

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Psychosociální aspekty dospělých s ADHD a fenomén maskování
Psychosocial aspects of adults with ADHD and the masking
phenomenon

MgA. Karolína Karpíšková

Vedoucí práce: PhDr. Hana Sotáková, Ph.D.
Studijní program: Psychologie (B7701)
Studijní obor: B PSRSP (7701R016)

2024

Odevzdáním této bakalářské práce na téma „Psychosociální aspekty dospělých s ADHD a fenomén maskování“ potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 10. července 2024

Především bych chtěla poděkovat PhDr. Haně Sotákové, Ph.D., která mou práci vedla po celou dobu s velkou trpělivostí a pochopením. Dále chci poděkovat všem spolupracujícím respondentkám a respondentům za jejich čas a otevřenost při rozhovorech. Nakonec chci poděkovat své partnerce za pevné nervy a důvěru, kterou mi projevovala až do posledních úprav práce.

ABSTRAKT

Tato práce se zabývá psychosociálním obrazem jedince s ADHD v sociálních situacích a jeho strategiemi zvládání. Klade si za cíl exploraci fenoménu sociálního maskování jako strategie ochraňující identitu jedince. V tomto cíli je také zahrnuto sledování proměny sebevztahných konceptů v kontextu diagnostiky. Data byla sbírána metodou polostrukturovaného rozhovoru s pěti dospělými respondenty s diagnostikovaným ADHD. Rozhovory byly analyzovány metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledkem analýzy jsou tři témata: Reflexe a přerámování, Zátěž a kontrola, Masky a autenticita. Tyto výsledky přináší především vhled do jedinečné zkušenosti jedinců diagnostikovaných v dospělosti a poskytuje tak porozumění komplexitě dopadu ADHD na psychosociální fungování.

KLÍČOVÁ SLOVA

ADHD, sebepojetí, autenticita, sociální maskování, strategie zvládání

ABSTRACT

This thesis examines the psychosocial reality of individuals with ADHD in social situations and their coping strategies. The aim was to explore the phenomenon of social masking as a self-referential strategy. This aim also included the observation of the transformation of self-relational concepts in the context of diagnosis. Data were collected using a semi-structured interview method with five adult respondents diagnosed with ADHD. The interviews were analyzed using the Interpretative Phenomenological Analysis method. The analysis resulted in three themes: Reflection and Reframing, Burden and Control, and Mask and Authenticity. Above all, these results provide insight into the unique experiences of individuals diagnosed in adulthood, providing an understanding of the complexity of the impact of ADHD on psychosocial functioning.

KEYWORDS

ADHD, self-concept, authenticity, social masking, coping strategies

Obsah

Úvod.....	7
Teoretická východiska.....	8
1 ADHD v dospělosti	8
1.1 Základní vymezení a diagnostická kritéria ADHD	8
1.2 Prevalence ADHD u dospělých	9
1.2.1 Genderové rozdíly	10
1.3 Symptomatologie ADHD u dospělých	11
1.4 Diagnostika a léčba ADHD v dospělosti.....	13
1.4.1 Možnosti kompenzace ADHD v dospělosti.....	15
2 Psychosociální aspekty ADHD.....	17
2.1 Vliv ADHD na sociální vztahy, pracovní život a osobní život.....	17
2.2 Stigma a sebepojetí u dospělých s ADHD	18
2.2.1 Vývojové aspekty.....	18
2.2.2 Stigmatizace a labeling.....	19
2.3 Pozdní diagnostika a její dopady	21
3 Strategie zvládnání ADHD.....	23
3.1 Kompenzační a copingové strategie.....	23
3.1.1 Copingové strategie.....	24
3.2 Maskování jako strategie zvládnání.....	25
3.2.1 Maskování ADHD	26
3.2.2 Důsledky maskování pro jedince s ADHD	28
3.3 Ohrožení sociální identity.....	29
3.4 Cyklus maladaptace a práce s negativními myšlenkami.....	31
3.4.1 Maladaptivní schémata	31

3.4.2	Kognitivní zkreslení	32
	Empirická část	36
4	Cíl výzkumu	36
5	Metodologie	37
5.1	Interpretativní fenomenologická analýza	37
5.2	Výzkumné otázky	37
5.3	Výzkumný soubor	38
5.3.1	Výběr respondentů	38
5.3.2	Charakteristika respondentů	39
5.4	Sběr dat	39
5.4.1	Metody sběru dat	39
5.5	Postup při analýze dat	41
5.5.1	Průběh analýzy dat	42
6	Analýza a interpretace dat	43
6.1	Reflexe vlastní zkušenosti	43
6.2	Představení respondentů	43
6.3	Prezentace výsledků analýzy	45
6.3.1	Společné téma 1	46
6.3.2	Společné téma 2	51
6.3.3	Společné téma 3	57
	Diskuze	63
	Limity	68
	Závěr	69
	Seznam použitých informačních zdrojů	71
	Seznam příloh	81

Úvod

Porucha pozornosti s hyperaktivitou, ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*), je jednou z nejčastějších neurovývojových poruch diagnostikovaných v dětství. ADHD představuje poruchu, která se projevuje převážně symptomy nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Její klinický obraz je však mnohem rozmanitější. ADHD provází jedince po celý život a projevuje se komplexně ve všech jeho aspektech. Na počátku studia tohoto fenoménu dominovalo přesvědčení, že se jedná o poruchu výhradně dětského věku. Tento předpoklad byl nejspíše založen na tom, že v dětství je porucha v některých případech manifestována výrazněji, zejména skrze symptom hyperaktivity. V dospělosti se pak ve velké míře projevují symptomy méně viditelně, ale přesto mohou být pro jedince překážkou v mnoha oblastech života. Kromě toho se s ADHD pojí i další, sekundární problémy, které mohou nejen ztěžovat samotné fungování, ale také znemožňují rozpoznání primárního problému a tím i správné a včasné intervence. S tím se pojí problematika diagnostiky ADHD u dospělých. Jde o relativně nové téma a až v posledních letech se pracuje na doporučeních, jak nejlépe v rámci této skupiny diagnostiku provádět, jelikož počet lidí, kteří hlásí ADHD v dospělosti, stále stoupá.

Ačkoliv ADHD dopadá na všechny oblasti života, nejcitelněji zasahuje vztahy a sociální fungování. Proto se v této práci zaměřuji na psychosociální aspekty a konkrétně pak na to, jakou mají lidé zkušenost se zvládáním zátěže spojené s ADHD v sociálních situacích. Jedna z možných strategií je sociální maskování, které je nedostatečně zohledňováno nejen v kontextu ADHD. Hlavním cílem tohoto výzkumu je zachytit, jak respondenti vnímají sebe v sociální interakci, jak vnímají zpětnou vazbu okolí na své chování a jak se s ní vyrovnávají. Snažím se tedy o zachycení psychosociálního obrazu jedince s ADHD v sociálních situacích a jeho strategie zvládání. Druhým cílem je zachytit význam diagnostiky v dospělosti a s ní spojené psychosociální dopady na jedince i okolí. Pro sběr a analýzu dat jsem zvolila polostrukturované rozhovory a interpretativní fenomenologickou analýzu.

Teoretická východiska

1 ADHD v dospělosti

1.1 Základní vymezení a diagnostická kritéria ADHD

ADHD je perzistentní neurovývojová porucha, která se projevuje obecněji narušením seberegulace (Nigg, 2020a). Toto narušení se projevuje v základu skrze příznaky nepozornosti a/nebo hyperaktivity a impulzivity. ADHD souvisí s atypickým vývojem na různých úrovních mozku (anatomické, fyziologické a biochemické), především v oblastech prefrontálního kortexu, který vede k chemické dysbalanci související zejména s dopaminem a noradrenalinem (Ptáček & Ptáčková, 2018; Miovský, 2018; Ošlejšková, 2010). Na vzniku a vývoji ADHD se podílí komplexní souhra faktorů, a to jak genetických, tak enviromentálních. Genetické studie ukazují na polygenní dědičnost, která se pohybuje mezi 60–90 % (Thapar, 2018). Kromě prenatální expozice toxinům nebo komplikací při porodu je nutné věnovat pozornost především modulujícímu vlivu prostředí po narození (Ošlejšková, 2010; Ptáček & Ptáčková, 2018; Žáčková & Jucovičová, 2017). Tato interakce genotypu s prostředím je velice heterogenní a vytváří tak velkou variabilitu ve výsledném obrazu poruchy, jak v rámci jednoho případu, tak v rámci subtypizace ADHD jako takového (Nigg, 2020a).

Terminologie v oblasti poruch pozornosti prošla řadou proměn, teprve od 90. let se začal užívat termín ADHD, který zavedla Americká psychiatrická asociace ve svém 4. vydání *Diagnostického a statistického manuálu (DSM-4; American Psychiatric Association [APA], 1994)*. Proměnu názvosloví přehledně ukazují Ptáček & Ptáčková (2018). *DSM-4* tedy zavedlo pojem ADHD a uvádělo tři subtypy a nespecifikované ADHD. ADHD je zde uvedeno jako behaviorální porucha, která se týká dětského věku. Tato a další kritéria byla zásadním omezením pro diagnostiku ADHD v dospělosti. Revize *Diagnostického a statistického manuálu (5. vydání; DSM-5; APA, 2013)* navazuje na terminologii a definici, ale přináší podstatné změny v kritériích a povaze poruchy. Tyto změny se dotýkají především pojetí ADHD jako neurovývojové a celoživotní poruchy, která s sebou nese četné komorbidity. Znamená to, že se jedná o poruchu, se kterou se jedinec potýká po celý život, i když se ji někdy naučí přiměřeně kompenzovat. Některé poruchy, které se ukazují jako častá komorbidita ADHD, byly v předchozím

vydání vylučovacím kritériem (např. poruchy autistického spektra) (APA, 2013; Kooij et al., 2019; Ptáček & Ptáčková, 2018).

Klasifikace *DSM-5* je v českém prostředí užívána především akademicky, i když pro svou aktuálnost je užívána i v klinickém vyšetření (Ptáček & Ptáčková, 2018). V českém prostředí je aktuálně oficiálně užíváno 10. vydání *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10; World Health Organization [WHO], 1993)*, které klasifikuje ADHD jako poruchu aktivity a pozornosti. V hierarchii spadá do skupiny hyperkinetických poruch, které jsou klasifikované jako poruchy chování. V současnosti probíhá finalizace adaptace 11. vydání *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11; WHO, 2019)*, která je víceméně totožná s aktuálním vydáním *DSM-5*.

Diagnostická kritéria v *DSM-5* udávají, že ADHD je přetrvávající vzorec nepozornosti a/nebo hyperaktivity/impulsivity, jenž narušuje fungování nebo vývoj. Tvoří jej dvě dimenze symptomů: (1) nepozornost a (2) hyperaktivita a impulzivita. V každé je pro diagnózu u dětí určujících minimálně šest příznaků, u starších 17 let a dospělých pak alespoň pět symptomů (kritérium A). Zmíněné příznaky by se však měly projevit před 12. rokem věku (B) a narušovat nebo snižovat kvalitu života alespoň ve dvou dimenzích (např. sociální, akademické nebo pracovní) (C a D). Také je nelze lépe vysvětlit jinou duševní poruchou (E). Dále je dobré uvést, zda je pacient v částečné remisi, tj. za posledních 6 měsíců bylo splněno méně příznaků, které ovšem vedou k funkčnímu narušení, a zaznamenat současnou závažnost (APA, 2013).

Během vývoje dochází u více než 60 % případů ke kolísání příznaků. Proto také v rámci revize diagnostických manuálů došlo k rozlišení tří „prezentací“ (dříve nazývané jako subtypy): (1) převážně nepozorná, (2) převážně hyperaktivní/impulzivní, (3) kombinovaná. Tyto prezentace jsou tedy spíše přechodným stavem, který se časem mění a vyvíjí (Kooij et al., 2019; Sonuga-Barke et al., 2023). Například se má za to, že hyperaktivní/impulzivní prezentace, která je čteněji zastoupena v dětství, se vyvíjí do prezentace kombinované (Antshel & Barkley, 2011).

1.2 Prevalence ADHD u dospělých

Prevalence ADHD je celosvětově vyrovnaná (Polanczyk et al., 2007; Fayyad et al. 2017). Rozdíly v odhadu výskytu jsou dle Polanczyka et al. (2007) i dalších autorů závislé

na použité metodologii. V předešlých verzích obou manuálů byly značné rozdíly v kritériích pro stanovení diagnózy, a tedy i v míře prevalence¹. Výskyt symptomů ADHD u dětské populace je asi 5 % (APA, 2013) a asi 2,8 % u dospělých (Fayyad et al., 2017). Některé výzkumy studující validitu screeningových nástrojů odhadují výskyt symptomatologie ADHD u dospělých šířeji, 3–14 %, a naznačují, že diagnostická kritéria nemusí být dostatečně citlivá pro diagnostiku v dospělosti (Kessler et al., 2007, Vňuková et al., 2021). Tyto a další údaje dokládají, že symptomy ADHD jsou perzistentní v nějaké míře až do dospělosti (*childhood-onset*) (Faraone, Biederman & Mick, 2006). Novější studie dokládají dokonce pozdní nástup (*late-onset*²) nebo nástup až v dospělosti (*adult-onset*) (Agnew-Blais et al., 2016, Moffit et al. 2015).

Důležitým posunem v této problematice je předpoklad, že pozdní nástup ADHD nemusí znamenat ve většině případů ADHD s nástupem až v dospělosti (*adult-onset*), ale může být spíše *adult-emergent*, tedy subsyndromální ADHD (Faraone & Biederman, 2016; Taylor et al., 2021). Osoby, které nyní splňují diagnostická kritéria, mohly dost dobře naplňovat část, nebo dokonce všechny příznaky i v dětství. Nerozpoznání ADHD tedy může souviset s několika důvody: (1) s kompenzací prostředím a maskováním kognitivními schopnostmi, (2) s nenápadností projevů a bariérami v péči, (3) se subklinickými příznaky, kterým nebyla věnována pozornost pro diagnostiku ADHD. Ve chvíli, kdy se některý z faktorů odstraní či změní, může nastat i změna ve funkčním narušení (Agnew-Blais et al., 2016; Cooper et al. 2018; Taylor et al. 2021).

1.2.1 Genderové rozdíly

Genderová specifika byla popsána v několika studiích u dětí i dospělých (Williamson & Johnston, 2015). Metaanalýza Gauba a Carlsona (1997) a metaanalýza Gershona (2002) poskytly zásadní údaje. Z obou zpráv vyplývá, že jeden z nejvýraznějších rozdílů mezi muži a ženami s ADHD je externalizace a internalizace projevů, což se odráží jednak v projevech symptomů ADHD, i v případných komorbidních stavech. Bylo tedy mimo jiné zjištěno, že dívky a ženy (1) více

¹ Polanczyk et al. (2007) zmiňuje rozdíly mezi 4. vydáním *DSM* a 10. vydáním *MKN*.

² Dle *DSM-5* nástup po 12. roce věku

internalizují symptomy, (2) mají spíše projevy nepozornosti a (3) lépe kompenzují a maskují své symptomy (Gershon, 2002).

Zatímco v dětství je podíl výskytu mezi chlapci a dívkami 2:1, v dospělosti je tento poměr více vyrovnaný (Hinshaw et al., 2021). Jednou z dalších příčin nerozpoznaného ADHD u dívek a žen je stereotypní představa „hyperaktivního chlapce“. To způsobuje nerozpoznání poruchy u dívek, které manifestují poruchu méně výrazně (Hinshaw et al., 2021) a pokud jsou projevy externalizovány, jsou z hlediska genderového stereotypu mnohem více kritizovány u dívek než u chlapců, kde jsou tyto projevy tolerovány (Blachman & Hinshaw, 2002).

Byla vydána zpráva odborníků s doporučením pro citlivější diagnostiku žen a dívek (Young et al., 2020). Hinshaw et al. (2021) souhrnně popisuje specifika a upozorňuje na odlišná rizika u žen a dívek s ADHD, jako jsou poruchy příjmu potravy, vyšší suicidalita, časná sexuální aktivita, neplánované těhotenství a podobně.

1.3 Symptomatologie ADHD u dospělých

V dospělosti v zásadě přetrvávají příznaky spojené s narušením seberegulace v oblastech pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Dále je pro dospělé dominantní narušení v oblastech exekutivních funkcí a emoční regulace (Adler et al., 2017). Některé příznaky, jako je fyzická hyperaktivita, se díky zralejší CNS stávají jemnějšími (Masopust et al., 2014). Mění se především kontext, ve kterém se příznaky projevují, a tím i následky, se kterými se musí jedinec potýkat (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Hyperaktivita se může projevovat již jemnějším psychomotorickým neklidem. V dospělosti se ve větší míře pojí s impulzivitou a internalizuje se do podoby vnitřního neklidu (Kooij et al., 2019). Kombinace hyperaktivity a impulzivity pak má za následek netrpělivost, nervozitu nebo neustálé vyhledávání nových podnětů (Žáčková & Jucovičová, 2017). Jedinci mohou porušovat pravidla, chovat se riskantně nebo mít sklony k workoholismu. Dalším projevem je excesivní mluvení (*excessive talking*), kdy je jedinec hovorný a komunikativní. Často tak skáče do řeči nebo vše komentuje. Kromě toho se může jedinec dopouštět tzv. *oversharingu*, kdy v přemíře sděluje své myšlenky okolí. Mluva může být pro okolí nesouvislá a zahlcující (Cahová, Pejčochová & Ošlejšková, 2010). V oblasti psychomotorického neklidu se může jedinec projevovat

vrtením, mnutím rukou nebo hraní si s vlasy. Ve větší míře se pak může projevovat potřebou neustále chodit či neschopností déle sedět. Tato potřeba neustálé aktivity způsobuje výkyvy v energii a jedinec je tak rychleji unavitelný. Impulzivita může mít důsledky také v rámci neschopnosti odhadnout nároky a zátěž, to pak může vést k celkové dekompenzaci a vyhoření (Žáčková & Jucovičová, 2017)

Tyto výkyvy v oblasti aktivity a impulzivity se dotýkají narušené regulace v oblasti pozornosti, která je jádrovým příznakem ADHD v dospělosti. Projevuje se kolísavostí, nevýběrovostí a ulpívavostí (Žáčková & Jucovičová, 2017). Jedinci mohou být snadno rozptýlitelní, být neschopni soustředit se po určitou dobu nebo se naopak extrémně soustředit po dlouhé hodiny (*hyperfocus*) (Kooji et al. 2019). Obě možnosti se však často pojí s nevýběrovostí podnětů. Jedinci mohou neustále tékat mezi tématy či činnostmi, což má za následek odbíhání od začaté činnosti či nedokončování práce (Cahová et al., 2010). Narušení se projevuje také ve zvýšené frekvenci chybovosti a snížené výkonosti (Žáčková & Jucovičová, 2017). Dochází tak k častému zapomínání a ztracení věcí, nezapamatování termínů a informací apod. Jedinci také mohou zažívat tzv. denní snění či bloudění mysli (Kooji et al. 2019).

Narušení pozornosti se také často pojí s deficitem v oblasti exekutivních funkcí, které má v kombinaci s impulzivitou dopady na schopnost plánování a rozhodování (Ptáček & Ptáčková, 2018). Hlavními exekutivními funkcemi, které mohou být narušené, je inhibice chování, pracovní paměť (verbální a neverbální), regulace emocí (Ramsay, 2020). U jedinců s ADHD je tedy narušena schopnost plánování, vnímání času, zahájení a dokončení činnosti, sebekontrola a sebeřízení činnosti. Důsledkem je pak častá prokrastinace, nedodržování termínů, pozdní příchody, špatné hospodaření s časem i artefakty (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Obtížná regulace emocí se pojí nejen s narušením exekutivních funkcí, ale také s impulzivitou. Jedinci mohou být emočně nestabilní, afektivní a mít sníženou frustrační toleranci (Masopust et al., 2014). Mohou být zvýšeně úzkostní a depresivní. Často se vyskytují v emočně vypjatých situacích, které díky zkušenostem mohou vnímat citlivěji a vztahovačněji. S tím souvisí určitá sociální nezralost, která je výrazná v dětství, ale přenáší se i do dospělosti. Dospělí jedinci s ADHD se mohou dostávat do konfliktů zapříčiněných svým afektivním chováním. Často se ale také setkávají

s nedorozuměními, která vznikají na základě špatného odhadu a přiléhavosti jejich jednání (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Deficit v emoční regulaci a deficit v exekutivních funkcích jsou reflektovány v rámci nespecifických obtíží³ v *DSM-5*, ačkoliv tvoří dominantní složku obrazu ADHD u dospělých (APA, 2013; Žáčková & Jucovičová, 2017; Adler et al., 2017) a některé výzkumy dokládají jejich nadřazenost nad kritérii *DSM-5* (Vaidya et al., 2020).

Mezi další frekventované obtíže vyplývající z výše zmíněných příznaků patří narušení cirkadiálního rytmu, chronická únava, workoholismus, vyhoření, špatné stravovací návyky, časté změny v zaměstnání, finanční problémy, promiskuita, časná těhotenství nebo časný nástup užívání návykových látek. U jedinců s ADHD se také vyskytuje zvýšená kriminalita či partnerské násilí (Kooij et al., 2019; Erskine et al., 2016⁴). Mimo to jsou jedinci s ADHD více ohroženi v rámci chronických somatických obtíží a traumat v důsledku zapomětivosti, impulzivity a špatného životního stylu (Kooij et al. 2019)

1.4 Diagnostika a léčba ADHD v dospělosti

Tak, jak je klinický obraz bohatý, je potřeba na něj komplexně reagovat. Diagnostika probíhá v rámci komplexního klinicko-psychologického vyšetření či psychiatrického vyšetření. Toto vyšetření je, co se týče nástrojů, celkem problematické z mnoha hledisek. Mimo jiné, protože zatím neexistuje specifický test, který by predikoval ADHD (Kooij et al. 2019; Ptáček a Ptáčková, 2018; Masopust et al., 2014; Miovský et al., 2018). Zásadní je tedy dodržování doporučení pro diagnostiku v dospělosti⁵. Takové doporučení v českém prostředí navrhuje v přehledovém článku

³ Kromě jádrových příznaků autoři doplňují další nespecifické obtíže, které mohou usnadnit rozpoznání poruchy během vývoje. Například mírné opoždění vývoje (motorického, jazykového či sociálního); nízkou frustrační toleranci, podrážděnost nebo nestabilitu nálad; narušení akademického či pracovního výkonu a obtíže s pamětí a exekutivními funkcemi (APA, 2013).

⁴ Systematický přehled a metaanalýza Erskinové et al. (2016) nabízí komplexní analýzu souvislostí ADHD s negativními zdravotními a psychosociálními dopady. Do studie byly zahrnuty longitudinální studie (prospektivní i retrospektivní), které sledovaly tyto souvislosti minimálně po dobu dvou let. ADHD bylo spojeno např. s nedokončením střední školy, jinými duševními poruchami (např. depresí), poruchami užívání návykových látek, s kriminalitou (např. zatčením) a nezaměstnaností.

⁵ Vzhledem k poznatkům o variabilitě poruchy je třeba na ADHD pohlížet i ze širšího hlediska nad rámec specifických symptomů nepozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Někteří autoři navrhují zapojit dimenzionální diagnostiku (RDoC) a pohlížet na ADHD jako na obecnější poruchu seberegulace (Nigg et al., 2020a; Nigg et al. 2020b, Ramsay, 2020, Karalunas et al., 2014, Sonuga-Barke et al. 2023).

Masopust et al. (2014). Dále je relevantním *Evropský odborný konsensus pro diagnostiku ADHD v dospělosti* (Kooij et al., 2019).

V první řadě je důležité zhodnotit celoživotní anamnézu a posoudit příznaky ADHD v dětství a v současnosti. Je dobré zvažovat diagnózu ADHD, i když nebyla prokázána v dětství. Podstatné je přetrvávání symptomů a funkční narušení v současnosti. Do sběru anamnézy je vhodné zapojit informace od blízkých pacienta (Kooij et al. 2019; Masopust et al., 2014). Pro diagnostické hodnocení je vhodné použít polostrukturovaný diagnostický rozhovor, např. *DIVA-5 (Diagnostic Interview for ADHD in Adults)* (Kooij et al. 2019), který je také adaptován a přeložen do češtiny (Šťastná, Miovský & Bareš, 2020). Pro posouzení symptomů je vhodné použít také standardizované škály různých kvalit, např. *CAARS (Conner's Adult Attention-Deficit Rating Scale)*, dále posouzení funkčního narušení, např. *The Barkley Functional Impairment Scale*. Důležitým aspektem pro hodnocení manifestace projevů je ohled na vybudované kompenzační mechanismy. Míru narušení musíme posuzovat v kontextu jedince a jeho života a je tedy třeba zhodnotit především snahu, kterou musí jedinec vynaložit na sebekontrolu v rámci aktivit, kterým se věnuje (Mioviský et al., 2018).

Je potřeba provést důkladnou diferenciální diagnostiku, kterou komplikuje častá komorbidita diagnózy a překrývající se symptomy s jinými diagnózami. Je nutné tedy posoudit anamnézu všech psychiatrických i somatických onemocnění včetně rodinné anamnézy (Masopust et al. 2014; Kooij et al., 2019). Krom již zmíněných faktorů pozdní diagnostiky je častým problémem zastínění ADHD jinou diagnózou, která je komorbidní a jedinec pro ni může být léčen přednostně (Masopust et al. 2014; Fayyad et al., 2017). Více se této problematice věnují jiné práce (např. Spálenská, 2023). Chybná interpretace obtíží následně způsobuje nesprávné nastavení intervence a přetrvávání nebo dokonce stupňování obtíží spojených s ADHD (Kooij et al., 2019).

V rámci určení specifických deficitů je možné doplňkově využít neuropsychologických testů, avšak tyto testy nejsou prediktivně validní pro ADHD (Kooij et al. 2019; Ptáček a Ptáčková, 2018; Masopust et al., 2014; Mioviský et al., 2018; Ramsay, 2020). Je však dobré toto vyšetření provést komplexně, tedy včetně přímého pozorování s ohledem na jeho limity. Kognitivní deficity identifikované neuropsychologickými testy nemusí znamenat ADHD, ale ani jejich absence ADHD

nevyklučuje. Tyto deficity totiž mohou být během vyšetření kompenzovány nebo mohou mít jinou příčinu. Podstatnější jsou behaviorální symptomy, které se zjišťují pomocí standardizovaných škál či (polo)strukturovaných rozhovorů zaměřených na posouzení ADHD (Miovský et al., 2018).

Nakonec pro důkladnou diagnostiku a její interpretaci může být zásadní také motivace a zájem odborníka, který diagnostiku provádí.

1.4.1 Možnosti kompenzace ADHD v dospělosti

Ideální intervencí ADHD je multimodální přístup, který zahrnuje psychoedukaci, psychoterapii či koučování pro ADHD a farmakoterapii. Důležitá je také edukace blízkých, podpora a pochopení jedince s ADHD (Kooij et al. 2019).

Projevy ADHD se dají kompenzovat, ale nelze je zcela eliminovat. Je potřeba naučit se s nimi žít a zacházet. V rámci psychoedukace, která probíhá během terapeutických sezení nebo samostudia, se jedinec snaží o sebezpoznání a pochopení svých projevů a jejich dopadů. Zásadní je akceptace, která v sobě zahrnuje přijetí limitů. Pomocí kompenzačních mechanismů pak můžeme vytvořit prostředí, ve kterém může jedinec své projevy, resp. jejich míru, ovlivnit (Žáčková & Jucovičová, 2017). Tyto mechanismy si jedinec může osvojit v rámci koučinku nebo prostřednictvím sdílení ve skupinových sezeních či v podpůrných skupinách. V rámci terapie je také vhodný nácvik relaxačních technik a všímavosti (*mindfulness*), které mohou ovlivnit nejen projevy ADHD, ale celkovou psychickou pohodu jedince (Kooij, 2012; Žáčková & Jucovičová, 2017). Vhodným terapeutickým přístupem pro jedince s ADHD je kognitivně-behaviorální terapie nebo terapie zaměřená na schémata (*schema therapy*) (Kooij, 2012). Užitečným může také být metakognitivní trénink (Solanto et al., 2010) nebo Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování (FIE) pro zvýšení kognitivní flexibility (Frombergerová & Pokorná, 2020).

Obecně se volí v první řadě psychosociální a terapeutické nástroje před farmakologickou terapií. Nicméně, u dospělých s ADHD se očekává, že v rámci svého života již spoustu mechanismů pomoci zkusili (Canela et al., 2017; Matheson et al., 2013). I to je vhodné konzultovat a následně zařadit do terapie farmakoterapii, která může zvýšit účinnost psychoterapie a kompenzačních mechanismů (Cherkasova et al.,

2020). Mezi léky první volby v českém prostředí řadíme látku *atomoxetin*, následně je možné zvolit *metylfenidát* (v ČR pro dospělé schválena forma s prodlouženým uvolňováním). Jako off-label se také užívá antidepresivum *bupropion*. Vzhledem k vysoké komorbiditě však není vyloučené nasazení různých druhů antidepresiv. Otázka léčby komorbidit před ADHD je velmi důležitá, protože sekundární obtíže je možné eliminovat díky léčbě primárního problému (Kooij et al. 2019; Ptáček a Ptáčková, 2018; Masopust et al., 2014).

2 Psychosociální aspekty ADHD

2.1 Vliv ADHD na sociální vztahy, pracovní život a osobní život

Kromě obtíží v oblasti vzdělávání a v pracovním výkonu se ADHD promítá i do sociálních vztahů. Chování jedince je často zdrojem pro konflikty ve vztazích a komunikaci. Jedinec s ADHD má většinou dostatečné znalosti o vhodném sociálním chování, ovšem může selhávat v jejich uplatňování v určité situaci (Friendman et al., 2003), právě v důsledku narušené seberegulace zejména v oblasti exekutivních funkcí (Ptáček & Ptáčková, 2018; Aduen et al., 2018). Tento efekt se nazývá sociální slepota (Cahová et al., 2010). Jedinci s ADHD si zároveň uvědomují obtíže spojené se sociálními dovednostmi a považují se celkově za méně sociálně kompetentní. Obtíž nejspíš spočívá jednak v horší inhibici a kontrole chování, ale také v tom, že hůře zachycují signály v sociální interakci. Zároveň některé emoce projevované okolím intenzivněji hodnotí (zejména pohrdání a znechucení), což může způsobit afektivnější reakci (Friedman et al., 2003).

Jedinci se mohou pro okolí jevit netaktně, neempaticky, mohou působit, že nemají o druhé zájem, nejsou schopni kooperovat nebo se dohodnout na kompromisech. Jsou pro druhé málo spolehliví, nevypočitatelní a nestálí. Jedinci mají díky tomu už od raného dětství obtíže se začleňováním do kolektivu, kde jsou často odmítáni a méně přijímáni mezi vrstevníky (Žáčková & Jucovičová, 2017; Barkley, 2015). V pracovním prostředí se navíc projevují jako nerespektující autority a neschopni plnit rutinní úkoly. Jedinci s ADHD mívají tendenci k workoholismu a vysokému nasazení v práci. Mohou tak nasadit tempo, které u kolegů vzbuzuje nelibost (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Žáčková a Jucovičová (2017) dále uvádí, že jedinci s ADHD mají obecně schopnost rychle navázat vztahy, ale selhávají v jejich udržování. Tyto vztahy jsou zatížené charakteristickým chováním jedince a jeho tendencí vztahy rychleji ukončovat, protože ztratí zájem. V partnerských vztazích je to podobné, ale projevují se zde další charakteristiky, které také souvisí se sníženým sebepojetím a nevhodnými kompenzacemi pocitů nejistoty a strachu z odmítnutí. V každodenním fungování narušuje vztah i neschopnost organizace času, což se odráží v plánování společných

aktivit a podporuje pocit nespolehlivosti partnera. Neschopnost naslouchat, přerušování řeči druhého, ale zároveň schopnost zahlcovat druhého svými myšlenkami může působit dojmem sebestřednosti a nezájmu. Impulzivita je velkým úskalím, ve vztahu se může projevit skrze promiskuitu, riskantní chování nebo agresivitu (Žáčková & Jucovičová, 2017).

2.2 Stigma a sebepojetí u dospělých s ADHD

2.2.1 Vývojové aspekty

V kontextu již zmíněné povahy projevů ADHD je jasné, že se výrazně promítají do vztahů. Podle Vágnerové (1993) je tento odraz především v komplexitě zpětné vazby, která následně ovlivňuje socializační a emoční vývoj jedince. Je tedy úzce spojena nejen se schopností seberegulace, ale také s koncepty sebepojetí a sebehodnoty (Langmeier & Krejčířová, 2007). Budování těchto konceptů je u jedinců s abnormálním vývojem ohroženo, a je tedy třeba vnímat jako důležité nejen kompenzování poruchy, ale také integraci celé zkušenosti s tím, jaký jedinec je (Žáčková & Jucovičová, 2017).

Díky atypickému vývoji mají jedinci s ADHD jinou startovní čáru pro osvojení volných mechanismů, které jsou klíčem ke zvládnání ADHD. Tyto mechanismy se do velké míry formují díky sociálnímu prostředí, konkrétně pak výchovnému přístupu (Hinshaw & Arnold, 2015⁶). Rodinný přístup se sice nejeví jako kauzální faktor, který by ADHD způsoboval (Modesto-Lowe, 2008), je to však důležitý soubor proměnných, který může modifikovat projevy, jejich zvládnání a zejména pak komorbiditu (Claussen et al., 2022).

Na dítě a celkovou resilienci rodiny pak působí širší sociální prostředí. Nepřijetí a nepochopení chování jedince s ADHD narušuje jak vztahy v rodině, tak psychosociální vývoj dítěte. V rámci socializace nastupují instituce vzdělávacího systému, kde se dítě setkává se zvýšenými nároky na výkon, ale také na sociální dovednosti. Může se tak setkat s častými neúspěchy, frustrací okolí, negativním hodnocením a odmítáním.

Žáčková a Jucovičová (2017) soubor zkušeností, které se odrážejí v psychosociálním a osobnostním vývoji, nazývají „životní kariérou“. Výsledkem je pak dopad na psychiku

⁶ Studie Hinshawa a Arnolda (2015) na základě dat z *Multimodal Treatment Study of Children with ADHD* (MTA) studovala účinky jednotlivých versus multimodálních intervencí u ADHD. Mimo jiné identifikovala jako zprostředkující vliv rodičovský přístup, který má vliv na účinky farmakologické a behaviorální léčby.

a schopnost socializace jedince. Mezi obtížemi, se kterými se mohou jedinci již v dětství a dospívání potýkat a které následně ovlivňují i kvalitu života v dospělosti, je snížené sebezpojetí (*self-concept*), snížená sebehodnota (*self-esteem*) a emoční obtíže (Žáčková & Jucovičová, 2017) spojené se zvýšenou citlivostí na odmítnutí (*rejection sensitive dysphoria*) (Bondü & Esser, 2015). Dále mohou být přítomné úzkostné a depresivní stavy, které mohou v dospělosti tvořit komorbidní poruchy (Žáčková & Jucovičová, 2017). Tyto obtíže pak v kombinaci s projevy ADHD ovlivňují funkční narušení a kvalitu života v dospělosti (Orm et al., 2023).

Norská longitudinální studie Orma et al. (2023) sledovala 85 dětí a adolescentů s ADHD a 50 typicky vyvíjejících se vrstevníků po dobu deseti let. Cílem studie bylo sledování prediktorů kvality života a funkčního narušení v období vynořující se dospělosti. Mezi prediktory byly symptomy ADHD a internalizační obtíže (symptomy úzkosti a deprese). Tyto obtíže predikovaly větší funkční narušení v pracovní oblasti, sebezpojetí, školním výkonu a životních dovednostech. Výsledky studie naznačují, že je v rámci léčby ADHD (již v období dospívání) důležité i zaměření na tyto obtíže, které nemusejí dosahovat míry komorbidity, ale přesto mohou mít vliv na funkční narušení. Celkově skupina s ADHD uváděla nižší kvalitu života a vyšší funkční narušení než skupina vrstevníků bez ADHD (Orm et al. 2023). Pro jedince, kterým nebyla poskytnuta terapie ADHD v dětství a dospívání, mohou být tyto dlouhodobé dopady na kvalitu života a její aspekty o něco silnější (Harpin et al. 2016; Shaw et al., 2012).

2.2.2 Stigmatizace a labeling

Jedinci také zažívají negativní zpětnou vazbu, která se pojí s pociťovanou stereotypizací, stigmatizací a absencí sounáležitosti. Tyto zkušenosti se odrážejí ve velké míře v procesu budování osobní i sociální identity (Ringer, 2019). Sociální prostředí může být vůči jedincům s ADHD stigmatizující v průběhu celého života (Kooij et al., 2019), nejčastějším postojem okolí je odmítání (Paulson et al., 2003) a neochota k sociální interakci (Lebowitz, 2013).

Stigma je dle Goffmana (2003) společenská diskreditace vlastností, která způsobuje, že se jedinec cítí jiný či nepřijatelný v dané společnosti. Jinými slovy se jedná o nějaký vztah mezi vlastností (atributem) a sociální kategorií (stereotypem). Stigma je

přítomné, pokud se vyskytuje současně několik vzájemně propojených komponent. (1) nálepka či označení (label), (2) stereotypizace, (3) vyloučení, (4) ztráta statusu a diskriminace. Tyto složky jsou součástí konceptu, ale zároveň existují samy o sobě. Například samotné označování, nálepkování (labeling) je přítomno i mimo stigmatizované skupiny, ale samo o sobě není stigmatem (Link & Phelan, 2001).

V případě jedinců s příznaky ADHD je možným původcem stigmatu právě samotné chování. Studie Mezaové et al. (2019) zkoumala reakce na různé popisy chlapce. Účastníkům byly předkládány tyto popisy: (1) popis obyčejného dítěte, (2) popis dítěte, které vykazuje příznaky ADHD, nebo (3) popis dítěte s příznaky a diagnózou ADHD. Zjištění ve výzkumu jsou ta, že účastníci zaujímali více stigmatizující postoj, pokud bylo přítomno pouze chování a projevy spojené s ADHD. Případná nálepka diagnózy byla naopak ochranným faktorem.

Dle studie Masucha et al. (2019), která hodnotila subjektivní zkušenosti se stigmatizací včetně internalizované stigmatizace, očekávané diskriminace a vnímaných veřejných stereotypů u dospělých s ADHD, se mezi nejčastěji vnímané stereotypy řadí ty, které se týkaly pochybnosti o platnosti diagnózy⁷. Dále tato studie zjistila vysokou míru internalizované stigmatizace, která je spojená především s dysfunkční afektivní rovinou sebepojetí, se kterou se pojí pocity sebehodnocení, a s rovinou behaviorální, která se projevuje sociálním stažením. Bylo zjištěno, že samotné vnímané stereotypy o diagnóze nekorelují s intraindividuální dysfunkcí, nýbrž s tím, jak si je jedinci subjektivně zpracují (Masuch et al., 2019). Sebestigma u osob s ADHD bude spíše pramenit ze samotného negativního hodnocení chování než z veřejných stereotypních přesvědčení.

Stigmatizace vůči osobám s ADHD a jejich projevům může vyplývat z toho, že projevy spojené s nepozorností, jako je zapomínání, jsou ve společnosti běžným jevem. To může mít za následek zlehčování diagnózy (Pescosolido et al., 2008) a případně i popírání její existence (Masuch et al., 2019). Jedinec, který více či méně zažívá podobné chování, může při setkání s extrémní formou tohoto chování zaujmout odpor a sociální odstup (Speerforck et al., 2020). Může zde tedy působit faktor, který popisuje Goffman

⁷ „ADHD u dospělých neexistuje“: 88,5 %; „ADHD je důsledkem špatné výchovy“: 82,4 %; „ADHD si vymyslely farmaceutické firmy“: 76,0 %; „ADHD je důsledkem přílišného sledování videoher nebo televizních pořadů“: 73,3 %; „Dospělí s ADHD simulují své příznaky“: 72,8 %“ (Masuch et al., 2019, s. 217)

(2003) ve vztahu ke skupinové příslušnosti a identitě ega. Člověk se symptomatologií ADHD by mohl v tomto případě spíše působit jako „*deviant ve vlastní skupině*“⁸ (Goffman, 2003, s.160-161). Někdy jsou totiž jedinci s ADHD vnímáni v kolektivu jako tzv. třídní klaun (Žáčková & Jucovičová, 2017) ale také je to pro jedince s ADHD jedna z možností, jak si zajistit alespoň částečné uznání a přijetí v kolektivu (Grønneberg, S. V., Engebretsen, E., & Torp Løkkeberg, S., 2024)

Tyto poznatky naznačují, že ADHD chování a label mohou být stigmatizované stejnou měrou, ale dopady na jedince má spíše negativní hodnocení chování a jeho interpretace pro jedince s ADHD než stereotypní přesvědčení o labelu ADHD (Hallberg et al., 2010, Masuch et al., 2019). Jádrem takových postojů je nedostatečná znalost o povaze a zátěži ADHD, stejně jako o širokých dopadech, které tato porucha může na jedince i společnost mít. Podobně pak může působit pohled na ADHD jako na „superschopnost“, která může také vytvářet neúplný obraz poruchy. Tyto postoje mohou nejen stigmatizovat jedince, ale také být bariérou pro včasnou intervenci jedinců s ADHD (Pescosolido et al., 2008; Nguyen & Hinshaw, 2020).

2.3 Pozdní diagnostika a její dopady

Lidé s ADHD mají příznaky po celý život a mohou pociťovat velkou úlevu, když dostanou diagnózu. Uvědomí si, že nejsou „blázní, líní, nemotivovaní nebo hloupi“, ale že jejich obtíže vyplývají z nepoznané a neléčené poruchy. Někteří lidé však mohou mít potíže přijmout, že jejich osobnostní rysy, které považovali za jedinečné, jsou ve skutečnosti příznaky poruchy. To je může ranit. Proto je při léčbě klíčové zaměřit se na sebehodnocení a přijetí diagnózy. Zkušenosti ukazují, že pozitivní aspekty ADHD se začnou projevovat až po přijetí diagnózy a léčbě příznaků. Koneckonců je velmi frustrující, když má člověk spoustu nápadů, ale nikdy nic nedokončí. Pokud lékařská léčba umožní lepší organizaci a plánování, tato kreativita může konečně rozkvést. Takové pozitivní zkušenosti nejvíce přispívají k růstu sebevědomí a sebedůvěry (Kooij, 2012).

⁸ Deviant ve vlastní skupině je ten, který je součástí skupiny, ale svým chováním se odchyľuje, je jakýmsi symbolem, maskotem skupiny. I když je středem pozornosti, není plnohodnotným členem skupiny (Goffman, 2003).

Kvalitativní studie (Young, Bramham, Gray & Rose, 2008) zabývající se dospělými, kteří získali diagnózu až v dospělosti, identifikovala témata spojená s reflexí minulosti, emocemi kolem získání diagnózy a úvahami do budoucna spojenými s léčbou, ale i se stigmatem diagnózy. Respondenti vzpomínají zejména na zkušenosti s tím, že se cítili být odlišní od ostatních, nezapadali, měli pocit, že často selhávají. Vnímali, že se často potýkali s negativní zpětnou vazbou a srovnáváním od okolí. Tyto zkušenosti buď přijali jako důležité, nebo je ignorovali (což autoři interpretují jako ochranu před pocitem nízkého sebevědomí). Přijetí negativního hodnocení vedlo u jedinců k frustraci a zmatku, proč se daná věc děje. Tyto zkušenosti vedly k nízkému sebevědomí, pocitu nedostatečné hodnoty a k obavám z odmítnutí a selhání v budoucnu. V rámci doplňkové studie z pohledu blízkých byl vytvořen návrh šesti fází psychologického přijetí diagnózy: (1) úleva a nadšení, (2) zmatek, (3) hněv, (4) smutek a žal, (5) úzkost a (6) vyrovnání a přijetí (Young, Bramham, Gray & Rose, 2008).

Analýza Hallerödotové et al. (2015) poukazuje celkem 11 tématy na komplexnost zkušenosti s pozdní diagnostikou. Mezi výrazná témata patří ta spojená s pozitivním vnímáním diagnózy, kdy diagnóza sama o sobě byla velkým zdrojem. Jiné studie zkoumající psychologický dopad diagnózy ADHD v dospělosti poukazují na dilemata mezi vnímaným stigmatem a lepším pochopením sebe sama (Young Z., Tickle, Gillott & Groom, 2019). Podobné výsledky přinesla studie Schrevela et al. (2016), která poukazuje na problematické sociální fungování dospělých s ADHD.

Co se týče rizik a zátěže nediagnostikovaného ADHD, bylo zjištěno, že osoby s nediagnostikovaným ADHD vykazují významně větší funkční a psychosociální poruchy než osoby s negativním screeningem této poruchy, což naznačuje, že ADHD představuje pro dospělé závažnou zátěž, i když není klinicky rozpoznána (Able et al., 2007). Dále byl například porovnán rozdíl mezi diagnostikovaným ADHD a suspektními příznaky ADHD v oblasti narušení pracovního výkonu, sebehodnocení a v měření kvality života souvisejícím se zdravím (*HRQoL*). Skupina jedinců se symptomy, ale bez diagnózy vykazovala větší funkční narušení ve všech oblastech i kvalitě života (Pawaskar, Fridman, Grebla & Madhoo, 2020).

3 Strategie zvládání ADHD

V předchozích kapitolách jsem naznačila, že je pro jedince s ADHD náročné naplnit očekávání okolí a zároveň si zachovat integritu, a to jak na akademické, tak sociální úrovni. Výše zmíněné dopady jsou společně se symptomy ADHD zátěží, kterou je potřeba zvládat a kompenzovat v každodenním životě. Zvládání zahrnuje širokou škálu technik, které jedinci používají k řešení stresu a obtíží spojených s ADHD. To může zahrnovat plánování, organizační techniky, hledání sociální podpory, ale také vyhýbavé strategie. V této kapitole se zaměříme jak na adaptivní strategie zvládání, tak na ty maladaptivní a pokusíme se je dát do širšího terapeutického kontextu.

3.1 Kompenzační a copingové strategie

Kompenzační a copingové strategie se mohou zaměřovat a do jisté míry spolu souvisí. Nicméně strategie, které se vztahují k nápravě a vyrovnání konkrétního deficitu, bychom spíše nazvali kompenzační. Copingové mechanismy jsou oproti tomu obecnější strategie zvládání krizových situací.

Mezi kompenzační strategie řadíme obecněji úpravy prostředí zahrnující eliminaci rušivých podnětů, ale také nástroje a pomůcky a behaviorální strategie, které zahrnují nácvik dovedností nebo vyhledávání vnější podpory (Kurtz, 2011).

Studie Kysowové, Parkové a Johnstonové (2016) se věnuje komplexní analýze strategií ve vztahu k různým proměnným. Byly například vymezeny předpoklady k větší míře užívání strategií ve vztahu k příznakům nepozornosti. Ty se ve vzorku potvrdily a korelovaly zejména se strategiemi Organizace a Vnější podpora. Další strategie, jako je Adaptace, Věnování pozornosti a Vyhýbání se, se objevovaly konzistentně napříč dimenzemi příznaků. Na základě dříve zdokumentovaných strategií a provedených rozhovorů (prostřednictvím *Connors Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV*) byly kódovány následující typy strategií (Kysow, Park & Johnston, 2016):

Adaptace (*Adaptation*) znamená, že jedinec mění úkoly, povinnosti a prostředí tak, aby je lépe zvládal a vyhovovaly tak jeho příznakům ADHD. Například tím, že si rozdělí úkol do zvládnutelných kroků. K adaptaci také patří přijetí svých slabých stránek a zaměření se na své silné stránky, Patří sem vytváření rutin a systémů nebo eliminace rušivých podnětů. Tato strategie byla významná v oblasti zaměstnání a vzdělávání.

Věnování pozornosti (*Paying Attention*) znamená uvědomování si svých obtíží a snahu o kontrolu svého chování. Mezi tyto strategie patří zvýšená soustředěnost, pečlivost nebo kompenzování větším množstvím úkolů. Patří sem věnování zvýšené pozornosti detailům za účelem vyhnout se chybám nebo vnitřní kontrola chování. V zásadě ale tyto strategie nejsou spojené s extrémní schopností soustředit se na úkol, který je pro jedince stimulující.

Organizace (*Organization*) znamená snahu organizovat své prostředí a/nebo rozvrh a používání vnějších organizačních pomůcek. Patří sem například používání kalendáře, plánovače, agendy, seznamů úkolů, budíků nebo psaní poznámek. Dále také ukládání věcí na specifická místa, plánování času, vytváření rutiny, termínů a priorit. Tyto kompenzační strategie byly využívány více pro příznaky nepozornosti, protože tyto příznaky považují respondenti za více omezující na pracovišti a doma. Zároveň byly strategie organizace považovány za ty, které se hůře udržovaly. Tato strategie může být podpořena vnější podporou.

Vnější podpora (*External Support*) znamená podporu od členů rodiny, partnerů, přátel nebo odborníků pro kompenzaci obtíží. Například vyhledání terapie nebo svépomocných skupin. Tato strategie by měla mít formu reálné pomoci od druhých a mít nějaký trvalejší efekt. Patří sem i léková terapie.

Vyhýbání se (*Avoidance*) je jedinou strategií, která sama o sobě není funkční. Patří sem vyhýbání se situacím, utíkání od problémů spojených s příznaky a popírání existence nebo míry obtíží.

Kvalitativní studie kompenzačních strategií (Canela et al., 2017) uvedla dovednosti, které si osoby s ADHD vytvořily před stanovením diagnózy. Byla samostatně identifikována kategorie, která se týkala sociálních dovedností, kde se objevovaly strategie jako dochvilnost, vyhýbání se závazkům, ale také dovednosti, které zahrnovaly empatii, manipulaci či snahu být středem pozornosti (Canela et al., 2017).

3.1.1 Copingové strategie

Sussan Young (2005) ve své studii došla k závěru, že jedinci s ADHD používají významně více maladaptivních copingových strategií a významně méně plánovitých strategií zvládnutí než kontrolní skupina bez ADHD. Pro identifikaci strategií zvládnutí

byla použita *Škála způsobů zvládnání (Ways of Coping Scale)* vytvořená Lazarusem a Folkmanem (1984). Škála obsahuje 8 subškál: (1) konfrontační zvládnání, (2) distancování, (3) sebeovládání, (4) hledání sociální podpory, (5) přijetí odpovědnosti, (6) vyhýbání se problému, (7) plánovité řešení problému, (8) pozitivní přehodnocení. Dalšími proměnnými pro korelační analýzu byla míra internalizace sociálních norem (skór ukazoval prosociální/antisociální chování) a míra chybovosti v kognitivních testech spojených s pozorností a impulzivitou. Skupina s ADHD více využívala konfrontační, vyhýbavé a únikové strategie, ale nečekaně také strategie pozitivního přehodnocení oproti kontrolní skupině. U ostatních strategií nebyly významné rozdíly mezi skupinami. Korelační analýza ukázala u osob s ADHD významné vztahy mezi kognitivními měřítky a strategiemi zvládnání, ale nevýznamné v oblasti internalizace sociálních norem. Ačkoliv skupina s ADHD vykazovala nízké prosociální chování, nebyl zde nalezen významný vztah. Oproti tomu kontrolní skupina vykazovala vztah mezi prosociálním chováním a plánovitým řešením problémů, což podle Youngové znamená, že čím lepší je socializace, tím více je jedinec schopen využívat strategie plánovitého řešení problémů. U jedinců s ADHD je tato snížená schopnost spojena s deficitem v oblasti pozornosti a zvýšené impulzivity, která se promítá i do sociálního fungování (Young, 2005).

Ve shodě s výsledky Youngové (2005) jsou i další studie, které tyto poznatky rozšiřují o další souvislosti (Barra et al., 2020; Speyer et al., 2022). Společně s dalšími zjištěními o vyšší míře stresu z hlediska samotného ADHD (zejména pak obtíže s pomalým kognitivním tempem) (Combs et al., 2015) tyto poznatky naznačují, že se jedinci s ADHD mohou dostat do bludného kruhu maladaptace. Ten je spojený se zvýšeným stresem, internalizačními obtížemi a dalším funkčním narušením, které vyvolává další stres (Barra et al., 2020; Speyer et al., 2022).

3.2 Maskování jako strategie zvládnání

Strategie zvládnání, které se přímo odrážejí v sociálních situacích, jsou popisovány jako maskování. Jedinci maskují své symptomy, aby lépe zapadli do sociálních normativních rámců a vyhnuli se negativním reakcím okolí. Toto chování může být jak vědomé, tak i nevědomé a automatické (Hull et al., 2017). Fenomén sociálního

maskování je většinou zkoumán u jedinců s poruchou autistického spektra⁹ (*autistic masking*). Podle výzkumů autistického maskování se za maskování (kamoufláž či skrývání) považuje soubor strategií zvládnání, které jedinec využívá k přizpůsobení se okolí. Tyto strategie je možné dále rozdělit na ty, které (1) skrývají přirozené reakce jedince (maskování), a (2) kompenzace obtíží v sociálních situacích (kompenzace) (Hull et al., 2017; Frombonne, 2020; Perry et al., 2022).

Hlavní rysy autistického maskování však poukazují na to, že maskování bude z dlouhodobého hlediska spíše maladaptivní strategií zvládnání než adaptivní strategií. (1) celý proces je pro jedince velice vyčerpávající, (2) působí to zmatení identity, a pokud jedinec po nějakou dobu funguje ve společnosti s touto strategií, bude (3) také pociťovat zhoršení svého psychického zdraví (Pearson & Rose, 2021; Beck et al, 2020). Tyto strategie se ovšem týkají i neautistických jedinců při odhlédnutí od specifických strategií pro jedince s autismem (např. potlačování stimulace) (Miller, Rees & Pearson, 2021).

Pro zjišťování úrovně maskování u jiných skupin, jak kvalitativně, tak kvantitativně, je potřeba dalšího výzkumu. Ačkoliv existuje dotazník pro měření maskování u autismu, *Camouflaging Autistic Traits Questionnaire* (CAT-Q), zdá se, že neměří specifika jiných forem maskování, které se mohou vyskytovat u jiných neurotypů (např. ADHD). Podle výsledků nedávné studie je ale jasné, že je maskování u osob s ADHD v nějaké formě přítomno (van der Putten et al., 2024).

Sociální maskování či kamoufláž je ovšem koncepčně nejasný konstrukt (Frombonne, 2020), a jelikož je předmětem výzkumů až v poslední době, nemáme dostatek informací k jeho přesnějšímu zasazení. V následujícím textu se pokusíme představit relevantní studie a zasadit jejich výsledky do dalších souvisejících témat.

3.2.1 Maskování ADHD

Asi nejkomplexnějším zachycením zkušenosti s maskováním osob s ADHD poskytuje diplomová práce Mylettové (2022). Autorka provedla výzkum prostřednictvím smíšeného designu, ve kterém se rozhodla komplexně prozkoumat výskyt maskování

⁹ Poruchy autistického spektra (*Autistic spectrum disorder*) se projevují přetrvávajícími nedostatky v oblasti sociální komunikace, jedinec vykazuje omezené a opakující se vzorce chování, zájmů nebo činností. Tyto projevy musí být přítomny v raném dětství, ale mohou se plně projevit až v pozdějším věku (APA, 2013).

u osob s ADHD, ale také jeho možné souvislosti s internalizačními obtížemi a internalizovaným stigmatem. Ačkoliv se jedná o závěrečnou práci, vzhledem k malému množství relevantních výzkumů dané problematiky jsem se ji rozhodla představit podrobněji a v jistém smyslu na ni navázat v empirické části.

Motivace k maskování

Diagnóza ADHD je příznačná neustálým pocitem selhání, obavami z odhalení vlastní neschopnosti a snahou ji skrýt. Jedinci se snaží skrývat část svého já, aby vyhověli sociálním normám ve společnosti a ve svých referenčních skupinách (Hallberg et al., 2010; Schrevel et al., 2016).

Podle Mylettové (2022) mají jedinci potřebu „vypadat normálně“, tedy být jako ostatní a splňovat společenská očekávání. Také je jejich motivem „být oblíbený“, což naznačuje potřebu uznání a respektu, navazování vztahů, potřebu nebýt přítěží. To má souvislost se studem, negativním postojem k sobě. Snahu vyhnout se nepříznivým sociálním zkušenostem můžeme považovat za jádro motivace maskování. Zahrnuje negativní zážitky z minulosti, jako je odmítnutí, kritika, trest, výsměch, zpochybňování nebo ohrožení. V rámci toho je motivací zmírnění úzkosti z hodnocení druhými, což vytváří z maskování jistou formu kontroly. Obecně bylo maskování pro respondenty „taktika přežití“, jako bezpečnostní opatření, které je nutné, aby se respondenti ochránili před negativními zážitky. Patří k tomu i jistá míra opatrnosti spojená s obavami z nepřijetí. Tento motiv také souvisí s navazováním vztahů a budování respektu ve společnosti.

Autorka (Mylett, 2022), také prostřednictvím statistické analýzy zjistila, že internalizované stigma nezprostředkovává vztah mezi sociálním maskováním a měřenými internalizačními obtížemi. Dodává, že bez ohledu na to, jak člověk vnímá své vlastní ADHD, může jeho maskování řídit vnímání existence veřejného stigmatu o ADHD, respektive negativních postojů k chování jedinců s ADHD.

Strategie maskování ADHD

Mylettová (2022) identifikovala tři základní kategorie strategií maskování:

(1) skrývání a předstírání zahrnuje odvádění pozornosti k jiným charakteristikám osobnosti, např. humoru, skrývání potřeby stimulace prostřednictvím méně nápadného

způsobu, vyhýbání se sociálním situacím úplně či částečně, např. dřívější odchod z akce, předstírání chování, které bylo vnímáno jako žádoucí, např. pokyvování, oční kontakt, řeč těla, také ale předstírání vlastností, jako je veselost, zdvořilost, klidnost, motivovanost a společenskost. Respondenti také uváděli, že se snaží skrýt své chyby alternativním vysvětlením, které s ADHD nesouvisí. Nakonec je součástí této strategie jistá ostražitost a kontrola sebe sama, což se pojí s velkým úsilím a vyčerpáním.

(2) aktivní potlačování verbálních, ale i behaviorálních podnětů; respondenti mají potřebu potlačovat svou hovornost, obsah toho, co říkají, a kdy to říkají, tempo i hlasitost řeči. Dále mají potřebu potlačovat své pohybové potřeby, např. si sedí na rukách nebo tisknou nohy do podlahy. Tyto strategie jsou podle respondentů náročné a z dlouhodobého hlediska škodlivé, protože vedou k nahromadění fyzického a emocionálního stresu.

(3) kompenzace obsahující chování zaměřené na udržení pozornosti a zapojení se do kontaktu s druhými, např. kladení otázek, soustředění se na tvář mluvícího, zapojení dalšího úkolu, zapojení se do fyzických aktivit. Dále strategie, které zahrnují plánování dopředu pro eliminaci výskytu a dopadu ADHD, jako je např. nastavování budíků, používání plánovačů, seznamů, poznámek, ale také sluchátek, které eliminují rušivé prostředí. S tím souvisí potřeba nadměrné přípravy a hyperorganizovanosti na úkor jiných potřeb. Malá skupina respondentů pak uvedla užívání léků na ADHD, ale také návykových látek jako je konopí a/nebo alkohol, které pomáhají snížit úzkost, stres a stimulaci v sociálních situacích, anebo ke zvýšení nálady a angažovanosti v sociálních situacích.

3.2.2 Důsledky maskování pro jedince s ADHD

Dle Mylettové (2022) mohou být důsledky maskování pro jedince hodnoceny pozitivně i negativně. Respondenti uváděli negativní, ale i pozitivní dopady, jako je rozvoj vztahů, úspěšnější sociální interakce, úspěch v práci a dosažení více příležitostí. S tím souvisí také to, že byli vnímáni jako schopnější a normálnější. Každopádně tyto pozitivní stránky zahrnovaly jistou ambivalenci, jelikož respondenti vnímali i negativní dopady, jako je dopad na jejich psychické zdraví a pocit neautenticity. Maskování sice

může přinést dočasné zlepšení v sociálním přijetí, ale dlouhodobě vede k úzkosti, stresu a vyhoření.

Maskování navíc může vést k podhodnocení závažnosti symptomů a oddálit správnou diagnózu a léčbu, což má dlouhodobé negativní dopady na kvalitu života (van der Putten et al. 2024). Tento dopad můžeme dát do vztahu s pozdní diagnostikou ADHD, a to zejména u žen. Toto podhodnocení souvisí nejen s převážně nepozornou prezentací, která se jeví méně nápadně, ale také s kognitivním maskováním akademického výkonu a s tím související vyšší hodnotou IQ (Kosaka, Fujioka & Jung, 2019). To se promítá nejen do výkonu v akademických výsledcích, ale také do sociálního fungování a lepšího využívání kompenzačních mechanismů, ať už těch adaptivních, nebo těch maladaptivních, které více souvisejí s negativním sebepojetím než s reálnými schopnostmi.

3.3 Ohrožení sociální identity

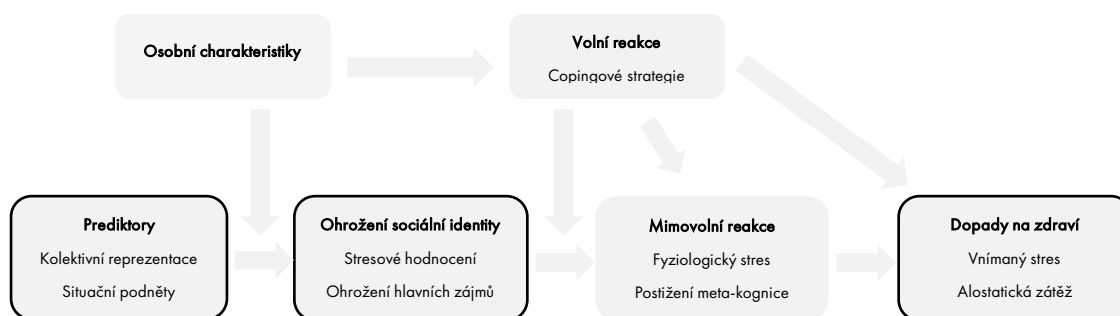
Jak již bylo naznačeno, vysvětlení pro maskování nemusí být v internalizovaném stigmatu, nýbrž v očekávání negativního postoje a stigmatizace (Myllet, 2022).

V rámci tohoto zjištění a dalších zmíněných poznatků o anticipaci stigmatizujících postojů bychom chtěli navrhnout jako řídicí sílu maskování ohrožení sociální identity.

Na rozdíl od internalizace stigmatu, která se váže na proces zvnitřňování, a tedy na podporu stigmatu v sobě, ohrožení sociální identity (*social identity threat*) je založeno na pouhém vědomí o existenci negativních postojů. Pracuje tedy s myšlenkou, že jedinec nemusí schvalovat dané stereotypy a postoje a být v přímém kontaktu s diskriminací, aby cítil ohrožení sociální identity (Steele, Spencer & Aronson, 2002). Steele (1997, s. 614) to nazval „hrozbou ve vzduchu“ (*a threat in the air*). Nicméně je důležité, že důsledky ohrožení jsou větší, čím širší je pro daného jedince prostředí, kde se mohou tyto negativní postoje a stereotypy objevovat (Major & Schmander, 2017).

Ostražitost a úsilí, které je třeba vynaložit na orientaci v takovém prostředí, mohou být vyčerpávající a stresující. Navíc očekávání, že se mohou stát obětí negativních stereotypů nebo diskriminace, může lidem bránit v činnostech, které je ohrožují, jako například ucházet se o zaměstnání, promluvit ve třídě nebo pozvat někoho na rande, a tím je odříznout od příležitostí a zdrojů. V důsledku toho je zkušenost s ohrožením sociální identity rozšířenější než zkušenost s uzákoněnou stigmatizací nebo diskriminací, a její účinky jsou proto potenciálně dalekosáhlejší (Major & Schmander, 2017, s. 86).

Obrázek 1 Model ohrožení identity a jeho dopady na zdraví



Pozn.: dle Majorové & Schmanderové (2017)

Model tohoto pojetí (obr. 1), který navrhuje Majorová a Schmanderová (2017), se zakládá na předpokladech, že ohrožení sociální identity může být spuštěno prediktory jako jsou kolektivní reprezentace znehodnocení v rámci širší společnosti (vnímané stigma) nebo situací, která tyto reprezentace může vyvolat. Je důležité také zmínit předpoklad autorek, že některé osobní charakteristiky, které jsou způsobené předchozími zkušenostmi jedince či samotnou osobností jedince, mohou zcitlivovat vnímání těchto signálů a jejich interpretaci. Tyto signály jsou pak hodnoceny jako relevantní pro sociální identitu či se mohou vztahovat ke stigmatizujícímu atributu. Následně pokud se projeví v dané situaci předsudky, mohou jedinci vědomě či nevědomě hodnotit situaci jako ohrožující jejich identitu. A co je velice důležité, toto ohrožení může nastat i v případě pouhého očekávání. Jedinec tedy nemusí být explicitně vystaven diskriminaci, či společnosti, která takové postoje chová.

Zkušenost ohrožení sociální identity je stresující, protože očekávání, že se stanete terčem společenské devalvace nebo negativních stereotypů, představuje hrozbu pro základní sociální motivace (např. potřeba sounáležitosti a sebeúcty), které řídí lidské chování (Major & Schmander, 2017, s.87).

Vnímané ohrožení může následně vyvolat řadu mimovolných reakcí emočního, kognitivního a fyziologického charakteru. Copingové strategie potom fungují jako zmírnění těchto mimovolných reakcí organismu. Autoři upozorňují i na odvrácenou stranu těchto strategií, které mohou naopak zdraví jedince ohrozit (Major & Schmander, 2017).

V kontextu ADHD jsem nenalezla relevantní studie, které by zkoumaly míru ohrožení sociální identity. Studie zabývající se dopady stigmatizace a stereotypizace se zabývají spíše konceptem ohrožení stereotypem (Foy, 2015). Koncept ohrožení stereotypem se týká vlivu vnímaného stereotypu na výkon, kdežto koncept ohrožení sociální identity se týká širšího spektra aspektů života a ovlivňuje pocit sounáležitosti a celkového psychického zdraví. To je možné považovat za relevantní ve vztahu ke konceptu maskování jako strategie zvládání stresu spojeného s očekáváním stigmatizujícího postoje.

3.4 Cyklus maladaptace a práce s negativními myšlenkami

Svou roli v tom, jak jedinec vnímá stres a jak se s ním vypořádává, zřejmě hrají základní přesvědčení o světě, které si jedinec vybudoval v rámci raných zkušeností a procesu socializace. Tato základní přesvědčení ve formě schémat, myšlenek a kognitivních zkreslení jsou důležitou součástí kognitivně-behaviorální terapie (KBT) (Ramsay, 2020). Několik studií přineslo zjištění, že jedinci s ADHD dosahují vyššího skóre maladaptivních schémat než kontrolní skupiny (Phillipsen et al., 2017; Miklósi et al., 2016; Kiraz & Sertçelik, 2020).

3.4.1 Maladaptivní schémata

Koncept maladaptivních schémat vychází z terapie zaměřené na schémata vytvořené Jeffrey E. Youngem. Vychází z Beckova konceptu jádrových přesvědčení. Tento přístup patří do tzv. třetí vlny kognitivně-behaviorální terapie a je, na rozdíl od

klasické KBT, zaměřený především na zkušenosti z raného dětství. Terapie cílí na schémata v sobě kombinuje prvky KBT a jiných přístupů, zaměřených např. na teorii vztahové vazby nebo teorii objektních vztahů, dále také např. gestalt terapie a humanistické terapie. Předpoklady tohoto přístupu jsou založené na myšlence, že pokud nejsou uspokojeny základní potřeby jedince, dojde k vytvoření tzv. raných maladaptivních schémat. Raná maladaptivní schémata jsou extrémně stabilní vzorce myšlení, které se v průběhu života dále potvrzují zejména díky selektivnímu vnímání reality. Tyto vzorce myšlení jsou spojeny s emočními reakcemi a promítají se do maladaptivního chování a ve své čisté podobě se objevují zejména v době krize (Šlepecký, Praško, Kotianová & Vyskočilová, 2018).

Přestože je tento přístup původně vyvinut pro osoby s poruchou osobnosti, jeví se podle některých výzkumů jako vhodný i pro jedince s ADHD. Na základě měření dotazníkem *Young Schema Questionnaire (YSQ-S2)* byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinou osob s ADHD a kontrolní skupinou, kdy skupina s ADHD dosahovala vyššího skóre ve všech 19 schématech. U 10 schémat byla naměřena vysoká velikost účinku, střední velikost účinku byla naměřena u 4 schémat. Největší velikost účinku byla zjištěna u schémat: Selhání, Vadnost/Stud, Podřízení a Emoční deprivace (Phillipsen et al., 2017). Podobné výsledky nabízí i novější studie (Kiraz & Sertçelik, 2020).

Tento výzkum potvrzuje výsledky zjištění Miklósové et al. (2016). Autoři si dali za cíl prozkoumat vztah symptomů ADHD k raným maladaptivním schématům, vnímanému stresu a well-beingu. Výsledky přinesly zjištění, že maladaptivní schémata mohou zprostředkovávat vztah mezi symptomy ADHD a vyšší úrovní vnímaného stresu, a tím také nižší úrovní well-beingu. Tato schémata také podle autorů mohou hrát roli v reakci na terapii, resp. dodržování postupů a strategií. Tyto vztahy však mohou být obousměrné.

3.4.2 Kognitivní zkreslení

Podobné výsledky se vyskytují i v rámci studií zaměřených na výskyt kognitivních zkreslení. Kognitivní zkreslení jsou chybami v myšlení, které mohou být vyvolány na základě maladaptivních schémat a tato schémata dále udržovat. Tyto chyby v myšlení

fungují tak, že ovlivňují vnímání reality, jedinec si např. vybírá pouze informace, které souvisí se schématem, a minimalizuje ty, které jsou s ním v rozporu (Šlepecký et al., 2018). Práce s kognitivními zkresleními je tedy v zásadě přístupnější, rychlejší než práce se schématy, ale může mít následně efekt na oslabování maladaptivních schémat.

Podobně jako studie maladaptivních schémat ve vztahu k well-beingu, i studie kognitivních zkreslení ve vztahu k internalizačním potížím potvrdila významný vztah nejen k depresivním příznakům a beznaději, ale také k symptomům ADHD (Strohmeier, Rosenfield, DiTomasso & Barkley, 2015). Ve studii Strohmeiera et al. (2015) byla zkoumána kognitivní zkreslení pomocí sebehodnocení *Inventory of Cognitive Distortions (ICD)*, která zahrnuje subškály: Perfekcionismus, Emoční uvažování a rozhodování, Srovnávání s druhými, Emoční uvažování, Zveličování, Čtení myšlenek, Minimalizace, Svévolné usuzování / Unáhlené závěry, Externalizace sebehodnoty, Věštění, Označování. Kognitivní zkreslení se vyskytovala u respondentů následovně: Perfekcionismus (55%); dále Emoční uvažování a rozhodování (17,5%); Srovnávání s druhými, Emoční rozhodování (7,5%); Zveličování, Čtení myšlenek a Minimalizace (5%); Svévolné usuzování / Unáhlené závěry (2,5%) (Strohmeier, Rosenfield, DiTomasso & Barkley, 2015).

Tento i další výzkumy negativních myšlenek a kognitivních zkreslení dávají do souvislosti především komorbidní deprese a neuroticismus, ale také samotné symptomy ADHD (např. Mitchell, Benson, Knouse, Kimbrel & Antopoulos, 2013). Zároveň je důležité poznamenat, že zkreslení může být pro ADHD specifické i v tom, že se týká i pozitivních myšlenek (Ramsay, 2020). I tyto pozitivní myšlenky, např. neopatrný optimismus, mohou vést k maladaptivnímu zvládnutí, např. k vyhýbavému chování (Knouse, Mitchell, Kimbrel & Anastopolous, 2017).

Práce s kognitivním zkreslením

Abych uvedla příklad toho, jak se projevují tyto fenomény v každodenním fungování jedince s ADHD, využiji k tomu již citovanou publikaci *Rethinking Adult ADHD* od Jamese Russella Ramsayho (2020), která se věnuje modelu kognitivně-behaviorální terapie pro ADHD. Autor uvádí přehled nejčastějších kognitivních zkreslení a možnosti jejich kognitivní modifikace.

Kognitivní modifikace je klasickou intervencí používanou v KBT a zahrnuje identifikaci automatické myšlenky spojené s událostí nebo spouštěčem. Tuto myšlenku je potřeba následně vyhodnotit a zjistit, zda je zkreslením, jak se k ní dospělo a na jakých důkazech je založena (Ramsay, 2020).

Pro ilustraci uvádím blíže perfekcionismus, který byl identifikován ve studii Strohmeiera et al. (2016) jako nejčastější kognitivní zkreslení, a Ramsay (2020) tyto výsledky dává do souvislosti s klinickou zkušeností. Perfekcionismus můžeme definovat jako tendenci vyžadovat od sebe, ale i od druhých, extrémně bezchybný výkon, i když to situace nevyžaduje. Souvisí s tím také extrémní kritika a hodnocení (Hartl & Hartlová, 2000), spojená často s maladaptivními reakcemi, pokud nejsou tyto nároky splněny. Nároky jsou někdy založené na objektivním měřítku, ale v zásadě je subjektivní norma jedince mnohem škodlivější (Ramsay, 2020).

Ramsay (2020) dále rozlišuje dva druhy perfekcionismu, *front-end* a *back-end*. *Font-end* perfekcionismus odráží rigidní normy nebo předpoklady, které musí být splněny pro zahájení úkolu. Jinými slovy musí nastat „správný čas a okolnosti“, což může být v jistém smyslu přiléhavé, pokud se např. jedinec nemůže soustředit v hlučném prostředí. V jiném případě je to nejasný požadavek, který může spíše odrážet potíže s organizací času. Tento druh perfekcionismu je u jedinců s ADHD častější a má za následek ono odkládání úkolu (prokrastinaci). Naopak *back-end* perfekcionismus ve své obecné podobě představuje typický perfekcionismus, který tkví ve vysokých standardech na výsledek. To má za následek potíže s dokončováním úkolů, protože nejsou dostatečně dokonalé nebo se neblíží onomu nejasnému pocitu, že „by to mohlo být lepší“. Nicméně u jedinců s ADHD je za *back-end* perfekcionismem spíše tendence k ulpívavému myšlení (perseverace) a ponoření se do tématu (hyperfokus) než snaha o dokonalost. To způsobuje nadměrné trávení času a úsilí nad rámec požadavků a často na úkor jiných povinností a potřeb. Toto ponoření může být o to silnější, pokud jej doprovází obavy, že tento stav nebude mít dlouhého trvání, a tak je toho potřeba využít (*binge-efficacy*).

Cílem kognitivní modifikace u tohoto zkreslení je vytvořit takové nastavení mysli ohledně okolností a standardů pro úkol, které podpoří angažovanost. Zprv je potřeba snížit nároky na úkol. Pro okolnosti je potřeba překonat počáteční diskomfort, který

když jedinec překoná, těchto pocitů se zbaví a jsou tedy „krátkodobé a snesitelné“. Druhou potřebnou myšlenkou je to, že jedinec má „dostatek času a energie“ pro zahájení úkolu (Ramsay, 2020).

Dalšími kognitivními zkresleními, které Ramsay (2020) uvádí, jsou: Myšlení „vše nebo nic“, to jest tzv. černobílé myšlení, odráží tendenci ke zjednodušující kategorizaci zkušeností, která ignoruje složitost událostí. Zveličování/minimalizace je způsob myšlení, při kterém jedinec zveličuje některé aspekty události nebo úkolu při současném minimalizování jiných faktorů. Srovnávání s ostatními je spojené s vytvářením předpokládaných společenských standardů jako referenčních bodů pro „správný“ způsob zvládnání ve všech oblastech života.

Empirická část

4 Cíl výzkumu

Na pozadí hlavního cíle výzkumu stojí potřeba prozkoumat strategie sociálního maskování u osob s ADHD. Navazuji tím na diplomovou práci Mylettové (2022) a inspiroji se výzkumným cílem autorky, kterým je sociální kamufláž (maskování) a s ní související aspekty. Pokusila jsem se však práci vrátit pomyslně o krok zpět a zjistit, zda respondenti vůbec maskují, zaměřit se na jejich obecné fungování v sociálních situacích a dojít tak možná i ke strategii maskování.

Hlavním cílem této práce je zachytit, jak respondenti vnímají svou interakci v sociálních situacích, jak vnímají zpětnou vazbu okolí na své chování a jak se s ní vyrovnávají. Snažím se tedy o zachycení psychosociálního obrazu jedince s ADHD v sociálních situacích a jeho strategií zvládnutí. Druhým cílem je zachytit význam diagnostiky v dospělosti a s ní spojené psychosociální dopady na jedince i okolí.

Z cílů vyplývá, že se jedná o explorativní kvalitativní typ výzkumu, zvolila jsem jej zejména na základě charakteru zkoumaného jevu maskování, který je v našem kontextu nedostatečně zastoupen (Hendl, 2016), a výzkumy na toto téma teprve vznikají. I když jsem měla původně na mysli smíšený design, nakonec jsem zvolila cestu, kdy mohu jev nejprve prozkoumat a pak na něj následně navázat. Ráda bych svým výzkumem přispěla k lepšímu porozumění obtížím, které ADHD skrývá. Nejen pro okolí a blízké, ale i pro ty, kterých se to bezprostředně týká.

Zdrojem pro téma práce byla určitě má vlastní zkušenost s ADHD, ale především diskuze a pozorování v rámci podpůrné skupiny. Cílem pozorování bylo eliminovat mou počáteční zaujatost a získat vhled do potřeb skupiny lidí s ADHD. Dále jsem tyto předpoklady ověřovala v první části náboru respondentů pomocí otázek, které již reflektují hlavní cíle výzkumu. Tyto informace jsem využila především pro následné rozhovory, ale také pro validaci cíle výzkumu a následnou tvorbu výzkumných otázek. Cíle výzkumu se tedy odvíjí zejména z potřeb skupiny, pro kterou je toto téma relevantní. Výzkumné otázky jsou formulovány v následující kapitole.

5 Metodologie

5.1 Interpretativní fenomenologická analýza

Fenomenologické zkoumání je založené na porozumění žité zkušenosti respondentů, zároveň je do této zkušenosti zahrnut i výzkumník, který do interakce vstupuje s vlastním poznáním daného fenoménu, který zkoumá. Je zde tedy důležitá aktivní práce s prekoncepty výzkumníka. To z metody IPA činí pro mne užitečnou metodu, jelikož mi prakticky nutí reflexi vlastních motivů zaznamenat (uzávorkovat). Zároveň tyto prekoncepty nejsou redukovány a eliminovány, ale jsou naopak užitečné v porozumění významu, jaký pro participanta daná zkušenost má (Kostínková & Čermák in Řiháček et al., 2013; Hendl, 2005).

IPA definuje celý proces od výběru tématu, formulování výzkumné otázky, přípravy na rozhovor, způsobu interakce s respondentem až k samotné analýze dat a práci se svou motivací a prekoncepty, které jsou nevyhnutelně přítomné v každém výzkumu. Cílem je tyto vstupy reflektovat, uzavřít a jasně rozlišit od žité zkušenosti zkoumaných osob, ve vhodné chvíli je však otevřít a nahlédnout na ně skrze optiku zkušenosti, která se vytváří během dialogu s respondentem.

5.2 Výzkumné otázky

Podle metody IPA by výzkumná otázka měla především explarovat, zaměřovat se spíše na proces a na význam žité individuální zkušenosti (Kostínková & Čermák in Řiháček et al., 2013). Zároveň výzkumná otázka nemusí být formulována na začátku studie, je však již dán směr výzkumu (Hendl, 2005), který poskytne rámec pro bližší prozkoumání a formulaci výzkumných otázek. To mi umožnilo se neupínat k vlastním prekonceptům a porozumět konkrétním zkušenostem ve vztahu k sociálním situacím. Zejména pak ve vztahu k pojmu maskování, který nemusí být respondentům vědomě znám. Dalo mi to prostor prozkoumat jejich zkušenost a na tu následně navázat a pojmenovat ji v rámci dialogu. Výzkumné otázky jsou tvořeny otevřeně, aby daly prostor pro zachycení perspektivy jednotlivých respondentů i celého výzkumného souboru.

VO1: Jakou mají lidé s ADHD zkušenost v sociálních situacích ve vztahu ke svým obtížím spojených s ADHD?

První výzkumná otázka se ptá na projevy v sociálních situacích a na to jakou způsobují zpětnou vazbu. V této otázce je obsaženo tedy i to, jak respondenti tyto zkušenosti interpretují a jak tato interpretace ovlivňuje jejich sebepojetí.

VO2: Jakou mají lidé s ADHD zkušenost s maskováním svých projevů v sociálních situacích?

Ve druhé výzkumné otázce se budu snažit ověřit, zda se mezi mými respondenty vyskytuje něco jako maskování a jak tomu rozumí.

VO3: Jaký význam má pro osoby s ADHD pozdní diagnostika ADHD?

Třetí otázka pak patří vedlejšímu cíli tohoto výzkumu, a to zmapovat význam pozdní diagnostiky ADHD.

5.3 Výzkumný soubor

Zvolený typ a metoda výzkumu mi umožňovala menší počet účastníků. Nízký počet účastníků mi dovolil provést hloubkové rozhovory. Výzkumný soubor je složen z pěti dospělých osob, které mají diagnostikované ADHD.

5.3.1 Výběr respondentů

Výběr respondentů probíhal zejména na základě dostupnosti a kritérií. Výběr probíhal na dvakrát. Poprvé na základě dostupnosti v podpůrné skupině na sociální síti, kdy respondenti odpovídali formou dotazníku na výzvu k zapojení do výzkumu. Cílem dotazníku bylo sebrat zejména kontaktní a sociodemografické údaje.

Na základě vyplněných odpovědí jsem se ozvala vybraným účastníkům. Kritéria výběru jsem zvolila ve snaze pokrýt různé charakteristiky, například abych měla ve vzorku různé věkové skupiny, dále podle genderu nebo nejvyššího dosaženého vzdělání. Také jsem se snažila mít v souboru i osoby, které diagnostikou prošly v dětství. Zároveň jsem počítala s tím, že se někteří s odstupem již nebudou chtít zúčastnit, což se následně potvrdilo, a tak nakonec výzkumný soubor není tolik rozmanitý ve výše zmíněných charakteristikách. Dodrženým kritériem bylo, že jedinec má diagnostikované ADHD.

Ozvalo se mi celkem 24 osob, z toho jsem vyřadila 4 osoby, které buď nechtěly poskytnout rozhovor a/nebo neodpověděly dostatečně na otázky v dotazníku (3). Dále jsem vyřadila osoby, které znám více osobně z podpůrné skupiny (2). Zbýlých 19 osob jsem kontaktovala formou, kterou si zvolily v dotazníku.

Osoby obdržely informace o průběhu a obsahu rozhovoru a podepsaly informovaný souhlas zahrnující i pořízení zvukového záznamu.

5.3.2 Charakteristika respondentů

V prvním výběru tvořilo vzorek 12 žen, 6 mužů a 1 nebinární osoba. Průměrný věk respondentů byl 31 let. Převažovaly osoby s vysokoškolským vzděláním (11). Období udělení diagnózy bylo 1:2, tedy 6 osob bylo diagnostikováno v dětství a 12 osob v dospělosti. Zajímavostí může být to, že ve vzorku je poměr žen a mužů v čase udělení diagnózy v dětství vyrovnaný. Na základě druhého oslovení se z 19 osob ozvalo 8 osob s termíny rozhovoru.

Konečný soubor tvoří 5 osob - 3 ženy, 1 muž a 1 nebinární (ona/její). Jména respondentů jsou změněna, aby se zachovala jejich anonymita. Blíže respondenty popíši v části, kde se věnuji analýze dat.

Tabulka 1 Charakteristika respondentů

	Ester	Lenka	Marek	Natálie	Kristýna
Věk	26	28	38	29	22
Vzdělání	SŠ	VŠ	SŠ	VŠ	VŠ
Diagnostika	V dospělosti	V dospělosti	V dospělosti	V dospělosti	V dětství

5.4 Sběr dat

5.4.1 Metody sběru dat

Dotazník

V rámci sběru sociodemografických údajů potenciálních respondentů jsem se v dotazníku ptala i na otázky související s výzkumným cílem. V dotazníku jsem se

snažila zmapovat konkrétní situaci. Zajímalo mě, jak osoby tento problém dokáží reflektovat a zda vůbec pocítují nějaké obtíže v sociálních situacích.

Uvádím zde příklad otázek a odpovědí od první respondentky, která se neúčastnila hlavního výzkumu. Tyto příklady (chronologicky první odpovědi) jsem zvolila, abych se vyhnula výběru (viz. tabulka 1).

Tabulka 2 Příklad otázek a odpovědí v úvodním dotazníku

Otázky	Odpovědi
Zkuste si představit typickou sociální situaci, která je pro Vás velice náročná či ohrožující po osobní stránce. Prosim popište mi ji.	<i>Nahromaděný stres ze situace, mnoho informací, nedostatečné vysvětlení, přeskokování tématu, zvyšování hlasu, další podněty jako zvonění telefonu apod.</i>
Jak se v dané situaci cítíte? Popište mi, co můžete cítit v rovině emocí. Můžete také napsat, co zároveň cítíte fyzicky.	<i>začínám se potit, mám pocit, že hluchnu</i>
Jak o dané situaci přemýšlíte? Co se vám v takové situaci honí hlavou?	<i>Myšlenky – pomoc, tlak pomoc tlak pomoc tlak</i>
Co v dané situaci děláte? Co v dané situaci uděláte automaticky? Je něco, co Vám třeba ne/pomáhá, když uděláte?	<i>Začnu zmatkovat, třeštit očima po lidech a místnosti, dělat zbytečné pohyby</i>
Jak vnímáte své ADHD ve vztahu k těmto situacím? Myslíte, že hraje nějakou roli?	<i>jak se snažím zachytit spousta informací zároveň a můj mozek je nedokáže třídit</i>

Polostrukturovaný rozhovor

Pro vedení rozhovoru je dle Smithe (2009) užitečné sestavit plán pro vedení hloubkového rozhovoru. Ten slouží jako příprava, která usnadní diskuzi o relevantních tématech. Je sestaven z předpokládaných témat a citlivých otázek. Počáteční dotazování výzkumníka je důležité v nasměrování vyprávění účastníka. Smith zdůrazňuje, že je také vhodné se připravit na různý typ účastníků. Někteří mohou být zdrženlivější nebo mohou preferovat strukturovanější přístup. Pro začínající výzkumníky je tento plán dobrým pomocníkem nejen v redukci úzkosti a nejistoty, ale umožňuje výzkumníkovi být flexibilnějším a lepším tazatelem (Smith, 2009).

Plán témat a příklady otázek jsem si připravila a předem jsem respondenty s tímto návrhem seznámila v emailu. Vyzvala jsem je také k případným připomínkám, pokud by pro ně bylo nějaké téma citlivé a nechtěli o něm hovořit.

5.5 Postup při analýze dat

I když je IPA do jisté míry flexibilní, nabízí postup, který je shrnut Kostínkovou & Čermákem (2013) následovně: (0) Reflexe výzkumníka; (1) Čtení a opakované čtení; (3) Počáteční poznámky a komentáře; (4) Rozvíjení vznikajících témat; (5) Hledání souvislostí napříč tématy; (6) Analýza dalšího případu; (7) Hledání vzorců napříč případy.

V upravené verzi postupu IPA (Smith & Nizza, 2022) dochází k několika změnám: Rozvíjející se témata jsou nahrazena zkušenostními výroky a výsledkem hledání souvislostí jsou osobní zkušenostní témata. V návazné analýze na úrovni skupiny jsou výsledkem společná zkušenostní témata.

Zaměření na skupinu

Smith et al. (2009) dodávají, že dobrá studie IPA by měla pracovat se vzorkem do šesti osob, v případě studentských prací doporučují optimálně tři osoby pro detailní analýzu jednotlivých případů. Pokud je vzorek větší než šest osob, doporučuje se analýza na úrovni skupiny.

I když má skupina zahrnovala pět osob, zaměřila jsem se spíše na hledání témat v rámci celého souboru. Přestože množství sebraných dat u každého respondenta nabízelo zpracovat jednotlivé příběhy, rozhodla jsem se zaměřit na celek. Vedly mě k tomu jednak pragmatické důvody rozsahu takové analýzy, ale zejména to, že již při vedení rozhovorů a následném přepisu vystupovalo mnoho témat společných. Zároveň jsem měla tato témata stále ukotvena v jednotlivých příbězích, abych zachovala individuální hlas ve skupině. Snažila jsem se tedy pracovat v rámci hermeneutického kruhu a neustále se pohybovat od celku k částem.

Při hledání témat bylo důležité dodržet četnost výskytu tématu alespoň v polovině případů, ideálně však ve všech případech (Smith et al., 2009).

5.5.1 Průběh analýzy dat

Po každém rozhovoru jsem si udělala rychlé poznámky, které mi následně pomohly během transkripce a vytváření počátečních poznámek. Během přepisu rozhovoru jsem již počínala první fázi analýzy, kdy jsem vytvářela první komentáře. Následně jsem přepis znovu pročetla, zvýrazňovala důležité části textu a dopisovala komentáře. Vytvářela jsem zejména popisné a konceptuální poznámky, které jsem vztahovala k výzkumným otázkám. Stále jsem se ale snažila zachovat otevřenost k datům. V počáteční fázi rozvíjejících se témat byla témata pojmenována převážně formou frází, které vystihují danou pasáž (v novější terminologii jde o zkušenostní výroky). Dále jsem tyto poznámky interpretovala a doplňovala komentáři na vyšší úrovni abstrakce. Následně jsem hledala souvislosti v rámci případu. Zároveň jsem si chtěla zachovat otevřenost v rámci hledání vzorců až pro další fázi analýzy v rámci skupiny. Takto jsem zpracovala všechny rozhovory.

K interpretaci a hledání finálních témat jsem přistoupila až ve fázi, kdy jsem pracovala s celou skupinou. Témata jsem řadila k sobě a hledala mezi nimi souvislosti. Během této fáze jsem tedy některá témata, která byla čistě v rámci případu, dala stranou, redukovala jsem tedy ta, která se nevyskytovala alespoň v polovině případů. Témata u jednotlivých případů se díky skupinové perspektivě prohlubovala a získávala nový rozměr. Při sepisování analýzy v rámci celé skupiny jsem se snažila pracovat v rámci hermeneutického kruhu a neustále se vracet od skupiny k jednotlivci. Mezi jednotlivými výpověďmi jsem se snažila vytvořit dialog a téma tím prohloubit.

Pro práci s daty jsem nepoužívala speciální software. V počátečních fázích jsem pracovala metodou tužka – papír. Dále jsem pracovala s aplikací Word a Excel. Výsledky analýzy jsem zpracovala do přehledných tabulek a schémat, které představím v následující kapitole.

6 Analýza a interpretace dat

6.1 Reflexe vlastní zkušenosti

Pro metodu IPA je stěžejní sebereflexe výzkumníka. Je tedy dobré sepsat reflexi vlastní zkušenosti s tématem. Pokoušela jsem se to dělat opakovaně, jelikož se mě téma bytostně týká. Byla jsem si vědoma okolností, proč tento výzkum provádím, zároveň jsem se snažila o co nejhlubší studium problému nejen v oblasti literární rešerše, ale také v rámci průzkumu v komunitě (viz. dotazník a diskuze ve skupině). Během rozhovorů jsem měla pro respondenty velké porozumění a měla jsem obavy z možného ovlivnění. Tuto svou obavu jsem se snažila směrem k respondentům vyslovit. Pro respondenty to bylo spíše povzbuzující a možná díky tomu byli otevřenější. Nicméně jsem vnímala, že některé mé vstupy v průběhu rozhovorů byly rozsáhlejší, než musely být.

Pro mě osobně diagnostika znamenala pochopení mého chování a prožívání, které mi způsobovalo obtíže jak ve studiu a práci, ale také ve vztazích k druhým a také k sobě. Co se týče vztahu k maskování, já sama jsem si začala některé své strategie uvědomovat až zpětně s diagnózou. Nepovažuji se za člověka, který by nějak výrazně maskoval. Uvědomuji si ale, že některé sociální situace vnitřně nezvládám a sahám po určitých strategiích, které mne v té situaci ukotví do jasnější role nebo zredukuje stres, který se vytvořil. Bez těchto strategií se vlastně cítím ve společnosti nepatřičně. Což je také důvod pro to, že se spíše některým akcím vyhýbám.

6.2 Představení respondentů

Ester je 26 let a pracuje z domova jako operátorka. ADHD jí bylo diagnostikováno v dospělosti na základě vlastní iniciativy. Tomu nicméně předcházela dlouhodobá léčba psychofarmaky pro chronické deprese a úzkosti, která neměla kýžený dopad na její psychický stav. Zlomem pak bylo zhoršení stavu, kvůli kterému byla nucena odejít z práce. Dostala se tak do stavu, ze kterého se nebyla schopna dostat celý rok.

Ester na dotaz ohledně aktuálního prostředí a vztahů spontánně odpovídá, že je *poprvé v životě spokojená*. Ve svém vyprávění zdůrazňuje svou úlohu v procesu utváření

aktuálního prostředí (prostorového i sociálního). O prostředí, které *zvládla vytvořit*, hovoří s patřičným zadostiučiněním. Následně totiž zmiňuje svou rodinu jako element, který do tohoto prostředí vůbec nepatří a nějakým způsobem ho eliminuje. Spokojenost pro Ester znamená hlavně absenci *stresu a permanentní úzkosti*. Zdůrazňuje saturaci všech životních potřeb a vliv fungujícího partnerského vztahu. Významným faktorem, který její stav zlepšil, je diagnostika ADHD a s ní spojená farmakoterapie.

Lenka je 28letá studentka doktorandského programu. Diagnózu ADHD získala v dospělosti ve chvíli, kdy vyhledala diagnostiku poruch autistického spektra (pozitivní). V důsledku vyhoření, které provázely úzkostně depresivní stavy, vyhledala odbornou pomoc. Pro Lenku bylo důležité získat název pro to, co se jí děje.

Lenka zhodnocuje, že *by to mohlo být lepší* ve všech aspektech. Pro Lenku je důležité, v jakém prostředí žije, preferuje klidnější, menší města a přírodu. V prostředí, kde žije, však vnímá spoustu rušivých vlivů (hluk, kamery), které jí zneprjemňují život. Druhým hlavním zdrojem nespokojenosti je sociální život, který je pro ni limitovaný zejména ve zprostředkování nových kontaktů, ale také samotným faktem, že si nerozumí s *neurotypiky*, kterými je zejména v pracovním prostředí obklopená. Má pozitivní zkušenosti se zapojením do komunit, kde se cítí být více sama sebou. V neposlední řadě je zdrojem nespokojenosti práce a výzkumný projekt, kde se podle Lenky nejvíce projevují obtíže spojené s ADHD.

Marek je 38letý IT specialista. V dětství získal diagnózu „motorického neklidu“, v jeho životě však nemělo toto pojmenování příliš význam. K diagnostice ADHD se dostal až v dospělosti a současně má diagnostikovanou bipolární afektivní poruchu. Pro Marka bylo zásadní experimentování se stimulanty, při kterých zjistil, že na něj působí paradoxně. Tato zkušenost jej přivedla k diagnóze ADHD.

Marek zažívá krizi středního věku, která je u něj spojená s hledáním seberealizace. Má pocit, že má již *odžito* to zásadní v životě a hledá nový *životní cíl*. Pociťuje, že je pro něj těžké nalézt něco, co by mu přinášelo takové uspokojení, které zažil dříve. Jeho vnímání spokojenosti také ovlivňují výkyvy nálad spojené s bipolární afektivní poruchou. Zároveň svou situaci z objektivního pohledu zlehčuje a říká, že *by měl být spokojený*, protože je na tom velice dobře v ostatních aspektech života. Zmiňuje především blízké vztahy, ale také pracovní pozici, kterou si vybudoval.

Natálii je 29 let a pracuje jako právnička ve stavebnictví. Natálie dlouhodobě dochází na psychoterapie a k diagnóze ADHD ji přivedla její psychoterapeutka. K odborné psychiatrické pomoci a diagnostice se ovšem dostala až ve chvíli, kdy se její stav zhoršil a prožívala úzkostně depresivní stavy. Natálii tyto stavy významně zlepšila medikace na ADHD.

Natálie obecně vnímá, že je spokojená, ale také vnímá prostor na zlepšení. Hodnotí svou spokojenost především v porovnání se stavem před diagnostikou. Zmiňuje zlepšení ve všech aspektech života, zejména pak *absenci propadů nálad a paralyz*, které zažívala a které měly vliv na pracovní i společenský život. Aktuálně uvažuje o změně v profesním směřování, kde bude moci více uplatnit své silné stránky a zároveň eliminuje činnosti, kde pocituje obtíže.

Kristýna je 22letá studentka a testerka aplikací. Diagnózu ADHD má již od dětství. Kristýna nepodstupuje žádnou terapii ADHD a na psychoterapii dochází nepravidelně. Vnímá, že si postupem času vytvořila dostatek kompenzačních mechanismů. Co pro ni ADHD znamená, si uvědomovala postupně v návaznosti na vývojová témata.

Kristýna podobně jako ostatní respondenti vnímá svůj život jako něco, na čem se dá stále pracovat a zlepšovat. Společně s tím upozorňuje na změny, které se jí již povedly zavést a které hrají roli v tom, jak vnímá svou spokojenost. Vnímá, že je *workoholik*, a je pro ni důležité vyvažovat pracovní aktivity a společenský život. Kristýna zmiňuje, že hlavní myšlenkou je to, že se nesnaží o nějaký konkrétní cíl, kterého když dosáhne, bude konečně spokojená. Snaží se zkrátka *žít tak, aby byla spokojená a šťastná* a její spokojenost nebyla vázaná na systém odměn.

6.3 Prezentace výsledků analýzy

Následující text je shrnutím podrobnější analýzy, která je součástí přílohy. Každé téma obsahuje přehlednou tabulku podtémat, kde jsou u jednotlivých respondentů zaznamenány výstižné úryvky. Snažila jsem se zachytit jak esenci celé skupiny, tak idiografickou rovinu analýzy.

Tabulka 3 Přehled společných témat a podtémat

Společné téma	Podtéma	Popis společného tématu
Reflexe a přerámování: Když víš, co to je...	Úleva Lítost a vztek	Téma přináší vhled do pocitů a myšlenek respondentů po přijetí oficiální diagnózy. Po počáteční bagatelizaci některých respondentů se dostavuje hořkosladký pocit toho, že to mohlo být v minulosti jinak. Reflektují, s čím bojovali v dětství a co si z toho odnesli v kontextu sebepojetí.
Zátěž a kontrola: Sociální situace přináší stres...	Overthinking a úzkost Problémy a omezení Potřeba kontroly	Respondenti přibližují, co vše zažívají v sociálních situacích a jaké pociťují obtíže ve vztazích a komunikaci v kontextu ADHD. Zátěž tvoří také negativní myšlenky spjaté s minulými zkušenostmi.
Maska a autenticita: Vyrovňávání zátěže	Sociální očekávání a ochrana Maska a autenticita Sebeakceptace a kompenzace	Stres, se kterým se respondenti v sociálních situacích setkávají, je tvořen především vnímaným společenským očekáváním. Strategie, které používají, se zaměřují na redukci stresu, ale také na ochranu jejich identity. Důležitou otázkou je nutnost těchto strategií, nad kterými uvažují ve vztahu k jejich efektivitě a potřebě autenticity v životě.

6.3.1 Společné téma 1

Reflexe a přerámování: *Když víš, co to je...*

Pozdní diagnostika ADHD přináší společně s úlevou prostřednictvím kompenzací (lékové i nelékové) také emoce a myšlenky, co by mohlo být jinak, kdyby byly obtíže pojmenovány dříve. Respondenti ve svých výpovědích ukazují, že je pro ně nálepka ADHD důležitá nejen ve vztahu k řešení obtíží, ale také ve vztahu k sobě a přerámování zkušeností z minulosti.

Tabulka 4 Tabulka společných zkušenostních témat – společné téma 1

		Strana/řádek
Společné téma 1: Reflexe a přerámování: Když víš, co to je...		
1a. Úleva		
Ester:	<i>A můj život se zlepšil!</i>	2.77
Lenka:	<i>Že to není něco tak strašně vnitřního</i>	4.70
Marek:	<i>Aha tak ty nejsi magor, tak ty máš jenom tady ADHD</i>	3.3
Natálie:	<i>Nějak jsem nezvládala fungovat</i>	5.59-61
Kristýna:	<i>Ten smysl pochopení byl asi jako hodně silnej</i>	7.48-49
1b. Lítost a vztek		
Ester:	<i>Vím, že jsem na to mohla bejt výrazně líp</i>	4.13
Lenka:	<i>Přeložila jsem si to, jakože já jsem neschopná</i>	8.20-21
Marek:	<i>Byl tam problém, že vůbec nechápali, proč jsem takovej</i>	5.73-75
Natálie:	<i>Nemusela jako projít takovejma trápeníma</i>	6.56-61
Kristýna:	<i>Přehazovali si mě jako horkej brambor všichni</i>	3.35-36

1a. Úleva

Většina respondentů uvádí, že jim diagnóza přinesla pocit úlevy, že nejsou divní. Namísto vágního pojmu a pocitu je před nimi vysvětlení jejich životních zkušeností. Přináší to úlevný pocit, že to není nezměnitelná vnitřní charakteristika. Lenka říká: „že to není takový jako vyloženě... ehm, něco tak strašně vnitřního, když to tak řeknu...“ Pro porozumění těmto pocitům nám pomůže, když se zaměříme na to, co podle Lenky utváří sebehodnotu. „(...) když člověk naráží na to, že je nějak jinej nebo dělá nějak jako chyby, tak prostě mu to jako nepřidá (...).“ Narážení můžeme chápat jako zpětnou vazbu od okolí na *jinakost* člověka. Projevy chování, které nezapadají do společenského, situačního úzu, může pak jedinec vnímat jako *chybu* sebe. Selhávání a zpětnou vazbu respondentka chápe jako zkušenosti, které utvořily sebeobraz *špatného člověka*. A právě nalezení možných příčin, proč jedinec selhal v určitých oblastech života, může *trochu zmírnit* negativní sebehodnotu (*špatný člověk*). Většina respondentů pociťuje ambivalenci

v tom, jak se hodnotí. Ale stejně jako Lenka vnímají, že se u nich rozvinuly negativní pocity, které se týkají jejich selhávání v návaznosti na projevy ADHD a hodnocení okolí.

Dalším aspektem úlevy je pocit, že v tom není člověk sám. Martin popisuje význam svépomocné skupiny a upozorňuje, jakou zátěž lidé ve skupině mohou nést. Je zřejmé, že lidé ve skupině mají určitou expertízu na svůj život s ADHD a mohou si díky svým zkušenostem poskytnout laické poradenství. Skupiny zároveň slouží k normalizaci a validizaci zkušenosti před oficiální diagnózou (sebediagnostika). Kristýna vypráví, že právě pocit úlevy zažila, když chodila na terapeutickou skupinu v období druhého stupně základní školy. Kristýna říká: „(...) *ten smysl pochopení byl asi jako hodně silnej (...)*.“ Skupina jí dala možnost sdílet svou zkušenost a nalézt porozumění druhých, kterého se jí v běžném kolektivu nedostávalo. Kristýna má trochu jinou zkušenost než ostatní respondenti, jelikož jí bylo ADHD diagnostikováno v dětství. V rozhovoru mi popisovala, že pochopení toho, co se pod tím pojmem skrývá, přicházelo postupně. Stejně jako ostatní ale vnímala silně svou odlišnost a to, že nějakým způsobem nezapadá. Skupina pro ni byla velice důležitým prostorem, kde se cítila bezpečně. Sdílení ve skupině má terapeutický charakter a je nedílnou součástí procesu sebediagnostiky a přijetí diagnózy. Kromě toho sdílení a laické poradenství přináší nabídku konkrétních řešení ve formě kompenzačních strategií.

I když si většina respondentů prošla v první fázi nějakou formou sebediagnostiky pro všechny bylo nakonec důležité slovo odborníka. Odborná pomoc přinesla další možnosti ve zmírnění obtíží. Ester popisuje, jak jí pomohla medikace na ADHD. „*S exekutivní dysfunkcí, tu jsem měla brutální, co jsem dostala léky, tak jsem byla schopná si po roce na dlouhodobý neschopence s depresema najít práci. Deprese mě přešly, úzkosti mě přešly... Ehm, myslela jsem si, že mám sociální fobii, a ta mě přešla taky...*“ Společně s pojmenováním přichází tedy i řešení, které může přinést úlevu nejen od příznaků ADHD, ale i navázaných obtíží. Natálie to svou odpovědí na otázku, jak se má, potvrzuje: „*Já se mám aktuálně docela, docela dobře bych řekla. [smích] (...) hlavně s nějakým srovnáním třeba s minulým rokem (...), protože jsem měla jako depresivní epizody a úzkostný epizody a ty nemám teďka takže se mám dobře. (...)*“ A Ester dodává: „*A můj život se zlepšil! (...)*“

1b. *Lítost a vztek*

Vysvětlení a porozumění obtížím vyvolává nejen úlevu, ale také hořkosladký pocit toho, co mohlo být a nebylo... Uvědomění, že se vlastně nemuselo dít tolik těžkostí. Někteří respondenti přichází s pocity lítosti a vzteku, popisují nároky prostředí, které museli překonávat. Neustálé selhávání přinášelo stres, úzkost a pocit nedostatečnosti.

Přesně v takovém duchu se nesla zkušenost Ester v rámci vysokoškolského studia. V její výpovědi je slyšet velká lítost nad tím, že se musela vzdát něčeho, co ji bavilo a zajímalo. Sama vnímá, že se plýtvá jejím potenciálem, a to ovlivňuje dodnes její duševní pohodu a sebedůvěru. *„Vím, že jsem na tom mohla bejt výrazně líp, a nemám z toho radost, to občas si přijdu dost mizerně a vím, že se hrozně moc plýtvá mým potenciálem. Vím, že jsem mohla opravdu se věnovat vědě, a místo toho dělám v bance v call centru. No tak tohle člověku úplně nepřidá.“* Selhání ve studiu přineslo Ester spoustu úzkostí a pocit nedostatečnosti. I další respondenti se vyjadřují, že jejich život byl v různých aspektech těžší. *„(...) protože mi přišlo, že jsem jako mohla mít takovej jinej ten život a že jsem nemusela jako projít takovejma trápeníma (...) prostě mohlo to bejt lepší, že kdybych to třeba věděla dřív, naučila bych ses s tím pracovat dřív.“* I když si Natálie, stejně jako ostatní respondenti, postupně určité strategie vytvořila, vnímá, že by jí pomohlo, kdyby se její problém pojmenoval dříve.

Projevy chování respondentů se často setkávaly s nepochopením okolí. Jak zmínila Lenka na začátku tohoto tématu: *„(...) člověk naráží na to, že je nějakej jinej (...).“* Nepochopení a nepřijetí okolí vyjadřovalo různými způsoby. Výsměch, ignorace a odmítnutí mohou v jedinci zůstat dlouho a ovlivnit tak sociální život v dospělosti. Kristýna popisuje, co je podle ní okolím nějakým způsobem nepřijatelné: *„Jo no, takže přesně v moment, kdy něco řekneš, co se jako nehodí, moment, kdy se jako zachováš impulsivně, to znamená přesně jako uděláš nějakej divnej pohyb nebo prostě jdeš někam úplně jinam (...) potom narušuješ nějakej ten ten status toho místa tak to úplně že...“*

Impulsivní projevy reflektují i další respondenti. V dětství a dospívání se jim děla různá nedorozumění a konflikty v mezilidských vztazích. Marek popisuje, že pro jeho rodiče to bylo peklo, má pocit, že byli nešťastní z jeho chování. *„(...) Byl tam problém, že vůbec nechápali, proč jsem takový jako živej a tohleto, ale to se těžko jim dokázalo vysvětlit*

no. “Snaha obstát v nároku na chování byla pro respondenty těžká. Ovšem nějak se s tím muselo vypořádat i okolí.

Respondenti zmiňují, že byly často srovnávány s druhými nebo na ně byly kladeny nároky, které nemohly splnit. Například Lenčina zkušenost je spojená s individuálními nároky matky. Lenčina matka měla odlišné tempo, byla rychlejší, a to samé vyžadovala od dcery. „(...) takže to si pamatuju úplně tak jako živě, že často když jsme potkali nějakou její známou a jako bavili se o mě tak ona říkala: “no ona je hodná ale pomalá” [smích] (...)“ Ve výpovědi Lenky je cítit velká frustrace, kterou její matka musela mít. Lenka to reflektuje jako špatnou zkušenost, která ovlivnila její sebehodnotu. „(...) Přeložila jsem si to, jakože já jsem neschopná (...).“ Lenka později vyjadřuje lítost: „(...) no jako dost mě to mrzí no jako vlastně když jsem měla takový jako dětství jako že bych si přála, když bych ho měla víc takové jako přizpůsobené mým jako potřebám (...).“ Nepochopení problému může vést k negativní zpětné vazbě. Selhávání v nárocích prostředí a odmítnutí projevů jako nevhodných je pro respondenty zkušenost, která se mohla stát zdrojem pro negativní sebehodnotu. Většina respondentů ovšem zpětně chápe reakce okolí na jejich chování. Ve chvíli, kdy je možnost si chování nějak pojmenovat, může takové pochopení vytvářet prostor pro zarámování zkušenosti do smysluplnějšího celku.

Nároky prostředí, zkušenosti se selháváním na všech frontách mohly vést ke zhoršení stavu, což vedlo k potřebě situaci nějak řešit. Kromě léčby předepsanými léky byla u respondentů před diagnostikou přítomna nějaká forma sebemedikace. Martin popisuje, jak se celou dobu snažil problémy řešit izolovaně a stejně jako Natálie nebo Kristýna prošel obdobím rizikového užívání alkoholu a jiných návykových látek. Všichni respondenti však popisují důvody, které je k tomu vedly. Odpoutání se od myšlenek, snížení úzkosti, nespavost. Tyto maladaptivní kompenzace byly vyvolány částečně tím, že nebylo možné rozklíčovat souvislosti. Jak popisuje Martin. „(...) že to člověk nezná, když nezná tu celkovou jako diagnózu, tak se to strašně těžko jakoby hledá, strašně těžko jakoby v tom orientuje. (...)“ Orientace v tom, jakým obtížím člověk čelí ve svém celku, je právě zásadní pro hledání řešení. Celek není jen souhrn jeho částí, protože celek sám o sobě znamená něco jiného než jeho části.

Kompenzační mechanismy jsou nedílnou součástí života respondentů. Jak ty maladaptivní, tak ty funkční. Natálie popisuje podobně jako další respondenti, že pro

celkové zlepšení stavu pro ni byla důležitá také medikace. Pomohla jí upevnit stávající mechanismy a dát tomu nějak smysl. Nicméně zdůrazňuje, že je to hlavně o práci se sebou. „(...) *Tak tady jako určitě jedna věc, že mám víc jako toho prostoru na nějaký jako fungování. A ale jinak si myslím, že spíš, že jsem se prostě musela naučit jako jak to nějak zvládnout se sebou jo. (...)*“ Markovi také hodně pomáhá vysvětlovat své chování druhým. Někdy se setká s přijetím a někdy ne, podstatné pro něj je, že to vysvětlení cítí na sobě. Marek říká: „*Ale jako spíš i vůči sobě, že si to líp jako dokážu jako s tím jako žít...*“

Pojmenování je primárně redukcí negativních pocitů vůči sobě a svému chování. Label zde nepředstavuje ani tak formu nějakého označení, ale vysvětlení svého života. Je zajímavé se zamyslet nad funkcí labelu ADHD v dětství a dospělosti. Noam Ringer (2019) naznačuje, že v dětství a dospívání mohou diagnostikovaní s ADHD zažívat jistou oddělenost a ambivalenci na více úrovních. Obtížná seberegulace způsobuje pocit nedostatečné kontroly nad sebou. To si ale mohou jedinci spojovat spíše s ADHD než se svou vůlí (Ringer, 2019). A pokud tento label není k dispozici, je možná vyšší pravděpodobnost, že si vytvoříme silnější jádrová přesvědčení o sobě? Respondenti ale přesto pociťují ambivalenci v sebehodnocení, ta může z části vyplývat z nekonzistentního fungování jedince na všech úrovních. A pojmenování může posílit koherenci sebe bez ohledu na to, jaká přesvědčení o sobě jedinec má.

6.3.2 Společné téma 2

Zátěž a kontrola: *Sociální situace přináší stres...*

Obtíže v seberegulaci (chování i prožívání) se nutně odráží ve všech aspektech života. Všichni respondenti reflektují, že jim ADHD výrazně zasahuje do vztahů a sociálního života vůbec. Sociální interakce je pro respondenty zatěžující. Zároveň je pro ně náročné tyto obtíže kompenzovat a zkušenosti z minulosti jsou hlasitým upozorněním, že zase mohou selhat. Všichni respondenti se shodnou, že velice záleží na prostředí. Je ovšem jasné, že jedinec se nemůže stále vyskytovat v bezpečném prostředí a že je vystavován situacím, které jsou pro něj nekomfortní.

Tabulka 5 Tabulka společných zkušenostních témat – společné téma 2

		Strana/řádek
Společné téma 2: Zátěž a kontrola: Sociální situace přináší stres...		
2a. Overthinking a úzkost		
Ester:	<i>Overthinkovala do poslední tečky za větou</i>	6.45
Lenka:	<i>Myslím si, že jsem taková jakoby chronicky přetížená</i>	2.43
Marek:	<i>Furt přemýšlím nad tím, co jsem jako poslal</i>	6.73
Natálie:	<i>Největší problém, co jako já mám, je strach z odmítnutí</i>	2.60
Kristýna:	<i>Stresující je nenaplnění sociálního očekávání</i>	11.9
2b. Problémy a omezení		
Ester:	<i>Přijdu si jak úplnej retard</i>	6.6
Lenka:	<i>Společenský život jo to je komplikovaný</i>	2.6
Marek:	<i>Strašný diskomfort mám, když se ta hlava nudí</i>	4.33
Natálie:	<i>Samozřejmě jako mi schází trochu filtr</i>	2.19
Kristýna:	<i>Nejseš začleněnej vlastně, protože se nějak vymezuješ</i>	11.14
2c. Potřeba kontroly		
Ester:	<i>Tak je to přece správně, že jako normální lidi se přeci chovají takhle</i>	7.26
Lenka:	<i>Jsem si tím vlastně jistá že je na mně vidět, že jsem jako divná</i>	13.53-54
Marek:	<i>Jako fakt se musím často hlídat</i>	8.40
Natálie:	<i>Jsem se snažila jako trošku se přetvořit</i>	14.30
Kristýna:	<i>Vlastně se snažíš nekopírovat to chování z minulosti</i>	16.43

2a. Overthinking a úzkost

Někteří respondenti zmiňují, že je pro ně zatěžující samo prostředí. Množství podnětů, které k nim přichází, je zahlcují a mají obtíže je zpracovávat. Lenka říká, že ji zatěžuje i každodenní činnost, jako je například vaření. Lenka říká: „(...) *Myslím si, že jsem taková jakoby chronicky přetížená* (...).“ Upřesňuje, že je pro ni náročné zpracovat každodenní zátěž, která vzniká jak z prostředí, tak v ní samotné v důsledku interakcí. Pro respondenty tato zátěž vzniká v kontextu konkrétních situací. Např. večírky,

společenské zvyklosti, změna plánu. V těchto situacích se vytváří zátěž ze sensorických podnětů (např. hluk), ale také kognitivní zátěž plynoucí z interakce (pamatování jmen, oční kontakt, rozhodování).

Situace, která přináší spoustu podnětů, je sama o sobě zahlcující. Nároky na chování a změny přináší další zátěž v podobě overthinkingu. Ten se ale vytváří nejen bezprostředně v situaci, kdy se jedinec snaží nastalou změnu zpracovat, ale také anticipačně. Natálie popisuje, že má obavy ze svého chování: „(...) *A asi nejhorší je, že se vlastně jakoby bojím sama sebe (...) že zase (...) budu taková jako kráva. (...)*“ Kristýna zase popisuje, že jsou stresující více následky chování, které pak podléhají analýze. Většina respondentů vnímá, že je overthinking zatěžující a způsobuje další stres. V Markovi overthinking vyvolává pocity nízké sebehodnoty a úzkost. Marek říká: „(...) *Furt přemýšlím nad tím, co jsem jako posral (...)*.“ Respondenti zažívají overthinking zejména zpětně. Ester hovoří o tom, že se ani nemuselo nic stát, aby byla sociální interakce stresující. Ester říká: „(...) *Overthinkovala do poslední tečky za větou (...)*.“

Dalším tématem zátěže v sociálních situacích, které respondenti sdílejí, je strach z nepřijetí, odmítnutí a s tím spojené pocity nedostatečnosti či méněcennosti. Ester zmínila, že při studiu na vysoké škole měla pocit, že se *vnucuje*. V rámci rozhovoru jsme se snažili této zkušenosti porozumět. Ester měla strach z nepřijetí, i když se odmítnutí v nastalé situaci nemuselo opakovat a možným faktorem mohla být zkušenost z dětství. Ester popisuje, jak rodiče reagovali na její nadšení z nového poznatku: „(...) *a chtěla jsem to s nima jako sdílet. A oni: jo prosím tě o tom mluvíš furt prosím tě nikoho to nezajímá.*“ Souhrnně to popisuje Natálie: „(...) *Takže nějak se to ve mně jako všechno jako tak jako dalo dohromady, že mám jako pocit, že jsem taková jako... nebo že jsem prostě měla pocit podvědoměj možná, že jsem jako taková nechtěná taková navíc a nedostatečná. A měla jsem prostě ten ten jako strach z toho odmítnutí (...)*.“ Pocity nedostatečnosti vnímají i ostatní respondenti. Někteří to vztahují k vysokým nárokům okolí. Marek popisuje, že v něm vypěstovali rodiče pocit méněcennosti neustálým srovnáváním se sestrou. Lenka se musela vyrovnávat s rychlostí své matky (viz téma Reflexe a přerámování).

Respondenti vyjadřují, z čeho se jejich zátěž v kontextu sociální situace může skládat. Faktory, které mají na zátěž vliv, pak vytváří různou míru stresu. Faktory vychází především z dané situace a prostředí. Prostředí přináší sensorické i kognitivní

podněty ke zpracování, které přináší obtíže v selekci těchto podnětů a zaměření pozornosti např. na rozhovor. Dalším faktorem vycházejícím ze situace či kontextu je vliv vzpomínek a zkušeností, které se mohou propisovat v čase jednak do anticipace situace, jejího průběhu, ale také do následné rekapitulace situace. Vše je součástí overthinkingu, který vytváří další kognitivní zátěž pro jedince. Celkově je pro respondenty zatěžující myšlenka, že nedokáží splnit to, co se od nich může v rámci situace očekávat. Kristýna říká: „(...) *Stresující je nenaplnění sociálního očekávání (...)*.“

2b. Problémy a omezení

Nenaplnění sociálního očekávání je dle výpovědí respondentů předem dané už jen tím, že je *člověk jinej*. Kristýna popisuje, že se vlastně chce začlenit, ale zároveň má potřebu se vymezovat, což je začarovaný kruh a je to pro ni stresující. Říká: „(...) *Nejseš začleněnej vlastně, protože se nějak vymezuješ (...)*.“

Většina respondentů vnímá, že intenzivněji prožívají, ale také se s větší intenzitou chovají. Natálie to popisuje, že je prostě „*too much*“. S tím souvisí časté nepochopení a frustrace. Respondenti zmiňují jako problematické skákání do řeči a obecně verbální impulzivitu, která se projevuje ve své formě (rychlost) i ve svém obsahu (např. asociace, které zdánlivě nesouvisí nebo upřímnost). Natálie říká: „(...) *Samozřejmě jako mi schází trochu filtr (...)*.“ Marek vysvětluje, že je výrazný a občas řekne něco, co se druhých dotkne. „(...) *Takže jako jo jako vždycky uřvanej, hlasitej takovej prostě občas tam ta z tý huby něco ulítne nebo prostě úplně, že to dělá i jako společenské problémy. (...)*“ Stejně jako ostatní respondenti popisuje Lenka svou přímou v interakcích a její následky. I když sama vyžaduje upřímnost od druhých, uvědomuje si, že to může ubližovat. Často ovšem neví, kde se stala chyba. V důsledku toho mohou vznikat různá nedorozumění a konflikty, což je pro respondenty frustrující.

Frustrace ovšem vzniká nejen z důsledku nepochopení, ale také ze samotné nutnosti se přizpůsobit. Marek říká: „(...) *Já už jako vím, co třeba ten člověk chce říct no... Jo a na mě je strašně pomalej a mě to nudí, takže doplňuju, jo a kolikrát předjímám... (...)*“ Projevuje se to zejména v situacích, kdy musí jedinec spolupracovat s ostatními. Toto reflektuje i Natálie a vypráví, jak pro ni bylo frustrující držet se zpátky a že musela kvůli tomu opustit zaměstnání. Natálie vysvětluje: „(...) *A čím je to člověk ještě má rád tu víc tu práci, tak čím víc ho to vlastně jako vnitřně ubíjí. (...)*“ S tím souvisí i další obtíž, kterou

Natálie pociťuje zejména v osobních vztazích. Extrémní zaměření na problém a ulpívavé myšlení může být problematické nejen pro okolí, ale přináší velkou frustraci hlavně jedinci, který se nemůže myšlenek zbavit, dokud danou věc nevyřeší. Natálie říká: „(...) *já nedokážu nechat věci nedořešený. A prostě já jako jsem tak tak strašně jako urputná, že často to prostě generuje jako hádky. (...) a prostě nedokážu od toho odejít. (...)*“ Nemožnost se soustředit na nic jiného střídá nemožnost se soustředit vůbec na nic.

Velkým omezením respondentů je, když je daná věc nezajímavá, nudná. Marek popisuje, že to není jen o nějakých úkolech, ale týká se to i společenských událostí, které pro něj nejsou dostatečně stimulující. Marek vyjadřuje, že je nuda a frustrace cítit dokonce fyzicky. „(...) *což třeba tak mě to začne jakoby bolet i fyzicky pak jo že že že ale jako strašně. Jo když třeba jako opravdu už to trvá pak, tak to i ty ty moje partnerky nebo blízké okolí říkají a tebe ty už, tebe to bolí jo...*“ Obtíže se soustředit na daný úkol jsou pro respondenty problémem zejména v práci. Kromě nezájmu o danou činnost či téma je dalším faktorem urgency pro splnění úkolu. Natálie popisuje: „(...) *No ale jako jo tak určitě jako takovou prostě nechut a nevím prostě jako nemožnost to prostě udělat ten úkol. I když bych jako by hrozně chtěla ale jako prostě to nejde, takže prostě mi přijde, že fakt nezbyde nic jiného, než fakt snad počkat jako na ten den kdy už to musím odevzdat a pak to nějak jako udělat v té poslední já nevím hodině. A tak to je jako blbý nebo omezující. (...)*“ Pro respondenty může být tato obtíž zdrojem pro potvrzení pocitů neschopnosti. Lenka vnímá velký kontrast v práci. „*Jo já to tam jakoby vnímám asi jako nejvíc v práci, protože tam jsme se stávaj takový věci, že prostě třeba zapomenou zamknout dveře a zavřít nebo vypnout přístroj nebo předem si něco předpřipravít před nějakým experimentem. (...)*“ Obtíže se soustředěním mohou samozřejmě zasahovat i do vztahů. Někteří respondenti zmiňují, že je pro ně těžké udržovat vztahy, které je nezajímají, a tak je nějakým způsobem ukončují. Natálie to vnímá jako nějaký svůj vzorec chování. Kristýna zmiňuje, že zapomíná na existenci lidí, které nemá ve své fyzické blízkosti, což může vytvářet pochybnosti o její participaci v daných vztazích.

Celkově je pro respondenty obtížné budování vztahů. Zdroj pro tuto obtíž můžeme vidět jednak v samotné situaci a prostředí (viz. Overthinking a úzkost), ale také v rámci obtíží plynoucích z ADHD. To může vytvářet ve vztazích nedorozumění, frustraci a zklamání. Zátěž může způsobit, že se respondenti takovým situacím budou předem

vyhýbat a omezí tak nové sociální kontakty. Například pro Lenku je sociální interakce sama o sobě vyčerpávající a navazování nových vztahů je aktuálně problém, který ji trápí a má dopad na její spokojenost. Říká: „*Společenský život jo to je to je komplikovaný, protože já jakože se třeba snažím občas hledat nějaké ty kamarády, ale tím jak už jsem jako mimo tu školu, tak je to jako fakt docela těžký...*“ Problém v budování vztahů respondenti vnímají i skrze obtíže plynoucí z ADHD (skákání do řeči, impulzivita, zapomínání, nezájem). Marek reflektuje zkušenost v romantických vztazích a to, jakým způsobem na něj má vliv ADHD. Marek popisuje vztah s introvertní partnerkou: „*(...) A ona to myslela jako ale vážně že ona opravdu jí bylo nepříjemně se mnou, protože já jsem byl plný energie a povídal všechno sdílel což jako jo sdílím hodně. (...)*“ I když byl vztah stabilnější, trpěli v něm oba. Naopak vnímá pozitivněji vztah s partnerkou, která má také ADHD i přes výraznější výkyvy. Cítí se v něm lépe, zejména protože je tam vzájemné porozumění.

Respondenti se snaží popsat konkrétní obtíže, které vyplývají z ADHD a které vytváří „*společenské problémy*“, ale také omezení pro ně samotné, které se propisuje do zátěže sociálních situací. Projevy chování a zpětná vazba od okolí vytváří zdroje pro další anticipaci neúspěchu. Nenaplnění sociálního očekávání tak zahrnuje celé spektrum zátěže, od samotného zpracovávání informací po zpětnou vazbu a sebereflexi, jejímž jádrem je specifické chování.

2c. Potřeba sebekontroly

V rámci zátěže v sociálním kontextu se vyskytuje ještě nárok respondentů na kontrolu svého chování. Potřeba sebekontroly vzniká z nároku na splnění sociálního očekávání. Respondenti pociťují, že se jim projevy spojené zejména s impulzivitou těžko kontrolují, a když, tak ne na dlouho. Sebekontrola obsahuje nároky jako *chovat se normálně* nebo *hlídat se*. Marek říká: „*(...) A to i často jako ve společnosti jo jako fakt se musím často hlídat, aby ze mě nevypadlo to co si třeba jako myslím jo, protože to dělá strašně jako problémy nebo abych nebyl jako úplně tak jako upřímněj jo. (...)*“

Obecně se respondenti snaží o to, aby zapadli do aktuální situace. Kristýna vysvětluje, že je pro to hlavní motivací někam patřit: „*Jakože nemám to s nějakou konkrétní situací spíš jako nějaký jako ten pocit, že chceš někam patřit, ale byla jsi vyčleněná tak vlastně se snažíš nekopírovat to chování z minulosti a snaží se vůči němu vymezovat, aby*

si našla něco, co dává smysl a nějaký klíč ke štěstí a sociálním vazbám, což je bulšit, ale snažíš se o to, aby si patřil někam tečka.“

Respondenti měli tendenci *přetvářet* sami sebe zejména v situacích, kdy se měli začlenit do nového kolektivu. Natálie popisuje: „(...) *když jsem třeba přešla na vysokou jsem se snažila jako trošku se přetvořit do takový ty generálně líbivý postavy, kterou jsem já měla pocit, že jako zapadne a myslím si, že jsem se snažila být jako extrovertní a taková jako fun no to samozřejmě úplně jako nevydrželo. (...)*“ *Snaha* je zde vložené úsilí spojené s frustrací a nejistotou. Všichni respondenti vyjadřují v jisté chvíli selhání ve snaze se kontrolovat. To je do jisté míry frustrující jako samotná obtíž, se kterou se snaží pracovat. Lenka považuje za nemožné mít se úplně pod kontrolou: „(...) *i když samozřejmě vlastně já nejsem schopná úplně jako kontrolovat víc jako prostě stejně si myslím, že je na mně... no jsem si tím vlastně jistá že je na mně vidět, že jsem jako divná, i když se jako snažím strašně tak jakože lidi vyhodnotěj, ty seš fakt teda úplně divná i když je to třeba v práci jo kde, kde se jako snažím ještě jako víc, no...*“ a dodává, že by to bylo velké herectví, ke kterému by potřebovala scénář.

Respondentům přináší sociální situace zátěž, která obsahuje nejen obtíže spojené s ADHD jako takovým, ale také stres, který se vlivem předchozích zkušeností navázal. Zátěž obsahuje i nárok na chování a sebekontrolu. Vzniká tedy potřeba kompenzovat danou obtíž a zároveň redukovat stres.

Onu zátěž vnímám zejména v možných maladaptivních schématech a s tím spojených negativních myšlenkách v sociálních situacích. Tyto myšlenky mohou narušit emocionální, kognitivní, ale i behaviorální fungování a být tak zdrojem overthinkingu, který respondenty provází.

6.3.3 Společné téma 3

Maska a autenticita: Vyrovnávání zátěže sociálních situací

V předchozí části *Potřeba sebekontroly* jsem s respondenty nastínila, že zátěž, kterou mohou pociťovat, tvoří i nárok na to, aby své projevy kontrolovali. Tato kontrola je často vědomou snahou s cílem naplnit očekávání společnosti. Respondenti často zmiňují to, že tyto strategie musí použít v situacích, kdy je daná záležitost či člověk nezajímá, nebo jim je představa nějaké situace silně nepříjemná. Následující analýza

není jistě vyčerpávající co do konkrétních strategií, je spíše vzhledem do toho, jak respondenti tyto strategie vnímají ve vztahu ke svému smyslu a účinnosti.

Tabulka 6 Tabulka společných zkušenostních témat – společné téma 3

	Strana/řádek
Společné téma 3: Masky a autenticita: Vyrovnávání zátěže sociálních situací	
3a. Sociální očekávání a ochrana	
Ester: <i>Nebudu se s nikým bavit, protože ještě bych se ztrapnila</i>	8.23
Lenka: <i>Já si to celou dobu snažím jako držet</i>	11.45
Marek: <i>Nechci říct ne nebo mám přemrštěný jako cíle</i>	11.35
Natálie: <i>Prostě musím přepít takovou tu úzkost a jako propít se do extroverta</i>	16.31
Kristýna: <i>Je fakt strašně složitý poslouchat a zároveň myslet na to co chceš říct</i>	21.2
3b. Masky a autenticita	
Ester: <i>Potřeba někdy jako bude a vím, že jsem toho jako schopná</i>	7.54
Lenka: <i>Kdybych nemaskovala tak jsem úplně na okraji společnosti</i>	16.8
Marek: <i>Postupem času jsem se přestal takhle extrémně jako kontrolovat</i>	10.43
Natálie: <i>Nemá úplně cenu jako se nějak jako úplně měnit</i>	17.41
Kristýna: <i>Aby se ti líp žilo ve společnosti</i>	17.51-52
3c. Sebeakceptace a kompenzace	
Ester: <i>Celá moje sociální bublina a ví co to znamená</i>	4.44
Lenka: <i>Mně přijde, že jsem tak trochu jako omezená</i>	5.10
Marek: <i>Doma se můžu chovat, jak se mi chce</i>	9.71
Natálie: <i>Jako dokážu ty věci rychle promyslet</i>	7.19
Kristýna: <i>Táhne tě to tam kam to dává smysl</i>	6.33-34

3a. Sociální očekávání a ochrana

Téma odhaluje, jakým způsobem respondenti pracují s nárokem na sebekontrolu a jaké strategie k tomu využívají. Podstata této kontroly je v celé řadě mechanismů, které mohou být kompenzací a zároveň maskováním, čímž zasahující více faktorů

zátěže. Zmíněné strategie respondenti vnímají v některých kontextech jako nutné, ale také jako protektivní. Zároveň si respondenti uvědomují, že setrvání ve strategii je náročné, což přináší frustraci a další kognitivní zátěž.

Lenka a Kristýna v předchozím tématu vysvětlují, že v rámci sociální interakce je pro ně celá řada věcí, na které musí myslet, protože jsou pro ně nepřírozené, a vytváří to zátěž v podobě overthinkingu. Lenka říká: „(...) *já si to celou dobu snažím jako držet. (...)*“ *Držet se* můžeme chápat jako nějakou soustředěnou snahu. Natálie v předchozím tématu popisuje, že je pro ni obtížné ovládat impulzivitu. Natálie vysvětluje, že se *to* snaží *podržet*. Chápe schopnost maskovat jako něco, co je z určitého hlediska účinné, protože nakonec *vychladne*.

Nicméně i přesto jí tato strategie přináší diskomfort, se kterým se musí potýkat. Natálie popisuje, co se jí děje: „*Strašnou jako úzkost mi přijde a vůbec a prostě dokážu si odtahovat odpomocť jenom když to to okamžitě vyřeším nebo okamžitě řeknu nebo a absolutně mi nejde se soustředit na nic jinýho. (...)*“ Natálie hovoří o kognitivní zátěži, kterou vnímají i ostatní respondenti. Kristýna popisuje: „(...) *je fakt strašně složitý poslouchat a zároveň myslet na to co chceš říct. (...)*“ Taková kognitivní zátěž může způsobit to, že jedinec nebude schopný nakonec interagovat vůbec. Otázka je, zda je taková nízká angažovanost výsledkem kognitivní zátěže, nebo konkrétní strategie.

Mezi respondenty se objevuje motivace vyhnout se očekávané zpětné vazbě tím, že se snaží neprojevat. Ester vysvětluje, jaké měla v takové situaci myšlenky: „(...) *nebudu se s nikým bavit, protože bych se ještě ztrapnila. (...)*“ Další strategií, kterou někteří respondenti zmínili, je vyhnout se interakci úplně. Respondenti se snaží vyhnout úzkosti, kterou pociťují dopředu, ale také celkové náročnosti situace a náročnosti sebe kontroly. Ve svých výpovědích zhodnocují, kdy je strategie spíše únikem a kdy je opravdu jedinou možností pro redukci stresu. Jako například pro Kristýnu, která říká: „(...) *ta představa byla prostě jako nepředstavitelná jako strašně náročná. (...)*“

Pokud musí dojít k vystavení nějaké nekomfortní situaci, mají respondenti tendence využívat dalších strategií, aby zredukovali stres. Natálie se snaží v takových situacích bojovat s úzkostí a přehlcním, díky kterému má obtíže v zaměření pozornosti. Natálie říká: „(...) *prostě musím přepít takovou tu úzkost a nějaký takový jako propít se do extroverta no. (...)*“ Celkově je pro ni tato strategie namáhavá a má následující

den velký dopad na její psychiku. Podobnou nejistotu řeší Kristýna tím, že fotografuje. Vzniká tak alternativní prostor, kde má jedinec jasnou roli, která mu ulehčuje orientaci v nepřehledné společenské situaci.

Obecně se respondenti snaží nějakým způsobem hyperkompenzovat, tedy vydávat více úsilí, než je nutné. Možná jako splátka za nedostatky v jiných úkolech či oblastech. Lenka říká: „(...) *asi to bude i takový jako vyrovnávání těch mých chyb. (...)*“ Taková snaha se může projevovat prostřednictvím neschopnosti neříct ne nebo plněním úkolů navíc. Marek říká: „(...) *nechci říct ne nebo mám přemrštěný jako cíle. (...)*“ Někteří respondenti zmiňují snahu manipulovat s vysvětlením. Zvýšené úsilí ve spojení s manipulací se projevuje i ve vztazích v podobě *people pleasingu*.

Snaha o vyrovnání nedostatků se promítá i do sebe prezentace. Lenka se v minulosti snažila skrývat něco, co je podle ní ve společnosti považované za negativní. Respondenti se přirozeně snaží vystupovat lépe v nové společnosti. Ale je potřeba si položit otázku, jaké myšlenky tuto snahu řídí. To může naznačovat potřebu zvýšení vlastní hodnoty, ale také nějaké zkreslené představy o tom, co je normální. Tato představa může být ovlivněna kognitivním zkreslením, které posilují maladaptivní schémata. To se může odrážet i v nárocích na sebekontrolu v sociálních situacích a s tím spojenými maladaptivními strategiemi zvládnání, jako je maskování.

3b. Maska a autenticita

Respondenti zhodnocují, zda jsou jejich strategie účinné. Velkým tématem je autenticita a její míra v sociálních interakcích. Respondenti si uvědomují, že strategie skrývání svých projevů a potažmo i sebe jsou od určité chvíle jednak nemožné, ale také zbytečné. Celkově vnímají všichni respondenti, že jsou tyto strategie vyčerpávající, zabírají kognitivní kapacitu a vytváří diskomfort.

I přes to, že si Lenka uvědomuje, že nakonec působí *divně*, je pro ni maskování nutnost, zejména pak při seznamování. Popisuje možné dopady, kdyby to nedělala: „(...) *kdybych nemaskovala tak se úplně na okraji společnosti. (...)*“ Což nakonec může vyvolávat otázky ohledně autenticity a míře používání takových strategií. Natálie zmiňuje význam autenticity ve vztazích a říká: „(...) *nemá úplně cenu jako se nějak jako úplně měnit. (...)*“ Pro respondenty je maskování do jisté míry nutnost. I když dokáží reflektovat, že je pro

ně řada mechanismů zatěžující a náročná vnímají maskování jako nutnost pro život ve společnosti. Kristýna říká: „(...) *aby se ti líp žilo ve společnosti. (...)*“

V rozporu s tím ale přichází potřeba se vymezit a zůstat sám sebou, autenticky žít, což je pro respondenty velice důležité. Většina respondentů se naopak snaží tyto strategie používat v co nejmenší míře. Marek říká: „(...) *postupem času jsem přestal asi nějak jako takhle extrémně jako kontrolovat. (...)*“ Proces přijetí diagnózy a reflexe minulých zkušeností zahrnuje i to, jak jedinec vnímá své strategie chování a jejich smysl. Někteří respondenti ve svých výpovědích tak dojdou k tomu, že je maskování nástrojem, který v případě nutnosti mohou využít. Ester říká: „*Potřeba někdy jako bude a vím, že jsem toho jako schopná. (...)*“ Tento nástroj je však nutné pečlivě znát a naučit se s ním pracovat.

Z výpovědí respondentů je zřejmé, že za strategiemi maskování stojí nějaké negativní myšlenky, které jsou pohonem pro tyto strategie. Je ale možné, že maskování může být adaptivní ve chvíli, kdy je plně vědomou strategií a zároveň není podmíněné maladaptivními schématy?

3c. Sebeakceptace a kompenzace

Ve výpovědích můžeme vnímat konflikt mezi potřebami a očekáváním. Respondenti si uvědomují, že některé strategie přináší další zátěž, a jsou tak kontraproduktivní. Ve výpovědích vnímám, že účinnost strategií je pak řízená především mírou sebe akceptace a podpůrného prostředí. Na funkci podpůrného prostředí se můžeme dívat jako na prostor pro uplatnění funkčních strategií, ale také na prostor, který je vyrovnávacím mechanismem sám o sobě.

Většina respondentů zmiňuje potřebu komunity lidí s podobným vnitřním světem, kde mohou své prožívání validovat. Ester říká: „(...) *celá moje sociální bublina a ví co to znamená (...)*.“ Respondenti považují za důležité držet si takový okruh lidí ve kterém v podstatě nemusí maskovat. Povaha blízkého přátelství se však celkem ostře dělí s těmi ostatními *někde v dálce*. Což jen potvrzuje kontext toho, co již bylo řečeno v oblasti obtíží v navazování vztahů, autenticity a potřeby maskovat. Taková bezpečná skupina pak vyrovnává ty ostatní, kde je potřeba většího úsilí pro existenci. Její absence je pak faktorem, který může mít vliv na míru maskování a pocit autenticity. Jako v případě Lenky, která má zkušenost s větší mírou maskování. To, jak se mohou

respondenti cítit ve společnosti v kontrastu s vlastní skupinou, popisuje Lenka: „(...) potom když jsem šla do vedlejšího obchodu tak najednou jsem říkala a dopřic ja si musím nasadit tu masku... protože najednou prostě jakoby cítím, že já tam jsem asi tak nějak jako pookřála (...) a mohla jsem jako víc být sama sebou.“

Obtíže se v pracovním prostředí dají individuálně kompenzovat, ale důležitý je i přístup kolegů a nadřízených. Lenka říká: „(...) mě přijde že je tak trochu jako omezovaná (...).“ Navíc má Lenka pocit, že musí svou diagnózu v práci tajit což ji znemožňuje vytvořit dostatečnou oporu pro zvládnání její práce ve které má pocit, že selhává. Pro Lenku je aktuální zaměstnání náročné jak z hlediska kompenzace obtíží, tak z hlediska využití potenciálu. Většina respondentů zmiňovala, že jejich nadřízený vnímá jejich silné stránky. Například jim zadává práci, která je baví a jde jim. Pro respondenty je důležité, že jim práce umožňuje využít jejich kvalit. Především pak prostor pro kreativitu. Jako jistou kompenzaci respondenti zmiňují vhodně zvolený obor a další možnosti v sebe realizaci. Kristýna říká: „(...) táhne tě to tam kam to dává smysl.“

Respondenti reflektují obtíže spojené se zaměřením pozornosti na úkoly a impulzivitou, ale také rušivé vlivy, které vyplívají ze samotného prostředí. Někteří respondenti vnímají jako velký přínos možnost pracovat z domova. Marek říká: „(...) Doma se můžu chovat, jak se mi chce (...).“

I přes potíže, které ADHD může přinést, respondenti vnímají spoustu pozitiv, které jsou často druhou stranou jedné mince. Natálie říká: „(...) jako dokážu ty věci rychle promyslet (...).“ Natálie i Marek zmiňují, že vnímají rychlou mysl v práci z určitého hlediska jako výhodu. Umožňuje jim rychle pochopit a vidět problém z různých perspektiv. V prostředí, kde má jedince možnost nějakým způsobem kompenzovat své obtíže, nastává také větší prostor pro sebe realizaci. Některé projevy se pak mohou stát předností a potenciálem.

Stejně jako uvědomění si pozitiv ADHD, i zhodnocení smyslu a účinnosti strategií mohlo přijít až s odstupem. Především díky diagnostice ADHD, respektive jejího uvědomění a pochopení. Každý z respondentů je v jiné fázi tohoto procesu a u mnohých, ne-li u všech, stále probíhá. Sebeakceptace je ideálním stavem, ke kterému se respondenti snaží přiblížit.

Diskuze

Motivací pro tento výzkum byla potřeba prozkoumat strategii sociálního maskování u osob s ADHD. Hlavním cílem této práce bylo zachytit, jak respondenti vnímají svou interakci v sociálních situacích, jak vnímají zpětnou vazbu okolí na své chování a jak se s ní vyrovnávají. Druhým cílem bylo zachytit význam diagnostiky v dospělosti a s ní spojené psychosociální dopady na jedince i okolí.

Výsledky této práce mohou pomoci pochopit každodenní obtíže, kterým jedinci s ADHD mohou čelit, a jak se s nimi mohou vyrovnávat. Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy byla identifikována tři společná a vzájemně provázaná zkušenostní témata. (1) Reflexe a přerámování: *Úleva, Lítost a vztek*; (2) Zátěž a kontrola: *Overthinking a úzkost, Problémy a omezení, Potřeba sebekontroly*; (3) Mask a autenticita: *Sociální očekávání a ochrana, Mask a autenticita, Sebeakceptace a kompenzace*.

Některé zásadní výsledky analýzy budu diskutovat skrze odpovědi na tři výzkumné otázky, což bude první část diskuze.

VO1: Jakou mají lidé s ADHD zkušenost v sociálních situacích ve vztahu ke svým obtížím spojeným s ADHD?

Hlavním zjištěním bylo, že respondenti vnímají některé své obtíže v sociálních situacích jako problematické, ale hůře kompenzovatelné. Zátěž v sociálních situacích navíc tvoří časté nadměrné přemýšlení, které zahrnuje negativní myšlenky vycházející z minulých zkušeností. Důležitým adaptivním mechanismem bylo vyhledávání sociální opory a sebeakceptace. Většina zjištění je v souladu s literaturou o sociálním fungování osob s ADHD (Friendman et al., 2003) jak z hlediska postojů okolí, které zahrnovalo negativní zpětnou vazbu (Barkley, 2015; Paulson et al., 2005), nálepkování a vlivu na sebehodnotu (Young et al., 2008), tak z hlediska obtíží (Ptáček & Ptáčková, 2018; Cahová et al., 2010; Friendman et al., 2003) a jejich kompenzace (Canela et al., 2017; Mylett, 2022), ale také vnímání sociálních situací jako nejvíce problematických (Schrevel et al., 2016).

V kontextu předchozích zjištění je možným důvodem to, že se projevy ADHD budou hůře kompenzovat v sociálních interakcích. A to kvůli nároku na kognitivní zpracování situací, které jsou zatížené společenským očekáváním (Cahová et al., 2010;

Friendman et al., 2003). Projevy impulzivitu, ale také nepozornosti, významně zasahují do sociálního fungování. Respondenti tyto problémy reflektují na různých úrovních, jak v rámci selekce ve vnímání podnětů z okolí (sociální i sensorické), tak v myšlení a verbální stránce chování. Tato zjištění jsou v souladu s běžně dostupnou literaturou o ADHD (např. Žáčková a Jucovičová, 2017), ale také s empirickými výzkumy (Friedman et al., 2003; Aduen et al., 2018). Důležitou zkušeností respondentů je potřeba nadměrně přemýšlet (overthinkovat), tento projev se promítá do všech fází před, během i po sociální interakci. S tím souvisí emocionální stránka, kterou respondenti pociťují ve formě strachu z odmítnutí (Paulson et al., 2005). Ten spojuje s pocity méněcennosti a nedostatečnosti, které si odnášejí z minulých zkušeností (Young et al., 2008). Respondenti si nejspíše odnášejí díky těmto zkušenostem schémata a kognitivní zkreslení, skrze která vnímají svou realitu a reagují na ni (Ramsay, 2020). To vytváří bludný kruh, který přináší potřebu redukovat stres a potřebu sebekontroly.

Tyto poznatky jsou v souladu s tím, jak se diagnóza ADHD promítá komplexně do všech oblastí života. Obtíže spojené se seberegulací jsou propojené a mohou ovlivnit sociální percepci, kognici i chování na té úrovni, že vytváří narušení a sociální nekompetenci (Friedman et al., 2003). Tyto procesy jsou významně ovlivněny negativními myšlenkami, které ovlivňují vnímání reality a následné reakce na ní prostřednictvím maladaptivního chování (Barra et al., 2020; Speyer et al., 2022).

Zkušenosti vedou respondenty k tomu, že vyhledávají o to více společnost lidí, kteří je přijmou takové, jací jsou. A zároveň se s těmito lidmi budou moci ztotožnit. Díky sníženým nárokům na fungování může jedinec vystupovat autenticky a poskytovat druhému reciprocitu ve vztahu. Tato potřeba by se dala interpretovat jako adaptivní kompenzace jak z perspektivy vyrovnání zátěže ze sociálních interakcí, tak i v rámci přizpůsobení prostředí svým potřebám.

VO2: Jakou mají lidé s ADHD zkušenost s maskováním svých projevů v sociálních situacích?

Odpovědí na tuto výzkumnou otázku doplňují předchozí nástin potřeby sebekontroly a redukce stresu. Byla zde identifikována převážná část strategií, které byly zmíněny v práci Mylettové (2022). Vyskytovaly se jak vědomé strategie spojené s úsilím, např. potlačování potřeby mluvit, ale také automatické a neuvědomované (Hull

et al., 2017), které vnímají respondenti spíše jako adaptaci. Kompenzace jako takové respondenti odlišovali od sociálního maskování. Vnímali je jako adaptivní, ale také jako často nefunkční (Kysow et al., 2016). Dále bylo několikrát zmíněno kognitivní maskování. Někteří si uvědomují, že mohli maskovat své deficity spojené s ADHD inteligencí (Kosaka et al., 2019). Tento způsob maskování vnímám také jako schopnost pro maskování v sociální oblasti, ale ne jako strategii maskování samu o sobě.

Motivy pro maskování byly také totožné s dalšími výzkumy, zejména pak potřeba přijetí ve společnosti a splnění sociálního očekávání (Mylett, 2022; Schregel et al., 2016; Ghosh, 2016; Young et al., 2008). S tím souvisí vnímání maskování jako nutnosti, ale na druhou stranu také jako bariéry v navazování autentických vztahů (Mylett, 2022). Autenticita byla důležitým tématem v souvislosti s efektivitou maskování a obecně ve vztahu k sociálnímu fungování. Jedna respondentka se rozhodla tyto strategie nepoužívat a bylo pro ni těžké je zcela reflektovat. Někteří respondenti vnímají, že je nemožné zcela zamaskovat své projevy. Jedna respondentka uvedla, že by pro takové maskování potřebovala scénář, ačkoliv má souběžně diagnostikovanou poruchu autistického spektra. To může být významný rozdíl v maskování u autismu. Výzkumy dokládají, že součástí autistického maskování je tvorba scénářů (Hull et al., 2017). Je možné, že některé rysy autismu dovolují lepší maskování (van der Putten et al., 2024)?

Mezi respondenty jsou značné rozdíly, zejména pak v obeznámenosti o pojmu maskování a jeho interpretaci v životě. Většina respondentů však nějakou strategii podobnou maskování reflektovala. Klíčem pro identifikaci bylo pojmenování charakteristických rysů maskování. Tím je myšleno především to, že (1) celý proces je pro jedince velice vyčerpávající, u některých respondentů se objevovaly otázky spojené se (2) zmatením identity a někteří také pociťovali dlouhodobé vyčerpání a (3) zhoršení svého psychického zdraví (Pearson & Rose, 2021; Beck et al., 2020). Rozdíly se vyskytovaly zejména v míře maskování, které nejspíše souvisí s pozitivní či možnou komorbiditou autismu (van der Putten et al., 2024). Míra maskování odráží spíše současný stav, a to jak v osobním, tak v pracovním fungování, ze kterého plynou adaptivnější kompenzace.

Celkově lze říci, že jsou výsledky ve shodě s poznatky předchozích studií o maskování (Mylett, 2022; van der Putten et al., 2024). Mezi respondenty byla

variabilita v obeznámenosti s pojmem maskování, míře maskování, ale také v použitých strategiích. Výsledky přináší informace o rozmanitosti strategií zvládnání u osob s ADHD.

VO3: Jaký význam má pro osoby s ADHD pozdní diagnostika ADHD?

Význam pozdní diagnostiky je reprezentován především zkušenostmi spojenými s pocity *úlevy, lítosti a vzteku*. Tyto zkušenosti jsou v souladu s předchozími zjištěními (Kooij, 2012) a kvalitativními studiemi (Young et al., 2008; Young Z. et al., 2019). Obě studie podrobněji rozebírají proces smíření se s diagnózou. Ve své práci jsem se zaměřila spíše na konkrétní aspekty, které k pocitům vedly. *Úleva* plynoucí z *vysvětlení, sdílení a řešení* přinesla respondentům zmírnění negativního sebeobrazu, pocit sounáležitosti, sociální opory a zmírnění obtíží díky odborné pomoci. Význam diagnostiky leží v ujasnění příčinnosti negativních zkušeností (selhávání, odmítnutí, srovnávání), jejímu porozumění a následnému přerámování (Young Z. et al., 2019; Young et al., 2008). Respondenti reflektují, že díky pojmenování mohli zažít pochopení díky komunitě. Přijetí diagnózy a její terapie je důležitou součástí pro rozkrytí potenciálu a nabytí pozitivních zkušeností (Kooij, 2012). Jedna z respondentek vnímá, že až díky diagnostice a léčbě může být sama sebou. Ale také našla úlevu od zmírnění obtíží díky odborné pomoci. Opomíjení diagnózy a dlouhodobé obtíže vedly naše respondenty k maladaptaci, jako je užívání návykových látek (Canela et al., 2017), ale také ke zhoršení stavu, zejména pak vyhoření. Pozdní diagnostika ADHD přináší společně s *úlevou* prostřednictvím kompenzací (lékové i nelékové) také *emoce* a *myšlenky*, co by mohlo být jinak, kdyby byly obtíže pojmenovány dříve. Respondenti ve svých výpovědích ukazují, že je pro ně nálepka ADHD důležitá nejen ve vztahu k řešení obtíží, ale také ve vztahu k sobě a k přerámování zkušeností z minulosti.

Tyto aspekty významu diagnostiky v dospělosti poukazují na hloubku zátěže neléčených obtíží. Také ale naznačují, že je psychosociálním aspektům spojeným s přerámováním zkušenosti potřeba věnovat pozornost v terapii (Kooij, 2012). Tyto výsledky jsou v souladu s dalšími výzkumy, které se zabývaly aspekty pozdní diagnostiky (Young et al., 2008; Schrevel et al., 2016; Ghosh et al., 2016, Matheson et al., 2013; Young Z. et al., 2019).

Limity

Limity práce spatřuji v délce rozhovorů a šíři plánu otázek. To bylo dáno vlastním zájmem o téma a potřebou obsáhnout všechno, co mi přišlo související a důležité. Měla jsem obtíže takové množství dat zpracovat v rámci zadání bakalářské práce, což mohlo způsobit opomenutí některých důležitých detailů. Tato obtíž se promítla i do zpracování teoretické části této práce. Tyto limity jsou dány do velké míry mou malou zkušeností s kvalitativním výzkumem a výzkumem vůbec. Limitem může být samozřejmě i má osobní zkušenost s tématem. Snažila jsem se průběžně reflektovat svůj přístup a zachovat si odstup výzkumníka, nicméně detailní znalost problematiky může být při daném výzkumu výhodou i limitem.

Závěr

Cílem této práce bylo zachytit, jak respondenti vnímají sebe v sociální interakci, jak vnímají zpětnou vazbu okolí na své chování a jak se s ní vyrovnávají. Snažila jsem se tedy o zachycení psychosociálního obrazu jedince s ADHD v sociálních situacích a jeho strategie zvládání. Druhým cílem bylo zachytit význam diagnostiky v dospělosti a s ní spojené psychosociální dopady na jedince i okolí. Pro sběr a analýzu dat jsem zvolila semistrukturované rozhovory a jejich interpretativní fenomenologickou analýzu. Celkem pět respondentů mi poskytlo data, ze kterých jsem identifikovala tři společná a vzájemně provázaná zkušenostní témata.

Hlavním zjištěním bylo, že respondenti vnímají některé své obtíže v sociálních situacích jako nejproblematictější, zároveň ale nejhůře kompenzovatelné (zejména ty spojené s impulzivitou a regulací pozornosti). Zátěž v sociálních situacích navíc tvoří časté nadměrné přemýšlení, které zahrnuje negativní myšlenky vycházející z minulých zkušeností. Důležitým adaptivním mechanismem bylo vyhledávání sociální opory a sebeakceptace. Mezi respondenty byla variabilita v obeznamenosti s pojmem maskování, míře maskování, ale také v použitých strategiích. Výsledky přináší informace o rozmanitosti strategií zvládání u osob s ADHD. Důležitým zjištěním u respondentů bylo přehodnocení těchto strategií jako neefektivních ve vztahu k psychickému zdraví a potřebě autenticity.

Pozdní diagnostika ADHD byla pro respondenty důležitá nejen ve vztahu k řešení obtíží, ale také ve vztahu k sebepojetí a přerámování zkušeností z minulosti. Tento výzkum přinesl další údaje pro smysluplnost pozdní diagnostiky ADHD v dospělosti. Výsledky poukazují na hloubku zátěže neléčených obtíží a v souladu s dalšími výzkumy naznačují, že negativní myšlenky, které se týkají sebepojetí a potažmo identity, mohou být důležitým aspektem v terapii.

Dospělým s ADHD by se mělo věnovat více dalšího výzkumu v oblasti sociálních vztahů, včetně rodičovských kompetencí. Dále by se výzkum mohl zaměřit na pracovní oblast a navrhnout tak lepší podpůrná opatření a úpravy v této oblasti pro dospělé s ADHD. Jistě je potřeba věnovat se i nadále výzkumu v oblasti kompenzačních strategií a prozkoumat souvislosti s maskováním u ADHD.

Další výzkum bych chtěla směřovat k prozkoumání tohoto fenoménu u dětí. Ráda bych na základě dalších dat sestavila dotazník pro sociální maskování u dětí a dospělých. Myslím si, že by to mohlo podobně jako u autismu odhalit aspekt fungování jednice, který může být nápomocný při diagnostice.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Able, S. L., Johnston, J. A., Adler, L. A., & Swindle, R. W. (2007) Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine*, 37(1):97-107. doi:10.1017/S0033291706008713
- Adler, L. A., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Berglund, P., Alperin, S., & Kessler, R. C. (2017). The structure of adult ADHD. *International journal of methods in psychiatric research*, 26(1), e1555. <https://doi.org/10.1002/mpr.1555>
- Aduen, P.A., Day, T.N., Kofler, M.J., Harmon, S.L., Wells, E.L., & Sarver, D.E. (2018). Social Problems in ADHD: Is it a Skills Acquisition or Performance Problem?. *J Psychopathol Behav Assess* 40, 440–451. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9649-7>
- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA psychiatry*, 73(7), 713–720. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0465>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. vydání). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antshel, K. M. & Barkley, R. A. (2011). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (Vol. 28, pp. 92-92). J. S. Kreutzer (Ed.). New York: Springer.
- Antshel, K. M., Faraone, S. V., Maglione, K., Doyle, A., Fried, R., Seidman, L., & Biederman, J. (2009). Is adult attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ?. *Psychological medicine*, 39(8), 1325–1335. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004959>
- Asherson, P., & Agnew-Blais, J. (2019). Annual Research Review: Does late-onset attention-deficit/hyperactivity disorder exist?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 60(4), 333–352. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13020>
- Barra, S., Grub, A., Roesler, M., Retz-Junginger, P., Philipp, F., & Retz, W. (2021). The role of stress coping strategies for life impairments in ADHD. *J Neural Transm* 128, 981–992. <https://doi.org/10.1007/s00702-021-02311-5>
- Beck, J. S., Lundwall, R. A., Gabrielsen, T., Cox, J. C., & South, M. (2020). Looking good but feeling bad: “Camouflaging” behaviors and mental health in women with autistic traits. *Autism*, 24(4), 809-821. <https://doi.org/10.1177/1362361320912147>
- Blachman, D. R., & Hinshaw, S. P. (2002). Patterns of friendship among girls with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal child psychology*, 30(6), 625–640. <https://doi.org/10.1023/a:1020815814973>
- Bondü, R. & Esser, G. (2015). Justice and rejection sensitivity in children and adolescents with ADHD symptoms. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 24, 185–198. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0560-9>

- Cahová, P., Pejčochová, J., & Ošlejšková, H. (2010). Hyperkinetická porucha/ADHD v dospívání a dospělosti: diagnostika, klinický obraz a komorbidita. *Neurologie pro praxi*, 11(6), 373-377.
- Canela, C., Buadze, A., Dube, A., Eich, D., & Liebreinz, M. (2017). Skills and compensation strategies in adult ADHD—A qualitative study. *PloS one*, 12(9), e0184964. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184964>
- Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L., ... & Kaminski, J. W. (2024). All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prev Sci* 25 (Suppl 2), 249–271. <https://doi.org/10.1007/s11121-022-01358-4>
- Combs, M. A., Canu, W. H., Broman-Fulks, J. J., Rocheleau, C. A., & Nieman, D. C. (2015). Perceived stress and ADHD symptoms in adults. *Journal of attention disorders*, 19(5), 425-434. <https://doi.org/10.1177/10870547124595>
- Cooper, M., Hammerton, G., Collishaw, S., Langley, K., Thapar, A., Dalsgaard, S., Stergiakouli, E., Tilling, K., Davey Smith, G., Maughan, B., O'Donovan, M., Thapar, A., & Riglin, L. (2018). Investigating late-onset ADHD: a population cohort investigation. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(10), 1105–1113. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12911>
- Erskine, H. E., Norman, R. E., Ferrari, A. J., Chan, G. C., Copeland, W. E., Whiteford, H. A., & Scott, J. G. (2016). Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(10), 841-850. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.06.016>
- Faraone, S. V., & Biederman, J. (2016). Can Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Onset Occur in Adulthood?. *JAMA psychiatry*, 73(7), 655–656. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0400>
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Andrade, L. H., Borges, G., de Girolamo, G., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Karam, E. G., Lee, S., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Pennell, B. E., Piazza, M., Posada-Villa, J., ... WHO World Mental Health Survey Collaborators (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 9(1), 47–65. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0208-3>
- Fombonne, E. (2020). Camouflage and autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(7), 735-738. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13296>
- Foy, S. L. (2018). Challenges from and beyond symptomatology: Stereotype threat in young adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, 22(3), 309-320. <https://doi.org/10.1177/1087054715590159>

- Friedman, S. R., Rapport, L. J., Lumley, M., Tzelepis, A., VanVoorhis, A., Stettner, L., & Kakaati, L. (2003). Aspects of social and emotional competence in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, *17*(1), 50–58. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.17.1.50>
- Frombergerová, A., & Pokorná, V. (2022). Feuersteinova metoda instrumentálního obohacování a její využití v praxi. *E-psychologie*, *16*(1).
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*(8), 1036–1045. <https://doi.org/10.1097/00004583-199708000-00011>
- Gershon J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of attention disorders*, *5*(3), 143–154. <https://doi.org/10.1177/108705470200500302>
- Ghosh, M., Fisher, C., Preen, D. B., & Holman, C. D. A. J. (2016). “It has to be fixed”: a qualitative inquiry into perceived ADHD behaviour among affected individuals and parents in Western Australia. *BMC Health Serv Res* *16*, 141. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1399-1>
- Goffman, E. (2003). *Stigma: Poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Sociologické nakladatelství.
- Grønneberg, S. V., Engebretsen, E., & Torp Løkkeberg, S. (2024). Storylines and Positions Theory As a Tool to Identify How Young People Conceptualise Their Positions of Living with ADHD. *International Journal of Disability, Development and Education*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2024.2361272>
- Hallberg, U., Klingberg, G., Setsaa, W., & Möller, A. (2010). Hiding parts of one's self from others—a grounded theory study on teenagers diagnosed with ADHD. *Scandinavian Journal of Disability Research*, *12*(3), 211–220. <https://doi.org/10.1080/15017410903478964>
- Hansson Halleröd, S. L., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Hansson Scherman, M. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult – a qualitative study. *BMC Psychiatry* *15*, 31. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0410-4>
- 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>
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál
- Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., & MTA Cooperative Group. (2015). Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: Evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, *6*(1), 39–52. <https://doi.org/10.1002/wcs.1324>

- Hinshaw, S. P., Nguyen, P. T., O'Grady, S. M., & Rosenthal, E. A. (2022). Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 63(4), 484–496. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13480>
- Hull, L., Petrides, K. V., Allison, C., Smith, P., Baron-Cohen, S., Lai, M. C., & Mandy, W. (2017). “Putting on My Best Normal”: Social Camouflaging in Adults with Autism Spectrum Conditions. *J Autism Dev Disord* 47, 2519–2534. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3166-5>
- Chandra, S., Biederman, J., & Faraone, S. V. (2021). Assessing the Validity of the Age at Onset Criterion for Diagnosing ADHD in DSM-5. *Journal of attention disorders*, 25(2), 143–153. <https://doi.org/10.1177/1087054716629717>
- Cherkasova, M. V., French, L. R., Syer, C. A., Cousins, L., Galina, H., Ahmadi-Kashani, Y., & Hechtman, L. (2020). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy With and Without Medication for Adults With ADHD: A Randomized Clinical Trial. *Journal of attention disorders*, 24(6), 889–903. <https://doi.org/10.1177/1087054716671197>
- Keezer, R. D., Leib, S. I., Scimeca, L. M., Smith, J. T., Holbrook, L. R., Sharp, D. W., Jennette, K. J., Ovsiew, G. P., Resch, Z. J., & Soble, J. R. (2021). Masking effect of high IQ on the Rey Auditory Verbal Learning Test in an adult sample with attention deficit/hyperactivity disorder. *Applied neuropsychology. Adult*, 1–9. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/23279095.2021.1983575>
- Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International journal of methods in psychiatric research*, 16(2), 52–65. <https://doi.org/10.1002/mpr.208>
- Kiraz, S., & Sertçelik, S. (2021). Adult attention deficit hyperactivity disorder and early maladaptive schemas. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(5), 1055–1064. <https://doi.org/10.1002/cpp.2569>
- Knouse, L. E., Teller, J., & Brooks, M. A. (2017). Meta-analysis of cognitive–behavioral treatments for adult ADHD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(7), 737–750. <https://doi.org/10.1037/ccp0000216>
- 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>
- Kooij, J. S. (2012). *Adult ADHD: Diagnostic assessment and treatment*. Springer Science & Business Media Young, 2008

- Kosaka, H., Fujioka, T. & Jung, M. (2019). Symptoms in individuals with adult-onset ADHD are masked during childhood. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 269, 753–755. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0893-3>
- Kosaka, H., Fujioka, T., & Jung, M. (2019). Symptoms in individuals with adult-onset ADHD are masked during childhood. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 269(6), 753–755. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0893-3>
- Koutná Kostínková, J. & Čermák I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák, I., & R. Hytych. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. (1. vydání, s. 9-43). Masarykova univerzita.
- Kurtz, M. M. (2011). Compensatory strategies. *Encyclopedia of clinical neuropsychology* (Vol. 28, pp. 92-92). J. S. Kreutzer (Ed.). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56782-2_1086-2
- Kysow, K., Park, J., & Johnston, C. (2017). The use of compensatory strategies in adults with ADHD symptoms. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 9, 73–88. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0205-6>
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (2007). *Vývojová psychologie 2., aktualizované vydání*. Grada.
- Lebowitz, M. S. (2016). Stigmatization of ADHD: a developmental review. *Journal of Attention Disorders*, 20(3), 199-205. <https://doi.org/10.1177/1087054712475211>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
- Major, B., & Schmader, T. (2018). Stigma, social identity threat, and health. In B. Major, J. F. Dovidio, & B. G. Link (Eds.), *The Oxford handbook of stigma, discrimination, and health* (pp. 85–103). Oxford University Press.
- Masopust, J., Mohr, P., Anders, M., & Příkryl, R. (2014). Diagnostika a farmakoterapie ADHD v dospělosti. *Psychiatrie pro praxi*, 15(3), 112-117.
- Masuch, T. V., Bea, M., Alm, B., Deibler, P., & Sobanski, E. (2019). Internalized stigma, anticipated discrimination and perceived public stigma in adults with ADHD. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 11, 211–220. <https://doi.org/10.1007/s12402-018-0274-9>
- Matheson, L., Asherson, P., Wong, I. C. K., Hodgkins, P., Setyawan, J., Sasane, R., & Clifford, S. (2013). Adult ADHD patient experiences of impairment, service provision and clinical management in England: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 13, 184. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-184>
- Meza, J. I., Monroy, M., Ma, R., & Mendoza-Denton, R. (2019). Stigma and attention-deficit/hyperactivity disorder: negative perceptions and anger emotional reactions mediate the link between active symptoms and social distance. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 11, 373–382. <https://doi.org/10.1007/s12402-019-00302-x>

- Miklósi, M., Máté, O., Somogyi, K., & Szabó, M. (2016). Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms, Perceived Stress, and Well-Being: The Role of Early Maladaptive Schemata. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(5), 364–369. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000472>
- Miller, D., Rees, J., & Pearson, A. (2021). “Masking is life”: Experiences of masking in autistic and nonautistic adults. *Autism in Adulthood*, 3(4), 330-338. <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0083>
- Miovský, M. (2018). *Diagnostika a terapie ADHD: dospělí pacienti a klienti v adiktologii*. Grada Publishing as.
- Mitchell, J. T., Benson, J. W., Knouse, L. E., Kimbrel, N. A., & Anastopoulos, A. D. (2013). Are Negative Automatic Thoughts Associated with ADHD in Adulthood?. *Cogn Ther Res* 37, 851–859. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9525-4>
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., & Brooks, D. (2008). ADHD: does parenting style matter?. *Clinical pediatrics*, 47(9), 865–872. <https://doi.org/10.1177/0009922808319963>
- Moffitt, T. E., Houts, R., Asherson, P., Belsky, D. W., Corcoran, D. L., Hammerle, M., Harrington, H., Hogan, S., Meier, M. H., Polanczyk, G. V., Poulton, R., Ramrakha, S., Sugden, K., Williams, B., Rohde, L. A., & Caspi, A. (2015). Is Adult ADHD a Childhood-Onset Neurodevelopmental Disorder? Evidence From a Four-Decade Longitudinal Cohort Study. *The American journal of psychiatry*, 172(10), 967–977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101266>
- Mylett, M. (2022). " *I wish I could just be myself*": *Social camouflaging, internalized stigma, and internalizing mental health problems in adult ADHD*. [Diplomová práce]. Simone Fraser University. Summit Research Repository SFU. <https://summit.sfu.ca/item/35794>
- Nguyen, P. T., & Hinshaw, S. P. (2020). Understanding the stigma associated with ADHD: Hope for the future?. *The ADHD Report*, 28(5), 1-10. <https://doi.org/10.1521/adhd.2020.28.5.1>
- Nigg, J. T., Sibley, M. H., Thapar, A., & Karalunas, S. L. (2020a). Development of ADHD: Etiology, Heterogeneity, and Early Life Course. *Annual review of developmental psychology*, 2(1), 559–583. <https://doi.org/10.1146/annurev-devpsych-060320-093413>
- Orm, S., Øie, M. G., Fossum, I. N., Fjermestad, K., Andersen, P. N., & Skogli, E. W. (2023). Predictors of Quality of Life and Functional Impairments in Emerging Adults With and Without ADHD: A 10-Year Longitudinal Study. *Journal of attention disorders*, 27(5), 458–469. <https://doi.org/10.1177/10870547231153962>
- Ošlejšková, H. (2010). Neurovývojové poruchy a jejich důsledky v dospělém věku. *Neurologie pro praxi*, 11(6), 368.

- Paulson, J. F., Buermeyer, C., & Nelson-Gray, R. O. (2005). Social rejection and ADHD in young adults: An analogue experiment. *Journal of Attention Disorders*, 8(3), 127-135. <https://doi.org/10.1177/1087054705277203>
- Pawaskar, M., Fridman, M., Grebla, R., & Madhoo, M. (2020). Comparison of quality of life, productivity, functioning and self-esteem in adults diagnosed with ADHD and with symptomatic ADHD. *Journal of attention disorders*, 24(1), 136-144. <https://doi.org/10.1177/1087054719841129>
- Pearson, A., & Rose, K. (2021). A conceptual analysis of autistic masking: Understanding the narrative of stigma and the illusion of choice. *Autism in Adulthood*, 3(1), 52-60. <https://doi.org/10.1089/aut.2020.0043>
- Perry, E., Mandy, W., Hull, L., & Cage, E. (2022). Understanding camouflaging as a response to autism-related stigma: A social identity theory approach. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(2), 800-810. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-04987-w>
- Pescosolido, B. A., Jensen, P. S., Martin, J. K., Perry, B. L., Olafsdottir, S., & Fettes, D. (2008). Public knowledge and assessment of child mental health problems: Findings from the National Stigma Study-Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(3), 339-349. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318160e3a0>
- Philipsen, A., Lam, A. P., Breit, S., Lücke, C., Müller, H. H., & Matthies, S. (2017). Early maladaptive schemas in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Atten Def Hyp Disord* 9, 101–111. <https://doi.org/10.1007/s12402-016-0211-8>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Ptáček, R., & Ptáčková, H. (2018). *ADHD–variabilita v dětství a dospělosti*. Charles University in Prague, Karolinum Press.
- Ramsay, J. R. (2020). *Rethinking adult ADHD: Helping clients turn intentions into actions*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000158-000>
- Ringer, N. (2019). Living with ADHD: A Meta-Synthesis Review of Qualitative Research on Children's Experiences and Understanding of Their ADHD. *International Journal of Disability, Development and Education*, 67(2), 208–224. <https://doi.org/10.1080/1034912X.2019.1596226>
- Shaw, M., Hodgkins, P., Caci, H., Young, S., Kahle, J., Woods, A. G., & Arnold, L. E. (2012). A systematic review and analysis of long-term outcomes in attention deficit hyperactivity disorder: effects of treatment and non-treatment. *BMC Med* 10, 99. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-99>

- Schrevel, S. J., Dedding, C., van Aken, J. A., & Broerse, J. E. (2016). 'Do I need to become someone else?' A qualitative exploratory study into the experiences and needs of adults with ADHD. *Health Expectations*, 19(1), 39-48. <https://doi.org/10.1111/hex.12328>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. SAGE
- Solanto, M. V., Marks, D. J., Wasserstein, J., Mitchell, K., Abikoff, H., Alvir, J. M., & Kofman, M. D. (2010). Efficacy of meta-cognitive therapy for adult ADHD. *The American journal of psychiatry*, 167(8), 958–968. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081123>
- Sonuga-Barke, E. J., Becker, S. P., Bölte, S., Castellanos, F. X., Franke, B., Newcorn, J. H., ... & Simonoff, E. (2023). Annual Research Review: Perspectives on progress in ADHD science—from characterization to cause. *Journal of child psychology and psychiatry*, 64(4), 506-532. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13696>
- Speerforck, S., Stolzenburg, S., Hertel, J., Grabe, H. J., Strauß, M., Carta, M. G., ... & Schomerus, G. (2019). ADHD, stigma and continuum beliefs: A population survey on public attitudes towards children and adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry research*, 282, 112570. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112570>
- Speyer, L. G., Brown, R. H., Ribeaud, D., Eisner, M., & Murray, A. L. (2023). The role of moment-to-moment dynamics of perceived stress and negative affect in co-occurring ADHD and internalising symptoms. *J Autism Dev Disord* 53, 1213–1223. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05624-w>
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52(6), 613–629. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.6.613>
- Steele, C. M., Spencer, S. J., & Aronson, J. (2002). Contending with group image: The psychology of stereotype and social identity threat. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 34, pp. 379-440). *Academic Press*. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(02\)80009-0](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(02)80009-0)
- Strohmeier, C. W., Rosenfield, B., DiTomasso, R. A., & Ramsay, J. R. (2016). Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness. *Psychiatry research*, 238, 153-158. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.034>
- Šlepecký, M., Praško, J., Kotianová, A., & Vyskočilová, J. (2018). *Třetí vlna v kognitivně-behaviorální terapii: Nové směry*. Portál.
- Taylor, L. E., Kaplan-Kahn, E. A., Lighthall, R. A., & Antshel, K. M. (2022). Adult-Onset ADHD: A Critical Analysis and Alternative Explanations. *Child psychiatry and human development*, 53(4), 635–653. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01159-w>

- Thapar A. (2018). Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications. *The American journal of psychiatry*, 175(10), 943–950. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18040383>
- Vágnerová, M. (1993). *Variabilita a patologie psychického vývoje*. Karolinum.
- Vaidya, C. J., You, X., Mostofsky, S., Pereira, F., Berl, M. M., & Kenworthy, L. (2020). Data-driven identification of subtypes of executive function across typical development, attention deficit hyperactivity disorder, and autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(1), 51-61. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13114>
- van der Putten, W. J., Mol, A. J. J., Groenman, A. P., Radhoe, T. A., Torenvliet, C., van Rentergem, J. A., & Geurts, H. M. (2024). Is camouflaging unique for autism? A comparison of camouflaging between adults with autism and ADHD. *Autism Research*, 17(4), 812-823. <https://doi.org/10.1002/aur.3099>
- Vňuková, M., Ptáček, R., Děchtěrenko, F., Weissenberger, S., Ptáčková, H., Braaten, E., ... & Goetz, M. (2021). Prevalence of ADHD Symptomatology in Adult Population in the Czech Republic—A National Study. *Journal of Attention Disorders*, 25(12), 1657-1664. <https://doi.org/10.1177/1087054720934042>
- Williamson, D., & Johnston, C. (2015). Gender differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A narrative review. *Clinical psychology review*, 40, 15–27. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.005>
- World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11. vydání.). <https://icd.who.int/>
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and individual differences*, 38(4), 809-816. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.06.005>
- Young, S., Adamo, N., Ásgeirsdóttir, B. B., Branney, P., Beckett, M., Colley, W., Cubbin, S., Deeley, Q., Farrag, E., Gudjonsson, G., Hill, P., Hollingdale, J., Kilic, O., Lloyd, T., Mason, P., Paliokosta, E., Perecherla, S., Sedgwick, J., Skirrow, C., Tierney, K., ... Woodhouse, E. (2020). Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/ hyperactivity disorder in girls and women. *BMC psychiatry*, 20(1), 404. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02707-9>
- Young, Z., Tickle, A., Gillott, A., & Groom, M. (2019). Psychological impact of an adult ADHD diagnosis: “A blessing and a curse?”. *Life Span Disability*, 22, 173-203.
- Žáčková & Jucovičová (2017). *Nepozornost, hyperaktivita a impulzivita: Zápory a klady ADHD v dospělosti*. Grada.

Seznam příloh

Příloha 1 – Ukázka analýzy rozhovoru

Příloha 2 – Analýza tématu 1

Příloha 3 – Analýza tématu 2

Příloha 4 – Analýza tématu 3

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Charakteristika respondentů

Tabulka 2 – Příklad otázek v dotazníku

Tabulka 3 – Shrnutí společných témat

Tabulka 4 – Společné téma 1

Tabulka 5 – Společné téma 2

Tabulka 6 – Společné téma 3

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Model ohrožení sociální identity