě zase více souvisí s nesouladem v kognitivních potřebách a zdrojích jedince (Masland et al., 2020).

Pocity prázdnoty jsou diagnostickým kritériem HPO a náchylnost k nudě patří mezi rysy podporující tuto diagnózu. Existují empirické důkazy o souvislosti mezi příznaky ADHD a náchylností k nudě a je důvodné předpokládat určitou příbuznost mezi náchylností k nudě a některými diagnostickými projevy nepozornosti a hyperaktivity. Výskyt pocitů prázdnoty u lidí s ADHD není příliš popsán, mohli bychom však některé projevy pocitů prázdnoty u ADHD očekávat, a to především v souvislosti s narušeným sebepojetím (ve formě nekontinuálního pojetí své identity a svých plánů a negativního sebeobrazu) a narušenými interpersonálními vztahy. Jiné projevy pocitů prázdnoty, jako jsou například pocity odříznutosti od světa, budou pravděpodobně časté jen u HPO. Pro jakékoliv jasné závěry však neexistuje dostatek empirických dat, a to především pro porovnání míry výskytu těchto konceptů u obou diagnóz.

6.9 Psychosociální dopady

Negativní psychosociální dopady jsou obecným kritériem pro stanovení psychiatrické diagnózy a výjimkou nejsou ani ADHD a HPO (American Psychiatric Association, 2013).

ADHD má výrazné psychosociální dopady související se zhoršenými kognitivními schopnostmi v oblastech jako jsou organizovanost, time-management, vytrvalost či dlouhodobé plánování: dospělí s ADHD se méně častěji hlásí na vysokou školu, mají horší známky a méně často školu dokončují (DuPaul et al., 2009). Často dosahují nižšího vzdělání, než by se dalo očekávat s jejich IQ, nebo pro dokončení vzdělání odpovídající jejich IQ museli vynaložit značnou námahu (Kooij & Francken, 2010). Problémy jsou také v aspektech spojených se zaměstnáním: od procesu hledání práce a přijímacích rozhovorů po samotný výkon (Adamou et al., 2013). Osoby s ADHD mívají zaměstnání pod úrovní jejich vzdělání, častěji pracovní pozice střídají, podávají podřadné výkony nebo zaměstnání opouštějí pro

interpersonální konflikty (Kooij & Francken, 2010). Ve vztahové sféře jsou obecně častá narušení, jak je už zmiňujeme v kapitole 6.4 Narušené interpersonální vztahy. Častější jsou závislosti a vyšší je i kriminalita. Prevalence ADHD mezi vězni se pohybuje okolo 40 % (Rösler et al., 2004). Zjištěno bylo také dvojnásobné riziko předčasné smrti (Sun et al., 2019).

Pro HPO je typická vysoká míra čerpání psychiatrických a psychologických služeb včetně psychoterapie, farmakoterapie, ambulantních návštěv a hospitalizací, a to nejvyšší ve srovnání s jinými poruchami osobnosti a poruchami nálady. To je v souladu se zvýšenou sebevražedností a impulzivitou vyskytujících se u této poruchy (Ansell et al., 2007). Lidé s HPO vnímají každodenní potíže jako náročnější. Nejvyšší míru obtíží potom zaznamenávají především v interpersonální oblasti, v oblasti osobního zdraví a v konfliktech se zákonem (Jovev & Jackson, 2006). Diagnóza může negativně ovlivňovat také pracovní a akademické výkony, a to především ve spojitosti s emoční dysregulací, narušeným sebepojetím, vztahovými problémy, vysokou depresivitou a sebepoškozováním (Juurlink et al., 2020).

6.10 Závislosti

ADHD je často komorbidní se zneužíváním návykových látek i nelátkovými závislostmi. Sklon k závislostem nalezneme také u HPO. Odhaduje se, že se závislostí nebo nějakou návykovou poruchou se někdy během života potýká až 78 % lidí s HPO (Tomko et al., 2014). O souvislostech ADHD a závislostí píšeme v kapitole 4.1 Závislosti, zaměřím se tedy jen na HPO, u které zneužívání návykových látek způsobuje kombinace faktorů. Za užíváním často stojí snaha zmírnit nezvladatelné emoce, nebo je nahradit příjemným stavem intoxikace případně stavem podobným disociaci (Kienast et al., 2014).

Zajímavá je možná souvislost mezi sdílenými osobnostními prekurzory ADHD a HPO a sklonu k závislostem. Mezi osobnostními rysy, které u člověka predikují náchylnost k závislostem a které se obvykle ve zvýšené míře vyskytují u ADHD i HPO, nalezneme například impulzivitu, sensation seeking (Mitchell & Potenza, 2014; Jørgensen, 2006) (což je koncept úzce související s náchylností k nudě viz kapitola 6.8 Pocity prázdnoty a nudy), risk taking (Crowley et al., 2006; Drechsler et al., 2008) a harm avoidance (Gomez et al., 2017; Matthies & Philipsen, 2014; Crowley et al., 2006).

7 Příznaky specifické pouze pro ADHD

7.1 Hyperaktivita

Jedním z jádrových příznaků ADHD je hyperaktivita. Dospělí ji často zažívají ve formě pocitů vnitřního neklidu, upovídanosti, vrtění se na židli v situacích, kdy se od nich očekává, že budou klidně sedět, nutkání se pohybovat, neschopnosti relaxovat a usnout nebo rychlém proudu těkajících myšlenek a nápadů (Kooij et al., 2019). Mohou také pociťovat silný odpor k sedavým aktivitám, jako je sledování televize nebo četba a projevovat neschopnost u takových aktivit vydržet. Vyhledávat naopak mohou aktivní činnosti a působit, jako by byli neustále na pochodu (Wender et al., 2001).

Hyperaktivita není přítomna u všech lidí s ADHD. Tento symptom zároveň slábne s přibývajícím věkem. U dospělých je prezentace ADHD bez symptomů hyperaktivity dokonce tou nejčastější, tvoří cca 47 % všech případů (Willcutt, 2012).

7.2 Exekutivní dysfunkce

Jak už jsme zmiňovali v úvodní kapitole o příznacích ADHD, s touto poruchou jsou pevně spjaty deficity v exekutivních funkcích Nejčastěji se jedná deficity ve schopnostech organizace, plánování, prioritizace a iniciace práce, hospodaření s časem, soustředění, přesměrovávání soustředěnosti mezi úkoly, regulace bdělosti, udržování úsilí nebo schopnosti plně využívat vlastní pracovní paměť (Kooij et al., 2019). Lidé s ADHD jsou často nepořádní a chaotičtí, odkládají úkoly na poslední chvíli, chodí pozdě, ztrácejí věci, zapomínají na domluvené schůzky nebo si jich omylem plánují několik zároveň a mají problém řídit se předepsaným pracovním postupem (Kooij & Francken, 2010). Exekutivní deficity u lidí s ADHD velmi často vedou k omezené schopnosti podílet se na cíleném, účelném a na budoucnost orientovaném chování (Švandová et al., 2021).

7.3 Hyperfocus

Velmi specifickým a málo prozkoumaným příznakem ADHD je hyperfocus. Hupfeld et al. (2018) hyperfocus popisují jako zdánlivě paradoxní stav, kdy se jedinci s ADHD zvládají dlouhé hodiny velmi intenzivně soustředit na specifické aktivity, přestože mají jindy s pozorností problémy. Definují ho jako:

„Stav zvýšené, intenzivní soustředěnosti libovolného trvání, který se nejčastěji objevuje při činnostech souvisejících se školou, koníčky nebo "časem stráveným u obrazovky" (tj. televize, počítač atd.); tento stav může zahrnovat následující vlastnosti: bezčasí, neschopnost věnovat se světu, ignorování osobních potřeb, obtížné zastavení a přepínání úkolů, pocity naprostého pohlcen íúkolem a pocit "zaseknutí" na malých detailech.“

A dodávají, že od podobného stavu flow ho můžeme odlišit tím, že flow dosahuje nižší intenzity a je obvykle spojován s příjemnými a prospěšnými aktivitami. Hyperfocus můžeme pozorovat i u jedinců z běžné populace, ale méně, což podle Hupfeld et al. (2018) může podporovat konceptualizaci ADHD jako poruchy regulace a rozložení pozornosti, nikoliv jejího pouhého nedostatku.

Hyperfocus aktuálně není součástí oficiálních diagnostických kritérií pro ADHD a existuje o něm málo empirických poznatků. Většina literatury vychází z osobních popisů hyperfocusu lidmi, kteří ho zažívají.

Hupfeld et al. (2018) vytvořili vlastní dotazník k vyhodnocení přítomné míry hyperfocusu Nalezli pozitivní korelaci mezi mírou příznaků ADHD a mírou výskytu hyperfocusu. Také nalezli vztah mezi závislostí na internetu a vyšší mírou hyperfocusu.

7.4 Senzorická dysregulace

Změny v senzorickém zpracování, nebo také senzorická dysregulace, se u jedinců s ADHD projevuje atypickou odpovědí na senzorické stimuly v několika senzorických modalitách včetně zraku, sluchu, čichu a vestibulárního systému. Kromě ADHD ji nalezneme i u dalších neurovývojových poruch, jako jsou poruchy autistického spektra a dyslexie. Děti i dospělí s ADHD popisují hyporeaktivitu i hyperreaktivitu na senzorické stimuly a také problémy s jejich modulací – kapacitou regulovat a organizovat jejich intenzitu pro lepší adaptaci na situaci (Grossman & Avital, 2023). Byla nalezena souvislost mezi počtem senzorických obtíží a vážností ADHD příznaků. (Panagiotidi et al., 2017) Nalezena byla také souvislost mezi úrovní senzorických potíží u ADHD a mírou agresivity (Mangeot et al., 2001) a delikventského chování u mladistvých (Panagiotidi et al., 2017) a také mezi senzorickou citlivostí, citlivostí na bolest a emoční dysregulací (Bruton et al., 2022).

Senzorická dysregulace by mohla být společně s emoční dysregulací příčinou mnoha typických příznaků ADHD – samy o sobě mohou být velmi rozptylující či podněcovat k impulzivním reakcím (Grossman & Avital, 2023).

Výzkum v oblasti senzorického vnímání a jeho změn u hraniční poruchy osobnosti je velmi omezený. Existují důkazy o nižší citlivosti na bolest v souvislosti s disociativními mechanismy (například Chung et al., 2020) nebo sebepoškozováním (Russ et al., 1992).

8 Příznaky specifické pouze pro Hraniční poruchu osobnosti

8.1 Sebepoškozování, sebevražedné chování

Sebepoškozující chování je u jedinců s hraniční poruchou osobnosti časté a tvoří i samostatné diagnostické kritérium. Stanley & Brodsky (2005) takové chování rozdělují do dvou kategorií. Jednou z forem je sebevražedné chování, pro které je charakteristický alespoň částečný záměr ukončit svůj život. Do sebevražedného chování zahrnujeme nejen pokusy o ukončení života, ale také chronickou sebevražednou ideaci a sebevražedná gesta či hrozby. Druhou formou je sebepoškozování, jehož záměrem ukončení života není, ale které zdánlivě paradoxně slouží k úlevě od prožívaného emočního utrpení.

Nonsuicidální sebepoškozování u jedinců plní různé funkce, jako je regulace emocí, odvedení pozornosti, trestání sebe sama, fyzický důkaz a validace hloubky prožívaného emočního utrpení, pocit kontroly, zmírnění disociativních stavů nebo ventilace hněvu. Mezi spouštěče často patří vnímané nebo skutečné odloučení či opuštění (Stanley & Brodsky, 2005).

Podobnou funkci v životě lidí s HPO může plnit i sebevražedné chování. Kromě skutečného ukončení života mohou sebevražedné pokusy sloužit jako prostředek ke komunikaci prožívaného emočního utrpení, k získání pocitu kontroly nad prožívaným stavem, k odvedení vlastní pozornosti, získání pocitu úlevy a dočasného úniku (Stanley & Brodsky, 2005). Riziko dokonané sebevraždy se u jedinců s HPO pohybuje mezi 8–10 % (Oldham, 2006), mnohem častější jsou neúspěšné pokusy o sebevraždu, které se během života vyskytnou u 60–70 % diagnostikovaných (Stanley & Brodsky, 2005).

8.2 Bludy, halucinace, paranoidní ideace

Název hraniční poruchy osobnosti vychází z raného pohledu na tuto diagnózu, kdy se lidé s touto poruchou popisovali jako na hranici mezi neurózou a psychózou (Stern, 1938). Ačkoliv se konceptualizace této poruchy v čase změnila, i nedávné studie ukazují na častý výskyt psychotických symptomů u HPO (Barnow et al., 2010).

Podle DSM-5 jsou psychotické stavy u hraniční poruchy osobnosti přechodné, nenabývají dostatečné závažnosti pro další diagnózu a objevují se nejčastěji jako reakce na skutečné nebo plánované opuštění (American Psychiatric Association, 2013). Některé studie však toto pojetí rozporují svými nálezy ukazujícími daleko vyšší četnost disociativních a paranoidních stavů i halucinací (např. Slotema et al., 2019, Barnow et al., 2010) a příčinu tohoto rozporu přičítají tendenci pacientů své psychotické stavy v klinických vyšetřeních podhodnocovat pro obavy z jejich důsledků (Yee et al., 2005).

Studie prevalenci výskytu halucinací u HPO odhadují mezi 26–65 %. Nejčastěji se jedná o sluchové verbální halucinace, následované vizuálními a dotykovými. Jejich četnost je různá, diagnostikovaní uvádějí frekvenci pohybující se od jednorázových až po každodenní (Slotema et al., 2019).

Dalším příznakem, který se u lidí s HPO objevuje, jsou paranoidní ideace. Lidé s HPO bývají podezřívaví k ostatním lidem. I vlivem předchozích nepříznivých zkušeností od nich mohou očekávat kritiku, zradu nebo opuštění. Při vystavení silnému stresu, v okamžicích skutečného nebo jen vnímaného opuštění nebo vlivem omamných látek se u některých lidí s HPO může tato podezřívavost znásobit do stavu, kdy nejsou schopni uvažovat racionálně. V těchto krátkých epizodách paranoidního myšlení mohou falešně uvěřit, že jim druzí chtějí nějakým způsobem uškodit (Friedel, 2021).

8.3 Disociativní stavy

Disociativní stavy označují prožitky, pro které je charakteristický pocit odtržení od vlastního těla a myšlení nebo svého bezprostředního okolí. Disociativní stavy mohou nabývat různé intenzity a kromě HPO se vyskytují i u jiných duševních onemocnění nebo jako reakce na traumatické zážitky (Coons, 1996). HPO však patří k diagnózám, u kterých je jejich výskyt

nejčastější (Scalabrini et al., 2016), a to především v reakci na stresové situace (Stiglmayr et al., 2008).

V MKN-10 jsou depersonalizace a derealizace popsány takto: „Vzácná nemoc, kde si pacient spontánně stěžuje, že jeho duševní aktivita, tělo a okolí se změnily ve své kvalitě, takže jsou neskutečné, vzdálené nebo automatické. Nejčastější z variabilních fenoménů jsou ztráta emocí a pocity odcizení nebo neskutečnosti vlastního těla, myšlení a okolí. I přes dramatickou povahu tohoto prožitku si je subjekt vědom neskutečnosti těchto změn. Senzorium je normální a schopnost vyjádření emocí neporušená.“ (World Health Organization, 1993).

Jiné zdroje epizody depersonalizace popisují jako snové, se silným pocitem oddělenosti od vlastního těla, případě fyzickými pocity otupělosti a necitlivosti. Člověk zažívající stav derealizace se oproti tomu sám cítí normálně, zatímco jeho okolí a lidé v něm působí, jako by měli zkreslený tvar, barvu, pohyb nebo chování (Friedel, 2021).

Výzkum ukazuje, že výskyt disociačních stavů je u jedinců s HPO signifikantně vyšší nejen v porovnání se zdravou populací, ale také ve srovnání s mnoha jinými psychiatrickými diagnózami. Rozvoj patologické disociace je v literatuře konzistentně spojován s traumatem, jakožto coping mechanismus pro jeho zvládání, a to obzvlášť se sexuálním zneužíváním v dětství, jehož výskyt je u HPO oproti jiným poruchám také častější. Příčiny disociativních stavů u HPO jsou však multifaktoriální a nelze je připsat pouze traumatickým zkušenostem (Korzekwa et al., 2009).

Při diferenciální diagnostice HPO a ADHD je dobré mít výskyt disociativních stavů u HPO na paměti, neboť ve svých projevech mohou mimikovat nepozornost, která je základním příznakem ADHD (Harrison & Wilson, 2005). Možnost zaměnitelnosti disociace s nepozorností dobře ilustrují definice disociativních stavů a symptomy nepozornosti, jak je nalezneme v DSM-5. Disociace je v něm popsaná jako: „Narušení normálně integrovaných funkcí vědomí, paměti, identity a vnímání prostředí.“ Jedním z popisovaných symptomů v diagnostice ADHD je potom „často působí, jako by neposlouchal, když se k němu přímo mluví (např. působí myšlenkami mimo i v absenci zjevného zdroje rozptýlení)“ (American Psychiatric Association, 2013).

9. Shrnutí symptomatických překryvů ADHD a HPO

Symptomatické překryvy mezi poruchami jsme přehledně shrnuli v tabulce. Při interpretaci tabulky je důležité pamatovat na to, že zařazení do kategorií nevyjadřuje poměrové vztahy mezi příznaky, tedy například že narušené vztahy se nenacházejí přesně mezi společnými příznaky a příznaky specifickými pouze pro HPO. Společné příznaky označují takové příznaky, které se vyskytují u obou poruch a u kterých najdeme různě velké rozdíly v jejich intenzitě nebo konkrétní prezentaci v závislosti na diagnóze. Rozdíly v intenzitě jsou však často nízké nebo je jejich přítomnost u jednotlivých poruch nerovnoměrně probádána.

Tabulka 1: Přehled symptomatických překryvů ADHD a HPO

Pouze ADHD	Společné, silnější u ADHD	Společné příznaky	Společné, silnější u HPO	Pouze HPO
Exekutivní dysfunkce	Novelty seeking	Citlivost na odmítnutí	Harm avoidance	Hospitalizace
Hyperaktivita	Impulzivita	Náchylnost k nudě	Narušené vztahy	Sebepoškozování
Zapomnětlivost	Časová slepota	Narušené sebevědomí	Deprese	Sebevražednost
Hyperfocus		Závislosti	Úzkost	Bludy, halucinace
Senzorická dysregulace		Rizikové chování	Emoční dysregulace	Paranoidní ideace
		Poruchy příjmu potravy	Pocity prázdnoty	Disociativní stavy
			Nestabilní identita	

10 ADHD jako rizikový faktor vzniku HPO

Zajímavou oblastí, která je ale nad rámec tématu této bakalářské práce, a proto ji zmíníme jen stručně, je vliv ADHD v dětství jako významného rizikového faktoru pro rozvoj HPO. Výsledky většiny studií zabývajících se vývojovými spojitostmi ADHD a HPO naznačují, že ADHD by mohlo být ranou fází v rozvoji HPO nebo že tyto dvě poruchy mají stejnou etiologii. U lidí diagnostikovaných s ADHD v mladém věku bylo zjištěno vysoké riziko

následného rozvoje jak HPO, tak jiných poruch osobnosti (Storebø & Simonsen, 2014). Při srovnání ADHD symptomatiky u osob s různými poruchami osobnosti skupina s HPO vykazovala nejvyšší výskyt příznaků ADHD. Existují také důkazy o tom, že závažnost příznaků ADHD pozitivně koreluje s přítomností HPO (Asherson et al., 2014).

Faktorů, které by mohly přispívat k této vývojové spojitosti mezi oběma poruchami, je několik. Jsou jimi hlavně sdílené osobnostní znaky, přítomnost traumatických zážitků, šikana vrstevníky a maladaptivní rodičovské styly.

Mezi dětské osobnostní znaky, které předpovídají pozdější HPO, patří emoční dysregulace, negativní afektivita, negativní emocionalita, nevhodná agrese, impulzivita a agrese (Bozzatello et al., 2019). Emoční dysregulace a impulzivita jsou zároveň typickými projevy ADHD. Byla nalezena spojitost mezi výrazným risk taking, impulzivním temperamentem v dětství, agresivitou a novelty seeking a následnou náchylností k rozvoji ADHD a HPO (Storebø & Simonsen, 2014; Matthies & Philipsen, 2016).

Důležitým faktorem v rozvoji HPO jsou traumatické zážitky, tato diagnóza je s dětským traumatem propojena více než jakákoliv jiná porucha. Zvýšené riziko traumatických zážitků je i u ADHD. U dětí, se kterými bylo špatně zacházeno, je výskyt ADHD zvýšený (Richards, 2012). Tento vztah by mohl souviset s neurovývojovými změnami v reakci na prožité trauma v dětství (Weiner et al., 2019).

Mezi environmentální faktory přispívající k rozvoji HPO patří také nižší socio-ekonomický status, psychopatologie v rodině a narušený vztah rodičů s dítětem a maladaptivní rodičovské styly (Bozzatello et al., 2019). ADHD je rizikovým faktorem pro všechny tyto prekurzory, a to jak kvůli silné dědičnosti (rodiče dětí s ADHD ho velmi často mají také a s ním většinou i přidružené komorbidní poruchy), tak vlivu symptomů ADHD u dítěte na výchovný styl rodičů. Rodiče dětí s ADHD mohou kvůli symptomům hyperaktivity a impulzivity přistupovat k vyšší kontrole, která je sama o sobě rizikovým faktorem pro pozdější HPO (Matthies & Philipsen, 2016).

Mezi faktory zvyšujícími riziko rozvoje HPO jsou chronická šikana a odmítnutí vrstevníky (Bozzatello et al., 2019). Ty jsou ve společenských životech dětí s ADHD silně přítomné. 82 % dětí s ADHD má skóre odmítnutí vrstevníky o jednu standardní odchylku nebo

více nad průměrem a 60 % o dvě standardní odchylky nebo více nad průměrem (Pelham & Bender, 1982).

Několik autorů proto spekuluje, že zvýšené riziko rozvoje HPO u pacientů s ADHD je výsledkem sdílené etiologie a modelu zranitelnosti. Silná provázanost obou poruch podporuje nutnost včasného zachycení a léčby ADHD, protože by mohla moderovat nebo zabránit pozdějšímu rozvoji HPO (Storebø & Simonsen, 2014). Oblastí, která by si v kontextu chápání mechanismu rozvoje HPO z ADHD zasloužila více pozornosti, je vývoj sebepojetí u osob s ADHD. Mnoho jmenovaných rizikových faktorů pro HPO patří mezi typické projevy ADHD a zároveň mnoho těchto stejných faktorů narušuje optimální vývoj sebepojetí, identity a s nimi i osobnosti. Téma narušeného sebepojetí u ADHD a HPO je podrobněji rozebráno v kapitole 6.7 Narušené sebepojetí.

11 Empirická část

11.1 Výzkumné otázky

Prvním cílem této studie je otestování důležitosti neuropsychologických testů a dotazníků pro diferenciální diagnostiku ADHD a HPO. Využitelnost neurokognitivních vyšetření pro diferenciální diagnostiku ADHD od jiných psychiatrických diagnóz je sporná a přináší nekonzistentní výsledky. Vzhledem k vysokému symptomatickému překryvu mezi ADHD a HPO nás zajímá, zda mohou neuropsychologické testy přispět přesnosti diferenciální diagnostiky.

> Naší první hypotézou je, že kombinace standardizovaných škál a neuropsychologických testů je při rozlišování ADHD a HPO přesnější než pouze standardizované škály.

Druhým cílem je otestování důležitosti jednotlivých subškál screeningového dotazníku Borderline personality questionnaire (BPQ). BPQ je 80položkový sebeposuzovací dotazník pro zjišťování závažnosti příznaků hraniční poruchy osobnosti. Obsahuje devět subškál zaměřujících se na jednotlivá diagnostická kritéria hraniční poruchy osobnosti. Těmito subškálami jsou impulzivita, afektivní nestabilita, opuštění, vztahy, sebeobraz, sebepoškozování, pocity prázdnoty, intenzivní pocity vzteku a kvazipsychotické stavy. Otestovali jsme, zda náš model odhalí ty subškály, které jsou pro diferenciální diagnostiku

ADHD a HPO zvláště důležité a také ty, které pro rozlišení těchto dvou poruch vhodné nejsou. Předpokládáme, že nejméně důležité subškály k rozlišení budou korespondovat s těmi symptomy, ve kterých se diagnózy nejvíce překrývají. Těmito subškálami jsou impulzivita, sebeobraz, vztahy a afektivní nestabilita. Zbylé škály by podle naší hypotézy měly být pro rozlišení mezi těmito dvěma diagnózami důležitější.

> Naší druhou hypotézou, že těmi nejméně užitečnými subškálami dotazníku BPQ pro rozlišení ADHD a HPO budou impulzivita, sebeobraz, vztahy a afektivní nestabilita.

11.2 Vzorek

Náš datový soubor je tvořen 79 jedinci, kteří podstoupili klinické diagnostické vyšetření. Rozděleni byli podle výsledné diagnózy. 44 z nich mělo diagnózu ADHD, 14 diagnózu HPO a 21 jich patřilo do skupiny s komorbidním ADHD+HPO. 34 z nich byli muži a 45 ženy. Jejich věkové rozmezí bylo 17–56 let, většina jich však byla mladší 35 let.

11.3 Metody

Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI je sebeposuzovací inventář měřící míru úzkosti. Má 21 položek zaměřených na běžné fyzické i psychické symptomy úzkosti, jejichž závažnost je hodnocena na čtyřbodové škále od 0 do 3 v kontextu posledních dvou týdnů. Celkové skóre je součtem těchto hodnocení (BAI). Inventář byl vyvinut pro minimalizaci překryvu mezi stavy deprese a úzkosti (Beck et al., 1993).

Beck Depression Inventory II (BDI_II)

BDI_II je sebeposuzovací inventář měřící míru deprese. Má 21 položek zaměřených na běžné symptomy deprese, které jsou hodnoceny na čtyřbodové škále od 0 do 3 v kontextu posledních dvou týdnů. Celkové skóre je součtem těchto hodnocení (BDI_II) (Beck et al., 1996).

Borderline Personality Questionnaire (BPQ)

Borderline Personality Questionnaire je 80položkový dotazník zaměřený na symptomy hraniční poruchy osobnosti podle diagnostických kritérií DSM-IV. Jedinci v něm u

jednotlivých projevů odpovídají ANO a NE. Výsledné skóre je součtem symptomů, u kterých testované osoby uvedly ANO (s ohledem na přítomnost několika inverzních otázek, u kterých se bod přičítá za odpověď NE) (Poreh et al., 2006).

Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS)

ASRS je sebeposuzující dotazník zaměřený na symptomy ADHD vycházející z DSM_IV. Má 18 položek zaměřených na příznaky nepozornosti (ASRS-N-) a hyperaktivity (ASRS-H), které jedinec hodnotí na škále od 0 do 4. Výsledným skóre je součet těchto hodnocení (ASRS) (Kessler et al., 2005).

Rey Auditory Verbal Learning Test (AVLT)

Rey Auditory Verbal Learning Test probíhá tak, že je testované osobě vyjmenováno 15 nesouvisejících slov během pěti různých pokusů a ona je po každém z kol musí reprodukovat (AVLT1, AVLT2, AVLT 3, AVLT4, AVLT5). Potom je jedinci přečten odlišný set 15 nesouvisejících slov, po kterých musí opět vyjmenovat původních (AVLT6). Po 30 minutách je potom jedinec znovu požádán, aby slova vyjmenoval (AVLT_DEL). Tento test vyhodnocuje krátkodobou paměť, rychlost učení, učební strategie, retroaktivní a proaktivní útlum, přítomnost konfabulací nebo zmatku v paměťových procesech, retenci informací a rozdíl mezi učením a vybavováním. Z každého kola je skórem počet vybavených slov a také celkový počet vybavených slov za všechna kola (AVLT_SUM) (Pettersson et al., 2015).

Verbální fluence

Test verbální fluence po testovaných osobách požaduje, aby během jedné minuty vyjmenovaly co nejvíce slov začínajících na konkrétní písmeno, a to celkem třikrát pro tři různá písmena (FLUENCY1, FLUENCY 2, FLUENCY 3). Test je citlivý na deficity v kognitivní flexibilitě, inhibici, pozornosti a rychlosti zpracování (speed of processing). Skórem je celkový počet slov, která jedinec vyjmenuje (Pettersson et al., 2015).

Trail Making Test (TMT)

Trail Making Test neboli Test cesty měří rozptýlenou pozornost. Poskytuje informace o schopnostech testované osoby zrakového vyhledávání, rychlosti zpracování, kognitivní flexibilitě a pracovní pamětí. V testové části A (TMT_A) musí jedinec čarou spojit 25 po sobě

následujících čísel rozložených na papíře. Část B (TMT_B) je obdobná, ale střídají se v ní čísla a písmena (tedy 1, A, 2, B, 3, C…). Skórem každé části je počet sekund, které testovaná osoba ke splnění úkolu potřebovala a také počet chyb, které přitom udělala (TMT_A_MISTAKES, TMT_B_MISTAKES) (Petterson et al., 2015).

Logical Memory subtest, WMS-III

Logical Memory je subtest Weschslerovy paměťové škály. Testované osobě jsou přečteny dva krátké příběhy, které následně opakuje, a to ihned (STORY_A, STORY_B) a po 30minutovém intervalu (STORY_A_DEL, STORY_B_DEL). Logical Memory měří mimo jiné epizodickou paměť, okamžité a odložené vybavení a pozornost (Bortnik et al., 2010).

Digit Symbol–Coding, WAIS IV (Symbols)

Digit Symbol-Coding test je zaměřen na rychlost zpracování (processing speed). Test je tvořen stránkou, na které jsou čísla od 1 do 9 a ke každému je přiřazen odlišný symbol. Úkolem testované osoby je v časovém limitu tyto symboly nakreslit do číselné řady k odpovídajícím číslům. Test vyhodnocuje vizuomotorickou koordinaci, zrakové skenování, krátkodobou paměť, pozornost a koncentraci. Výsledným skórem je počet symbolů, které osoba v limitu stihla překreslit (SYMBOLS_HS) a také počet chyb, které u toho udělal (SYMBOLS_MISTAKES) (Pettersson et al., 2015).

Digit Span, WAIS-IV

V Digit Span testu je měřen rozsah jedincovy pracovní paměti. Prezentována je mu série nesouvisejících čísel, která musí zopakovat. Tento test má několik kol, během kterých se postupně zvyšuje náročnost. V prvním kole testovaná osoba opakuje dvě čísla a obtížnost se postupně zvyšuje až na osm čísel. Test má dvě části, v první části osoba opakuje čísla popředu (DIGITSPAN_FW), v druhé části je opakuje odzadu (DIGITPAN_BW). Skórem jsou nejvyšší sekvence čísel, které testovaná osoba v jednotlivých kolech dokázala zopakovat a také jejich součet (DIGITSPAN_TOT) (Pettersson et al., 2015).

Rey–Osterrieth Complex Figure

Rey-Osterriethova komplexní figura je kresebná testová metoda měřící grafomotorickou koordinaci, vizuoprostorovou percepci, neverbální paměť a organizační

schopnosti. Testovaná osoba nejdřív figuru obkreslí podle předlohy (ROCFT_COPY), po třech minutách ji znovu kreslí zpaměti (ROCFT_3MIN) a potom znovu po 30 minutách (ROCFT_30MIN). Kresby se hodnotí kvantitativně (počet vybavených částí, časové trvání kresby) i kvalitativně (např. zvolený kresebný postup – ROCFT_PLAN) (Krčová, 2014).

Cognitive Estimation Test (CET)

The Cognitive Estimation Test měří schopnost jedince racionálně odhadovat neznámé kvantitativní informace. Prezentovány jsou otázky jako jaká je nejvyšší možná rychlost motocyklu. Test měří kognitivní flexibilitu, logické myšlení a odhad (Taylor & O'Carroll, 1995).

11.4 Analýza

Příprava dat

Prvním krokem práce s daty byla jejich příprava a sjednocení i vzhledem k tomu, že data pocházejí z klinických vyšetření a pro experimentální účely byla vybrána až zpětně. Testované osoby například při vyplňování sebeposuzovacích škál někdy opomněly určité položky. U všech chybějících hodnot byla provedena interpolace. Tento proces zahrnuje přiřazení hodnoty na prázdné místo na základě specifického testu založeného na mediánu daného testového výsledku od ostatních pacientů. Kupříkladu pokud testovaná osoba nevyplnila otázku 20, tuto hodnotu jsme doplnili mediánem všech hodnot, které v otázce 20 uvedly zbylé testované osoby.

Volba metody pro datovou analýzu

Zvolenou metodou analýzy dat je strojové učení, které představuje empirický přístup pro porovnávání skupin, které mohou mít sdílené neurologické, klinické nebo kognitivní profily. Jeho užití je vhodné u komplexních souborů dat, protože na rozdíl od tradičních metod vícenásobné regrese jsou tyto algoritmy schopny zahrnout mnoho vstupních proměnných i při relativně menších velikostech vzorků (Demetriou et al., 2020).

Pro trénování klasifikátorů jsme použili osm různých algoritmů strojového učení, protože neexistuje žádný nejlepší algoritmus pro všechny řešené problémy (Wolpert, 1996). Model, který je pro jeden problém skvělý, nemusí obstát u jiného problému (Wolpert & Macready, 1997). Použité modely jsou popsány v Appendixu.

Selekce modelu

Pro seřazení testových metod na základě jejich důležitosti k rozlišení diagnóz jsme nejprve vybrali nejvýkonnější model. Modely byly porovnávány na základě Leave-One-Out křížové validace (LOOCV), což je extrémní případ obecné k-fold křížové validace. LOOCV jednotlivé modely testuje na základě toho, s jakou úspěšností dokážou predikovat údaje v datasetu. Validace se provádí tak, že se každý model natrénuje na všech datech s výjimkou jedné položky, v našem případě jedné osoby ze vzorku. Model následně sám odhaduje, jakou diagnózu vynechaná osoba má. Postupně je takto otestován odhad každé osoby ze vzorku, a to zvlášť pro každý model. Problém jsme modelovali jako úlohu klasifikace s vektorem příznaků o velikosti 42 (počet testů) a cílovou proměnnou – diagnózou se třemi hodnotami (ADHD, ADHD+BPD, BPD).

Výsledkem LOOCV je skór F1, který nabývá hodnot v intervalu 0 a 1, kde 0 znamená neúspěch a 1 dokonalou klasifikaci. Počítá se podle následné rovnice:

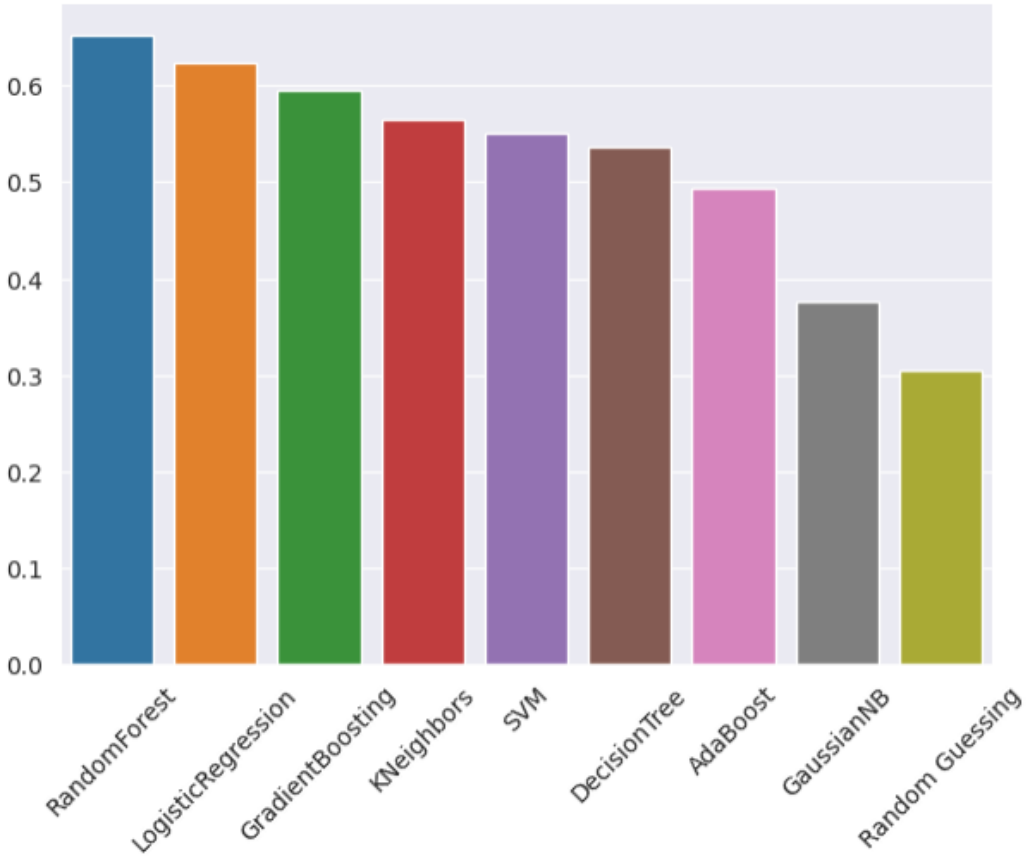
$$F1 = \frac{2 * Precision * Recall}{Precision + Recall}$$

$$Precision = \frac{True\ Positive}{True\ Positive + False\ Positive}$$

$$Recall = \frac{True\ Positive}{True\ Positive + False\ Negative}$$

Jedná se o harmonický průměr precision a recallu. F1 skór používáme, protože poskytuje robustnější hodnocení v situacích, kdy model „podvádí“ – například vždy předpovídá pouze nejčastější hodnotu.

Graf 1: Výběr klasifikačního modelu

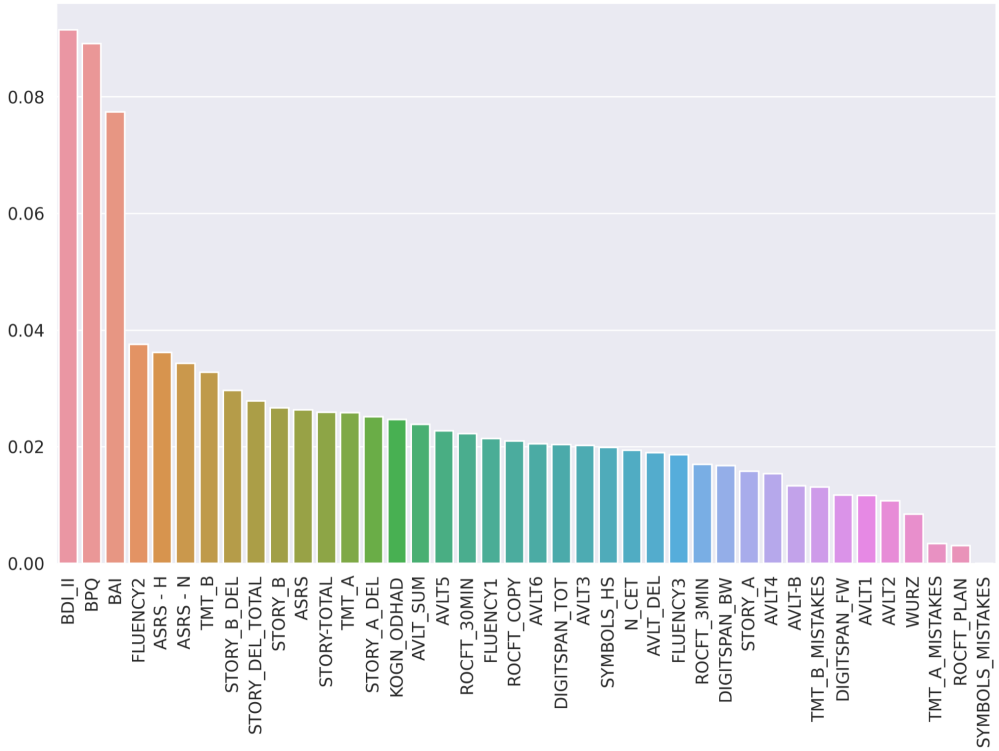


11.5 Výsledky

V našem hodnocení přesnosti modelu nejvyšší úspěšnosti dosáhl klasifikátor Random Forest (F1 = 65,2 %). V Grafu 1 uvádíme srovnání výkonnosti testovaných modelů a náhodného hádání (Random Guessing) zprůměrovaného přes 10 000 náhodných pokusů. Modely strojového učení modely dosahují výrazně lepších výsledků než náhodné hádání s výjimkou Gaussova klasifikátoru Naive Bayes.

Závěrem tohoto srovnání je, že nejlepší model (Random Forest Classifier) dokázal předpovědět diagnózu s 65% F1 skóre. Tento vybraný model byl následně použit ke zhodnocení důležitosti testů při učení rozhodovací hranice (decision boundary). Výslednou důležitost testů si můžete prohlédnout v Grafu 2.

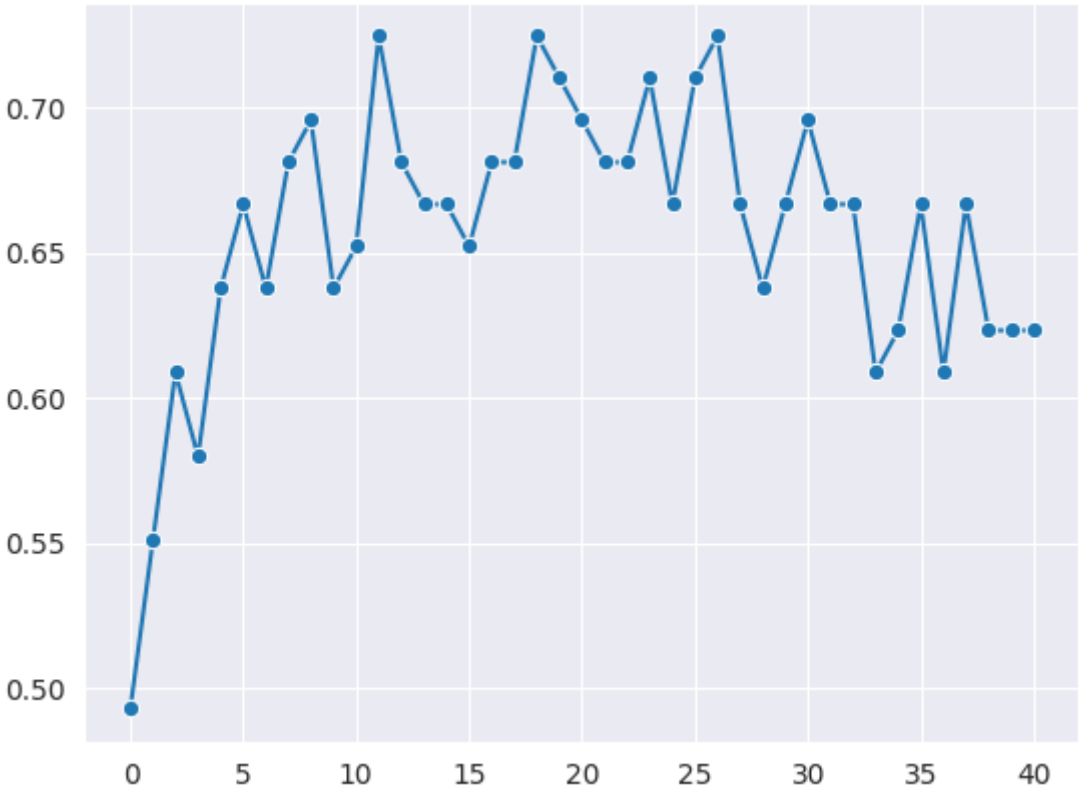
Graf 2: Seřazení důležitosti škál a subškál testových metod



Seřazený seznam nejdůležitějších rysů je dobrým mezivýsledkem; vzhledem k rozdělení důležitosti je však obtížné stanovit hranici toho, jaký počet testů je pro rozlišení diagnózy optimální. Za tímto účelem jsme provedli další sérií trénování modelu. Nejdříve jsme ho natrénovali jen na výsledcích testu s nejvyšší důležitostí a pomocí LOOCV změřili, s jakou úspěšností dokáže podle jednoho testu určit diagnózu. Potom jsme postup opakovali tréninkem na dvou, třech, čtyřech nejdůležitějších testech, až jsme takto postupně přidali všechny testy. Graf 3 zobrazuje měnící se úspěšnosti modelů s přibývajícím počtem zahrnutých subškál testů.

Nejlepšího výkonu dosahuje prvních 11 vybraných subškál testů. Stejnou hodnotu získáváme pro prvních 18 i 26, niceméně s přibývajícím počtem testů (až do k = 41) pozorujeme klesající tendenci.

Graf 3: Proměny úspěšnosti modelu v závislosti na počtu použitých testových skórů

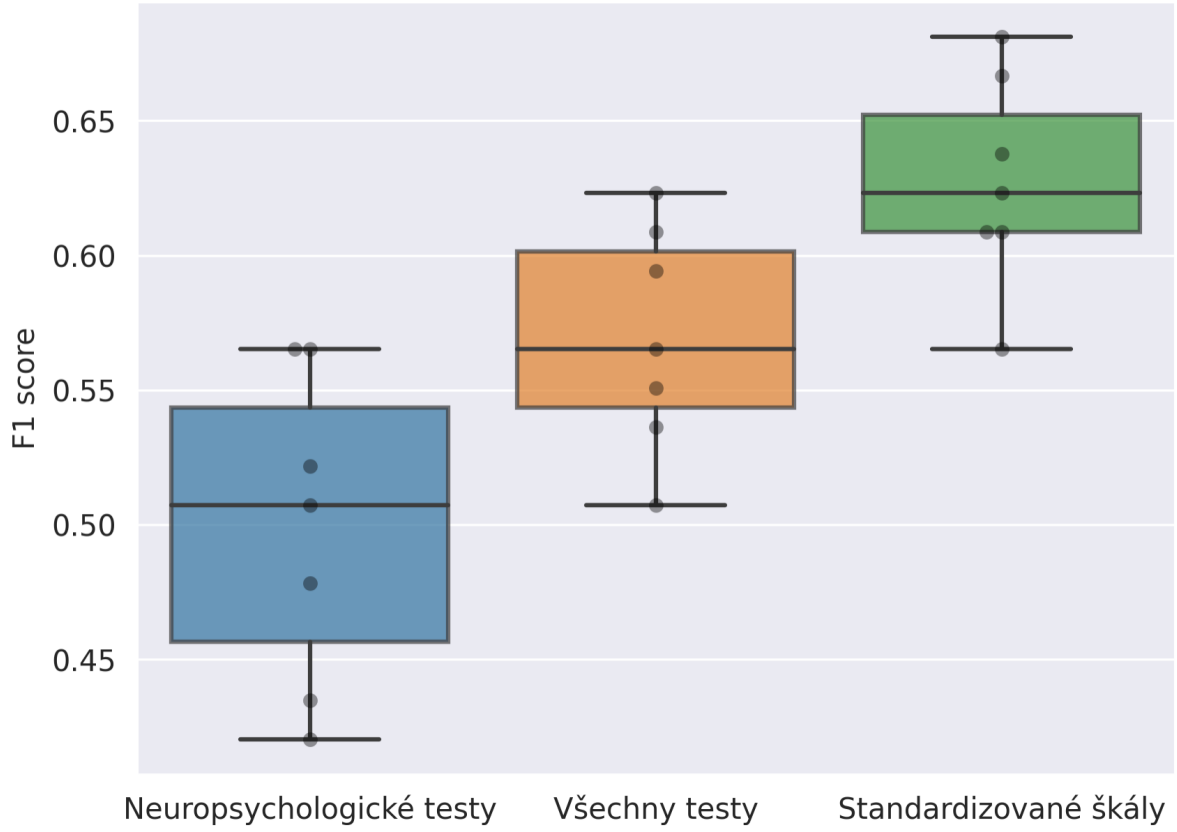


Naší hypotézou je, že kombinace standardizovaných škál a neuropsychologických testů je při rozlišování ADHD a HPO přesnější než pouze standardizované škály. Vyhodnocení nejúspěšnějších množství testů tuto hypotézu potvrzuje, protože nejvyšší přesnosti dosahoval model natrénovaný na 11 nejdůležitějších testech, které zahrnují standardizované škály i neuropsychologické testy.

V analýze jsme se dále zaměřili na srovnání úspěšnosti modelů postupně natrénovaných na třech skupinách testů. Tentokrát jsme nepracovali jen s jedním nejlepším modelem, ale použili jsme všechny a následně srovnali intervaly jejich úspěšností při odhadování diagnózy na základě jednotlivých skupin testů.

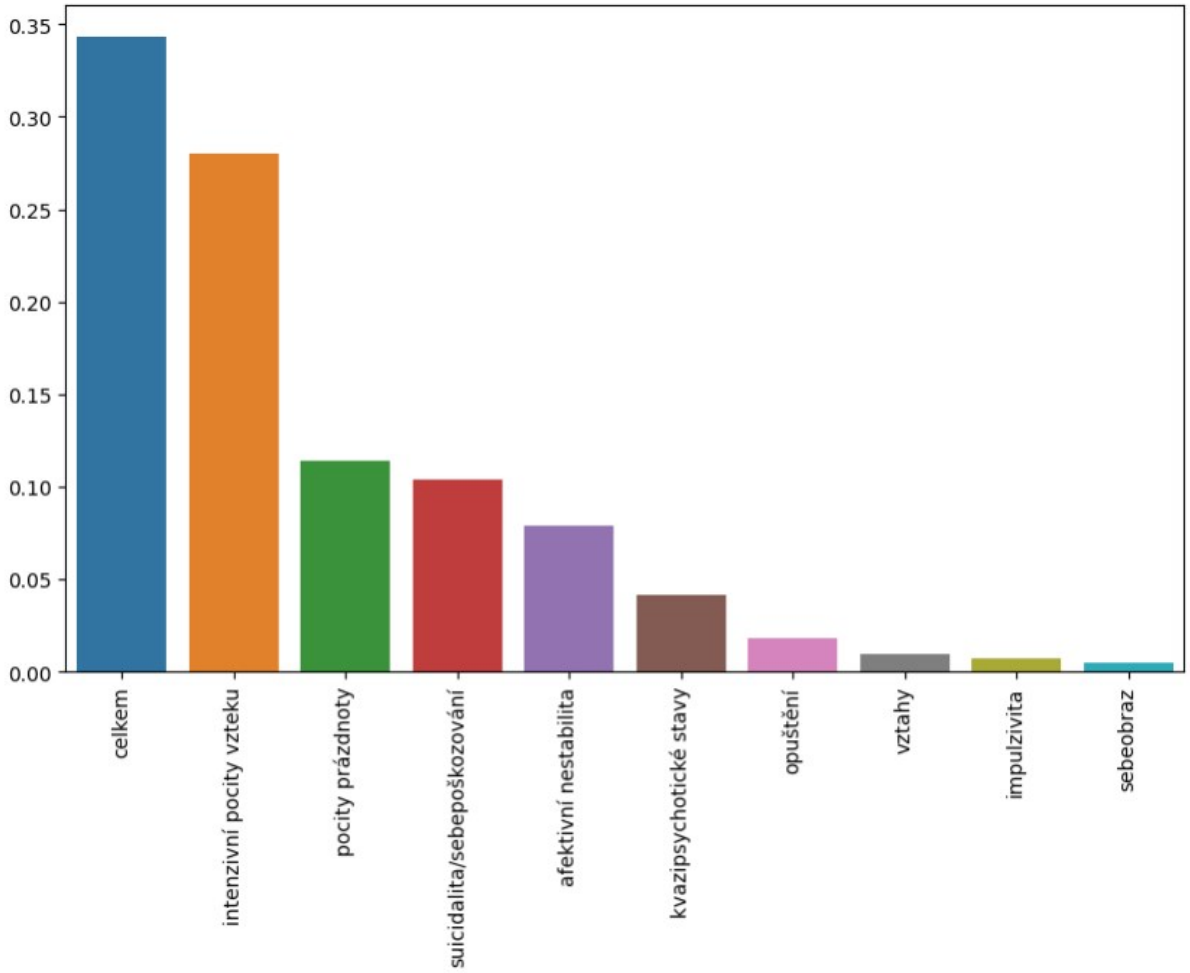
Výsledek tohoto měření zobrazuje Graf 4. Nejúspěšnější byly modely natrénované pouze na standardizovaných škálách, následovaly modely natrénované na všech testech dohromady a nejhůře si vedly modely natrénované pouze na neuropsychologických testech.

Graf 4: Proměny úspěšnosti modelů v závislosti na typu testů



V poslední části datové analýzy jsme se zaměřili na srovnání schopnosti modelu rozlišovat mezi diagnózami na základě skórů v jednotlivých subškálách BPQ. Výsledky tohoto testu zobrazuje Graf 5. Jako nejméně důležité škály pro rozlišení diagnóz náš model vyhodnotil (sestupně): sebeobraz, impulzivitu, vztahy a opuštění.

Graf 5: Seřazení důležitosti subškál BPQ pro rozlišení diagnóz



12 Diskuze

12.1 Srovnání důležitosti standardizovaných škál a neuropsychologických testů

Naší první hypotézou bylo, že kombinace standardizovaných škál a neuropsychologických testů je při rozlišování ADHD a HPO přesnější než pouze standardizované škály. Tuto hypotézu jsme testovali ve dvou krocích.

Nejprve jsme s využitím klasifikačního modelu na principu umělé inteligence sestavili žebříček testových skórů využívaných v diferenciální diagnostice ADHD a hraniční poruchy osobnosti podle jejich důležitosti pro určení diagnózy. Jedenácti nejdůležitějšími skóry jsou (sestupně od nejdůležitějšího): BAI, BDI, ASRS-N, ASRS-H, BPQ, FLUENCY2, TMT_B, ASRS, TMT_A, STORY_A_DEL a STORY_B.

Použitím klasifikačního modelu jsme také zjistili, že těchto 11 nejdůležitějších skórů dosahuje lepšího výkonu v rozlišování ADHD a HPO než všechny testy dohromady. Toto zjištění ukazuje na možnou duplicitu nebo až nadbytečnost některých používaných testových metod. Naše zjištění zároveň potvrzuje hypotézu, že kombinace standardizovaných škál a neuropsychologických testů je pro určení diagnózy přesnější.

V druhém kroku jsme mezi sebou srovnali úspěšnost tří různých přístupů k určování diagnózy. Jeden náš model diagnózu určoval pouze na základě neuropsychologických testů, druhý model používal všechny testy dohromady a třetí model se rozhodoval jen výsledků standardizovaných škál. Jako nejúspěšnější v určování diagnózy se ukázal model využívající pouze standardizovaných škál. Druhým nejúčinnějším přístupem bylo použití všech testů dohromady a nejméně přesné bylo užití pouze neuropsychologických testů. Toto zjištění nám poskytuje informace o roli, kterou neuropsychologické testy v diferenciální diagnostice ADHD a HPO hrají: samy o sobě nejsou v rozlišování diagnóz spolehlivé. Můžeme je ale používat jako doplněk jiných diagnostických metod. Míra užitečnosti jednotlivých testů zároveň není homogenní – některé jsou užitečnější než jiné.

Naše zjištění tedy potvrzují hypotézu, že kombinace standardizovaných škál a neuropsychologických testů je pro určení diagnózy přesnější, protože nejpřesnějších výsledků náš model dosahoval použitím 11 nejdůležitějších skórů, které zahrnovaly kombinaci standardizovaných škál i neuropsychologických testů. Zároveň jsme však zjistili, že zahrnutí úplně všech skórů z neuropsychologických testů přesnost snižuje. Důležité je tedy zvážit relevanci neuropsychologických metrik, ke kterým při diferenciální diagnostice přihlížíme.

12.2 Srovnání důležitosti skórů dotazníku Borderline Personality Questionnaire

Naší druhou hypotézou bylo, že těmi nejméně užitečnými subškálami sebeposuzovacího dotazníku BPQ pro rozlišení ADHD a HPO budou impulzivita, sebeobraz, vztahy a afektivní nestabilita. Naším předpokladem bylo, že vhodnost jednotlivých subškál pro diferenciální diagnostiku bude korespondovat s překryvy v symptomatice mezi oběma poruchami – tedy že škály, ve kterých si obě diagnózy budou nejvíc podobné, budou pro jejich rozlišení nejméně užitečné.

Hypotézu jsme opět ověřili sestavením žebříčku důležitosti jednotlivých subškál BPQ. Výsledky datové analýzy do značné míry potvrdily stanovené hypotézy. Klasifikační model subškály seřadil takto (sestupně podle důležitosti): Intenzivní pocity vzteku, pocity prázdnoty, suicidalita/sebepoškozování, afektivní nestabilita, kvazipsychotické stavy, opuštění, vztahy, impulzivita, sebeobraz. Čtyřmi nejméně důležitými škálami jsou tedy sebeobraz, impulzivita, vztahy a opuštění. Potvrdila se tím naše hypotéza, že škály sebeobraz, impulzivita a vztahy budou těmi nejméně důležitými pro odlišení ADHD a HPO. Překvapivými výsledky jsou přítomnost škály opuštění mezi čtyřmi nejméně důležitými škálami a zároveň nepřítomnost škály afektivní nestability mezi těmito nejméně významnými dimenzemi.

12.3 Impulzivita

Náš klasifikační model subškálu impulzivity vyhodnotil jako druhou nejméně důležitou k rozlišení ADHD a HPO, což je v souladu s dosavadními poznatky. Impulzivita typicky považována za symptom, ve kterém se ADHD a HPO nejvíce překrývají a který je zahrnut v diagnostických kritériích obou poruch (Weiner et al., 2019). Lidé s ADHD i HPO dosahují vyšších skórů impulzivity než běžná populace, u ADHD byla zjištěna vyšší míra impulzivity než u HPO (Matthies & Philipsen, 2014).

Nízká důležitost projevů impulzivity pro rozlišení vybízí k zamyšlení nad tím, jak impulzivitu definují diagnostická kritéria obou poruch. Důsledky impulzivity mohou nabývat různých podob od netrpělivosti po užívání návykových látek. A přestože náš model podpořil předchozí poznatky o tom, že se v konkrétních projevech impulzivity lidé s ADHD a lidé s HPO velmi překrývají, diagnostická kritéria poruch tento překryv nereflektují.

ADHD bylo původně konceptualizováno jako dětská porucha. Tomu odpovídaly i definované symptomy a diagnostická kritéria, která byla přizpůsobena dětskému prostředí. S posunem v definici ADHD a rozšíření této diagnózy i pro dospělou populaci došlo k přizpůsobení stávajících diagnostických kritérií, ta však dosud nereflektují mnohá specifika projevů této poruchy v dospělosti (Bell, 2011). Takto jsou v diagnostických kritériích DSM-5 popsány projevy impulzivity u ADHD a HPO (American Psychiatric Association, 2013):

ADHD: Často vyhrkne odpověď dříve, než byla otázka dokončena (např. dokončuje věty za druhé; nedokáže čekat, až na něj v rozhovoru dojde řada). Často má obtíže čekat, až na něj dojde řada (např. při čekání ve frontě). Často přerušuje nebo ruší druhé (Např. se plete do rozhovoru, her nebo aktivit; může používat věci druhých bez dovolení; adolescenti nebo dospělí se vetřou nebo přebírají to, co dělají druzí.
Hraniční porucha osobnosti: Impulzivita nejméně ve dvou oblastech, které mohou být sebepoškozující (např. utrácení, sex, zneužívání návykových látek, bezohledné řízení vozidel, záchvatovité přejídání).

V diagnostických kritériích ADHD jsou projevy impulzivity popsány především ve školním, pracovním a sociálním kontextu, zatímco u HPO je důraz na sebepoškozující oblasti impulzivity. Sebepoškozující dopady jsou však běžně pozorované i u ADHD, a to především ty, které jsou zároveň součástí diagnostických kritérií HPO – bezohledné řízení vozidel, promiskuita, zneužívání návykových látek a záchvatovité přejídání (Moukhtarian et al., 2018).

Zjištění této studie naznačují, že navzdory odlišné konceptualizaci projevů impulzivity v diagnostických kritériích ADHD a HPO se nejedná o užitečný koncept pro rozlišení těchto dvou poruch. Výsledky také naznačují, že se se impulzivita u ADHD a HPO projevuje s větší podobností, než lze vyčíst z diagnostických kritérií.

12.4 Afektivní nestabilita/emoční dysregulace

Naší hypotézou bylo, že do nejméně důležitých subškál BPQ při rozlišování ADHD a HPO bude patřit také afektivní nestabilita. Náš model ji však klasifikoval jako čtvrtou nejužitečnější dimenzi z devíti měřených.

U HPO je emoční dysregulace centrálním prvkem diagnostických kritérií, mezi diagnostická kritéria ADHD nepatří, ale zažívá ji 72–90 % dospělých s touto poruchou

(Asherson et al., 2005). Studie srovnávající odlišnost či podobnost projevů emoční dysregulace u obou poruch přinášejí rozporuplné výsledky (Rüfenacht et al., 2019).

Nepotvrdila se hypotéza, že afektivní nestabilita bude mezi nejméně důležitými subškálami k rozlišení poruch. Naše výsledky poukazují na to, že jedním z užitečných rozlišovacích faktorů v tom, jak se emoční dysregulace u obou poruch projevuje, by mohly být intenzivní pocity vzteku. Tuto dimenzi náš model vyhodnotil jako nejdůležitější rozlišovací subškálou, což je v souladu s předchozími zjištěními, že tato emoce u HPO nabývá vyšší intenzity (Moukharitan et al., 2018). Jen vztek však zjištěnou důležitost afektivní nestability pro rozlišení poruch pravděpodobně nevysvětluje, protože je zmíněn jen v jedné z 10 otázek této subškály.

Ačkoliv je důležitost afektivní nestability pro rozlišení ADHD a HPO vyšší, než jsme předpokládali, stále se jedná až o čtvrtou nejužitečnější dimenzi, což je v souladu s předchozími zjištěními, že je emoční dysregulace velmi častým projevem ADHD, přestože nepatří mezi diagnostická kritéria této poruchy. V současné době neexistuje příliš studií srovnávajících emoční procesy u ADHD a HPO. Emoční dysregulace je důležitou oblastí pro budoucí výzkum ADHD. Lepší chápání emočních dynamik lidí s touto poruchou by mohlo přispět k přesnější diferenciální diagnostice ADHD a poruch nálady a osobnosti.

12.5 Sebeobraz

Náš model jako nejméně užitečnou subškálu pro odlišení těchto dvou poruch identifikoval sebeobraz, což je v souladu s naší hypotézou, že bude patřit k nejméně důležitým rozlišovacím subškálám. Narušený, nekonzistentní a negativní sebeobraz je velmi často pozorovaným důsledkem ADHD (Cantor, 2000; Krueger & Kendall, 2001), není však zařazen v diagnostických kritériích. Naše zjištění naznačuje vysokou míru překryvu mezi poruchami v této oblasti. Konkrétní význam sebeobrazu jako průsečíku ve vztahu ADHD a HPO a srovnání jeho narušení u těchto poruch je empiricky neprobádanou oblastí.

Výzkum tohoto sdíleného konceptu by mohl pomoct objasnit vztah ADHD a HPO v diferenciální diagnostice, ale také pomoct lépe vysvětlit roli ADHD jako silného rizikového faktoru pro pozdější rozvoj HPO. Naše výsledky také naznačují nevhodnost narušení sebeobrazu jako rozlišovacího faktoru mezi ADHD a HPO.

12.6 Vztahy

Jako třetí nejméně důležitou dimenzi pro rozlišení ADHD a HPO náš model identifikoval vztahy, respektive jejich narušení. Toto zjištění odpovídá naší hypotéze, že mezi vztahovým narušením u ADHD a HPO bude vysoká míra symptomatického překryvu.

Narušené interpersonální vztahy jsou centrálním diagnostickým kritériem HPO, v diagnostických kritériích ADHD zařazeny nejsou, přestože jsou častým důsledkem kognitivních a behaviorálních odlišností typických pro osoby s touto poruchou (Hoza, 2004).

Naše zjištění podporují potenciální roli sdílené narušené vztahové dimenze jako faktoru přispívajícímu k diagnostické záměně ADHD a HPO. Kliničtí pracovníci by si tohoto symptomatického překryvu měli být vědomi v diagnostickém procesu.

12.7 Opuštění

Jako čtvrtou nejméně důležitou subškálu pro rozlišení ADHD a HPO náš model identifikoval opuštění, a to navzdory naší hypotéze, že tato subškála mezi nedůležité prvky pro rozlišení poruch patřit nebude. V dosavadním výzkumu zvýšené citlivosti na opuštění u lidí s ADHD však nalezneme výsledky, které jsou v souladu s naším zjištěním.

Vysoký překryv v subškále opuštění mezi ADHD a HPO pravděpodobně souvisí s vysokým překryvem v subškále vztahy mezi těmito poruchami. Mezi těmito dvěma dimenzemi byla v našich datech nalezena vysoká korelace 0.87 ($p<0.05$).

Naše zjištění by mohlo poukazovat na hlubší dopady narušených interpersonálních vztahů na citlivost na opuštění u lidí s ADHD. Zároveň je důležité mít na paměti možnou přítomnost tohoto symptomu u osob s ADHD při jeho diagnostice.

Závěr

Tato práce přináší cenný vhled do diferenciální diagnostiky ADHD a jejích klíčových prvků pro odlišení od hraniční poruchy osobnosti. ADHD je u dospělých silně poddiagnostikované a v diagnostické praxi často chybně klasifikované jako afektivní porucha nebo porucha osobnosti. Jednou z příčin je vysoký symptomatický překryv s jinými poruchami, které jsou s ADHD navíc často komorbidní. Diagnostická kritéria navíc nezahrnují všechny příznaky ADHD a nedostatečně reflektují projevy poruchy u dospělých. Zatím také neexistují objektivní měřítka, na jejichž základě by se ADHD mohlo diagnostikovat. Nesprávnou diagnózou je lidem s ADHD znepřístupněna správná léčba, která by mohla zmírnit výrazná psychosociální poškození spojená s touto poruchou.

Teoretická část práce je zaměřena na shrnutí existujících vědomostí o diagnostice ADHD, diferenční diagnostice a o podobnostech a rozdílech mezi ADHD a HPO.

V úvodu teoretické práce shrnujeme diagnostické metody ADHD a také problematické oblasti, které správnou diagnostiku ztěžují. Kromě nedostatečných diagnostických kritérií jsou jimi častá kompenzace a maskování příznaků lidmi s ADHD, nedostatečné povědomí klinických pracovníků o ADHD a genderové odlišnosti v prezentaci poruchy. V práci dále uvádíme shrnutí nejčastěji komorbidních nebo zaměnitelných diagnóz a toho, jak se od ADHD dají odlišit.

Hlavním tématem práce je diferenciální diagnostika hraniční poruchy osobnosti, protože patří mezi diagnózy, které jsou s ADHD provázány nejsilněji. Nejčastěji uváděnými a zároveň nejvíce probádanými společnými příznaky jsou impulzivita, emoční dysregulace, narušené sebevědomí, narušené interpersonální vztahy, závislosti a rizikové chování. Překryv je také v některých temperamentových rysech, především ve zvýšeném novelty seeking a harm avoidance. V práci jsme identifikovali také několik konceptů, u kterých existuje důvodný předpoklad vysokého překryvu, ale jejichž dosavadní výzkum prozatím neumožňuje jednoznačné srovnání. Jsou jimi citlivost na odmítnutí/opuštění, časová slepota, pocity prázdnoty a nudy, nestabilní identita. Pro hlubší pochopení odlišností mezi ADHD a HPO jsou v teoretické části jsou podrobně popsány podobnosti a odlišnosti prezentace těchto příznaků u jednotlivých poruch, a také jejich teoretizované či empiricky podpořené příčiny.

Příznaky specifické především pro ADHD jsou exekutivní dysfunkce, hyperaktivita, zapomnětlivost, hyperfocus a senzorická dysregulace. U HPO jsou to potom častější psychiatrické hospitalizace, sebepoškozování, sebevražednost, bludy a halucinace, paranoidní ideace a disociativní stavy. Toto rozlišení však není zcela jednoznačné, protože k těmto projevům u jednotlivých poruch neexistuje srovnatelné množství literatury.

V závěru teoretické části stručně otevíráme téma ADHD jako rizikového faktoru pro pozdější rozvoj HPO, a to především v souvislosti s běžnými projevy nebo konsekvencemi ADHD, které zároveň prokazatelně zvyšují riziko rozvoje HPO. ADHD a HPO jsou provázány na mnoha specifických úrovních, které se vzájemně zajímavým způsobem ovlivňují. V práci takto zmiňujeme například to, že u obou poruch se do různé míry vyskytuje zhoršená časová percepce ve formě, která zároveň predikuje impulzivitu. Zajímavá je také kombinace sdílených faktorů, které by u obou poruch mohly vést k narušení vývoje sebepojetí. Vztah ADHD jako rizikového faktoru pro pozdější rozvoj HPO je zajímavou oblastí, jejíž výzkum by mohl přiblížit to, jak v procesu rozvoje poruchy osobnosti vrozené predispozice interagují s vlivy prostředí.

V praktické části jsme použitím klasifikačního modelu na bázi umělé inteligence otestovali dvě hypotézy.

První hypotézou bylo že kombinace standardizovaných škál a objektivních měřítek v podobě neuropsychologických testů bude při rozlišování ADHD a HPO přesnější než pouze standardizované škály. Tato hypotéza se potvrdila, avšak jen za podmínky, že k rozlišení nebudou použity všechny neuropsychologické testy. Zahrnutí všech testů přesnost naopak snižovalo. Došli jsme tedy k závěru, že je důležité zvážit relevanci neuropsychologických metrik, ke kterým při diferenciální diagnostice přihlížíme. Naše výsledky jsou také v souladu s předchozími zjištěními, že pouze objektivní měřítka pro diferenciální diagnostiku ADHD nestačí.

Naší druhou hypotézou bylo, že těmi nejméně užitečnými subškálami dotazníku BPQ pro rozlišení ADHD a HPO budou impulzivita, sebeobraz, vztahy a afektivní nestabilita. Tyto škály jsme vybrali na základě toho, že jsou v dosavadní literatuře o symptomatických překryvech ADHD a HPO zmiňovány jako oblasti s nejvyšší podobností. Potvrdila se nízká

důležitost subškál impulzivita, vztahy a sebeobraz. Místo afektivní nestability však klasifikační model mezi čtyři nejméně důležité subškály zařadil opuštění. Tyto výsledky by mohly značit odlišující se projevy emoční dysregulace u obou poruch. Vysoký překryv v subškále opuštění by mohl poukazovat na hluboký dopad narušených interpersonálních vztahů na jejich vnímání u lidí s ADHD a vybízí k dalšímu výzkumu tohoto příznaku v kontextu poruchy.

Výsledky teoretické i empirické části podporují kritický pohled na aktuální diagnostická kritéria ADHD a na to, jak jsou některé projevy poruchy v diagnostických kritériích popsány. ADHD v dospělosti s sebou nese specifika, která nelze dostatečně reflektovat pouhou úpravou kritérií pro diagnostiku dětí. Pro správnou diagnostiku ADHD je zapotřebí dostatečného porozumění projevům této poruchy a tomu, jak se tyto projevy mohou lišit v závislosti na životním kontextu jedince.

Limity

Předkládaná práce má několik limitů. V teoretické části je důvodné předpokládat určité zkreslení existujících vědomostí o specifických projevech ADHD vzhledem k tomu, že je tato porucha silně komorbidní a mnoho studií ve svých analýzách případné komorbidity nezohledňuje.

Hlavním limitem empirické části je velmi malý a nevyvážený vzorek dat, se kterými jsme pracovali. V našem vzorku zároveň není přítomna kontrolní skupina a všechny tři klinické skupiny se několika ohledech do značné míry překrývají, což výsledky zkresluje. Problematická je také malá velikost skupiny lidí s diagnózou HPO.

Jelikož subškály BPQ samy o sobě nenesou dostatek informací pro určení diagnózy, jednotlivé modely mají problém s nalezením funkce mezi subškálami BPQ a výslednou diagnózou. Z toho důvodu i nejlepší model našel pouze velmi jednoduché vztahy mezi těmito proměnnými, a tak výsledné hodnocení důležitosti jednotlivých dimenzí není naším přístupem dobře ověřitelné.

Subškály, se kterými pracujeme u BPQ, pracují s několika obecnějšími koncepty, jako jsou například impulzivita a sebeobraz. Definice těchto konceptů je však u BPQ zúžena na to, jak se typicky projevují u HPO. Naše výsledky tedy nepopisují překryv ADHD a HPO v celé šíři těchto dimenzí, ale specificky v tom, jak se v těchto dimenzích projevuje HPO.

Při interpretaci získaných výsledků je také důležité mít na paměti zvolenou testovací metodu. Údajem, který máme k dispozici, je především pořadí jednotlivých položek. Velikost jejich efektu je interpretovatelná obtížněji. Tato studie je spíše pilotního charakteru a jedním z jejích cílů bylo vytvoření klasifikačního modelu a testování zmíněné metody pro použití na datech z klinické praxe. Při budoucí aplikaci této metody bude důležité zajištění většího a rovnoměrnějšího vzorku dat.

Seznam použitých zdrojů a literatury:

Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T. C., Bolea, B., Coghill, D., Guðjónsson, G., Halmøy, A., Hodgkins, P., Müller, U., Pitts, M., Trakoli, A., Williams, N., & Young, S. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC psychiatry*, *13*, 59. https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-59

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Anbarasan, D., Kitchin, M., & Adler, L. A. (2020). Screening for Adult ADHD. *Current psychiatry reports*, *22*(12), 72. https://doi.org/10.1007/s11920-020-01194-9

Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive psychiatry*, *48*(4), 329–336. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.02.001

Antshel, K. M., & Russo, N. (2019). Autism Spectrum Disorders and ADHD: Overlapping Phenomenology, Diagnostic Issues, and Treatment Considerations. *Current psychiatry reports*, *21*(5), 34. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1020-5

Asherson, P., Kuntsi, J., & Taylor, E. (2005). Unravelling the complexity of attention-deficit hyperactivity disorder: a behavioural genomic approach. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *187*, 103–105. https://doi.org/10.1192/bjp.187.2.103

Asherson, P., Akehurst, R., Kooij, J. J., Huss, M., Beusterien, K., Sasané, R., Gholizadeh, S., & Hodgkins, P. (2012). Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. *Journal of attention disorders*, *16*(5 Suppl), 20S–38S. https://doi.org/10.1177/1087054711435360

Asherson, P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current medical research and opinion*, *30*(8), 1657–1672. https://doi.org/10.1185/03007995.2014.915800

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

Baribeau, D. A., Doyle-Thomas, K. A., Dupuis, A., Iaboni, A., Crosbie, J., McGinn, H., Arnold, P. D., Brian, J., Kushki, A., Nicolson, R., Schachar, R. J., Soreni, N., Szatmari, P., & Anagnostou, E. (2015). Examining and comparing social perception abilities across childhood-onset neurodevelopmental disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *54*(6), 479–86.e1. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.03.016

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford press.

Barkley, R. A. (Ed.). (2018). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (Fourth Edition. Paperback Edition). The Guilford Press.

Barnow, S., Arens, E.A., Sieswerda, S. *et al.* Borderline Personality Disorder and Psychosis: A Review.*Curr Psychiatry Rep* **12**, 186–195 (2010). https://doi.org/10.1007/s11920-010-0107-9

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1993). Beck anxiety inventory. *Journal of consulting and clinical psychology*.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation. *San Antonio, TX*, 785-791.

Bedrossian, L. (2021). Understand and address complexities of rejection sensitive dysphoria in students with ADHD. *Disability Compliance for Higher Education*, *26*(10), 4-4. https://doi.org/10.1002/dhe.31047

Bell A. S. (2011). A critical review of ADHD diagnostic criteria: what to address in the DSM-V. *Journal of attention disorders*, *15*(1), 3–10. https://doi.org/10.1177/1087054710365982

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

Bortnik, K. E., Boone, K. B., Marion, S. D., Amano, S., Ziegler, E., Cottingham, M. E., Victor, T. L., & Zeller, M. A. (2010). Examination of various WMS-III logical memory scores in the assessment of response bias. *The Clinical neuropsychologist*, *24*(2), 344–357. https://doi.org/10.1080/13854040903307268

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment.* New York: Basic Books.

Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., & Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and quality of life outcomes*, *10*, 47. https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-47

Brown, J. D. (1993). Motivational conflict and the self: The double-bind of low self-esteem. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 117–130). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4684-8956-9_6

Bruton, A. M., Senders, A., Tost, G., Ast, H., Robinette, L. M., Leung, B., et al. (2022). Pain sensitivity and perceptual sensitivity are associated with severity of emotional dysregulation in children with ADHD: a cross-sectional analysis using the temperament in middle childhood questionnaire. *Disabil. Rehabil.* 45, 848–856. https://doi.org/10.1080/09638288.2022.2043946

Cantor, D. (2000). The role of group therapy in promoting identity development in ADHD adolescents. *Journal of psychotherapy in independent practice*, *1*(2), 53-62. https://doi.org/10.1300/J288v01n02_07

Coons, P., (1996). Depersonalization and Derealization. In Michelson, L. K., & Ray, W. J. (Eds.), Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives. (pp. 291–305). Plenum Press.

Crowley, T. J., Raymond, K. M., Mikulich-Gilbertson, S. K., Thompson, L. L., & Lejuez, C. W. (2006). A risk-taking "set" in a novel task among adolescents with serious conduct and substance problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *45*(2), 175–183. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000188893.60551.31

Chung BY, Hensel S, Schmidinger I, Bekrater-Bodmann R, Flor H. Dissociation proneness and pain hyposensitivity in current and remitted borderline personality disorder. Eur J Pain. 2020;1567(7):1257–68. https://doi.org/10.1002/ejp.1567.

Dalsgaard, S., Mortensen, P. B., Frydenberg, M., & Thomsen, P. H. (2014). ADHD, stimulant treatment in childhood and subsequent substance abuse in adulthood - a naturalistic long-term follow-up study. *Addictive behaviors*, *39*(1), 325–328. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.002

D'Agati, E., Curatolo, P., & Mazzone, L. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *23*(4), 238–244. https://doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277

D'Agostino, A., Pepi, R., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2020). The Feeling of Emptiness: A Review of a Complex Subjective Experience. *Harvard review of psychiatry*, *28*(5), 287–295. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000269

Davis, C., Cohen, A., Davids, M., & Rabindranath, A. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to addictive behaviors: a moderated-mediation analysis of personality-risk factors and sex. *Frontiers in psychiatry*, *6*, 47. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2015.00047

Demetriou, E. A., Park, S. H., Ho, N., Pepper, K. L., Song, Y. J., Naismith, S. L., ... & Guastella, A. J. (2020). Machine learning for differential diagnosis between clinical conditions with social difficulty: Autism spectrum disorder, early psychosis, and social anxiety disorder. *Frontiers in psychiatry*, *11*, 545. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00545

Dooling-Litfin, J. K., & Rosén, L. A. (1997). Self-esteem in college students with a childhood history of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of College Student Psychotherapy, 11*(4), 69–82. https://doi.org/10.1300/J035v11n04_06

Drechsler, R., Rizzo, P., & Steinhausen, H. C. (2008). Decision-making on an explicit risk-taking task in preadolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of neural transmission (Vienna, Austria : 1996)*, *115*(2), 201–209. https://doi.org/10.1007/s00702-007-0814-5

DuPaul, George & Weyandt, Lisa & O'Dell, Sean & Varejao, Michael. (2009). College Students With ADHD Current Status and Future Directions. Journal of attention disorders. 13. 234-50. https://doi.org/10.1177/1087054709340650

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., . . . Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 128,* 789–818. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Feldman, S., & Downey, G. (1994). *Rejection sensitivity as a mediator of the impact of childhood exposure to family violence on adult attachment behavior. Development and Psychopathology, 6(01), 231–247. https:://*doi.org/10.1017/s0954579400005976

Foxhall, M., Hamilton-Giachritsis, C., & Button, K. (2019). The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, *58*(3), 289–326. https://doi.org/10.1111/bjc.12216

Friedel, R. O., Cox, L. F., & Friedel, K. (2021). *Borderline personality disorder demystified: An essential guide for understanding and living with BPD*. Hachette Go, an imprint of Hachette Books.

Ginapp, C. M., Greenberg, N. R., Macdonald-Gagnon, G., Angarita, G. A., Bold, K. W., & Potenza, M. N. (2023). The experiences of adults with ADHD in interpersonal relationships and online communities: A qualitative study. *SSM-Qualitative Research in Health*, *3*, 100223. https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100223

Gomez, R., Van Doorn, G., Watson, S., Gomez, A., & Stavropoulos, V. (2017). Cloninger's personality dimensions and ADHD: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, *107*, 219-227. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.054

Grossman, A., & Avital, A. (2023). Emotional and sensory dysregulation as a possible missing link in attention deficit hyperactivity disorder: A review. *Frontiers in behavioral neuroscience*, *17*, 1118937. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1118937

Harpin, V., Mazzone, L., Raynaud, J. P., Kahle, J., & Hodgkins, P. (2016). Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. *Journal of attention disorders*, *20*(4), 295–305. https://doi.org/10.1177/1087054713486516

Harrison, A. G., & Wilson, J. B. (2005). Inattention and dissociation: Overlapping constructs? *The ADHD Report*, *13*(3), 9–11. https://doi.org/10.1521/adhd.2005.13.3.9

Herron, S. J., & Sani, F. (2022). Understanding the typical presentation of emptiness: a study of lived-experience. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, *31*(2), 188–195. https://doi.org/10.1080/09638237.2021.1922645

Hoza, B., Waschbusch, D. A., Pelham, W. E., Molina, B. S., & Milich, R. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disordered and control boys' responses to social success and failure. *Child development*, *71*(2), 432–446. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00155

Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Pelham, W. E., Jr, Molina, B. S., Abikoff, H. B., Epstein, J. N., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Odbert, C., Swanson, J. M., & Wigal, T. (2004). Self-perceptions of competence in children with ADHD and comparison children. *Journal of consulting and clinical psychology*, *72*(3), 382–391. https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.3.382

Hupfeld, K. E., Abagis, T. R., & Shah, P. (2019). Living "in the zone": hyperfocus in adult ADHD. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, *11*(2), 191–208. https://doi.org/10.1007/s12402-018-0272-y

Ibáñez, A., Petroni, A., Urquina, H., Torrente, F., Torralva, T., Hurtado, E., Guex, R., Blenkmann, A., Beltrachini, L., Muravchik, C., Baez, S., Cetkovich, M., Sigman, M., Lischinsky, A., & Manes, F. (2011). Cortical deficits of emotional face processing in adults with ADHD: its relation to social cognition and executive function. *Social neuroscience*, *6*(5-6), 464–481. https://doi.org/10.1080/17470919.2011.620769

Jørgensen C. R. (2006). Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *20*(6), 618–644. https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.618

Jovev, M., & Jackson, H. J. (2006). The relationship of borderline personality disorder, life events and functioning in an Australian psychiatric sample. *Journal of personality disorders*, *20*(3), 205–217. https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.205

Juurlink, T. T., Lamers, F., van Marle, H. J. F., Anema, J. R., & Beekman, A. T. F. (2020). The role of borderline personality disorder symptoms on absenteeism & work performance in the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *BMC psychiatry*, *20*(1), 414. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02815-6

Kaisari, P., Dourish, C. T., & Higgs, S. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and disordered eating behaviour: A systematic review and a framework for future research. *Clinical psychology review*, *53*, 109–121. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.002

Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, *17*, 1-15. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American journal of psychiatry*, *163*(4), 716–723. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, *35*(2), 245–256. https://doi.org/10.1017/s0033291704002892

Kienast, T., Stoffers, J., Bermpohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt international*, *111*(16), 280–286. https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280

Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., Serby, M., Schopick, F., & Siever, L. J. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity?. *Journal of personality disorders*, *15*(4), 358–370. https://doi.org/10.1521/pedi.15.4.358.19181

Kooij, J. J. S., & Francken, M. H. (2010). DIVA 2.0. *Diagnostic Interview Voor ADHD in Adults bij volwassenen [DIVA 2 0 Diagnostic Interview ADHD in Adults]. DIVA Foundation. http://www.divacenter.eu/DIVA.aspx*

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., Mccarthy, J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., Niemela, A., … Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *56*, 14–34. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001

Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Fougere, P. (2009). Dissociation in borderline personality disorder: A detailed look. *Journal of Trauma & Dissociation*, *10*(3), 346–367. https://doi.org/10.1080/15299730902956838

Košlerová, A. (2023). Dospělých s ADHD rapidně přibývá. Léčbu může podpořit minimalismus v hlavě i chytré hodinky. iROZHLAS. https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/adhd-porucha-pozornosti-hyperaktivita-diagnostika-psychoterapie-lecba_2307040600_ank

Krčová, V. (2014). Rey-Osterriethova komplexní figura: Recenze metody. *TESTFÓRUM*, (4), 22-26. https://doi.org/10.5817/TF2014-4-24

Krueger, M., & Kendall, J. (2001). Descriptions of self: an exploratory study of adolescents with ADHD. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, *14*(2), 61–72. https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2001.tb00294.x

Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *2*, 241-255. https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8

Larochette, A. C., Harrison, A. G., Rosenblum, Y., & Bowie, C. R. (2011). Additive neurocognitive deficits in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and depressive symptoms. *Archives of clinical neuropsychology : the official journal of the National Academy of Neuropsychologists*, *26*(5), 385–395. https://doi.org/10.1093/arclin/acr033

Lebowitz M. S. (2016). Stigmatization of ADHD: A Developmental Review. *Journal of attention disorders*, *20*(3), 199–205. https://doi.org/10.1177/1087054712475211

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder.* New York: Guilford.

Linhartová, P., Látalová, A., Barteček, R., Širůček, J., Theiner, P., Ejova, A., Hlavatá, P., Kóša, B., Jeřábková, B., Bareš, M., & Kašpárek, T. (2020). Impulsivity in patients with borderline personality disorder: a comprehensive profile compared with healthy people and patients with ADHD. *Psychological medicine*, *50*(11), 1829–1838. https://doi.org/10.1017/S0033291719001892

Masland, S. R., Shah, T. V., & Choi-Kain, L. W. (2020). Boredom in borderline personality disorder: A lost criterion reconsidered. *Psychopathology*, *53*(5-6), 239-253. https://doi.org/10.1159/000511312

Mayer, J. S., Bernhard, A., Fann, N., Boxhoorn, S., Hartman, C. A., Reif, A., & Freitag, C. M. (2021). Cognitive mechanisms underlying depressive disorders in ADHD: A systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *121*, 307–345. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.018

McIntyre, R. S., Kennedy, S. H., Soczynska, J. K., Nguyen, H. T., Bilkey, T. S., Woldeyohannes, H. O., Nathanson, J. A., Joshi, S., Cheng, J. S., Benson, K. M., & Muzina, D. J. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative project. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, *12*(3), PCC.09m00861. https://doi.org/10.4088/PCC.09m00861gry

Menghini, D., Armando, M., Calcagni, M., Napolitano, C., Pasqualetti, P., Sergeant, J. A., Pani, P., & Vicari, S. (2018). The influence of Generalized Anxiety Disorder on Executive Functions in children with ADHD. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *268*(4), 349–357. https://doi.org/10.1007/s00406-017-0831-9

Miller, M., Hanford, R. B., Fassbender, C., Duke, M., & Schweitzer, J. B. (2011). Affect recognition in adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, *15*(6), 452–460. https://doi.org/10.1177/1087054710368636

Matthies, S., & Philipsen, A. (2016). Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)--Review of Recent Findings. *Current psychiatry reports*, *18*(4), 33. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0675-4

Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Grada.

Mitchell, M. R., & Potenza, M. N. (2014). Addictions and personality traits: impulsivity and related constructs. *Current behavioral neuroscience reports*, *1*, 1-12. https://doi.org/10.1007/s40473-013-0001-y

Moreira, D., Pinto, M., Almeida, F., & Barbosa, F. (2016). Time perception deficits in impulsivity disorders: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, *27*, 87-92. https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.03.008

Mosholder, A. D., Gelperin, K., Hammad, T. A., Phelan, K., & Johann-Liang, R. (2009). Hallucinations and other psychotic symptoms associated with the use of attention-deficit/hyperactivity disorder drugs in children. *Pediatrics*, *123*(2), 611–616. https://doi.org/10.1542/peds.2008-0185

Moukhtarian, T. R., Mintah, R. S., Moran, P., & Asherson, P. (2018). Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *5*, 1-11. https://doi.org/10.1186/s40479-018-0086-8

Mulligan, A., Anney, R. J., O'Regan, M., Chen, W., Butler, L., Fitzgerald, M., Buitelaar, J., Steinhausen, H. C., Rothenberger, A., Minderaa, R., Nijmeijer, J., Hoekstra, P. J., Oades, R. D., Roeyers, H., Buschgens, C., Christiansen, H., Franke, B., Gabriels, I., Hartman, C., Kuntsi, J., … Gill, M. (2009). Autism symptoms in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a familial trait which correlates with conduct, oppositional defiant, language and motor disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, *39*(2), 197–209. https://doi.org/10.1007/s10803-008-0621-3

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

Nikolas, M. A., Marshall, P., & Hoelzle, J. B. (2019). The role of neurocognitive tests in the assessment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological assessment*, *31*(5), 685–698. https://doi.org/10.1037/pas0000688

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, *163*(1), 20–26. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20

Panagiotidi, M., Overton, P. G., & Stafford, T. (2018). The relationship between ADHD traits and sensory sensitivity in the general population. *Comprehensive psychiatry*, *80*, 179–185. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.10.008

Pelham, W. E., & Bender, M. E. (1982). Peer relationships in hyperactive children: Description and treatment. *Advances in Learning & Behavioral Disabilities, 1,* 365–436.

Philipsen A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *256 Suppl 1*, i42–i46. https://doi.org/10.1007/s00406-006-1006-2

Poreh, A. M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J. L., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of personality disorders*, *20*(3), 247–260. https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.247

Prada, P., Hasler, R., Baud, P., Bednarz, G., Ardu, S., Krejci, I., Nicastro, R., Aubry, J. M., & Perroud, N. (2014). Distinguishing borderline personality disorder from adult attention deficit/hyperactivity disorder: a clinical and dimensional perspective. *Psychiatry research*, *217*(1-2), 107–114. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.03.006

Praško, J. (2015). Poruchy osobnosti (3. vydání). Portál.

Quinn, P. O., & Madhoo, M. (2014). A review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *The primary care companion for CNS disorders*, *16*(3), 27250. https://doi.org/10.4088/PCC.13r01596

Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2006). Issues in ADHD in adults. *The ADHD Report*, *14*(6), 5-8.https://doi.org/10.1521/adhd.2006.14.6.5

Reimherr, F. W., Roesler, M., Marchant, B. K., Gift, T. E., Retz, W., Philipp-Wiegmann, F., & Reimherr, M. L. (2020). Types of Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Replication Analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, *81*(2), 19m13077. https://doi.org/10.4088/JCP.19m13077

Retz, W., Stieglitz, R. D., Corbisiero, S., Retz-Junginger, P., & Rösler, M. (2012). Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence?. *Expert review of neurotherapeutics*, *12*(10), 1241–1251. https://doi.org/10.1586/ern.12.109

Richards L. M. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical child psychology and psychiatry*, *18*(4), 483–503. https://doi.org/10.1177/1359104512458228

Rivas-Vazquez, R. A., Diaz, S. G., Visser, M. M., & Rivas-Vazquez, A. A. (2023). Adult ADHD: Underdiagnosis of a Treatable Condition. *Journal of health service psychology*, *49*(1), 11-19.https://doi.org/10.1007/s42843-023-00077-w

Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G., Schneider, M., Supprian, T., Schwitzgebel, P., Pinhard, K., Dovi-Akue, N., Wender, P., & Thome, J. (2004). Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *254*(6), 365–371. https://doi.org/10.1007/s00406-004-0516-z

Rosso, G., Portaluppi, C., Teobaldi, E., Di Salvo, G., & Maina, G. (2023). Assessing Adult ADHD Through Objective Neuropsychological Measures: A Critical Overview. *Journal of attention disorders*, *27*(7), 786–794. https://doi.org/10.1177/10870547231167564

Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., Pham, E., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, *6*, 11. https://doi.org/10.1186/s40479-019-0108-1

Russ MJ, Roth SD, Lerman A, Kakuma T, Harrison K, Shindledecker RD, et al. Pain perception in self-injurious patients with borderline personality disorder. Biol Psychiatry. 1992;32(6):501–11. https://doi.org/10.1016/0006-3223(92)90218-O.

Samela, T., Innamorati, M., Lester, D., Raimondi, G., Giupponi, G., Imperatori, C., ... & Fabbricatore, M. (2021). The association between adult ADHD and food addiction: A mediation analysis. *Appetite*, *167*, 105613. https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105613

Scalabrini, A., Cavicchioli, M., Fossati, A. & Maffei, C. (2017) The extent of dissociation in borderline personality disorder: A meta-analytic review, Journal of Trauma & Dissociation, 18:4, 522-543. https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1240738

Shaw-Zirt, B., Popali-Lehane, L., Chaplin, W., & Bergman, A. (2005). Adjustment, social skills, and self-esteem in college students with symptoms of ADHD. *Journal of attention disorders*, *8*(3), 109–120. https://doi.org/10.1177/1087054705277775

Sinzig, J., Morsch, D., Bruning, N., Schmidt, M. H., & Lehmkuhl, G. (2008). Inhibition, flexibility, working memory and planning in autism spectrum disorders with and without comorbid ADHD-symptoms. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *2*(1), 4. https://doi.org/10.1186/1753-2000-2-4

Scharf, M., Oshri, A., Eshkol, V., & Pilowsky, T. (2014). Adolescents' ADHD symptoms and adjustment: The role of attachment and rejection sensitivity. *American Journal of Orthopsychiatry, 84*(2), 209–217. https://doi.org/10.1037/h0099391

Schiweck, C., Arteaga-Henriquez, G., Aichholzer, M., Edwin Thanarajah, S., Vargas-Cáceres, S., Matura, S., Grimm, O., Haavik, J., Kittel-Schneider, S., Ramos-Quiroga, J. A., Faraone, S. V., & Reif, A. (2021). Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *124*, 100–123. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.017

Slotema, C. W., Bayrak, H., Linszen, M. M. J., Deen, M., & Sommer, I. E. (2019). Hallucinations in patients with borderline personality disorder: Characteristics, severity, and relationship with schizotypy and loneliness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *139*(5), 434–442. https://doi.org/10.1111/acps.13012

Sobanski E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *256 Suppl 1*, i26–i31. https://doi.org/10.1007/s00406-006-1004-4

Stanley, B., & Brodsky, B. S. (2005). Suicidal and self-injurious behavior in borderline personality disorder: A self-regulation model. In J. G. Gunderson & P. D. Hoffman (Eds.), *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families* (pp. 43–63). American Psychiatric Publishing, Inc..

Stern AJ: Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. Psychoanal Q 1938, 7:467–489.

Stiglmayr, C. E., Ebner-Priemer, U. W., Bretz, J., Behm, R., Mohse, M., Lammers, C. H., Anghelescu, I. G., Schmahl, C., Schlotz, W., Kleindienst, N., & Bohus, M. (2008). Dissociative symptoms are positively related to stress in borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *117*(2), 139–147. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01126.x

Storebø, O. J., & Simonsen, E. (2014). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder?. *Nordic journal of psychiatry*, *68*(5), 289–295. https://doi.org/10.3109/08039488.2013.841992

Sun, S., Kuja-Halkola, R., Faraone, S. V., D'Onofrio, B. M., Dalsgaard, S., Chang, Z., & Larsson, H. (2019). Association of Psychiatric Comorbidity With the Risk of Premature Death Among Children and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *JAMA psychiatry*, *76*(11), 1141–1149. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1944

Švandová, L., Ptáček, R., Vňuková, M., Ptáčková, H., Raboch, J., & Goetz, M. (2021). Vnímání času a časová perspektiva u osob s ADHD. *Česká a slovenská psychiatrie*, *117*(4), 199-204. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2021_4_199_204.pdf

Tackett J. L. (2006). Evaluating models of the personality-psychopathology relationship in children and adolescents. *Clinical psychology review*, *26*(5), 584–599. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.003

Taylor, R., & O'Carroll, R. (1995). Cognitive estimation in neurological disorders. *The British journal of clinical psychology*, *34*(2), 223–228. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1995.tb01456.x

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, *28*(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093

Torok, M., Darke, S., & Kaye, S. (2012). Attention deficit hyperactivity disorder and severity of substance use: the role of comorbid psychopathology. *Psychology of addictive behaviors :*

journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, *26*(4), 974–979. https://doi.org/10.1037/a0027846

Vakil, E., Blachstein, H., Wertman-Elad, R., & Greenstein, Y. (2012). Verbal learning and memory as measured by the Rey-Auditory Verbal Learning Test: ADHD with and without learning disabilities. *Child neuropsychology : a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, *18*(5), 449–466. https://doi.org/10.1080/09297049.2011.613816

van Dijk, F. E., Lappenschaar, M., Kan, C. C., Verkes, R. J., & Buitelaar, J. K. (2012). Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Comprehensive psychiatry*, *53*(1), 39–47. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2011.02.007

Watt, J. D., & Vodanovich, S. J. (1999). Boredom proneness and psychosocial development. *The Journal of psychology*, *133*(3), 303–314. https://doi.org/10.1080/00223989909599743

Weibel, S., Nicastro, R., Prada, P., Cole, P., Rüfenacht, E., Pham, E., Dayer, A., & Perroud, N. (2018). Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, *226*, 85–91. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.027

Weibel, S., Menard, O., Ionita, A., Boumendjel, M., Cabelguen, C., Kraemer, C., Micoulaud-Franchi, J. A., Bioulac, S., Perroud, N., Sauvaget, A., Carton, L., Gachet, M., & Lopez, R. (2020). Practical considerations for the evaluation and management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults. *L'Encephale*, *46*(1), 30–40. https://doi.org/10.1016/j.encep.2019.06.005

Weiner, L., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks. *Neuropsychiatric disease and treatment*, *15*, 3115–3129. https://doi.org/10.2147/NDT.S192871

Wender, P. H., Wolf, L. E., & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHD. An overview. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *931*, 1–16.

Westen, D., & Cohen, R. P. (1993). The self in borderline personality disorder: A psychodynamic perspective. In Z. V. Segal & S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 334–368). The Guilford Press.

Wilens T. E. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the substance use disorders: the nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues. *The Psychiatric clinics of North America*, *27*(2), 283–301. https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00113-8

Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *The American journal of psychiatry*, *157*(4), 528–541. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528

Willcutt E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics : the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, *9*(3), 490–499. https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8

Wolpert, D. H. (1996). The lack of a priori distinctions between learning algorithms. *Neural computation*, *8*(7), 1341-1390.https://doi.org/10.1162/neco.1996.8.7.1341

Wolpert, D. H., & Macready, W. G. (1997). No free lunch theorems for optimization. *IEEE transactions on evolutionary computation*, *1*(1), 67-82. https://doi.org/10.1109/4235.585893

World Health Organization (WHO). (1993). *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Wymbs, B. T., Canu, W. H., Sacchetti, G. M., & Ranson, L. M. (2021). Adult ADHD and romantic relationships: What we know and what we can do to help. *Journal of Marital and Family Therapy*, *47*(3), 664–681. https://doi.org/10.1111/jmft.12475

Yee, L., Korner, A. J., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *46*(2), 147–154. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2004.07.032

Zalsman, G., & Shilton, T. (2016). Adult ADHD: A new disease?. *International journal of psychiatry in clinical practice*, *20*(2), 70–76. https://doi.org/10.3109/13651501.2016.1149197

Appendix

Použité modely strojového učení:

- Logistická regrese,
- K-nereast neighbors,
- Random Forest,
- SVM (Support Vector Machine),
- Decision Tree,
- Gaussian Naive Bayes,
- Gradient Boosting,
- AdaBoost.

Pro implementaci všech modelů byla využita knihovna sklearn a programovací jazyk Python.

Seznam obrázků:

Tabulka 1: Přehled symptomatických překryvů ADHD a HPO……49

Graf 1: Výběr klasifikačního modelu……57

Graf 2: Seřazení důležitosti škál a subškál testových metod……..…58

Graf 3: Proměny úspěšnosti modelu v závislosti na počtu použitých testových metod…...…..59

Graf 4: Proměny úspěšnosti modelů v závislosti na typu testů……60

Graf 5: Seřazení důležitosti subškál BPQ pro rozlišení diagnóz……61

Seznam zkratek:

ADHD	Attention deficit hyperactivity disorder
HPO	Hraniční porucha osobnosti
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
MKN-11	11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
ED	Emoční dysregulace
ASRS	Adult Attention-deficit/hyperactivity disorder self report scale
WURS	Wender utah rating Ssale
PAS	Porucha autistického spektra
DSM-III	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition
BPQ	Borderline personality questionnaire
BAI	Beck anxiety inventory
BDI_II	Beck depression inventory
AVLT	Rey auditory verbal learning Test
FLUENCY	Test verbální fluence
TMT	Trail making test
STORY	Logical memory subtest, WMS-III
Symbols	Digit-symbol coding, WAIS IV
ROCFT	Rey-Osterrieth Complex Figure
CET	Cognitive estimation test
LOOCV	Leave-one-out křížová validace